

IV CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8

Departamento de Psicologia da Universidade de Taubaté

Taubaté – SP

2014

Realização



ABPSA

Apoio



FABRICA
testes, ferramentas e livros



PEARSON



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



ANAIS DO IV CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOLOGIA DA SAÚDE



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



Os textos, bem como posicionamentos teóricos, ideológicos e metodológicos que constam desta publicação são de integral responsabilidade de seus autores.

Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBi/UNITAU

Biblioteca Setorial de Biociências

C749a Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde (4. : 2014 : Taubaté, SP)
Anais do IV Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde, 31 de julho a 2 de agosto de 2014 / Coordenação editorial de Adriana Leonidas de Oliveira e Paulo Francisco de Castro. – Taubaté: Associação Brasileira de Psicologia da Saúde, 2014. 843p.

ISBN: 978-85-67927-00-8

1. Psicologia. 2. Psicologia da saúde. 3. Psicologia clínica. I. Oliveira, Adriana Leônidas de (Coord.). II. Castro, Paulo Francisco (Coord.). III. Título.

CDD 150

EXPEDIENTE

Associação Brasileira de Psicologia da Saúde

Manuel Morgado Rezende (UMESP) - Presidente
Ana Cristina Garcia Dias (UFSP) - Vice-Presidente
Hilda Rosa Capelão Avoglia (UMESP) - Secretário Geral
Erica Hokama (FMU) - Secretário Assistente
Maria Geralda Viana Heleno (UMESP) - Primeiro Tesoureiro
Carla Hisatugo (UMESP) - Segundo Tesoureiro
Antonio de Pádua Serafim - Diretor Científico
Adriana Leonidas de Oliveira (UNITAU) - Conselho fiscal da ABPSA
Anita Liberalesso Néri (UNICAMP) - Conselho fiscal da ABPSA
Claus Dieter Stobaus (PUC-RS) - Conselho fiscal da ABPSA
Eda Marconi Custodio (USP e UESP) - Conselho fiscal da ABPSA
Katiane Fukamachi - Conselho fiscal da ABPSA
Mariantonia Chippari (UMESP) - Conselho fiscal da ABPSA
Nancy Julieta Inocente (UNITAU) - Conselho fiscal da ABPSA
Jonia Lacerda - Conselho fiscal da ABPSA
Rafael Érik de Menezes - Conselho fiscal da ABPSA

Universidade de Taubaté

Prof. Dr. José Rui Camargo - Reitor
Prof. Dr. Isnard de Albuquerque Câmara Neto - Vice-reitor
Prof. Dr. Arcione Ferreira Viagi - Pró-reitor de Administração
Profa. Ma. Angela Popovici Barbare - Pró-reitora Estudantil
Prof. Dr. Mario Celso Peggia - Pró-reitor de Extensão
Prof. Dr. José Carlos Simões Florençano - Pró-reitor de Economia e Finanças
Profa. Dra. Nara Lúcia Perondi Fortes - Pró-reitora de Graduação
Prof. Dr. Francisco José Grandinetti - Pró-reitor de Pesquisa e Pós-Graduação
Prof. Dr. Régis de Toledo Souza - Diretor do Departamento de Psicologia

Coordenação Editorial

Adriana Leonidas de Oliveira

Paulo Francisco de Castro

Editoração

Mariana Marques da Silva

Thiago Henrique de Barros Cobra

Vanesca Bueno Yokota

Realização

Associação Brasileira de Psicologia da Saúde

Departamento de Psicologia da Universidade de Taubaté

Apoio

Conselho Regional de Psicologia – 6ª Região / Subsede Vale do Paraíba e Litoral Norte

Diretório Acadêmico de Psicologia “Pura/Mente”

Fábrica +

Casa do Psicólogo - Pearson

Monitores

Aline dos Santos Bittencourt
Aline Shmathz Silva Machado
Ana Carolina Lotufo Figueiredo
Andreza Cristina Both Casagrande Koga
Ariana Aparecida Storti
Barbara Maria de Araújo Silva
Camila Dorazzio de Souza Barbosa
Cristine Dias de Freitas
Edilaine da Cunha
Fernanda de Paula Silva
Gabriela F. Aguera de Mello e Albuquerque
Giovanna Guarnieri Sudário
Helena Furia Moutinho
Jhoseff Moisés Silva Rodrigues
Lenise Kruger Figueiredo
Liana Ferreira da Silva

Luana Barbosa de Moraes
Mariana Marques da Silva
Mateus Rodrigues Coelho de Lima Cotruffo
Mayara Helena Rodrigues da Costa
Mikaella Marinho da Silva
Milena Fernandes Faria
Monique Marques da Costa Godoy
Pricilla Gomes Resende
Raquelle Andrade Silva
Ricardo Xavier de Araújo
Tainah Alves Machado
Thais Souza Toffoli
Thiago Henrique de Barros Cobra
Tiago Dimas Antunes de Souza
Vanesca Bueno Yokota
Vinicius Ricci Neves

IV CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOLOGIA DA SAÚDE**COMISSÃO CIENTÍFICA**

A comissão científica foi constituída por professores pesquisadores da **Associação Brasileira de Psicologia da Saúde** e por professores vinculados às universidades das diversas regiões do Brasil, especificados abaixo:

Presidente

Prof. Dr. Antonio de Pádua Serafim (Universidade Metodista de São Paulo)

Membros

Profa. Dra. Adriana Leonidas de Oliveira (Universidade de Taubaté)

Profa. Dra. Ana Lúcia Gatti (Universidade São Judas Tadeu)

Profa. Dra. Carla Luciano Codani Hisatugo (Universidade Metodista de São Paulo)

Profa. Dra. Cecília Pescatore Alves (Pontifícia Universidade Católica-SP)

Profa. Dra. Eda Marconi Custódio (Universidade Metodista de São Paulo)

Profa. Dra. Helena Rinaldi Rosa (Universidade de São Paulo)

Profa. Dra. Hilda Rosa Capelão Avoglia (Universidade Metodista de São Paulo)

Profa. Dra. Irai Cristina Boccato Alves (Universidade de São Paulo)

Prof. Dr. José Carlos Souza (Universidade Católica Dom Bosco/MS)

Prof. Dr. Luís Sérgio Sardinha (Universidade Anhanguera de São Paulo)

Profa. Dra. Maria Geralda Viana Heleno (Universidade Metodista de São Paulo)

Profa. Dra. Marília Martins Vizzoto (Universidade Metodista de São Paulo)

Profa. Dra. Marilsa de Sá Rodrigues (Universidade de Taubaté)

Profa. Dra. Marilza Terezinha Soares de Souza (Universidade de Taubaté)

Profa. Dra. Martha Franco Diniz Hueb (Universidade Federal do Triângulo Mineiro)

Profa. Dra. Nancy Julieta Inocente (Universidade de Taubaté)

Prof. Dr. Paulo Francisco de Castro (Universidade de Taubaté / Universidade Guarulhos)



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



IV CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

COMISSÃO ORGANIZADORA

A comissão organizadora será constituída pelos professores, alunos e ex-alunos de graduação e mestrado da **Unitau**, especificados abaixo:

Presidente

Prof. Dr. Régis de Toledo Souza (Universidade de Taubaté)

Membros

Profa Dra. Ana Cristina Araújo do Nascimento (Universidade de Taubaté)

Prof. Dr. Benedito Donizeti Goulart (Universidade de Taubaté)

Profa. Dra. Elvira Aparecida Simões de Araujo (Universidade de Taubaté)

Profa. Dra. Maria de Fátima Camargo Dias Ferreira (Universidade de Taubaté)

Profa. Dra. Marluce Auxiliadora Borges Glaus Leão (Universidade de Taubaté)

Profa. Ma. Ana Maria Lourenço Ferrari Gontijo (Universidade de Taubaté)

Profa. Ma. Maria Cristina Dancham Simões (Universidade de Taubaté / PUC-SP)

Diretoria da Associação Brasileira de Psicologia da Saúde

Presidência 2013/2015 – Prof. Dr. Manuel Morgado Rezende

INTRODUÇÃO

O IV Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde, organizado pela **Universidade de Taubaté** e pelo grupo de professores pesquisadores filiados à **Associação Brasileira de Psicologia da Saúde**, tem como objetivo divulgar os trabalhos acadêmicos relacionados a esse tema, proporcionando um intercâmbio entre as várias áreas de conhecimento e entre profissionais e estudantes de graduação e de pós-graduação vinculados às universidades de todo o Brasil.

A **Associação Brasileira de Psicologia da Saúde**, atualmente sob a direção do Professor Dr. Manuel Morgado Rezende, é constituída por pesquisadores de várias instituições brasileiras, vinculados a programas de pós-graduação, que desenvolvem e orientam estudos na temática da psicologia da saúde, coordenando núcleos de pesquisa.

A **Associação Brasileira de Psicologia da Saúde** foi fundada em novembro de 2006 junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Metodista de São Paulo e, desde então, tem representação na organização e participação de eventos nacionais e internacionais, como as Mostras de Psicologia da Saúde, o II Congresso Iberoamericano de Psicologia da Saúde e III Congresso Luso-brasileiro de Psicologia da Saúde. O objetivo maior do grupo é compartilhar e fazer avançar as principais questões conceituais, empíricas e metodológicas pertinentes ao desenvolvimento do conhecimento e à formação de pesquisadores na temática da interseção entre Psicologia e Saúde em nosso país. Além disso, em 2013, pesquisadores da **Associação Brasileira de Psicologia da Saúde** participaram da organização e lançamento do livro “Psicologia e Promoção de Saúde”, em parceria com o Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo. A publicação contou com pesquisadores vinculados à associação, à Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde e docentes de universidades brasileiras e portuguesas.

Em 2007, ocorreu o I Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde, na Universidade Metodista de São Paulo, com o tema “Saúde e Ciclo de Vida”, contando com a participação de diversos profissionais da área da saúde, pesquisadores e estudantes.

Entre 19 e 21 de agosto de 2010, o II Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde ocorreu na Universidade Federal de Uberlândia, com o tema “Qualidade de Vida e Bem-Estar”.



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



Na ocasião, 400 participantes dividiram-se entre as apresentações dos 34 trabalhos inscritos, organizados em simpósios dentro das áreas temáticas, bem como mais de 100 pôsteres.

O III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde, na parceria entre a Universidade Federal de Santa Maria e a Associação Brasileira de Psicologia da Saúde realizou-se nos dias 28, 29 e 30 de junho de 2012. O tema “Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas” foi proposto a partir do reconhecimento que o trabalho em saúde demanda diferentes tipos de saberes. Assim, o evento propiciou a discussão dos impasses e possibilidades de se realizar diferentes tipos de trabalho com os indivíduos e suas comunidades, através da conjugação de esforços de profissionais de diferentes áreas de formação. As modalidades de apresentação dividiram-se entre pôster, comunicação oral, mesa-redonda e cursos, oferecidos no primeiro dia de atividades.

Nesse sentido, este **IV CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOLOGIA DA SAÚDE**, ora proposto, constitui a continuidade de esforços de intercâmbio e aprimoramento da pesquisa e da prática na área da Psicologia da Saúde no Brasil.



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



APRESENTAÇÃO

O IV Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde (CBPS), organizado pelo Departamento de Psicologia da Universidade de Taubaté e pela ABPSA, privilegia a inquietante e atual temática "Saúde e Políticas Públicas". A oportuna escolha deste tema, pela comissão organizadora da UNITAU, na presente conjuntura social e política brasileira, marcada pelo incremento das manifestações de diversos grupos sociais em luta por avanços na construção de uma sociedade mais justa e solidária. Nunca é demais lembrar que a Constituição de 1988 adota o Sistema Único de Saúde (SUS), como programa do estado brasileiro, e a assistência universal à saúde é um direito de todos. Realizar o IV CBPS em Taubaté, capital brasileira da literatura infantil é cumprir um tributo ao prestigiado Departamento de Psicologia pela sua contribuição na formação de reconhecidos profissionais e pesquisadores da Psicologia brasileira.

A Psicologia da Saúde é uma disciplina voltada para a promoção e manutenção da saúde, à prevenção e tratamento de doenças, pode-se, assim, diferenciar promoção de saúde de prevenção de doenças. A *promoção de saúde* aplica-se a população em geral, considera as condições de vida relacionadas com o bem estar social, mental e físico - economia, política, formação educacional, estilo de vida, estruturas psicológicas, vínculos familiares, amizades, suporte social, vida sexual, cultura, esportes, lazer. Neste aspecto esta conceituação distancia-se na noção tradicional de que cuidar da saúde é tratar e prevenir doenças por profissionais de saúde para incluir a participação do indivíduo, da população e da sociedade em defesa da vida.

Assim, amplia-se e desloca-se a noção de saúde do âmbito das ciências biomédicas, para o campo dos valores políticos fundamentais, no qual a qualidade de vida e a construção da cidadania democrática são indissociáveis. Nesta concepção, a universidade tem um papel fundamental na produção e, transmissão de conhecimentos, formação científica e na difusão da cultura humanista.

Sejam todos bem vindos ao IV Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde.

Prof. Dr. Manuel Morgado Rezende
Presidente da Associação Brasileira de Psicologia da Saúde (ABPSA)

APRESENTAÇÃO

Sejam bem-vindos ao **IV Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde**, realizado pela Associação Brasileira de Psicologia da Saúde e pelo Departamento de Psicologia da Universidade de Taubaté, de **31 de julho a 02 de agosto de 2014**.

O tema deste ano é **“Psicologia, Saúde e Políticas Públicas”**. O objetivo é apresentar as produções científicas e as atuações de profissionais que se constituem a partir da compreensão sobre as relações entre a psicologia, saúde e políticas públicas.

Reconhecendo as especificidades de cada área, entendemos que a Psicologia da Saúde, enquanto um campo de atuação, pode catalisar de forma crítica e propositiva o conhecimento e as práticas produzidas nas ciências sociais e humanas, e particularmente na psicologia, por sua proposta de promover a saúde para a superação das mazelas sociais da vida cotidiana, que se objetiva nos indivíduos.

A Universidade de Taubaté está situada no vale do Paraíba paulista, região que de um lado apresenta alta produção tecnológica, tradições da cultura popular, apelo da preservação do meio ambiente, discussões acerca dos patrimônios material e simbólico e de outro lado altos índices de violência, problemas de saneamento básico em algumas cidades e falta de articulação de políticas sociais públicas. Cenário que materializa situações importantes sobre a realidade nacional.

É a luz desse contexto que convidamos a todos (as) para os debates que seguirão no congresso deste ano !!!

Prof. Dr. Régis de Toledo Souza
Doutor em Psicologia Social - PUC/SP
Diretor do Departamento de Psicologia da Universidade de Taubaté

SUMÁRIO

A CENTRALIDADE NA FAMÍLIA ENQUANTO PRINCÍPIO ORIENTADOR NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL	16
A PSICOLOGIA QUE NÃO SE RECONHECE NA ASSISTÊNCIA SOCIAL E A PSICOLOGIA QUE ASSUME QUE APENAS AS SUAS CONTRIBUIÇÕES PODEM EFETIVAR A ASSISTÊNCIA SOCIAL: CONTRADIÇÕES NA INSERÇÃO DE PSICÓLOGOS NO SUAS	26
A QUALIDADE DE SONO DE FUNCIONÁRIOS DE INSTITUIÇÕES BANCÁRIAS DO VALE DO PARAÍBA PAULISTA E O DESENVOLVIMENTO REGIONAL	36
ADOÇÃO E HOMOPARENTALIDADE: REFLEXÕES ACERCA DO TRABALHO COM MÃES LÉSBICAS	44
AMBIENTE DE TRABALHO E SAÚDE: ANÁLISE DAS RELAÇÕES CONSTRUÍDAS ENTRE LÍDERES E LIDERADOS	55
ANÁLISE DO PROCESSO DE RESILIÊNCIA DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO CONTEXTO DE TRABALHO	66
ANÁLISE E COMPARAÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DE AVELINÓPOLIS, ARAÇU, NAZÁRIO E SANTA BÁRBARA DE GOIÁS	81
ASPECTOS PSICOSSOCIAIS E AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NAS CIRURGIAS PLÁSTICAS: PRODUÇÃO CIENTÍFICA	92
ATENÇÃO AO PROCESSO DE APRENDIZAGEM DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS: COMPETÊNCIA DE INFORMAÇÃO	105
ATENDIMENTO PSICOLÓGICO NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO NO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS	116
ATIVIDADES ARTÍSTICAS GRUPAIS: UM ESTUDO QUALITATIVO NA POLÍTICA PÚBLICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL	124
AUTOAVALIAÇÃO INSTITUCIONAL: DEFINIÇÕES E IMPORTÂNCIA FRENTE AO MODELO ORGANIZACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR	135
AUTO PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL: ANÁLISE COMPARATIVA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM ESCOLAS MUNICIPAIS DA CIDADE DE INDAIATUBA-SP E NO BAIRRO DA FREGUESIA DO Ó, SÃO PAULO – SP	148
AVALIAÇÃO DA PERSONALIDADE EM INDIVÍDUOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL A PARTIR DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO TIPOLOGICA	159

AVALIAÇÃO DA PERSONALIDADE EM INDIVÍDUOS DEPENDENTES DE ÁLCOOL EM ABSTINÊNCIA	172
AVALIAÇÃO DA PERSONALIDADE SOB A ÓTICA DA ENTREVISTA PSICOLÓGICA: UM ESTUDO TEÓRICO.....	182
AVALIAÇÃO DE PERSONALIDADE EM UM GRUPO DE PACIENTES COM DIABETES QUE SOFRERAM AMPUTAÇÃO.....	198
AVALIAÇÃO DE PERSONALIDADE, À LUZ DA PSICOLOGIA CRIMINAL, EM INDIVÍDUOS QUE COMETERAM CRIMES DE NATUREZA SEXUAL: PROPOSITURA DE UM PROTOCOLO PSICODIAGNÓSTICO	208
AVALIAÇÃO DO ESTRESSE OCUPACIONAL, BURNOUT E SUPORTE SOCIAL EM CIRURGIÕES DENTISTAS FRANCESES.....	225
AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA E TÉCNICA DE ENTREVISTA PARA O ESTUDO DA PERSONALIDADE	232
AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA EM PSICOLOGIA HOSPITALAR E DA SAÚDE	245
BRINCADEIRAS E AUTONOMIA MORAL – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DA PSICOLOGIA E A PEDAGOGIA EM UMA BRINQUEDOTECA UNIVERSITÁRIA.....	261
COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS VERIFICADAS POR MEIO DO MÉTODO DE RORSCHACH.....	272
COMPREENDENDO A FUNÇÃO MATERNA DE ACOMPANHANTES DE BEBÊS PREMATUROS HOSPITALIZADOS	283
COSTURANDO TECIDOS E SUBJETIVIDADES: UMA PROPOSTA DE EXTENSÃO ACADÊMICA EM INTERVENÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE EM COMUNIDADE	293
CUIDANDO DE QUEM CUIDA: REFLEXÕES SOBRE A RELAÇÃO PAIS E FILHOS ADOLESCENTES A PARTIR DE UMA EXPERIÊNCIA EM INSTITUIÇÃO PÚBLICA.....	300
DA PROMOÇÃO DE SAÚDE À REDUÇÃO DE DANOS NO CONSUMO E ABUSO DE ÁLCOOL	310
DEPRESSÃO COM SINTOMAS PSICÓTICOS: CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E SINTOMATOLOGIA	325
DESENVOLVIMENTO LOCAL SUSTENTÁVEL E QUALIDADE DE VIDA: UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO	336
DOENÇA RENAL CRÔNICA E QUALIDADE DE VIDA: ESTUDO COM PACIENTES IDOSOS QUE REALIZAM HEMODIÁLISE	347
EDUCAÇÃO INFANTIL – ESPAÇO DE SAÚDE E EDUCAÇÃO	362
ELEMENTOS PSICODINÂMICOS DA AUTOPERCEPÇÃO DE ADOLESCENTES COM OBESIDADE E SOBREPESO POR MEIO DO DESENHO DA FIGURA HUMANA	372

ESCALA SOBRE FELICIDADE APLICADA A HABITANTES DO AMAZONAS – CONTRIBUIÇÃO PARA VALIDAÇÃO.....	384
ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO: INTERVENÇÕES PSICOEDUCATIVAS EM UM GRUPO DE AGENTES DE SEGURANÇA.....	391
EXPERIÊNCIA DE ESCUTA PSICOLÓGICA NA CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS	399
HANSENÍASE, REABILITAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA SOB A PERSPECTIVA DA INCLUSÃO	410
HERANÇA TRANSGERACIONAL: A CIRCULARIDADE E A CONCENTRAÇÃO DO TRAUMA.....	418
INDICADORES PSICOMÉTRICOS DAS ESCALAS DE ESTRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO/EADS21: UM ESTUDO COM HABITANTES DO AMAZONAS/BRASIL	432
INSÔNIA EM PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS.....	441
INVESTIMENTO EM SAÚDE: IFDM E DESENVOLVIMENTO EM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS GOIANOS DE PILAR DE GOIÁS E RIO VERDE, NO PERÍODO DE 2000 E 2010.....	448
JUVENTUDE BRASILEIRA: ESTUDO SOBRE SENTIMENTOS E FATORES RELACIONADOS À ESCOLA DE ADOLESCENTES DE BAIXA RENDA DA CIDADE DE TAUBATÉ	459
MEDIAÇÃO PSICOPEDAGÓGICA NA TERCEIRA IDADE: ELEMENTOS DE EDUCAÇÃO, PSICOLOGIA E SAÚDE.....	471
NOVOS MODELOS SOCIAIS: A INTERFACE DO DINHEIRO NA EDUCAÇÃO FINANCEIRA, CASAMENTO E CICLO VITAL.....	486
O DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO ÉTICO-POLÍTICO NA PRODUÇÃO DO LAÇO SOCIAL DOS ADOLESCENTES NO CREAS.....	497
O MÉTODO DE RORSCHACH NA INVESTIGAÇÃO DO TRANSTORNO DE PÂNICO.....	516
O PROCESSO DA CONSTRUÇÃO DE COMUNICAÇÃO EFICAZ NA RELAÇÃO TERAPEUTA-CRIANÇA SURDA EM FENOMENOLOGIA EXISTENCIAL	529
O PROCESSO DE RESILIÊNCIA DO JOVEM APRENDIZ E SUAS ESTRATÉGIAS PARA CONCILIAR ESTUDO E TRABALHO.....	542
PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA NO MUNICÍPIO DE AVELINÓPOLIS-GO E DESENVOLVIMENTO LOCAL	554
PERCEPÇÃO DE SOFRIMENTO DO TRABALHADOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	567
PESQUISAS SOBRE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NO ATENDIMENTO À DEPENDÊNCIA QUÍMICA	578
PLANEJAMENTO FAMILIAR: ANÁLISE DAS PUBLICAÇÕES SOBRE ESTERILIZAÇÃO FEMININA VOLUNTÁRIA	595

PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NO ESTUDO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: PRODUÇÃO CIENTÍFICA	605
PSICOEDUCAÇÃO PREVENTIVA: CALATONIA E SOCIODRAMA CONSTRUTIVISTA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA NA COMUNIDADE	619
PSICOLOGIA, SAÚDE E EDUCAÇÃO – UNIVERSO DA INVESTIGAÇÃO EM UMA ESCOLA PÚBLICA DO VALE DO PARAÍBA	632
QUALIDADE DE VIDA E DINÂMICA FAMILIAR DO IDOSO: ESTUDO EXPLORATÓRIO NA CIDADE DE TAUBATÉ (SP)	643
QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS	656
QUALIDADE DE VIDA, BEM ESTAR SUBJETIVO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL: REFLEXÕES TEÓRICAS	669
QUEIXAS EM UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO NA CLÍNICA ESCOLA	678
RAZÃO CARTESIANA E CORPOS ESPINOZISTAS: ENLACES E DESENLACES DAS POLÍTICAS DE SUBJETIVAÇÃO DAS SEXUALIDADES	690
REFLEXÕES ACERCA DO ENSINO SOBRE DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA	700
RESILIÊNCIA DE HABITANTES DO AMAZONAS E A CIDADANIA	712
SAÚDE DO PROFESSOR: UMA ANÁLISE COM RELAÇÃO À INCLUSÃO DO ALUNO AUTISTA	723
SEXUALIDADE E PRODUÇÃO DA SUBJETIVIDADE DOS JOVENS CONTEMPORÂNEOS	733
SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE	744
SUBJETIVIDADE DOCENTE: IDENTIDADE, TRAJETÓRIA E SAÚDE DO PROFESSOR	756
SUJEITO E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	772
TIPOLOGIA PSICOLÓGICA EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO E DIABETES	782
TRAÇOS DEPRESSIVOS EM TABAGISTAS: ANÁLISE POR MEIO DO MÉTODO DE RORSCHACH	796
TRANSTORNOS MENTAIS E A PSICOLOGIA JURÍDICA	807
TREINAMENTO EM ESTRATÉGIAS DE MANEJO DE ESTRESSE	817
TREINAMENTO EM ESTRATÉGIAS DE CONTROLE DA OBESIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA	824
UMA PROPOSTA SOBRE A TRANSGERACIONALIDADE: O TRAUMA DO ABSOLUTO	831

A CENTRALIDADE NA FAMÍLIA ENQUANTO PRINCÍPIO ORIENTADOR NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Vinicius Cesca de Lima (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo)

RESUMO

Uma importante aproximação entre as políticas públicas de saúde e de assistência social está no princípio de centralidade na família. A partir da compreensão de que a família é locus privilegiado para o cumprimento de seus objetivos, as formulações destas políticas públicas passaram a assumi-la como foco da intervenção, especialmente nos níveis primários de atenção, com sua perspectiva pró-ativa e preventiva. Expressão disso está no papel exercido pela Estratégia Saúde da Família para a organização da Atenção Básica em Saúde no SUS e pelo Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias na Proteção Social Básica do SUAS. Enquanto conceito que se propõe organizador de um campo específico da vida social, trata-se de um importante componente ideológico da dimensão subjetiva da realidade, referenciando e direcionando o pensamento e o agir cotidianos. Delimita uma ontologia cotidiana, um campo de referências, permeado de intencionalidades e disputas de sentidos, a partir das quais os trabalhadores da saúde e da assistência social podem significar os fenômenos nos quais intervêm, os usuários dos serviços, as possibilidades de transformação da realidade a partir de sua intervenção. Partindo desse pressuposto, este trabalho teve por objetivo mapear e analisar os repertórios de significações, na literatura acadêmica, sobre a centralidade na família nas políticas de saúde e assistência social. Realizamos levantamento bibliográfico na base de dados Lilacs, com o uso dos seguintes Descritores em Ciências da Saúde: política social, política de saúde, assistência social, saúde da família e família. De forma complementar, consultamos, na mesma base de dados, as combinações das palavras “centralidade” e “família”, assim como “foco” e “família”. O material assim selecionado foi submetido à análise de conteúdo temático-categorial, que permitiu a construção de três categorias temáticas: a) Dimensão conceitual da centralidade na família, b) Dimensão metodológica da centralidade na família e c) Dimensão política da centralidade na família. Em

sua dimensão conceitual, evidencia-se um campo contraditório de conceituações, nas formulações das políticas sociais, sobre o que é uma família. Em decorrência desta indefinição, persistem, apesar da intenção de considerar e respeitar a heterogeneidade de arranjos familiares, concepções etnocêntricas, moralistas e normativas, predominando o ideal da família nuclear. Em sua dimensão metodológica, evidenciam-se contradições sobre o significado de trabalhar com foco na família, o que distingue tal intervenção de uma que não tenha esse foco e o que distingue as necessidades da família como coletividade e as necessidades dos indivíduos separados que a compõem. Em sua dimensão política, se relaciona com a concepção neoliberal de que a função de proteção social deve ser exercida primordialmente pelas famílias, que para isso devem se apoiar no mercado e na sociedade civil, devendo o Estado intervir apenas quando estes agentes falham. Desta forma, a disputa de sentidos em torno da família como foco de intervenção remete ao debate entre focalização e universalização das políticas sociais e sinaliza alguns dos desafios, teóricos e práticos, para a sua consolidação enquanto garantia do exercício de direitos sociais.

Palavras-chave: Família. Saúde. Assistência Social.

Eixo temático: Psicologia, Saúde e Políticas Públicas

Uma importante aproximação conceitual e operacional entre as políticas públicas de saúde e de assistência social está no princípio de centralidade na família. A partir da compreensão de que a família é locus privilegiado para o cumprimento de seus objetivos, as formulações destas políticas públicas passaram a assumi-la como foco da intervenção, especialmente nos níveis primários de atenção, com sua perspectiva proativa e preventiva. Expressão disso está no papel exercido pela Estratégia Saúde da Família para a organização da Atenção Básica em Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias (PAIF) na Proteção Social Básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Enquanto conceito que se propõe organizador de um campo específico da vida social, trata-se de um importante componente ideológico da dimensão subjetiva da realidade, referenciando e direcionando o pensamento e o agir cotidianos. Delimita uma ontologia cotidiana, um campo de referências, permeado de intencionalidades e disputas de sentidos, a



partir das quais os trabalhadores da saúde e da assistência social podem significar os fenômenos nos quais intervêm, os usuários dos serviços, as possibilidades de transformação da realidade a partir de sua intervenção.¹ Partindo desse pressuposto, este trabalho teve por objetivo mapear e analisar os repertórios de significações, na literatura acadêmica, sobre a centralidade na família nas políticas de saúde e assistência social.²

A pesquisa foi realizada através de revisão de literatura. O levantamento bibliográfico foi realizado, em janeiro de 2012, na base de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e os trabalhos foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: artigos redigidos em português, disponibilidade do texto completo e pertinência ao tema.

Inicialmente, o levantamento foi realizado com a utilização dos seguintes Descritores em Ciências da Saúde: política social, política de saúde, assistência social, saúde da família e família. Um levantamento complementar foi realizado, a seguir, consultando, na mesma base de dados, as combinações das palavras “centralidade” e “família”, assim como “foco” e “família”. O material assim levantado foi então selecionado a partir dos critérios estabelecidos, resultando em um conjunto de 49 artigos que foram então lidos na íntegra e submetidos à análise de conteúdo temático-categorial (Oliveira, 2008), que permitiu a construção das seguintes categorias temáticas: 1) Dimensão conceitual da centralidade na família, 2) Dimensão metodológica da centralidade na família e 3) Dimensão política da centralidade na família.

Dimensão conceitual da centralidade na família

O que é uma família? A diversidade (e, em alguns casos, ausência) de respostas a esta questão marca um campo contraditório de conceituações na formulação das políticas sociais que denominamos *dimensão conceitual da centralidade na família*.

¹ Ideologia não é um conceito unívoco, sendo pertinente, portanto, explicitar o sentido empregado aqui. Seguindo a discussão realizada por Lukács (2013) sobre a função do complexo da ideologia no interior da reprodução social, não definimos “ideologia” por um critério gnosiológico de correção ou falsidade das formas de consciência social, mas, em termos ontológicos, como “forma de elaboração ideal da realidade que serve para tornar a práxis social humana consciente e capaz de agir” (p. 465). Para uma discussão aprofundada sobre a relação entre ideologia e práxis social, sobre a produção da dimensão subjetiva da realidade em sua relação de determinação reflexiva com a dimensão objetiva e a produção das ontologias cotidianas, conferir Lima (2014).

² Este trabalho baseia-se em artigo apresentado, em 2012, à Universidade Nove de Julho como requisito parcial para a conclusão de curso de Especialização em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Família.

Em análise dos documentos que norteiam a Estratégia Saúde da Família, Silva, Silva e Bousso (2011) apontam que, apesar da presença constante da idéia de trabalho junto a famílias, em nenhum momento se explicita qual o conceito de família com que se trabalha. A mesma indefinição conceitual se expressa no discurso de seus trabalhadores (Pereira e Bourget, 2010), como se “família” fosse um conceito autoevidente que não necessita ser explicado (Mioto, Silva, & Silva, 2007). Neste sentido, Montero (1991) discute que o caráter primário da noção de família, diretamente ligado ao próprio desenvolvimento da vida social, cria a aparência de que sua definição é imediatamente entendida por todos, ocultando, assim, a mediação social na construção destes significados.

Em decorrência desta indefinição, persistem, apesar do discurso de que as intervenções devem considerar e respeitar a heterogeneidade de arranjos familiares (Gabardo, Junges, & Selli, 2009), concepções etnocêntricas, moralistas e normativas no trabalho com famílias. Predomina o ideal da família nuclear, modelo que não abarca a diversidade presente na realidade e que serve de instrumento de poder e de desqualificação das configurações familiares que a ele não se conformam (Pereira & Bourget, 2010).

A dificuldade de lidar com a diversidade de significados e concepções sobre família expressa, ainda, a origem de classe destes discursos (Fonseca, 2005). O modelo de família nuclear e a definição de família em termos de “unidade familiar” ou “unidade domiciliar”, concepções que remetem às configurações familiares das classes médias e altas, ignora que, nas camadas mais pobres da população, família se define a partir das atividades domésticas cotidianas e das redes de ajuda mútua – redes que podem incluir e excluir consanguíneos, parentes por casamento, padrinhos e compadres, amigos, que se estende para outras casas e até mesmo para outros bairros (Pereira & Bourget, 2010; Fonseca, 2005). Decorre disso a tendência de caracterizar as famílias pobres como desestruturadas, utilizando termos diferentes, carregados de avaliações opostas, para se referir aos mesmos comportamentos em famílias ricas e em famílias pobres (Fonseca, 2005). Desta forma, a conceituação de família possui caráter ideológico, que oculta a dinâmica sociocultural em que se inserem as famílias e as circunstâncias em que se dá o processo histórico-social, produzindo práticas discriminantes e segregadoras (Montero, 1991).

Outro aspecto cuja conceituação permanece indefinida é o papel da família na relação com a rede de serviços e enquanto objeto da atenção e do cuidado. Às famílias é atribuído um papel protetivo positivado e naturalizado. Proteger, ajudar, cuidar, socializar, propiciar vínculos

afetivos, transmitir valores culturais e morais, garantir a subsistência e educar seus membros são algumas das funções entendidas como típicas das famílias (Silveira, 2000; Guanaes & Mattos, 2011), mas uma família concebida erroneamente circunscrita ao âmbito privado e aparentemente desconexa da esfera pública (Montero, 1991). A naturalização de suas funções oculta, desta forma, o caráter histórico da instituição familiar em sua relação com a produção e reprodução das diversas formas de organização social (como discutido por Engels, 1974). Desconsidera ainda que, mesmo em seus aspectos mais íntimos, a família é socialmente mediatizada e se insere nas concretizações históricas da realidade social (Horkheimer & Adorno, 1973).

Afirma-se assim, contraditoriamente, a família enquanto espaço primordial para o desenvolvimento de seus membros, ao mesmo tempo em que é culpabilizada por suas vulnerabilidades e por seu sofrimento, desconsiderando-se o papel exercido por outras instituições sociais nestes processos (Pereira & Bourget, 2010). Enquanto objeto dos cuidados, a família é entendida como uma parceira do sistema de saúde, que pode contribuir para o tratamento de seus membros, mas não se aborda como esta sofre os impactos do adoecimento (Silva, Silva, & Bousso, 2011), o que se reflete também na dificuldade de definição do que é uma família saudável (Gabardo, Junges, & Selli, 2009).

Dimensão metodológica da centralidade na família

Por sua vez, os trabalhos analisados tratam da definição do que é e como deve ser realizado o trabalho centrado em famílias na execução das políticas sociais, o que denominamos *dimensão metodológica*.

Da mesma forma em que o conceito de família é tomado como autoevidente, a compreensão do princípio da centralidade na família enquanto orientador do processo de trabalho é incipiente, como se seu significado não precisasse ser explicado por ser compartilhado por todos (Miotto, Silva, & Silva, 2007). Decorrente parcialmente da própria dificuldade de conceituar o que é família, aponta-se a dificuldade de definir, com precisão, o que é trabalhar com foco na família (Silva, Silva, & Bousso, 2011; Miotto, Silva, & Silva, 2007). Identificamos três questões centrais permanecem sem resolução, ou com respostas pouco claras e não consensuais: O que é trabalhar com foco na família? O que distingue uma intervenção centrada na família de outra que não tenha centralidade? O que distingue as necessidades da família como coletividade e as necessidades dos indivíduos separados que a

compõem? Desta forma, o alegado foco na família não adquiriu suficiente consistência analítica e operativa (Campos & Garcia, 2007), em um cenário de ausência de orientações metodológicas que explicitem como a centralidade na família pode se materializar no processo cotidiano de intervenção (Mioto, Silva, & Silva, 2007). Definir a família como foco da atenção não garante, portanto, a sua efetivação (Pereira & Bourget, 2010).

Os documentos norteadores da Estratégia Saúde da Família não especificam que ações devem ser tomadas para o atendimento da família como um sistema ou unidade de cuidado, do que decorre que a atenção se volte ora a grupos específicos ora aos indivíduos no interior de uma família, reiterando assim o modelo de atenção individualizado e centrado na demanda espontânea (Silva, Silva, & Bousso, 2011). A família, sendo tomada como sinônimo de domicílio ou de divisão de um mesmo espaço físico, se torna, desta forma, apenas uma unidade funcional de cadastramento e mapeamento de doenças e fatores de risco para subsidiar o atendimento (Pereira & Bourget, 2010; Campos & Garcia, 2007). Desta indefinição metodológica decorre a utilização de distintas abordagens para o trabalho com famílias, que oscilam entre a identificação da família com os indivíduos que a compõem, com o domicílio em que reside, com a comunidade em que se insere ou com combinações destas abordagens (Ribeiro, 2004). Esta diversidade de abordagens reafirma e nega, simultaneamente, o modelo de atenção e cuidado individuais que a Estratégia Saúde da Família busca superar e as concepções de comunidade e território que estão em sua origem, sem uma identidade metodológica definida.

Como consequência, reforça-se a tendência de tomar a família como parceira no cuidado e não como foco deste, sendo abordada de forma fragmentada e não como um grupo de necessidades próprias que não necessariamente são a soma das necessidades de seus membros (Silva, Silva, & Bousso, 2011; Jesus, Rosa, & Prazeres, 2004).

Dimensão política da centralidade na família

A terceira categoria construída, ao fazer referência à *dimensão política da centralidade na família*, permite compreender a trajetória de desenvolvimento das políticas públicas de saúde e de assistência social no contexto das contrarreformas neoliberais do Estado brasileiro – momento em que se inicia a proposta de políticas centradas na família – e explicitar a tensão entre focalização e universalização nestas políticas.

O modelo de Seguridade Social, ao estabelecer os direitos sociais enquanto direitos inalienáveis da cidadania, indicou a institucionalização de um modelo de políticas sociais universais que, sob responsabilidade estatal, devem garantir a todos o exercício destes direitos. Contudo, a implantação da agenda neoliberal, durante a década de 1990, reformulou o modelo de políticas sociais. O ajuste macroeconômico implantado trouxe consigo a tese do “Estado mínimo”, com o enxugamento da estrutura estatal, a diminuição do seu papel na regulação social e a transferência para entidades não-estatais da responsabilidade por aqueles serviços entendido como não-exclusivos. Afirmar-se, assim, uma concepção de que o bem-estar social poderá ser alcançado por iniciativa de grupos privados, cabendo ao Estado um papel supletivo (Oliveira, Bertolozzi, Egry, & Fonseca, 1998). A disputa constante entre política social e política econômica (com predomínio desta e contingenciamento daquela) e ainda entre as políticas sociais (com distintos comandos e fontes de financiamento) marca este momento político do país (Monnerat & Souza, 2011; Costa, 2009). Desobrigado o Estado do suprimento dos direitos sociais, que em uma lógica privatista se transformaram em serviços regidos pelo mercado, e a partir do discurso da necessidade de redução do gasto público, são desenvolvidos programas sociais com os objetivos de aliviar a pobreza e garantir o acesso às condições mínimas de bem-estar, dirigidos a grupos populacionais em condição de vulnerabilidade, processo denominado de focalização (Oliveira, Bertolozzi, Egry, & Fonseca, 1998; Costa, 2009).

É neste contexto político-institucional que se desenvolvem, no caso brasileiro, as políticas sociais centradas na família. A crise do Estado de Bem-Estar Social, com a diluição da responsabilidade coletiva na proteção social e o fortalecimento da tese da responsabilidade dos indivíduos, implicou na adoção de uma solução familiar para a proteção social, buscando-se a redução da dependência em relação aos serviços públicos e a exploração da capacidade das famílias de resolver seus problemas e atender suas necessidades (Costa, 2009; Mito, Silva, & Silva, 2007; Ribeiro, 2004). O modelo neoliberal, ao buscar reordenar as relações entre Estado, mercado e sociedade, sustenta assim o “familismo”, compreensão de que a função de proteção social deve ser exercida primordialmente pelas famílias, que para isso devem se apoiar no mercado e na sociedade civil, devendo o Estado intervir apenas quando estes agentes falham (Teixeira, 2009).

Com isso, acentua-se o processo de penalização das famílias. Ao focalizar, orientando os gastos públicos para os grupos entendidos como mais vulneráveis, o Estado institucionaliza

a exclusão de um grande contingente de famílias que não preenchem os requisitos para acessar determinadas políticas e também não dispõem de recursos para comprar estes mesmos serviços no mercado, ficando expostas aos riscos e tendo deterioradas suas condições de vida e sua capacidade protetiva (Mioto, Silva, & Silva, 2007). Nega-se o entendimento do processo saúde-doença determinado por uma sociabilidade produzida em condições desiguais, que está na base da concepção de Saúde Coletiva e do próprio Sistema Único de Saúde (Oliveira, Bertolozzi, Egry, & Fonseca, 1998). O acento no “fortalecimento da família”, em uma lógica que apresenta o investimento nas famílias e o investimento nos serviços como mutuamente excludentes, oculta, desta forma, a falta de empenho político na construção de programas realmente integrais de seguridade social (Fonseca, 2005).

O modelo universalista não foi, contudo, superado pelo modelo focalizado e na formulação das políticas sociais, desde então, coexistem contraditoriamente os dois modelos, delineando-se com isso um campo de tensões e disputas (Mioto, Silva, & Silva, 2007). Na política de saúde, a Estratégia Saúde da Família, ao mesmo tempo em que se sustenta na concepção focalizada neoliberal, possibilita a superação do modelo biomédico, de cuidado individualizado e centrado na doença (Ribeiro, 2004). No caso da política de Assistência Social, seu desenvolvimento institucional recente, especialmente a partir do SUAS, busca superar as ações focalizadas por uma política universal. Contudo, os dois modelos coexistem, podendo ser citados como exemplos a focalização no Programa Bolsa Família e o caráter universal do Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias.

Apontamos, por fim, que, ao fazermos a crítica à centralidade da família nas políticas sociais, não propomos em absoluto o abandono da atenção às famílias, mas uma reorientação desta atenção a partir do modelo que Teixeira (2009) denomina de “protetivo”. Não negamos que a família, enquanto lócus privilegiado de socialização, efetivamente exerce as funções de proteção e cuidado de seus membros e que as políticas sociais podem fortalecer este exercício, especialmente quando a própria noção de direitos sociais se encontra sob ameaça de desregulação. Não desconsideramos, por sua vez, que assim como é preciso evitar o processo de responsabilização das famílias por sua própria proteção, também deve ser evitado o processo de negação da família enquanto espaço privado em seu papel de instituição social relativamente autônoma, como discutido por Horkheimer e Adorno (1973).

As políticas públicas centradas na família inscrevem-se, desta forma, na disputa entre propostas distintas de proteção social, que remetem, por sua vez, a projetos societários

distintos. Para construí-las na perspectiva da defesa de direitos sociais enquanto condição imprescindível da cidadania e do conseqüente modelo universalista de políticas sociais, tendo a articulação intersetorial como princípio fundamental, é necessário avançar na definição de referenciais conceituais, metodológicos e políticos. Urge considerar as famílias no contexto social e histórico em que se desenvolvem, a partir das relações que implicam mutuamente família e sociedade, como possibilidade de assim superar as atuais contradições encontradas no trabalho com famílias.

REFERÊNCIAS

- Campos, C. E. A., & Garcia, J. (2007). Contribuições para a supervisão dos programas sociais com foco na família. *Revista Katálýsis*, 10(1), 95 – 104.
- Costa, N. R. (2009). A proteção social no Brasil: universalismo e focalização nos governos FHC e Lula. *Ciência & Saúde coletiva*, 14(3), 693 – 706.
- Engels, F. (1974). *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Fonseca, C. (2005). Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. *Saúde e Sociedade*, 14(2), 50 – 59.
- Gabardo, R. M., Junges, J. R., & Selli, L. (2009). Arranjos familiares e implicações à saúde na visão dos profissionais do Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 91 – 97.
- Guanaes, C., & Mattos, A. T. R. (2011). Contribuições do Movimento Construcionista Social para o Trabalho com Famílias na Estratégia Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 1005 – 1017.
- Horkheimer, M., & Adorno, T. W. (1973). *Temas básicos da sociologia* (A. Cabral, Trans.). São Paulo: Cultrix.
- Jesus, C. S., Rosa, K. T., & Prazeres, G. G. S. (2004). Metodologias de atendimento à família: o fazer do assistente social. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 26(1), 61 – 70.
- Lima, V. C. (2014). Psicologia da Pobreza e Pobreza da psicologia: um estudo sobre o trabalho de psicólogas(os) na política pública de assistência social. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

- Lukács, G. (2013). Para uma ontologia do ser social II (N. Schneider, I. Tonet, R. V. Fortes, Trans.). São Paulo: Boitempo.
- Mioto, R. C. T., Silva, M. J., & Silva, S. M. M. M. (2012). Políticas públicas e família: estratégias para enfrentamento da questão social. In *3 Jornada Internacional de Políticas Públicas*. São Luis: UFMA.
- Monnerat, G. L., & Souza, R. G. (2011). Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. *Revista Katálisis*, 14(1), 41 – 49.
- Montero, M. (1991). Consecuencias ideologicas de la definicion de familia para la politica social. *Interamerican Journal of Psychology*, 25(1), 107 – 110.
- Oliveira, D. C. (2008). Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Revista Enfermagem UERJ*, 16(4), 569 – 576.
- Oliveira, M. A. C., Bertolozzi, M. R., Egry, E. Y., & Fonseca, R. M. G. S. (1998). Globalização e saúde: desafios para a Enfermagem em Saúde Coletiva no limiar do Terceiro Milênio. *Saúde e Sociedade*, 7(2), 3 – 18.
- Pereira, P. J., & Bourget, M. Família: representações sociais de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, 19(3), 584 – 591.
- Ribeiro, E. M. (2004). As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(4), 658 – 664.
- Silva, M. C. L. S. R., Silva, L., & Bousso, R. S. (2011). A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(5), 1250 – 1255.
- Silveira, M. L. (2000). Família: conceitos sócio-antropológicos básicos para o trabalho em saúde. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 2(2), 58 – 64.
- Teixeira, S. M. (2009). Família na política de Assistência Social: avanços e retrocessos com a matricialidade sociofamiliar. *Revista de Políticas Públicas*, 13(2), 255 – 264.

A PSICOLOGIA QUE NÃO SE RECONHECE NA ASSISTÊNCIA SOCIAL E A PSICOLOGIA QUE ASSUME QUE APENAS AS SUAS CONTRIBUIÇÕES PODEM EFETIVAR A ASSISTÊNCIA SOCIAL: CONTRADIÇÕES NA INSERÇÃO DE PSICÓLOGOS NO SUAS

Vinicius Cesca de Lima (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo)

RESUMO

Este trabalho apresenta recorte de pesquisa sobre o trabalho de psicólogos na política pública de assistência social. Com o objetivo de analisar como se produz o campo de significados que orienta, justifica e legitima este campo profissional, envolveu observação participante em um Centro de Referência de Assistência Social e a análise de distintas fontes documentais. Um dos elementos identificados foi a relação contraditória entre a psicologia que não se reconhece na assistência social, que com ela se relaciona como algo que lhe é externo, estranho e muitas vezes inóspito, e a psicologia que assume que apenas as suas contribuições podem efetivar uma assistência social transformadora e emancipatória. Em ambos os casos, estabelece-se uma relação de subordinação entre as profissões de psicólogo e de assistente social e uma cisão entre objetividade e subjetividade. Entre as formas de estranhamento de psicólogos em relação à assistência social está o questionamento, ou mesmo a negação e a recusa, de realizar atividades supostamente típicas ou privativas de assistentes sociais, equivocadamente identificando como sinônimos a profissão de assistente social e a política de assistência social. Ao identificarem a política de assistência social como campo de assistentes sociais e não reconhecerem as atividades que a definem como suas, ainda que a política pública tenha feito a resoluta opção de que não existe Assistência Social sem psicólogos, descrevem se sentir em posição submissa, auxiliar, coadjuvante. A este não-reconhecimento se articulam tentativas de delimitar especificidades para o seu trabalho, que tendem a se apegar a aspectos menos explicitamente relacionados a demandas objetivas, como o fortalecimento de vínculos e o trabalho com famílias. Sendo aspectos tidos como “subjetivos” e presumivelmente distantes do que comumente se concebe como objeto da assistência social, são assumidos como objetos possíveis para o trabalho de psicólogos, que justificariam sua presença nas equipes. Esta distinção produz uma falsa polarização entre uma dimensão socioassistencial (à qual se atribui

a pecha de “assistencialista”) e uma dimensão socioeducativa (tomada como emancipatória) do trabalho social. Reproduzindo a concepção ideológica de que se deve sempre “ensinar a pescar” (no sentido liberal do autogerenciamento) e que “dar o peixe” é, no máximo, admitido e tolerado, mas nunca desejável, no limite se nega o trabalho com o atendimento das demandas explicitamente econômicas e se afirma que apenas a dimensão socioeducativa, tomada como exclusiva de psicólogos, ao trabalhar com aspectos subjetivos, permitiria promover autonomia. Com isso, cria-se uma dicotomia entre uma “velha” assistência social, pejorativamente qualificada como assistencialista por cuidar de provisões materiais, que seria típica de assistentes sociais, com a qual psicólogos não se identificam e que por isso se recusam a realizar, e uma “nova” assistência social, que não promoveria dependência, que promoveria autonomia e possibilitaria sujeitos empoderados, protagonistas, autodeterminados, da qual os psicólogos seriam a legítima representação. O que articula este simultâneo reconhecimento e não-reconhecimento é o entendimento de que psicólogos trabalham apenas com a subjetividade, em uma compreensão que mistifica tanto a dimensão objetiva quanto a dimensão subjetiva da realidade.

Palavras-chave: Psicólogos. Política de Assistência Social. Dimensão subjetiva da realidade.

Eixo temático: Perspectivas e dificuldades de inserção da Psicologia no SUS e SUAS

Este trabalho apresenta recorte de pesquisa sobre o trabalho de psicólogos na política pública de assistência social, que teve como um de seus objetivos a análise da produção da dimensão subjetiva deste campo profissional, ou seja, o campo de significados que o orienta, justifica e legitima (Lima, 2014). Para isso, a pesquisa envolveu observação participante em um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e a análise de distintas fontes documentais.

A análise das significações sobre a especificidade do trabalho de psicólogos na assistência social, assim como sobre seus princípios, diretrizes, contribuições e dificuldades, indica, entre outros elementos, a relação contraditória entre a psicologia que não se reconhece na assistência social, que com ela se relaciona como algo que lhe é externo, estranho e muitas vezes inóspito, e a psicologia que assume que apenas as suas contribuições podem efetivar uma assistência social efetivamente transformadora e emancipatória. Em ambos os casos,

estabelece-se uma relação de subordinação entre as profissões de psicólogo e de assistente social e uma cisão entre objetividade e subjetividade.

Uma expressão do estranhamento de psicólogos em relação à assistência social está na maneira pela qual estes questionam, e em alguns casos chegam mesmo a negar, as possibilidades de realizar algumas das atividades consideradas essenciais ao trabalho social, como visita domiciliar, estudo social e cadastro socioeconômico (cf. Brasil, 2009), identificando-as como típicas ou mesmo privativas de assistentes sociais. Com isso, equivocadamente identificam como sinônimos a profissão de assistente social e a política de assistência social, se perguntando o que fazem ali (Araújo, 2010) e descrevendo o “sentimento de estar sozinhos em meio a um campo que é eminentemente e ainda na grande maioria ocupado por profissionais do Serviço Social” (Reis & Pasini, 2013, p. 65). Ao identificarem a política de assistência social como campo de assistentes sociais e não reconhecerem as atividades que a definem como suas, descrevem se sentir em uma posição submissa, auxiliar, coadjuvante.

Assim, ainda que a política pública tenha feito a resoluta opção de que não existe Assistência Social sem psicólogos, que esta categoria profissional é indispensável ao trabalho social e por esta razão sua presença deve ser obrigatória em todos as equipe técnicas, os psicólogos muitas vezes não se reconhecem na assistência social, mantendo o estranhamento de quem se relaciona com algo com o qual não se identifica. Neste sentido, é interessante, por exemplo, o resultado encontrado por Fontenele (2008) ao questionar os trabalhadores da Assistência Social sobre as razões que levaram à inserção de psicólogos nas equipes. Enquanto os assistentes sociais souberam apontar razões para esta presença, justificando-a a partir do princípio da matricialidade familiar e do histórico de envolvimento de psicólogos nas lutas pela defesa dos direitos de crianças e adolescentes, os próprios psicólogos afirmaram desconhecer as razões. Eis um bom motivo para que esta atuação seja permanentemente reafirmada como nova e insólita. Toda a discussão sobre um/o lugar para a psicologia na política de assistência social é atravessada por esse estranhamento.

Durante a observação participante, nos chamou a atenção a maneira pela qual uma das psicólogas definiu seu trabalho como algo que está inserido na assistência social sem ser exatamente (ou plenamente) assistência social.

Centro de Assistência Social... até o nome parece que já puxa pra isso, que é esse atendimento dessas necessidades.. “Ah, eu vou lá porque eu quero fazer parte de algum programa, que a minha família ta passando

por alguma necessidade”. E psicologia parece que ainda é associada à área de saúde. Daí tem gente que vem a descobrir que tem o serviço de psicologia aqui ou porque, aqui de dentro mesmo, é encaminhado pra lá, ou às vezes em alguma visita. (...) A pessoa não vem aqui num primeiro momento buscando um atendimento psicológico (Psicóloga do CRAS em que foi realizada a observação participante).

Considerando que é compreensível que o usuário procure um equipamento de assistência social por conta de insuficiência de renda ou buscando a inserção em um programa socioassistencial, afinal estas são efetivamente ofertas previstas para esta política pública, o interessante é que estas ofertas não são assumidas como sendo da psicologia, como se estas não fossem questões a serem tratadas por psicólogos.

Também não é de se estranhar que as tentativas de delimitar especificidades para o trabalho de psicólogos nesta política pública se apeguem a alguns de seus aspectos menos explicitamente relacionados a demandas objetivas, especialmente socioeconômicas. Destacam-se, neste sentido, o fortalecimento/prevenção de ruptura de vínculos e o trabalho com famílias. Sendo aspectos que podem ser entendidos como “subjetivos” (e a ressalva aqui se justifica porque tanto a demanda socioeconômica comporta uma dimensão subjetiva quanto estas demandas entendidas como subjetivas são também necessariamente objetivas), e presumivelmente distantes do que comumente se concebe como objeto da assistência social, são assumidos como objetos possíveis para o trabalho de psicólogos. Com isso, justificam sua presença nas equipes: a psicologia possuiria uma contribuição específica.

Dentro da escuta psicológica, o trabalho do psicólogo tá mais sujeito a isso, a ser procurado por uma questão que até envolve o fortalecimento de vínculos, mas é de uma maneira mais indireta. (...) Mas em outras situações a gente consegue ter mais foco na questão familiar. Por exemplo, algumas reuniões que a gente faz com alguma família específica. Então ali entra a psicologia e parece que é mais focado dentro do que é previsto pro PAIF. (...) Tem algumas coisas assim que, a meu ver, ficam meio misturadas e você deixa de ter um ganho efetivo que é mais específico pra área. Por exemplo, tem visita e daí o psicólogo tem que ir lá ficar preenchendo a ficha pro (...) Bolsa Família. Eu já vejo que, de repente, ele poderia se ocupar mais de um olhar nesse âmbito mais

subjetivo da família, das relações. (...) Eu acho que atrapalha um pouco a minha prática, ter que ficar focada numa questão que é mais específica do Serviço Social enquanto que as outras coisas da família eu poderia estar me ocupando disso especificamente. Por exemplo, a família tá precisando de um atendimento em dependência química. O que fazer? Vai ser encaminhado daqui pra onde? Sabe, mais direcionado (Psicóloga do CRAS em que foi realizada a observação participante).

No limite, essa delimitação de campos específicos dentro da política de assistência social como preferenciais ou exclusivos de psicólogos aponta para a compreensão de que apenas a psicologia pode efetivar a assistência social na perspectiva emancipatória que se assume como sua finalidade. O essencial para apreender esta questão, em nossa análise, está na compreensão da relação assistencialismo x autonomia.

Superar o legado assistencialista, clientelista e tutelador, baseado na filantropia, na caridade e na benemerência, que historicamente caracterizou a assistência social, e sua efetivação como política de garantia de direitos que compõe a seguridade social, é central na construção do Sistema Único de Assistência Social. Para tanto, define-se a promoção da autonomia como um dos objetivos desta política pública (Brasil, 2005). E o que se entende por “assistencialismo”? Não sendo nosso interesse aqui discutir o processo histórico de constituição da assistência social como ação estatal errática e paliativa, explicitamente orientada à “pacificação social”, vejamos como “assistencialismo” é definido, no material que analisamos, pelos psicólogos que trouxeram este tema para discussão. Botarelli (2008) define que “o que caracteriza uma ação como assistencialista é sua resultante que aliena e mantém o indivíduo na pobreza e dependente do Estado” (p. 96). Para Ferrari (2009), a herança assistencialista se traduz em serviços sociais que “ainda despertam na população a expectativa de benefícios governamentais permanentes” (p. 36). Nesta direção, o assistencialismo poderia ser caracterizado, portanto, como uma forma de ação estatal que mantém as pessoas dependentes da contínua prestação de um determinado benefício, com caráter paliativo, que não supera efetivamente as condições que produzem a demanda pelo benefício e que, por isso, produz alguma medida de submissão, controle e infantilização da população (Macedo & Dimenstein, 2009). Por isso, a preocupação, sempre presente, com as “portas de saída” dos programas socioassistenciais, cuja suposta ausência, inferida pelo

número crescente de beneficiários, é apontada como a principal fragilidade das políticas de proteção social (Curado, 2012).

O oposto desta forma de relação estaria na ação orientada à promoção da autonomia. No material analisado, encontramos definições de autonomia, neste contexto específico, como “independência dos benefícios oferecidos” (Conselho Federal de Psicologia, 2007, p. 23), “se desvincular dos benefícios sociais (bolsa família, cesta básica)” (Ferrari, 2009, p. 36), a condição de estar “não mais dependente dos programas e benefícios governamentais” (Fontenele, 2008, p. 139). Por isso, entende-se ser fundamental “‘libertar’ as famílias da própria intervenção, possibilitando a construção de novos caminhos” (Trein, Tittoni & Prudente, 2013, p. 62), “que as atividades de atendimento gerem progressivamente independência dos benefícios oferecidos” (CFP, 2007, p. 19) e que os benefícios tenham “a contrapartida de um investimento pessoal do usuário” (Ferrari, 2009, p. 36).

Para compreender esta posição de que a interrupção da prestação de um determinado serviço social público como finalidade, em si mesma, desta própria prestação, é preciso considerar a disputa entre universalização e focalização das políticas sociais no contexto histórico da ofensiva neoliberal, no qual prevalecem as políticas de renda mínima, na forma de programas de transferência de renda, com o desmonte das políticas sociais universais. Isso não se dá, contudo, sem disputa entre uma concepção liberal (que retira as políticas sociais do campo dos direitos de cidadania e as afirma como ação focalizada, pontual, seletiva, limitada em seu alcance e no tempo, orientada tão somente a garantir algum alívio temporário enquanto os mecanismos de mercado não produzem a solução “definitiva”) e uma concepção distributivista (que defende as políticas de transferência de renda como instrumento de distribuição de riqueza, em complemento a serviços sociais básicos que devem ser universais). A atual configuração dos benefícios socioassistenciais no SUAS não escapa deste embate. O Programa Bolsa Família, para ficar no exemplo mais relevante, se assume claramente como política focalizada, que possui critérios de inclusão e exige o cumprimento de determinadas contrapartidas para se manter incluído. Ao mesmo tempo, a integração do benefício com as demais provisões socioassistenciais e com outras políticas sociais setoriais, como saúde e educação, imprime ao programa um caráter mais próximo da concepção distributivista. Da mesma forma, ao se expandir a ponto de cobrir praticamente todo o seu público-alvo, o programa se torna um híbrido “universalmente focalizado”. Também contraditória é a questão

do tempo de permanência: a família pode permanecer inserida por tempo indeterminado, desde que cumpra exigências periódicas.

Assinalar este caráter contraditório é necessário para apontar então alguns dos possíveis sentidos para a interrupção do benefício como finalidade. Pode ser a denúncia do caráter focalizado do benefício em contraposição ao caráter universal que se busca atribuir às políticas sociais. Pode ser a denúncia do que significa viver com os baixos valores transferidos, fazendo com que a precariedade do benefício prestado torne desejável que não se precise dele. Mas, pode ser também a concepção de que a transferência de renda é um tipo de política social indesejada. Afinal, o benefício contribuiria para desestimular as pessoas, “acomodando-as” (em uma abstração do que são suas condições reais de vida) na situação de receberem dinheiro sem fazer esforço algum, sem qualquer contrapartida, sem “investimento pessoal”. O sentido de “autonomia” aí é claramente liberal. É o que pensava a burguesia inglesa do século XIX sobre a “Caixa dos Pobres” (Engels, 2010) e é o que pensa boa parcela da população brasileira sobre o Programa Bolsa Família (Castro, Walter, Santana, & Stephanou, 2009). Em última instância, o que se reproduz é a ideologia do trabalho como única fonte digna de rendimentos e da exigência de esforço e sacrifício para definir merecimento.

Em qualquer dos casos, a consequência é, quando não negar explicitamente qualquer intervenção estatal neste campo, atribuindo ao “livre” funcionamento do mercado a sua regulação, hierarquizar serviço e benefício socioassistencial, subordinando este àquele. Ou mesmo negar completamente o benefício em favor da exclusividade da prestação do serviço – o que está na base da concepção ideológica de que, não importam as condições realmente existentes, se deve apenas, no máximo, “ensinar a pescar”, mas nunca dar o peixe. É o caso da cisão, explicitamente feita, por exemplo, por Afonso, Vieira-Silva, Abade, Abrantes e Fadul (2012), entre uma dimensão socioeducativa da assistência social e uma dimensão propriamente socioassistencial, como se o trabalho socioeducativo não fosse ele também socioassistencial e vice-versa. A dimensão socioeducativa do “ensinar a pescar” se contraporía ao “assistencialismo” do “dar o peixe”, explicitando uma fratura no interior da política de assistência social. Isso denuncia quão frágil é a concepção da segurança de rendimentos como direito (afinal, se tratando de um direito, por que haveria de ser um problema o seu eventual exercício contínuo?) e sua reafirmação como auxílio, subvenção estatal que deve ser sempre temporária. No máximo admitida, mas nunca desejada.

Estabelecida como finalidade a independência em relação aos benefícios socioassistenciais, como esta poderia ser produzida? Entre as respostas formuladas, destacamos a de Souza (2011), que exemplifica o que estamos argumentando, de que “a apropriação dos recursos materiais e *principalmente simbólicos* é que garantirá a autonomia aos sujeitos” (p. 164). Provavelmente não deve haver muita polêmica em torno da compreensão de que a autonomia, uma vez entendida como independência das ações socioassistenciais, demanda a apropriação de recursos materiais. Há um senso comum (o que não significa que seja falso, tampouco plenamente verdadeiro) de que é a inserção no trabalho, especialmente se esta se ocorrer na forma de um emprego formal, a condição por excelência para a garantia desta autonomia material. Mas, destacamos aqui a formulação de que é principalmente a apropriação de recursos simbólicos o que pode produzir autonomia, encontrada também nos próprios documentos do SUAS. Assim, na medida em que o desenvolvimento de determinadas condições subjetivas, ao potencializar os usuários da assistência social para agir, possibilitaria que estes superassem “por conta própria” as vulnerabilidades por eles vivenciadas, desenvolver tais condições subjetivas seria o objetivo da política pública.

Disso decorre, no limite, a negação do trabalho com a dimensão objetiva, com o atendimento das demandas explicitamente econômicas, pois este seria insuficiente ao não preparar os sujeitos a satisfazerem suas necessidades sem a mediação do Estado na prestação de benefícios socioassistenciais. Assim, é em nome do combate ao assistencialismo que psicólogos se recusam a realizar algumas destas atividades, que atribuem a assistentes sociais, e que assumem o trabalho socioeducativo, definido como sua contribuição, como única possibilidade de tornar os sujeitos “empresários de si (...) que se auto-gerenciem, (...) produzindo sua própria satisfação” (Trein, Tittoni & Prudente, 2013, p. 59).

Com isso, o que poderia parecer a incompatibilidade entre uma psicologia que não se reconhece na assistência social e uma psicologia que assume que apenas suas contribuições podem efetivar a assistência social, resolve-se quando se cria uma dicotomia entre uma “velha” assistência social, pejorativamente qualificada como assistencialista por cuidar de provisões materiais, que seria típica de assistentes sociais, com a qual psicólogas(os) não se identificam e que por isso se recusam a realizar, e uma “nova” assistência social, que não promove dependência (este seria o efeito do benefício, especialmente se não exigir contrapartidas), que promove autonomia (este seria o efeito de trabalhar questões subjetivas) e possibilita sujeitos

empoderados, protagonistas, autodeterminados, da qual as(os) psicólogas(os) seriam a legítima representação. O que articula este simultâneo reconhecimento e não-reconhecimento é o entendimento de que psicólogas(os) trabalham apenas com a subjetividade, a partir de uma compreensão que mistifica tanto a dimensão objetiva quanto a dimensão subjetiva da realidade. E que, por isso, postula uma autonomia abstrata, que não considera o ser-precisamente-assim das condições objetivas de transformação da realidade.

REFERÊNCIAS

- Afonso, M. L. M., Vieira-Silva, M., Abade, F. L., Abrantes T. M., & Fadul, F. M. (2012). A psicologia no Sistema Único de Assistência Social. *Pesquisas e práticas psicossociais*, 7 (2), 189 – 199.
- Araújo, F. I. C. (2010). “...Mas a gente não sabe que roupa deve usar”: um estudo sobre a prática do psicólogo no Centro de Referência de Assistência Social. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Botarelli, A. (2008). *O psicólogo nas políticas de proteção social: uma análise dos sentidos e da práxis*. Tese de Doutorado em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Brasil (2005). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004)*. Brasília: MDS.
- Brasil (2009). Conselho Nacional de Assistência Social. *Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009*. Aprova a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais. Brasília: CNAS.
- Castro, H. C. O., Walter, M. I. M. T., Santana, C. M. B., & Stephanou, M. C. (2009). Percepções sobre o Programa Bolsa Família na sociedade brasileira. *Opinião Pública*, 15 (2), 333 – 355.
- Conselho Federal de Psicologia (2007). Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. *Referência técnica para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS*. Brasília: CFP.
- Curado, J. C. (2012). *Multiplicidade de "pobrezas" nas redes heterogêneas das políticas públicas contemporâneas*. Tese de Doutorado em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

- Engels, F. (2010). *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra* (B. A. Schumann, Trans., ed. rev.). São Paulo: Boitempo.
- Ferrari, R. (2009). Escutando famílias na rede pública: uma experiência de supervisão institucional com a equipe do PAIF - Programa de Atenção Integral à Família dos CRAS, Vinhedo/SP. *Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 10 (2), 33 – 40.
- Fontenele, A. F. G. T. (2008). *Psicologia e Sistema Único de Assistência Social - SUAS: estudo sobre a inserção dos psicólogos nos Centros de Referência da Assistência Social - CRAS's*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.
- Lima, V. C. (2014). *Psicologia da Pobreza e Pobreza da psicologia: um estudo sobre o trabalho de psicólogas(os) na política pública de assistência social*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Macedo, J. P., & Dimenstein, M. (2009). Psicologia e a produção do cuidado no campo do bem-estar social. *Psicologia & Sociedade*, 21 (3), 293 – 300.
- Reis, C., & Pasini, V. L. (2013). *Psicologia e políticas públicas: as práticas profissionais no Rio Grande do Sul*. Relatórios regionais das pesquisas do CREPOP. Porto Alegre: CRP-RS.
- Souza, R. F. (2011). *Psicologia e Políticas Públicas de Assistência Social: práxis emancipatória ou administração social?* Tese de Doutorado em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Trein, A. L., Tittoni, J., Prudente, J. (2013). O trabalho como potencializador da vida nas práticas da assistência social. *Psico*, 44 (1), 55 – 63.

A QUALIDADE DE SONO DE FUNCIONÁRIOS DE INSTITUIÇÕES BANCÁRIAS DO VALE DO PARAÍBA PAULISTA E O DESENVOLVIMENTO REGIONAL

José Dirnece Paes Tavares (Mestre em Gestão e Desenvolvimento Regional)

Nancy Julieta Inocente (Universidade de Taubaté)

RESUMO

O objetivo do estudo é identificar a prevalência da qualidade de sono dos funcionários de instituições financeiras públicas e privadas do Vale do Paraíba paulista. O tipo de pesquisa é o descritivo, com abordagem quantitativa e o delineamento de levantamento. A amostra pesquisada é de 270 de bancários. Os instrumentos utilizados consistem no Questionário de Identificação da Amostra e Questionário de Qualidade de sono e Escala de Sonolência de Epworth (ESE). Os dados foram tabulados e analisados por meio do programa estatístico Excel. Os principais resultados da amostra pesquisada revelaram: predominância do sexo feminino representando 61,5%, considerado uma tendência no setor; a faixa etária média esteve entre 26 a 30 anos com 30,7%, sendo que 55,6% são de casados. O setor privado é responsável pela maioria com 80,4%, e ainda representa 82,2% de regime integral de trabalho. Observa-se que com relação às horas trabalhadas 35,6% está entre 31 a 40 horas semanais; 95,9% não possuem outro emprego e 30% representa de 2 a 5 anos no trabalho, revelando uma renovação no setor, o que explica a faixa etária dos respondentes. Os gerentes de contas de Pessoa Física e Pessoa Jurídica é a categoria predominante com 30% dos respondentes. Com relação à área de atuação Ciências Humanas corresponde a 57%, sendo que a titulação acadêmica predominante é o Bacharelado com 93,7%, uma exigência cada vez maior das instituições financeiras. Quanto a qualidade do sono nos funcionários de instituições bancárias as variáveis predominantes foram: 117 indivíduos às vezes ao acordar pela manhã sentem cansado; 81 frequentemente e 23 sempre, perfazendo 231 indivíduos com dificuldades relativo ao sono; 103 indivíduos às vezes acordam a noite, 40 frequentemente e 15 sempre, totalizando 163 pessoas com problemas do sono; 104 elementos às vezes sente cansaço durante o dia e atribui ao sono, 34 frequentemente e 7 disseram que sempre, somando 145 indivíduos reclamando das causas de um sono sem qualidade. Conclui-se que, os resultados obtidos não

podem ser generalizados, mas aponta para as pessoas de comando das instituições bancárias, maior acompanhamento da saúde ocupacional dos seus funcionários.

Palavras-chave: Estresse Ocupacional. Saúde Ocupacional. Bancários.

INTRODUÇÃO

O sono é um elemento componente e imprescindível para saúde e bem estar de qualquer atividade, sobretudo na categoria de bancários, objeto desse estudo. Segundo Guerrero, Aguilar e Medina (2010), evidências clínicas e experimentais pontuam que o sono está relacionado com a saúde física e mental, sendo o sono reparador fundamental para uma vida saudável.

O sono é um estado fisiológico complexo e organizado, e estudos indicam que a privação do sono altera o equilíbrio entre os mecanismos ativadores e desativadores do Sistema Nervoso Central, com importantes efeitos nos mecanismos circadianos e homeostáticos que controlam o sono, aprendizagem, memória e o estresse (Guerrero, Aguilar & Medina, 2010).

Segundo Ballone (2011), o sono como entidade fisiológica tem fundamental importância na manutenção da homeostase. Já é tradicional a afirmação de que passamos dois terços de nossa vida dormindo, mas o que ninguém sabe exatamente é quantas pessoas estão fora desse cálculo hipotético. Calcula-se, por baixo, que aproximadamente 14% das pessoas têm algum transtorno do sono. Essas pessoas estarão passando muito menos ou muito mais que dois terços de sua vida dormindo. A insatisfação com a qualidade do sono aumenta com a idade; estima-se que os transtornos do sono afetam em torno de 50% das pessoas com mais de 65 anos.

Os Transtornos do Sono, segundo o Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais (DSM-IV), elaborado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), organiza os Transtornos do Sono em quatro seções principais, de acordo com a sua etiologia. Um ciclo do sono dura cerca de noventa minutos, ocorrendo quatro a cinco ciclos num período de sono noturno. O sono divide-se em dois tipos fisiologicamente distintos: NREM (*Non Rapid Eye Movement* ou Movimento Não Rápido dos Olhos); e REM (*Rapid Eye Movement* ou Movimento Rápido dos Olhos).

Cinco estágios de sono distintos podem ser medidos pela polissonografia: quatro estágios de sono de movimentos oculares não-rápidos (NREM) (estágios 1, 2, 3 e 4) e o sono dos movimentos oculares rápidos (REM).

O estágio 1 do sono NREM representa uma transição da vigília para o sono e ocupa cerca de 5% do tempo gasto dormindo, em adultos saudáveis.

O estágio 2 do sono NREM, caracterizado por formatos de ondas de EEG específicos (fusos de sono e complexos K), ocupa cerca de 50% do tempo de sono.

Os estágios 3 e 4 do sono NREM (também conhecidos coletivamente como sono de ondas lentas) são os níveis mais profundos de sono, e ocupam cerca de 10-20% do tempo de sono.

O sono REM, durante o qual ocorre a maior parte de sonhos típicos, na forma de histórias, ocupa cerca de 20-25% do sono total, ocorre ciclicamente durante a noite, alternando-se com o sono. Esses estágios do sono têm uma organização temporal característica ao longo da noite.

Os estágios NREM 3 e 4 tendem a ocorrer da primeira terça parte à metade da noite, e sua duração aumenta em resposta à privação do sono.

Os transtornos do sono são organizados em seções principais, de acordo com a suposta etiologia.

Transtornos Primários do Sono são aqueles pelos quais não é responsável nenhuma das etiologias listadas adiante (o responsável seria um outro transtorno mental, uma condição médica geral ou uma substância).

Os Transtornos Primários do Sono supostamente decorrem de anormalidades endógenas nos mecanismos de geração ou nos horários de sono/vigília, e frequentemente são complicados por fatores de condicionamento. Esses transtornos, por sua vez, são subdivididos em Dissonias (caracterizadas por anormalidades na quantidade, qualidade ou tempo de sono) e Parassonias (caracterizadas por eventos comportamentais ou fisiológicos anormais ocorrendo em associação com o sono, estágios específicos do sono ou transições de sono/vigília).

Quanto à sonolência diurna excessiva (SDE) caracteriza-se por episódios de sono em situações em que o indivíduo deveria estar acordado. O objetivo do estudo é identificar a prevalência da qualidade de sono dos funcionários de instituições financeiras públicas e privadas do Vale do Paraíba paulista.

MÉTODO

O presente trabalho foi realizado por meio de pesquisa descritiva com abordagem quantitativa. Os estudos descritivos caracterizam-se em descrever as características de um fenômeno, e a pesquisa quantitativa é caracterizada pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento por meio de técnicas estatísticas. As pesquisas desse tipo se caracterizam por questionário pré-elaborado (Richardson, 1985).

O delineamento foi de levantamento, segundo Gil (2007), as pesquisas desse tipo caracterizam-se pela interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer.

A pesquisa foi realizada com funcionários de oito instituições bancárias situadas no Vale do Paraíba paulista e a amostra pesquisada foi de 270 de bancários. Os instrumentos utilizados no estudo foram: Questionário de Identificação da Amostra e Questionário de Qualidade de sono e Escala de Sonolência de Epworth (ESE).

O trabalho foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté, aprovado conforme protocolo CEP/UNITAU nº 517/09. Os questionários foram entregues nas agências bancárias e serão respondidos na própria organização onde todos os participantes assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi encaminhando um ofício as instituições objetivando solicitar permissão para realização da pesquisa. Os dados foram tabulados e analisados por meio do programa estatístico Excel.

RESULTADOS

Os principais resultados revelaram: predominância do sexo feminino representando 61,5%, considerado uma tendência no setor; a faixa etária média esteve entre 26 a 30 anos com 30,7%, sendo que 55,6% são de casados.

O setor privado é responsável pela maioria com 80,4%, e ainda representa 82,2% de regime integral de trabalho. Observa-se que com relação às horas trabalhadas 35,6% está entre 31 a 40 horas semanais; 95,9% não possuem outro emprego e 30% representa de 2 a 5 anos no trabalho, revelando uma renovação no setor, o que explica a faixa etária dos respondentes.

Os gerentes de contas de Pessoa Física e Pessoa Jurídica é a categoria predominante com 30% dos respondentes. Com relação à área de atuação, Ciências Humanas corresponde a 57%, sendo que, a titulação acadêmica predominante é o Bacharelado com 93,7%, uma exigência cada vez maior das instituições financeiras.

Quanto à qualidade do sono nos funcionários de instituições bancárias as variáveis predominantes foram: 117 indivíduos às vezes ao acordar pela manhã sentem cansado; 81 frequentemente e 23 sempre, perfazendo 231 indivíduos com dificuldades relativo ao sono; 103 indivíduos às vezes acordam a noite, 40 frequentemente e 15 sempre, totalizando 163 pessoas com problemas do sono; 104 elementos às vezes sente cansaço durante o dia e atribui ao sono, 34 frequentemente e 7 disseram que sempre, somando 145 indivíduos reclamando das causas de um sono sem qualidade.

Em relação à sonolência excessiva diurna, a pesquisa realizada evidenciou a existência de SDE da população entrevistada e suas relações com a categoria funcional, tempo de serviço, regime de trabalho, título acadêmico, tipo de instituição, horas trabalhadas por semana e área de atuação.

Um nível mais elevado de SED – Sonolência Excessiva Diurna - na categoria gerente de contas pessoa física/ pessoa jurídica, representando 32,6% dos respondentes, o que pode ser interpretado pela carga de responsabilidades inerentes ao cargo.

A prevalência da SED ficou na faixa de 2 a 5 anos, podendo esses dados sinalizar uma população mais jovem nas atividades, exigindo delas trabalho e estudo concomitantemente.

A sonolência excessiva diurna ocorre com os funcionários que atuam no período integral, correspondente a (90,5%) dos elementos pesquisados, justificado pela quantidade de horas trabalhadas, onde a maioria trabalha entre 31 a 50 horas semanais.

As maiores incidências da SED ocorrem em Bacharel/Licenciatura, equivalente a 93,7% dos resultados encontrados na pesquisa. Isso fortalece os dados obtidos na pesquisa sobre a população com menos tempo de casa e que estão ingressando nos cursos de graduação, como uma exigência do setor bancário.

A SED tem maior incidência no setor privado das instituições pesquisadas, representando 81,1% dos elementos pesquisados. Justifica-se essa prevalência, sobretudo pelo maior número de instituições do setor privado no Brasil.

DISCUSSÃO

A predominância da SED ocorreu, no intervalo de 41 a 50 horas semanais trabalhadas, representando 38,9% dos elementos pesquisados. A extensão de jornadas é peculiar no setor bancário, o que pode estar relacionado com o volume de horas trabalhadas. A área das Ciências Humanas, correspondente a 53,7% dos sujeitos da amostra, equivalente a maioria desses profissionais atuando no setor bancário.

Conforme dados obtidos na Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE, 2009), sobre a caracterização da região do vale do Paraíba paulista a força maior da economia da RA de São José dos Campos está alicerçada na atividade industrial, além do turismo, que vem se desenvolvendo consideravelmente. A região dispõe de um núcleo fortemente estruturado na atividade industrial, agrupando empresas de alta tecnologia, com destaque para os ramos automotivo, aeroespacial, de telecomunicações, químico e petrolífero. Concentra-se no município de São José dos Campos a maior parte desse parque industrial, com grande visibilidade, e, dentre as várias empresas, a Embraer e um grande número de agências bancárias.

As rápidas transformações que o sistema financeiro vem sofrendo têm contribuído para o surgimento de mudanças que afetam o processo de trabalho, gerando fatores de riscos que acabam resultando em doenças e que podem interferir na qualidade de vida dos bancários.

As privatizações, a elevada carga horária de trabalho, substituição de funcionários por máquinas, pressões psicológicas são exemplos das transformações ocorridas neste setor (Wisniewski & Stefano, 2006).

Jinkings (2002) argumenta sobre a redução de custos e elevação de produtividade no setor bancário, caracterizando jornadas laborais mais longas e maior intensificação de trabalho.

Veloso & Pimenta (2005) investigaram o estresse ocupacional no setor bancário tendo como objetivo analisar as fontes de pressão encontradas. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os 21 profissionais de uma agência bancária de grande porte de Belo Horizonte-MG. Como resultado, os autores perceberam que as fontes de pressão estão, em parte, associadas às transformações macroeconômicas e sociais, pelo setor e pela instituição pesquisada. Fez-se necessário entender o processo de trabalho dentro da agência, as visões

do bancário sobre as transformações da sua profissão e os novos valores que estão atrelados à execução das tarefas.

Pesquisa realizada por Paiva (2005) com 200 bancários na cidade de Natal-RN, sendo que 70 de bancos privados e 130 de bancos estatais constataram que a relação interpessoal tinha reflexo negativo na saúde mental dos trabalhadores, fato esse atribuído à competitividade dos funcionários.

Risson e Homem (2006) desenvolveram um estudo em uma agência bancária na cidade de Passo Fundo-RS, com 36 funcionários e constatou que os funcionários da agência apresentaram um nível alto de sintomas de doenças.

Um sono reparador é fundamental para a saúde física, emocional e social. O cuidado com um ambiente de trabalho saudável é importante na prevenção dos distúrbios do sono (Inocente et al., 2010).

CONCLUSÃO

Dos 270 bancários pesquisados (233) 86,3% apresentaram baixa qualidade do sono, com prevalência para as pessoas do sexo feminino, para os gerentes de contas pessoa física/pessoa jurídica e para os casados. Esses apontamentos podem estar relacionados com as pressões do trabalho e com exigências de respostas rápidas para solução de problemas no mais curto tempo possível, fatores responsáveis pela baixa qualidade do sono.

Conclui-se que, os resultados obtidos não podem ser generalizados, mas aponta para as pessoas de comando das instituições bancárias, maior acompanhamento da saúde ocupacional dos seus funcionários, quanto à qualidade de sono.

REFERÊNCIAS

- Associação Psiquiátrica Americana (APA). (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4. ed. - Revista (DSM-IV-TR). Porto Alegre: Artmed, [2000].
- Ballone, G. J. *Estresse e trabalho*. Disponível em: <www.psiqweb.med.br>. Acesso em 19/06/2006.
- Gil, A.C. (2007). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5. ed. São Paulo: Atlas.
- Guerreiro, F. A.; Aguilár, A. R. & Medina, G. M. (2010). Hipóteses sobre as funções do

- Sono. In: Reimão, R., Ribeiro do Valle, L. E.; Ribeiro do Valle, E. L. & Rossini, S. *Sono & Saúde: interface com a Psicologia e Neurologia*. Ribeirão preto: Novo Conceito.
- Inocente, C. I., Inocente, J.J. ; Inocente, N.J. & Reimão, R. (2010). Burnout e sono do trabalhador. In: Reimão, R., Ribeiro do Valle, L. E.; Ribeiro do Valle, E. L. & Rossini, S. *Sono & Saúde: interface com a Psicologia e Neurologia*. Ribeirão preto: Novo Conceito.
- Jinkings, N. (2002). *Trabalho e resistência na “fonte misteriosa”: os bancários no mundo da eletrônica e do dinheiro*. Campinas, SP: Editora Unicamp.
- Paiva, C.S.D.L. (2005). *O ambiente de trabalho no setor bancário e o bem-estar*. Dissertação de Mestrado Não-Publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Richardson, R.J. (1985). *Pesquisa Social: métodos e técnicas*. São Paulo: Saraiva.
- Risso, S.F. & Homem, I.D. *Estresse ocupacional entre trabalhadores bancários: um estudo de caso*. Disponível em: <http://www.upf.tcche.br>. Acesso em: 27/06/2014.
- Fundação Sistema Estadual de Análises dos Dados (SEAD). Disponível em: <http://www.seade.gov.br>. Acesso em: 27/06/2014.
- Veloso, H.M. & Pimenta, S.M. (2005). Análise do estresse ocupacional em realidade bancária: um estudo de caso. *Rev Adm. FEAD- Minas*.
- Wisniewski, S.W. & Stefano, S.R. (2006). *Estresse dos Bancários de uma Agência Bancária no Município de Irati-PR: um Estudo de Caso*. Pós-Graduanda em Gestão Estratégica de Pessoas da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Campus de Irati.

ADOÇÃO E HOMOPARENTALIDADE: REFLEXÕES ACERCA DO TRABALHO COM MÃES LÉSBICAS

Natália de Almeida Pinheiro Goulart (Centro Universitário Salesiano de São Paulo)

Tereza Elizete Gonçalves (Universidade de Taubaté)

RESUMO

As mudanças na configuração familiar são um fato e têm sido motivo de reiteradas análises em diversas áreas do saber. Os efeitos da monoparentalidade decorrentes da iniciativa de “gestação independente” por parte de mulheres que se tornam chefes de família, as famílias homoafetivas que tentam diversas formas de inseminação artificial ou mesmo a adoção de crianças institucionalizadas, têm sido alvo de estudos jurídicos e provindos da psicologia, remetendo a muitas pesquisas. Nosso objetivo é o de demonstrar a complexidade deste tema e as implicações no mundo psíquico dos envolvidos nessa prática. No campo da Psicologia e da Psicanálise são necessários mais trabalhos sobre as motivações dos pais adotivos, a tônica da esterilidade para o casal, os impasses nas relações quando a parentalidade não ocorre pelas vias convencionais. Importa também a idade em que se deu a adoção, as privações e falhas ambientais sofridas anteriormente pela criança especialmente em adoções tardias, a importância da figura materna na constituição psíquica de um bebê. Os setores público e jurídico também têm se voltado para os atravessamentos que envolvem a adoção e promovido reformulações nem sempre tão ágeis. A Nova Lei Nacional de Adoção avança ao estabelecer prazos para que as crianças permaneçam em abrigos, tornando compulsório o acompanhamento prévio à mãe que deseja entregar seu filho para adoção, a participação dos postulantes à adoção em cursos de preparação psicossocial e jurídico dentre outras alterações. A adoção por casais homoafetivos é desafiadora em vários sentidos e os reveses psíquicos e relacionais não são devidamente conhecidos. O preparo de quem vai adotar e quem vai ser adotado, a elucidação das angústias e expectativas manifestas representam pontos cruciais para uma adoção bem sucedida. Sob a luz da Psicanálise de Winnicott o presente trabalho clínico visa debater sobre a adoção por mães lésbicas e os obstáculos encontrados diante do desejo de adotar um filho. Perguntamo-nos quais as especificidades desta modalidade de



adoção? Há mulheres que adotam sem identificar no poder público uma relação homoafetiva por medo da adoção ser negada. As mães lésbicas estariam do mesmo modo nos grupos de pais adotantes perante a lei? O que significa para a criança ter duas mães? Pretendemos contribuir para o tema com a apresentação de um caso de adoção tardia de dois irmãos, realizada por duas mulheres em união conjugal. O trabalho transcorre com consultas semanais para a criança e acompanhamento paralelo com as mães adotantes. Constatamos que as fantasias prévias acerca da maternidade e adoção fizeram diferença dificultando que o vínculo se formasse saudavelmente e que a adoção fosse melhor sucedida. Os sentimentos de incompreensão, culpa, arrependimento, comprometeram a família acompanhada, dificultando em demasia o desenvolvimento do paciente. Pretendemos abordar a questão das funções parentais em relações homoafetivas e os atravessamentos de adoção no tratamento psicoterápico de crianças. Podemos concluir que a adoção por casais homoafetivos ainda é um tema estimulante para os psicólogos e necessita de estudos rigorosos para compreensão do universo emocional de crianças adotadas nessas circunstâncias.

Palavras-chave: Adoção e homoparentalidade. Função materna. Privação afetiva.

Este trabalho foi pensado e estruturado devido às inúmeras mudanças sociais que temos observado ao longo do tempo e as consequências desse fenômeno na constituição psíquica dos sujeitos, no funcionamento familiar e também no desenvolvimento psicossocial das crianças e adolescentes. Toda transformação traz consigo a necessidade de novas investigações e compreensões para que o acolhimento e auxílio do sofrimento psíquico sejam mais eficazes e o suporte ao desenvolvimento das pessoas seja mais adequado.

Nessas mudanças temos percebido um aumento da monoparentalidade decorrente da iniciativa de “gestação independente” empreendida por parte de mulheres que se tornam chefes de família. Ao mesmo tempo observa-se uma luta crescente dos casais homoafetivos para uma legitimação de sua união com o consequente desejo de constituírem uma família. Os casais homoafetivos recorrem a diversas possibilidades para ter um filho resultante de inseminação artificial ou recorrendo a “barrigas de aluguel” (mulheres que “emprestariam” a barriga para depois entregar o bebê ao casal), além da adoção. Esta continua sendo uma alternativa mais frequentemente utilizada pelos casais homoafetivos que desejam ampliar a família, gerando muitas controvérsias e debates, notadamente quando se argumenta quanto ao

considerável número de crianças e adolescentes em abrigos institucionais provisórios à espera de pais e de lares substitutivos, em decorrência da descontinuidade do vínculo com a família de origem. Porém, mais do que apontar controvérsias e debates acadêmicos teóricos, buscamos neste trabalho refletir mais profundamente sobre como e quais efeitos no mundo psíquico dos envolvidos essa nova configuração familiar tem promovido, haja vista a novidade do tema.

Teixeira (2013) nos alerta em suas observações que posicionamentos engajados com o combate ao preconceito e exclusão de homossexuais, por profissionais da psicologia mostram-se favoráveis a auxiliar indivíduos e grupos a incorporar suas conquistas na cena social com prudência. Por outro lado, diz ela, provavelmente não são poucos os psicanalistas que acreditam que a família homoparental provocaria uma “dessimbolização nociva do triângulo edípico”. Entretanto a autora reconhece a complexidade da trama da adoção por casais homoafetivos, incentivando que investigações rigorosas sejam feitas e divulgadas.

Segundo Farias e Maia (2009) “o conceito de homoparentalidade diz respeito à capacidade de pessoas com orientação sexual homossexual exercerem a parentalidade” (p.68). Diferenciam ainda, citando Uziel (2002, p.68, citado por Faria & Maia, 2009), que “homossexualidade refere-se ao exercício da sexualidade e que as funções parentais não exigem o exercício da sexualidade”. Essas autoras lutam fortemente na cena da Psicologia jurídica para diferenciar as angústias relativas a adoção dos possíveis mitos e medos que envolvem o cuidado de filhos por casais homoafetivos. Relatam que as maiores preocupações da sociedade na adoção de uma criança por um casal homossexual são três fatores: que os pais abusem sexualmente da criança; que a orientação sexual desta seja influenciada pelo comportamento homossexual de seus pais; e que estas crianças corram maiores riscos de terem problemas no desenvolvimento psicossocial. Em seu texto essas autoras vão desmistificando tais angústias sociais e trazem dados de pesquisas concluindo que crianças adotadas por casais homossexuais têm necessidades afetivas tão semelhantes quanto crianças cuidadas por casais heterossexuais.

A adoção parental é um processo sobrecarregado de expectativas prévias, ansiedades, idealizações e frustrações mútuas das partes envolvidas, ou seja, as crianças, os pais adotantes e sua família extensa (tios, pais, avós, irmãos) e a instituição envolvida no processo de recolocação dos adotantes no novo lar. Portanto por si só já abarca questões intrigantes, riscos de sofrimento em casos de graves desajustes, pressões internas, conjugais e familiares,

provocando muitos atravessamentos e gerando operações mentais exaustivas para os sujeitos que participam dela. Ao analista cabe uma atenção especial quando uma criança, adolescente ou adulto chega para um trabalho com a temática da adoção permeando suas queixas, pois algo neste processo pode estar em descompasso e assim, já podemos antecipar que muito sofrimento está em jogo.

Filho é sempre fruto de um desejo, de um sonho, mesmo que se torne um pesadelo diante das fantasias que acalentamos. Para Levinzon (2009) “o desejo de ter um filho surge no quadro da evolução normal do processo edipiano, no qual há identificação com o genitor do mesmo sexo, por meio da possibilidade de exercer um papel similar ao dele” (p.17). Mas um filho não é obra somente de uma concepção genética, é mais do que tudo resultado de uma conquista psíquica. Aliás, diríamos que não basta gerar, todo filho deve ser objeto de um processo profundo de adoção pelos pais que o terão, seja por que meio for. Dessa forma podemos concluir que não são somente os laços consanguíneos que unem pessoas. Assim pensamos que um filho gerado por uma adoção pode ter condições suficientes para fazer parte de uma família e envolvimento afetivos de modo tão legítimo e consolidado quanto aqueles gestados fisicamente.

Há socialmente, contudo, uma pré-concepção de filho-adotado-problema, que impede que muitas adoções possam ser efetivadas, ou que já o sejam dentro de uma expectativa de “defeito” ou “minoridade parental” nestas experiências em família. Levinzon (2006) nos auxilia a compreender melhor essa trama dizendo que o pensamento comum de que “toda adoção é um problema”, de fato é um equívoco. Para ela a adoção “pode ser um problema” quando os sentimentos e fantasias inconscientes não estão suficientemente discriminados e elaborados. Em seus trabalhos sobre adoção a autora (2009) referida esclarece que “a palavra “adotar” provém do latim “adoptare”, que significa considerar, cuidar, escolher” (p.12). E acrescenta afirmando que a adoção representa uma forma de proporcionar uma família às crianças que não podem, por algum motivo, ser criadas pelos pais que a geraram. Segunda ela representa, ainda, a possibilidade de ter e criar filhos para pais que não podem ou não querem gestar um bebê, ou seja, a adoção pode ser um belo encontro entre pessoas que desejam estar juntas, cuidando e promovendo carinho e respeito. Complementamos com a reflexão de Winnicott (1997) que afirma que “se a adoção transcorre bem, a história é uma história humana comum” (p.115). Neste caso devemos ter expectativas tanto de realizações plenas quanto de desencontros e problemas; precisamos estar familiarizados com as perturbações e



contratempos que fazem parte da história familiar comum em suas infinitas variações, para que possamos compreender os problemas quando surgirem sem que de pronto os justifiquemos como relacionados à adoção.

É nesse momento que adentramos em temáticas mais complexas que a adoção promove no mundo psíquico das crianças e de seus pais. Há um número expressivo de filhos adotivos em processo psicanalítico, por consideráveis desencontros e frustrações de ambas as partes, por isso quando cuidamos de crianças e famílias em processo de adoção ou posterior a ela devemos ter em mente alguns aspectos fundamentais que permeiam essas relações. Devemos levar em conta as motivações para adoção, sabendo que a questão da infertilidade promove muitos descompassos no mundo psíquico de quem a sofre; fantasias sobre rejeição e seus efeitos diante de abandonos reais, como os pais trabalham a revelação do fato da adoção, a idade em que a criança foi adotada e o tempo de institucionalização da criança e a qualidade das relações mantidas no abrigo, se a adoção ocorreu por meios legais e quais recursos de amparo os pais tiveram; e por fim, a história do bebê anterior a adoção (relação inicial mãe – bebê). Todos esses fatores conjugados terão efeitos nas adaptações posteriores.

Quanto ao filho temos que considerar como este elaborou a separação da família de origem. É possível em alguns casos que a criança adotada viva uma tríplice rejeição. Do seu ponto de vista ela se sente rejeitada pela mãe de origem independentemente da razão pela qual não a adotou como filha, mesmo que a impossibilidade tenha, por exemplo, decorrido de sua morte. Se não ocorreu uma devida elaboração do luto para que a criança não se sinta indigna de cuidados, e sim alguém que sofreu uma separação precoce diante da qual ela nada pode fazer, ela tenderá a se responsabilizar e talvez se culpar por não estar junto à família original. É comum que o filho adotado atribua a si a causa do afastamento da família de origem, até como forma de manter sob o próprio controle uma situação que o traumatizou. Esses sentimentos negativos em relação a si mesmo poderão comprometer sua adaptação aos novos membros familiares substitutos. Surgirão outras ameaças mais ou menos inconscientes referentes ao significado atribuído à sua condição, decorrendo o medo de não ser aceito como filho pelos pais adotivos, ou não se sentir merecedor de uma família, diante de possíveis desajustes no relacionamento. Os pais adotantes podem não estar aptos a contornar as pressões e provocações que o filho trará ao ambiente familiar, e em cuja base estarão atuantes fortes inseguranças quanto a poder se sentir amado. Desta forma intensificam-se outras fontes de tensão e de estranhamentos resultantes do receio que os pais adotivos também têm de não

serem aceitos pelo filho adotado. Esta fantasia decorrente do sentimento de impotência por não haver gerado biologicamente e sentirem o filho como “seu”. Expressões como “este não é meu filho de verdade” surgem em muitos depoimentos de pais, acentua as diferenças entre ambos e podendo gerar uma distância e desconfiança crônicas na relação paterno-filial.

Winnicott (1997) referiu que:

Para as crianças adotadas sempre haverá o fato de que os pais que as conceberam são desconhecidos e inatingíveis, e que o relacionamento real com os pais adotivos não pode atingir níveis extremamente primitivos da sua capacidade de relacionar-se. Em alguns casos em que existem problemas, este se torna um aspecto importante que, quando as crianças adotadas crescem, elas se dedicam a pesquisar a questão da sua origem buscando até mesmo conhecer os entese biológicos que a gestaram. (p.116)

Quando os casos de adoção são marcados pela questão da adoção tardia devemos nos atentar para a complexidade e dificuldades que isso pode proporcionar às famílias e os conflitos no mundo psíquico das crianças. Levinzon (2009) nos auxilia dizendo que “se usa o termo *adoção tardia* quando a criança é adotada a partir dos 3 anos de idade” (p.22). Nestes casos, refletiu ela, os pais e a criança encontram-se diante de um desafio maior na busca de adaptação mútua. Alguns autores, como Triseliotis *et al* (1997, p.78, citado por Levinzon, 2009) considera que “um dos fatores que contribui para a estabilidade maior para a adaptação das crianças e dos pais adotivos é que esta seja adotada o mais cedo possível”. O sucesso na adaptação é tão maior quanto menor o tempo em que a criança ficar exposta às adversidades, privações e falhas ambientais relacionadas a uma longa espera.

Winnicott (1997) nos diz que “é comum o bebê ter recebido cuidados inadequados antes de ser adotado, e o resultado disso é que os pais adotivos recebem não só um bebê, mas também um problema psicologicamente complexo” (p.127). Podemos compreender com isso que as adversidades e perturbações ambientais sofridas anteriormente a adoção deixam feridas no mundo mental das crianças e influenciam seu desenvolvimento posterior. Por isso, em casos de adoção tardia é muito comum que os pais se surpreendam e se frustrem com a dificuldade da adaptação do filho à nova família e acabem se perdendo no contato com essa criança e no suporte para seu crescimento. Levinzon (2009) complementa afirmando que “os pais não imaginavam que o tempo de vida anterior a adoção pudesse impor a ele um tipo de vínculo no qual não poderiam ser “simplesmente pais”, mas também teriam de ajudar a criança na sua recuperação” (p.24-25). É nesse sentido que Winnicott (1997) afirmou que a mãe de



uma criança que não teve relações de estabilidade ambiental em sua história inicial precisará que ela seja não só uma mãe, fazendo um bom manejo comum, mas que seja uma mãe-terapeuta.

E é falando sobre a adoção de crianças mais velhas que adentramos em um tema fundamental na compreensão do que um bebê necessita para sua a constituição psíquica, para seu amadurecimento pessoal e sobre a relação inicial mãe-bebê. Winnicott (1956) aborda a noção de “preocupação materna primária” como um estado de sensibilidade aumentada durante, especialmente no final da gravidez. Afirmou ser este estado de “doença normal” que capacitaria a mãe a se adaptar delicada e sensivelmente às necessidades iniciais do bebê. Essa condição materna especial promove ao bebê um “continuar a ser”, pois ao manifestar qualquer necessidade a mãe estará lá devotada, atendendo a esta necessidade e permitindo ao bebê que continue a seguir sua vida. Winnicott (1956) nos alerta ainda nesse texto, que “a incapacidade materna de se adaptar na fase inicial não produz mais que uma *aniquilação do self* do bebê” (p.496).

Podemos pensar: Como essa fase inicial incide no processo das crianças adotadas? Como toda criança, o filho adotivo necessita de um ambiente que seja confiável, devotado e estável. Caso essa criança tenha vivido falhas importantes nesse início de vida, é muito provável que os pais adotivos tenham um grande desafio pela frente. Mas Winnicott (1956) nos fala que “uma mãe adotiva pode ficar doente no sentido de apresentar uma “preocupação materna primária” (p.497), pode ser capaz de se adaptar suficientemente bem, por ter alguma capacidade de se identificar com o bebê”. Levinzon (2009) contribui afirmando que “a boa relação com a mãe depende da capacidade desta última de usar sua sensibilidade e compreender os estados afetivos de seu filho” (p.81).

Entretanto, essas situações nem sempre são fáceis de desenvolver e promovem muito sofrimento, fazendo com que os pais, assim como os filhos precisem de ajuda profissional. “Entre os fatores que contribuem para uma experiência satisfatória de filiação adotiva estão a qualidade de preparação para adoção e a habilidade para lidar com os desafios específicos inerentes às relações adotivas” (Levinzon, p.80, 2009). A autora segue ainda dizendo que quando os pais têm noção do que se pode esperar no desenvolvimento infantil, também estão capacitados a acompanhar de modo mais tranquilo o ritmo específico do filho.

Sabendo dessa questão, parece bastante pertinente a Nova Lei da Adoção, que entrou em vigor no ano de 2009, ter exigido que as pessoas que desejam adotar participem de um

curso de preparação psicossocial e jurídica para adoção. A preparação para adoção, como nos diz a Vara da Infância e da Juventude da Comarca de Juiz de Fora (n.d.), é um fator fundamental porque poderá evitar ou atenuar possíveis problemas e dificuldades. Porém, como revela Cipriano (2012) “apesar do avanço, de promover importantes mudanças no Estatuto da Criança e do Adolescente, revogar dispositivos do Código Civil e da Consolidação das Leis Trabalhistas, a norma é omissa quanto à possibilidade de casais homossexuais adotarem uma criança ou adolescente”. Continua dizendo que não somente deixou de manifestar sobre o tema, como suprimiu dispositivo que permitia a adoção homoafetiva. Então ficamos com as questões: como os casais homossexuais participarão legalmente e emocionalmente do preparo para adoção? Se a lei para essa temática está incompleta ou é inexistente como os casais homoafetivos terão confiança em se apresentar como tais perante a lei e tratar de suas angústias e temores? E mais, se isso está falho na legislação, como será abordado com as crianças que são adotadas por casais homoafetivos?

Para contribuir nesta discussão, descreveremos algumas passagens de um caso acompanhado na clínica a quem chamaremos de Pietro. Esse processo traz à tona a temática da adoção por um casal homoafetivo (duas mulheres), os atravessamentos disso nas relações familiares e promove reflexões sobre aspectos complexos de uma adoção tardia muito difícil, em que a criança em questão foi - e talvez ainda seja – exposta às mais diversas falhas ambientais e privações. Podemos por assim dizer que viveu em um cenário existencial onde não faltou nenhum componente de risco emocional. O enfoque do nosso refletir será dado às questões anteriores à adoção, que interferiram no envolvimento das mães com seu filho.

Pietro foi trazido aos nove anos de idade e suas mães Solange e Darci, as quais pareciam muito desesperadas e desesperançosas com o comportamento do filho. A adoção ocorrera há três anos. Pietro tinha 06 anos na época e fora trazido para as mães, juntamente com seu único irmão Igor, dois anos mais velho³. Havia permanecido num abrigo desde que Pietro tinha 06 meses de vida. Solange e Darci “viviam há muito tempo só as duas e já experimentaram muitas coisas juntas” (*sic* Solange). O desejo delas era de ter apenas um filho e que pudesse ser por inseminação artificial, já que Solange sonhava em ficar grávida. Por razões que elas não quiseram investigar Solange não conseguiu engravidar, o que fez com que pensassem na possibilidade da adoção. Este viés mostrou-se significativo na disposição dessas mães para a maternidade.

³ Os envolvidos neste caso foram nomeados com nomes fictícios para a devida preservação de suas identidades.



A forma como as mães de Pietro têm significado o comportamento perturbador do menino dá a ele a sensação de muita inadequação e aumenta o sentimento de não pertencimento, intensificando o medo de ser abandonado novamente. Esta insegurança intensifica as fantasias de que a mãe biológica retorne e o leve e o ame incondicionalmente como ele necessita e aspira. A predominância desta fantasia de pertencer a outra linhagem, de não poder fazer parte do núcleo familiar onde está, não permite que ele se deixe adotar, e se identifique e aceite o que venha DESTA família.

A busca por uma referência paterna também atravessa o mundo psíquico de Pietro quando ele em análise fica buscando o masculino para se identificar, dizendo: “vamos brincar de coisas de menino?” ou “não sei o que é coisa de menino e coisa de menina”. Além disso, ele parece ficar com preponderantes elementos do mundo feminino e suas escolhas por atividades majoritariamente executadas por meninas, confundindo-se em suas identificações, na busca de obter reconhecimento e aprovação de suas mães. Por outro lado essas definições de papéis não estão bem elaboradas por essas mães e quando estavam em processo para adotar Pietro e Igor não puderam tratar de seus percalços para se tornarem mulheres e mães.

A efetivação legal da adoção foi envolta em informes pouco claros sobre a união homoafetiva para evitar eventuais restrições, pois a lei não é clara para o processo de adoção por casais homoafetivos. Sabe-se que cada comarca executa suas funções da forma que acredita ser melhor, o que gera muita insegurança por parte dos casais homossexuais desejantes por adotar uma criança. A homoparentalidade não foi assumida ou trabalhada com os meninos durante o processo de adoção. Como nos diz Zambrano (2006, p.75, citado por Farias & Maia, 2009), “os conceitos de Psicanálise deveriam ser interpretados como funções e não como o sexo biológico das pessoas”, ou seja, essas mulheres tinham condição de serem mães, mas precisavam de ajuda. Concebemos que se essas mães tivessem tido acolhimento em suas angústias e expectativas prévias quanto ao papel que exerceriam, como se distribuiriam nessas funções antes e durante o processo de adoção, muitos conflitos poderiam estar mais amenos e muito sofrimento poderia ter sido evitado, já que sentiriam menos frustrações diante dos comportamentos do filho.

Podemos concluir com isso que para a criança ter um ambiente suficientemente seguro, estável e confiável as mães/pais em processo de adoção também precisam ter um ambiente assim, para que possam estar mais inteiros e disponíveis quando da chegada de seus filhos.

Dessa forma, se faz urgente que os casais homoafetivos possam ser acolhidos de forma integral e justa nos procedimentos de preparo à adoção.

As uniões homoafetivas vêm saindo de um longo período de clandestinidade e ou marginalidade que marcou seus pares. Preconceitos, perseguições, condenações pecaminosas e moralísticas vigentes vinham retirando desses casais o direito ao reconhecimento à luz dos direitos humanos igualitários e justos. O reconhecimento legal desses vínculos, a consideração pelo fato de que casais homoafetivos têm o direito ao pleno desenvolvimento de sua vida amorosa e condições para a manutenção de um ambiente familiar saudável no qual crianças e adolescentes possam crescer, ainda é uma conquista. Se de um lado a sociedade vai se acomodando a essa nova forma de parentalidade, sabemos que muitos desses pais-mães ainda não se empoderaram desses direitos e também das responsabilidades devidas. Tal como ocorre nas adoções empreendidas por casais heterossexuais a chegada de um filho pode ocorrer dentro de um período de desequilíbrio conjugal, ser motivada por inseguranças e tentativas de preenchimento de um vazio, por ambições e de realizações parentais que não são compartilhadas pela dupla. A criança se sentirá desejada por um dos membros e pouco aceita pelo outro genitor, reagindo a esse descompasso com inibições ou sintomas relacionados ao funcionamento psicossomático ou comportamental. Distúrbios de comportamento especialmente no âmbito escolar poderá ser a forma da criança denunciar tais conflitos.

No trabalho com casais homoafetivos constituídos por mães lésbicas observa-se uma peculiaridade que é o fato da duplicidade do feminino no cuidado com o filho, como será distribuído dentre as parceiras. Pensamos que a função materna deverá ser exercida por uma delas enquanto a outra se afirmará no exercício da função paterna. Embora seja do gênero feminino, deverá ser assumida, trazendo uma outra ordenação afetiva para a família. Ou seja, a criança colocará em questão a dinâmica interna à dupla de parceiras de forma antes não ocorrida na vida familiar.

Um trabalho de suporte deverá ser disponibilizado aos pais-mães para que possam se encaminhar melhor nessa tarefa-arte para de fato acolher um filho que teve uma origem desconhecida, advindo de uma cultura que lhes é distinta, que também nesse encontro os irá questionar em sua sexualidade. Será preciso consolidar valores afetivos relacionados ao amor, tolerância e fraternidade, companheirismo, aceitação das diferenças. Não se trata de considerar a adoção como um ato de caridade pelo qual crianças pobres e desfavorecidas

terão um lar e alimento. Estejam diante de qual for a composição familiar, elas precisarão muito mais do que um sustento material e sim de muita receptividade, empatia e investimento contínuo no longo percalço que empreenderá na jornada de tornar-se um cidadão digno e independente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cipriano, A. P. (2012). *Adoção: as modificações trazidas pela Lei nº 12.010/2009*. Recuperado em 02 de junho de 2014, de <http://jus.com.br/artigos/22630/adocao-as-modificacoes-trazidas-pela-lei-n-12-010-2009/3>.
- Farias, M. O. & Maia, A. C. B. (2009). *Adoção por homossexuais: a família homoparental sob olhar da psicologia jurídica*. Curitiba: Juruá Editora.
- Levinzon, G. K. *A adoção na clínica psicanalítica: o trabalho com os pais adotivos*. (2006). Recuperado em 05 de abril de 2014, de <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/.../629>>.
- Levinzon, G. K. (2009). *Adoção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 3 ed.. (Coleção clínica psicanalítica / dirigida por Flávio Carvalho Ferraz).
- Minas Gerais (Estado). Vara da Infância e da Juventude comarca de Juiz de Fora. (n.d.). *Preparação Psicossocial e Jurídica de Pessoas Interessadas em Adoção*. Recuperado em 10 de junho de 2014, de http://ftp.tjmg.jus.br/ijj/pdf/Apresentacao_Curso_Preparacao_para_Adocao.pdf.
- Teixeira, M. C. F. (2013). Adoção e homoparentalidade: considerações preliminares. In: Tardivo, L. S. L.P; Vaisberg, T. M. J. A. (Org.). *XI Jornada apoiar: Adolescência, identidade e sofrimento na clínica social*. São Paulo, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Winnicott, D.W. (1997). *Pensando sobre Crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D.W. (1956) "Preocupação Materna Primária". In *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

AMBIENTE DE TRABALHO E SAÚDE: ANÁLISE DAS RELAÇÕES CONSTRUÍDAS ENTRE LÍDERES E LIDERADOS

Angelo Correia dos Santos (Universidade de Taubaté)

Lenita de Azeredo Freitas (Universidade de Taubaté)

RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo estudar as relações construídas e estabelecidas entre líderes e liderados no ambiente de trabalho, constituídas pelo processo de comunicação objetiva e intersubjetiva com a equipe de trabalho, trabalhadores de linha de produção de uma montadora, no sentido do engajá-los e desenvolvê-los no processo de melhoria da produtividade. Com o efeito da globalização, o cenário atual do trabalho e respectivamente do trabalhador é bem diferente de duas décadas atrás, ou seja, o cenário é de constantes mudanças e a velocidade de informação. O presente artigo teve como foco, o líder da linha de produção e sua equipe de trabalho, evidenciando como é ser um líder e quem é ele como pessoa e profissional, cuja identidade é essencial para o processo de comunicação e as relações constituídas no cotidiano do trabalho. Comumente em indústrias, dentro de uma estrutura lógica de trabalho operacional, tem-se o gerente, supervisor, líder e os trabalhadores de linha de produção, e nessa estrutura, o líder como responsável pela gestão dos trabalhadores bem como pela execução das tarefas estipuladas. Participaram do estudo cinco líderes de produção. O método constituiu-se num estudo qualitativo, apoiado pelo método da análise de conteúdo dos discursos dos participantes, coletados em entrevistas semidirigidas, que permitiu equacionar a subjetividade com a realidade, e esta, possibilitou a criação de três categorias analíticas: a comunicação aberta e direta; os valores integridade e respeito na identidade e comunicação do líder; a comunicação intersubjetiva do líder, o engajamento e o desenvolvimento das pessoas de sua equipe que permitiram entender as relações estabelecidas no ambiente de trabalho de linha de produção. Conclui-se que as relações estabelecidas entre líder e liderado estão atreladas ao processo de comunicação objetiva, subjetiva e intersubjetiva, sendo de suma importância que ela seja transparente e eficaz, no

sentido de engajar os trabalhadores no propósito do desenvolvimento de si e da equipe, a fim de atingir as metas estipuladas.

Palavras-chave: Líder. Comunicação. Trabalho contemporâneo.

Eixo temático: Pesquisa e intervenção em Psicologia da Saúde.

INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos e científicos trouxeram para o âmbito organizacional inovação e competitividade. Esse novo contexto do mundo globalizado das organizações é vivenciado pelos trabalhadores como um cenário de incertezas e preocupações. A presente pesquisa teve como foco a comunicação dos líderes de linha de produção com sua equipe de trabalho, pois além de precisarem ter a competência necessária para desenvolver o seu trabalho diário, a saber: metas de produção, gestão de processos, avaliação da qualidade do produto, também têm como responsabilidade a gestão dos trabalhadores que são seus subordinados diretos. Desta forma, os objetivos desta pesquisa foram compreender como são construídas as relações entre líderes e liderados dentro da organização do trabalho contemporâneo e também analisar o ambiente no qual estão inseridos. Para isso foi feita uma pesquisa qualitativa, os dados qualitativos se identificam pelo caráter dialógico, de construção e interpretação da realidade e pela sua atenção ao estudo de casos singulares, o que propõe o conhecimento subjetivo, enfatizando o caráter da construção sobre a descrição (Rey, 2002 apud Rocha, 2007). Quanto à forma dos procedimentos técnicos, utilizou-se o estudo de caso, na medida em que essa pesquisa envolveu o estudo aprofundado de algumas características dos participantes de forma a permitir a aproximação mais detalhada sobre o fenômeno estudado (Yin, 2010).

A presente pesquisa foi realizada em uma empresa multinacional no segmento de produtos de tecnologia convergente em eletrônicos do Vale do Paraíba-SP. Teve como participantes cinco líderes do sexo masculino, sendo estes, líderes operacionais assalariados que atuavam no mínimo há um ano no cargo e na empresa em questão. Os participantes foram selecionados pelo pesquisador por meio do procedimento de amostragem por acessibilidade, que segundo Gil (1994), ocorre quando o pesquisador escolhe uma amostra da qual tem

acesso para representar o universo de sua pesquisa. Para a coleta dos dados foram realizadas entrevistas semidirigidas, com o objetivo de levantar dados esclarecedores relacionados à construção das relações entre o líder e sua equipe no contexto da organização do trabalho contemporâneo. Os discursos dos participantes foram analisados de acordo com Bardin (1977), cuja análise é: "[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo de mensagens." (p. 38).

A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO CONTEMPORÂNEO

O contexto da organização do trabalho contemporâneo que se presencia, pode ser considerado como consequência do firmamento do capitalismo no século XIX, que de acordo com Goulart e Guimarães (2002):

[...] transformou homens em trabalhadores, considerando-os livres para vender sua força de trabalho [...]. A consolidação do capitalismo foi, portanto, um marco para a categoria trabalho, que a partir desse momento de exaltação máxima, passou a ser considerado a atividade social mais valorizada. (p. 17).

O conhecimento permitiu ao homem ser mais livre. Goulart e Guimarães (2002) assinalam que "[...] a nova forma de relacionamento entre patrões e empregados, significa que os últimos, daqui por diante, têm de cuidar de suas próprias carreiras [...] as pessoas passam a ser empresárias de si próprias." (p. 45).

O trabalho e as organizações sofreram modificações causadas pela globalização, tanto positivas quanto negativas (depende da análise que se faz). As marcas da globalização nos dias atuais se apresentam por meio de características de individualização e não mais de pertencer a um grupo, o que traz uma situação de desconforto e incerteza. Desta forma, caminham os trabalhadores, certos das mudanças, inseguros sobre o que a organização irá propor e tentando se adaptar à realidade das organizações globalizadas.

A fala supracitada remete a inferir que esse movimento da globalização incita um desconforto não passageiro, que pode ser menos impactante quando as organizações e seus trabalhadores, destacando-se aqui os líderes de produção, praticam uma comunicação transparente e eficaz.

O líder: sua origem, atribuição e estilo de liderar

O papel do líder e sua capacidade de liderar são assuntos de grande importância para a administração moderna, por serem complexos e também por sua possível relação entre o desempenho de uma equipe e o trabalho desenvolvido por esta.

De acordo com Bennis (1996), “[...] o processo de tornar-se um líder é quase o mesmo de tornar-se humano pleno.” (p. 15). Desta forma, entende-se que tornar-se um líder é ser lapidado diariamente. O crescimento profissional, acompanhado do crescimento pessoal, parece ser um forte aliado para o desenvolvimento da competência de liderar, haja vista que uma das bases de um líder deve conter considerável experiência de vida para enfrentar os desafios do dia a dia como pessoa e como profissional. A pessoa do líder passa por várias situações e experiências que a diferencia. Para explicitar a diferença de ser um líder e liderar, Bennis (1996) menciona:

Tornar-se um líder não é fácil, assim como não é fácil tornar-se um médico ou poeta, e qualquer um que afirme o contrário, está enganando a si mesmo. Mas aprender a liderar é muito mais fácil do que a maioria de nós pensa, porque todos temos a capacidade de liderança. (p.14).

Assim, é possível visualizar que independente de ser um líder ou aprender a liderar, ambos passam pela sua própria história, pois “[...] o líder não nasce feito, mas precisa ser construído, e construído sozinho [singularmente] mais do que pelos outros.” (Bennis, 1996, p. 16).

Neste sentido, Bergamini (2008) expressa: “[...] é necessário ter claro que os líderes não adquirem eficácia de um momento para o outro. O importante é diagnosticar se aquele que será o futuro líder tem habilidade para tanto.” (p. 177).

Ainda é questionável como se dá a atribuição do cargo de líder. Existem empresas que consideram o tempo de casa, já outras empresas, prezam pelo conhecimento técnico, pois os processos estarão seguros. Algumas empresas se preocupam com a questão da habilidade para administrar pessoas, sendo esta, uma atribuição inerente ao cargo de líder. Neste sentido, o papel da liderança baseia-se e se distingue em abordagens, pois cada organização segue um modelo. Desta forma, algumas abordagens se destacaram como as mais discutidas, que, segundo Gil (2010, p. 221), são: *Abordagem dos traços*: vinculada à ideia de que as disposições para a liderança são inatas, ou seja, o líder já nasce feito; *Abordagem no comportamento*: os comportamentos podem ser aprendidos, ou seja, uma pessoa pode ser



líder se esta for treinada para ter comportamento de liderança; *Abordagem situacional*: não tem um modelo a seguir, este age a partir do conjunto de fatores situacionais.

Independente da abordagem ou a forma que o líder representa esse papel, o líder é a pessoa chave que orientará / conduzirá sua equipe em relação às constantes mudanças do cotidiano, e isso não é uma tarefa fácil, pois, ao se referir a mudanças, pode gerar temores e resistências, o que é um processo comum para com aquilo que ainda é desconhecido. Bergamini (2008) aponta:

Um grande esforço por parte dos líderes é enfrentar o desafio de lutar contra a tendência natural dos seguidores que querem voltar às antigas rotinas, que já haviam se mostrado disfuncionais. É necessário ajudá-los a assumir novos comportamentos e abandonar velhos hábitos firmemente arraigados. Neste caso, é preciso reforçar os valores organizacionais de maneira bem clara, insistindo em hábitos ou atitudes pessoais que confirmem esses valores. (p. 167).

As mudanças estão presentes no cotidiano do trabalho, e a readaptação a estas pode ser lenta e muitas vezes duvidosa e questionada. Neste caso, o líder tem um papel fundamental, pois terá que manter um canal aberto de comunicação para os questionamentos a fim de conquistar e ganhar a confiança dos seus liderados (Bergamini, 2008).

Comunicação do líder na organização do trabalho globalizado

Foi possível observar até o presente momento que as mudanças são constantes, e que o fluxo de informação em comparação há algumas décadas atrás é muito maior, tornando as informações e os canais de comunicação mais dinâmicos. Desta forma, o tratamento das informações é de valor inestimável para as organizações, pois o “retrabalho” da informação pode gerar tempo / custo. A comunicação transparente entre a organização e empregados e seus pares pode ser favorável na construção de um ambiente saudável e produtivo no âmbito das relações, ao passo que a informação “boca a boca” pode ter impactos negativos para a corporação quanto à imagem, produto / produtividade e nas relações interpessoais.

Para auxiliar a compreensão do conceito de comunicação, recorreu-se aos pensamentos de Chamon e Almeida (2008) que assinalam que comunicação é transmitir e ou receber uma mensagem por meio de processos que seguem a base da linguagem falada ou escrita e também por sinais sonoros e ou visual, neste sentido, a precisão e qualidade da comunicação

e informação está atrelada às formas verbais que são concretas e a linguagem simbólica / gestual que pode ser entendida como subjetiva.

Assim, a comunicação é fator preponderante nas relações que permeiam a afetividade de uma organização, sendo importante que esteja definida pela organização e acessível aos trabalhadores.

Inicialmente, a qualidade das informações pode ser mensurada na quantificação de resultados, ou seja, quando imposta uma meta por meio da informação e esta é alcançada, em outras palavras, “meta atingida” é sinônimo de que a informação foi passada corretamente. Porém, um dos fatores muitas vezes não é mensurado por ser um fator que não traz resultados financeiros visíveis, encontra-se na esfera da subjetividade e da intersubjetividade das relações, pois o alcance da meta pode estar ligado ao medo de perder o emprego e não à precisão da informação e ao engajamento a ela. O mal estar e os medos que o trabalhador ou a equipe sentem advindos de uma informação imposta ou expressa de forma precipitada, podem ser quantificados e diagnosticados com o passar do tempo e até mesmo serem entendidos como a quebra do equilíbrio das relações no ambiente organizacional.

Desta forma, quanto melhor o fluxo da comunicação por meio da clareza da informação apresentada pelo emissor que gera confiança, segurança e credibilidade além de compreensão adequada do receptor, melhor serão as relações entre o trabalhador e organização, pois como assinala Chamon e Almeida (2008), a comunicação exerce um papel de mediação entre os interesses dos trabalhadores e os interesses da organização.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta seção trata da análise das relações construídas entre líderes e liderados baseada nas entrevistas realizadas com os cinco líderes de produção participantes nesta pesquisa: Participante 1 (L1), 37 anos, experiência em liderança de 4 anos, tinha 37 subordinados na sua equipe. Participante 2 (L2), 33 anos, experiência de 1 ano e 6 meses em liderança, tinha 11 subordinados. Participante 3 (L3), 34 anos, 11 anos de experiência em liderança, tinha 35 subordinados. Participante 4 (L4), 36 anos, experiência em liderança de 9 anos, tinha 32 subordinados. Participante 5 (L5), 39 anos, experiência em liderança de 5 anos, tinha 72 subordinados.

As relações construídas entre líderes e liderados com base nas informações dadas pelos cinco líderes de produção, foram analisadas por meio de três categorias (*comunicação aberta e direta; integridade e respeito na identidade e comunicação do líder; e comunicação intersubjetiva do líder, o engajamento e o desenvolvimento das pessoas de sua equipe*), visto que, a categorização, segundo Bardin (1977), “[...] é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia) com os critérios previamente definidos.” (p. 117). Para que fosse possível aproximar-se dessa dimensão, foi necessário permear por contextos históricos como suas experiências pessoais e relações familiares, bem como questões do cotidiano da atualidade, ou seja, as constantes mudanças tecnológicas no cenário global e o processo de comunicação.

Comunicação aberta e direta

A categoria em questão refere-se à objetividade que os líderes de produção têm com os trabalhadores de sua equipe. Chamon e Almeida (2008) assinalam que a comunicação é fundamental para mediar os interesses dos trabalhadores e da organização. Os líderes, que participaram desta pesquisa, mencionaram que a maneira como se comunicavam com os seus liderados geralmente em reunião, era uma comunicação direta, sendo possível visualizar essa questão nas falas de L1, L2 e L5:

“Então, essa comunicação na maioria das vezes é feita em reunião, geralmente coletiva.” (L1);

“A comunicação é verbal. Se eu vejo que um grupo não está bem, eu chamo o grupo e não deixo o grupo descambar não.” (L5).

“Nós temos reuniões praticamente diárias, para falar de problemas que tivemos no dia anterior ou coisas que vão ocorrer naquele dia. Mas quando tem uma coisa direcionada à pessoa, eu costumo chamá-la pra conversar.” (L2).

Em relação à comunicação aberta e direta, percebe-se que os mesmos utilizavam dessa comunicação que se revelou ser uma interrelação pessoal constante para informar e orientar os seus liderados. L3 e L4 mencionaram um termo inglês (*feedback*) para descrever a forma de orientar os trabalhadores de sua equipe, que é utilizado para descrever uma das características da comunicação. No caso de positivo, contribui para incentivar outra pessoa ou uma equipe.

Percebe-se que não é apenas uma comunicação “simples” ou apenas uma reunião com características de informar os trabalhadores, mas também uma comunicação que orienta, que direciona, que ainda aborda aspectos comportamentais:

“Eu sempre comunico os objetivos da empresa, as metas do departamento [...]”. (L4).

“Eu dou feedback diário para eles, é hora a hora. De repente, se é um problema, eu já passo diretamente [...]”. (L3).

“[...] eu chamo individualmente e converso com a pessoa para não expô-la ao grupo [...]”. (L5).

Os discursos desses líderes revelam como eles prezam pela comunicação aberta e direta, pois a comunicação se apresenta na dinâmica do dia a dia e de forma a pontuar aspectos funcionais da equipe, não funcionais e também aspectos a serem estimulados e desenvolvidos no grupo.

Integridade e respeito na identidade e comunicação do líder

Esta categoria refere-se aos padrões morais que norteiam o líder e sua conduta. Os líderes foram questionados quais eram as principais características para ser um bom líder. As respostas foram permeadas por um padrão de conduta social e organizacional esperado, bem como por características de crenças pessoais:

“Sinceridade é o principal. Clareza. Fidelidade para com eles, mesmo na dificuldade ou na bonança é importante estar presente, [...]”. (L3).

“Idoneidade, transparência e empatia, eu acho que são as principais...” (L4).

Percebe-se que L3 e L4 têm para si, que para ser um bom líder, as características passam pelo crivo da conduta baseada em valores que podem afetar as relações pessoais e como L3 afirmou *“[...] você gera problema na equipe, aí você perde a equipe”*. Sob a ideia em relação a uma postura transparente, Bennis (1996) irá afirmar que tal ideia na verdade faz parte de um conjunto: *“[...] outro ingrediente básico é a integridade. Acredito que há três elementos essenciais que compõem a integridade: autoconhecimento, sinceridade e maturidade.”* (p. 39).

Os valores integridade e respeito nas relações estabelecidas entre líderes e liderados, L3 e L4 revelaram suas percepções de que seu cargo exigia uma postura de comportamentos éticos e morais, e essa questão está atrelada ao conjunto de valores pessoais e ao conjunto de valores da organização, que de acordo com Lewin (1970) *“[...] ao desenvolver-se na cultura em*

que se encontra, [a pessoa] adquire o sistema de valores e o conjunto de fatos que mais tarde lhe irão governar o pensamento e a conduta.” (p. 74). Na prática essa postura é exigida a qualquer pessoa no âmbito social, porém para a pessoa que tem por atribuição liderar pessoas, as expectativas são ainda maiores, pois parte do princípio de que o líder tem que ser exemplar.

Comunicação intersubjetiva do líder, o engajamento e o desenvolvimento das pessoas de sua equipe

Visando entender como se constrói essa relação de engajamento entre líder e a equipe de trabalho, os líderes participantes desta pesquisa foram incentivados a falar sobre como eram vistos por seus subordinados. L2 e L3 disseram:

“Eu me vejo como um facilitador dos trabalhadores, uma pessoa que está para ajudar. [...] Uma pessoa que está junto com eles, uma pessoa que passa confiança pra eles.” (L3).

“Eu imagino que eles têm uma visão boa de mim. Eu tento dar o melhor exemplo possível [...]”. (L2).

L2 e L3 evidenciam a percepção que estes tinham sobre sua importância na equipe, que era permeada pelos indicativos da subjetividade.

A percepção positiva, que o líder acredita que tem da sua equipe, passa também pelo aspecto do pertencer a este grupo, pois como é notório na fala de L4:

“Eu me sinto muito bem junto deles e percebo que eles sentem bem com a minha presença. Isso você consegue medir quando as pessoas querem ir almoçar com você, quando você chega numa roda de conversa.” (L4).

Ao trazer elementos de como este líder se percebe, remete-se à subjetividade do mesmo em relação à função que executa, ou seja, a crença de ser uma pessoa digna e de respeito é fortalecida pela crença de ser um profissional digno e de respeito.

Assim L1, L2, L3, L4 e L5 revelaram como devem ser as relações entre o líder e seus liderados, no sentido de uma relação colaborativa e de fortalecimento, para que dessas relações saiam novos líderes com o mesmo propósito, ou seja, de ter uma comunicação transparente e eficaz com o fim de direcionar os trabalhadores da equipe de forma clara e objetiva.



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A modernidade e meios de comunicação trouxeram praticidades em diversos ou todos os segmentos, trazendo agilidade. O líder de produção, por estar na estrutura organizacional numa posição estratégica, se torna uma pessoa influente em suas relações e em sua comunicação com a equipe de trabalho. Para que essa pesquisa alcançasse o objetivo, foi utilizado como instrumento a entrevista semidirigida, que foi fundamental para direcionar as informações trazidas por eles por intermédio dos discursos. Foi possível encontrar e definir três categorias com base no discurso, das quais o pesquisador utilizou para analisar as relações construídas entre líderes e liderados.

No que diz respeito à comunicação intersubjetiva do líder de produção na relação com os liderados, observou-se que os líderes favorecem o engajamento do grupo em seu trabalho, e estas são mensagens verbais e não verbais, que permeiam pelo pensar imaginário, visto que nesta pesquisa foi verbalizado “eu acho”, “eu imagino”, “eu sinto”. Essas questões se tornam mais evidentes, quando a percepção de si ganha espaço para uma relação objetiva de partilha, seja de algo pessoal ou não, quando os liderados querem estar próximos, mesmo não sendo por obrigatoriedade do trabalho do dia a dia.

O líder que mantém uma relação de integridade, de respeito e transparente com seus liderados, possibilita que a sua equipe de trabalho esteja engajada no processo de melhoria da produtividade e qualidade da produção, exigências da organização do trabalho contemporâneo onde o processo de globalização e suas influências se fazem presentes.

Diante deste cenário, é possível reafirmar quão importante é o papel que os líderes desempenham nas organizações do trabalho, pois são mediadores de diretrizes, disseminadores de informações, e no contexto de tecnologias e processos de transformações rápidas, a comunicação eficaz e objetiva e acima de tudo aberta e que respeita o outro, é fator preponderante nas organizações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bauman, Z. (2001). *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bennis, W. (1996). *A Formação do Líder*. São Paulo: Atlas S.A.



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



- Bernal, A. (2010). *Psicologia do Trabalho em um mundo globalizado: como enfrentar o assédio psicológico e o estresse no trabalho*. São Paulo: Artmed.
- Chamon, E. M. Q. O & Almeida, P. E. (2008). O trabalho, seus sentidos e a comunicação: aspectos e relações. In: Chamon, E. M. Q. O. (Org.). *Gestão integrada de organizações*. Rio de Janeiro: Brasport, pp. 149-184.
- Gil, A. C. (1994). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Atlas.
- Goulart, I. B. & Guimarães, R. F. (2002). Cenários Contemporâneos do Mundo do Trabalho. In: Goulart, Iris Barbosa (Org.). *Psicologia Organizacional e do Trabalho: Teoria, pesquisa e temas correlatos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, pp.17-36.
- Lewin, K. (1970). *Problemas de dinâmica de grupo*. São Paulo: Cultrix.
- Rocha, J. B.(2007). Resenha do livro pesquisa qualitativa: caminhos e desafios autor: Fernando Luiz Gonzáles Rey. *Revista eletrônica de psicologia*. Maceió.
- Yin, R. K. (2010). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. 4. ed., Porto Alegre: Bookman.

ANÁLISE DO PROCESSO DE RESILIÊNCIA DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO CONTEXTO DE TRABALHO⁴

Luana Barbosa de Moraes (Universidade de Taubaté)

Adriana Leonidas de Oliveira (Universidade de Taubaté)

RESUMO

A resiliência é um produto da combinação de fatores de risco e fatores de proteção. A deficiência é apontada por alguns autores como um fator de risco. Podemos dizer que inserir-se no mercado de trabalho é um dos desafios que a Pessoa com Deficiência deve enfrentar ao longo de sua vida. A partir do momento em que esta pessoa se insere no mercado de trabalho e consegue superar todas as dificuldades existentes, tanto físicas como políticas e sociais, ela adquire uma capacidade maior de enfrentar outras situações adversas em sua vida. Esta capacidade é gerada por meio de uma somatória de aspectos pessoais, biológicos e de origem social que determinarão se a pessoa é resiliente ou não. Este trabalho, dentro deste contexto, tem por objetivo geral analisar o processo de resiliência da PcD no contexto de trabalho. Apresenta como objetivos específicos: identificar os fatores de proteção que contribuem para o desenvolvimento da resiliência da pessoa com deficiência; analisar as dificuldades enfrentadas em seu contexto de trabalho e as estratégias de enfrentamento utilizadas; analisar as perspectivas de futuro profissional; e, avaliar a representação simbólica da inserção da pessoa com deficiência no mercado de trabalho. Para tanto, foi utilizado o delineamento de pesquisa qualitativa de campo, de nível exploratório. Foram utilizados três instrumentos para coleta de dados, sendo eles, a Escala de Resiliência de Wagnild e Young (1993), o Procedimento de Desenho-Estória (D-E) de Walter Trinca e uma Entrevista Semi-Estruturada. Os participantes do estudo são pessoas com deficiência que estão inseridas no mercado de trabalho. A participação dos indivíduos foi determinada por acessibilidade e foram analisadas as respostas de dez participantes. A partir dos resultados obtidos na Escala de Resiliência identificou-se que os pesquisados possuem alta competência pessoal, ou seja, são autoconfiantes, independentes, determinados, não são atingidos facilmente pelos problemas, possuem controle

⁴ **Apoio:** PIBIC – Universidade de Taubaté



das situações, são desenvoltos e perseverantes, apresentando médias, neste fator, acima de cinco. A competência social, isto é, a relação de dependência e de relacionamento com o outro é alta, entretanto, os resultados mostram que as pessoas com deficiência são preocupadas com os objetivos das tarefas que irão realizar e de novos desafios que lhes são apresentados. Neste fator da Escala, as médias obtidas oscilaram de três até cinco. A aceitação que eles têm de si mesmos e da vida é alta, mantendo a média de cinco, indicando que os indivíduos possuem adaptabilidade, equilíbrio, flexibilidade e perspectiva de vida equilibrada. Os desenhos realizados, entretanto, demonstram, de maneira geral, certa insegurança e distanciamento do desconhecido, mas uma tendência ao crescimento pessoal e profissional muito significativo. Os resultados obtidos nas entrevistas mostraram que o trabalho é muito importante na vida das pessoas com deficiência e o reconhecimento, principalmente de seus familiares e superiores, é o que lhes motiva a continuar indo ao trabalho todos os dias. Pode-se concluir, portanto, que os indivíduos analisados são resilientes, mesmo apresentando alguns momentos de fraqueza e insegurança, que são supridos e superados com o apoio, principalmente, dos familiares e das crenças religiosas.

Palavras-chave: Resiliência. Pessoas com Deficiência. Trabalho.

INTRODUÇÃO

Algumas pessoas conseguem superar as adversidades, sejam quais forem, de uma maneira mais fácil que outras. Estas pessoas são chamadas resilientes. O termo resiliência, que advém da Física e que significa a “propriedade que alguns corpos têm de retornar à forma original após terem sido submetidos a uma deformação” (Houaiss, 2010, p.675), ganhou, nos últimos anos, um lugar de destaque nas Ciências Sociais, sendo usado para caracterizar as pessoas que, de acordo com Rutter (1993 apud Vasconcellos & Ribeiro, 2010), mesmo depois de passarem por inúmeros problemas.

Dentro deste contexto, as pessoas com deficiência (PcD) podem ser consideradas resilientes, dependendo da maneira como lidam com sua deficiência e seguem suas vidas ou se entregam à ela. Podemos dizer que se inserir no mercado de trabalho é um dos desafios que a PcD deve enfrentar ao longo de sua vida.

A partir do momento em que esta inserção ocorrem pode-se dizer que a PcD adquire a capacidade de se fortalecer e enfrentar outras adversidades que possam surgir. Esta capacidade é gerada, de acordo com Rojas e Abanto (2007), por meio de uma somatória de aspectos pessoais, biológicos e de origem social que determinarão se a pessoa é resiliente ou não.

REVISÃO DE LITERATURA

Deficiência Física

Ao longo dos anos o número de pessoas com deficiência tem aumentado no Brasil e no mundo. De acordo com Neri et al. (2003), toda e qualquer pessoa está sujeita a adquirir alguma deficiência física ao longo de sua vida.

Pode-se definir, portanto, deficiência como

[...] perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. Incluem-se nessas a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais. (Amiralian et al., 2000, p. 98).

A deficiência física, por sua vez, define-se como:

[...] a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (Gugel et al., 2001, p.14-15).

Ao longo dos anos, as pessoas com deficiência, independente de qual deficiência possuem, foram ganhando seu espaço no mercado de trabalho.

Resiliência

Este termo é vastamente conhecido no campo das ciências exatas, mais especificamente na Física, de onde tem sua origem. Resiliência nessa ciência exata significa a

“propriedade que alguns corpos têm de retornar à forma original após terem sido submetidos a uma deformação” (Houaiss, p. 675, 2010).

Recentemente, o termo teve seu uso ampliado e é usado também nas ciências humanas. De acordo com Rutter (1993 apud Vasconcellos & Ribeiro, 2010), o termo resiliência pode ser usado para intitular pessoas que mesmo depois de passarem por inúmeros problemas, não se alteram, como se fossem “intocáveis”.

A definição de fator de risco de Sapienza e Pedromônico (2005, p. 209) como sendo “[...] uma variável que aumenta a probabilidade do indivíduo adquirir determinada doença quando exposto a ela” traz a visão biomédica do ser humano, completando a ideia de que algumas pessoas são mais suscetíveis a sofrer mais de certas doenças (ou em certas situações) do que outras.

De acordo com Calvetti, Muller e Nunes (2007, p. 710), “[...] os fatores de proteção se referem às influências que transformam ou melhoram respostas pessoais.” Dentre os vários fatores de proteção, as autoras citam: o otimismo, a espiritualidade, a fé, a resiliência, o bem-estar subjetivo, a felicidade, a autodeterminação, a esperança, a criatividade, as habilidades interpessoais, entre outros.

Alguns autores, como Brooks (1994) e Emery e Forehand (1996 apud PESCE et al., 2004), definiram três tipos de fatores de proteção: 1) Fatores individuais: autoestima positiva, autocontrole, autonomia, características de temperamento afetuoso e flexível; 2) Fatores familiares: coesão, estabilidade, respeito mútuo, apoio/suporte; 3) Fatores relacionados ao apoio do meio ambiente: bom relacionamento com amigos, professores ou pessoas significativas que assumam papel de referência e façam o indivíduo se sentir querido e amado.

Resiliência no Trabalho

Vivemos no mundo das novas tecnologias e da alta velocidade de produção, marcado por mudanças rápidas e contínuas, onde o ambiente laboral está cheio de pressões, ameaças e incertezas. Isso acabou por impor uma nova visão de trabalho e originar formas inovadoras de gerenciamento que buscam, de maneira cada vez mais exigente, produtividade e qualidade a baixos custos. Além de gerar competições na busca da realização de metas e objetivos dentro da empresa. Desta maneira, exige-se muito dos funcionários para que haja o enfrentamento das diversas situações de turbulência por que passam no contexto de trabalho (Job, 2003; Moraes, Resende & Leite, 2007).

Este ambiente cheio de pressões e novos desafios faz com que o indivíduo adquira formas de superar as adversidades. Sendo assim, de acordo com Barlach, Limongi-França e Malvezzi (2008, p. 104),

O termo resiliência no contexto do trabalho nas organizações refere-se à existência – ou à construção - de recursos adaptativos, de forma a preservar a relação saudável entre o ser humano e seu trabalho em um ambiente em transformação, permeado por inúmeras formas de rupturas.

A partir do momento em que esta pessoa se insere no mercado de trabalho e consegue superar todas as dificuldades existentes, tanto físicas como políticas e sociais, ela adquire uma capacidade maior de enfrentar outras situações adversas em sua vida, gerada, de acordo com Rojas e Abanto (2007), por meio de uma somatória de aspectos pessoais, biológicos e de origem social que determinarão se a pessoa é resiliente ou não.

Sendo assim, segundo Batista (2010), é preciso criar laços de confiança e reciprocidade entre os funcionários entre si e entre funcionários e gestores para que haja melhor relacionamento dentro da empresa e para que, o funcionário portador de deficiência sintasse-se mais motivado a trabalhar e se sintasse totalmente útil em sua função.

MÉTODO

Este estudo caracterizou-se por uma pesquisa qualitativa e de campo.

Os participantes do presente estudo foram pessoas com deficiência já inseridas no mercado de trabalho. A participação dos mesmos foi determinada por acessibilidade e foi atingido o número de 10 pessoas com deficiência. Os indivíduos foram contatados por meio de indicação de profissionais que atuam com essa população.

Acredita-se que o número de 10 pessoas é adequado e suficiente para a pesquisa, por se tratar de uma pesquisa qualitativa e busca aprofundar mais o conhecimento de cada indivíduo.

Instrumentos de Coleta

Foram usados três instrumentos de coleta de dados, sendo eles: (1) a Escala de Resiliência de Wagnild e Young (1993), (2) o Desenho-Estória com Tema (D-E) de Walter Trinca e (3) a Entrevista semi-estruturada.

Procedimento de Análise

Escala de Resiliência

A escala de resiliência foi analisada conforme instruções do instrumento. Assim, foi calculada a média de cada um dos fatores propostos na escala e foi calculada uma média geral. Quanto maior a média alcançada, maior o nível de resiliência apresentado pelo indivíduo.

Desenho-estória com Tema

Como procedimento de análise dos Desenhos-estórias com Tema, foi utilizada a análise de conteúdo baseada no referencial de análise proposto por Tardivo (1985 apud Trinca & Tardivo, 2000). Esta autora baseou-se no referencial de análise proposto, primeiramente, por Walter Trinca, em 1972, que é composto por dez áreas ou categorias: Atitude Básica, Figuras Significativas, Sentimentos Expressos, Tendências e Desejos, Impulsos, Ansiedades, Mecanismos de Defesa, Sintomas Expressos, Simbolismos e Outras Áreas da Experiência. Destas dez áreas propostas por Trinca, Tardivo considerou sete relevantes e as denominou Grupos, que foram numerados de I a VII, reunindo cada qual certo número de traços, totalizando 33. Os grupos formados pelos autores são: Grupo I – Atitude Básica; Grupo II – Figuras Significativas; Grupo III – Sentimentos Expressos; Grupo IV – Tendências e Desejos; Grupo V – Impulsos; Grupo VI – Ansiedades; Grupo VII – Mecanismos de Defesa (Trinca & Tardivo, 2000).

Entrevista Semi-estruturada

Para análise das entrevistas semi-estruturadas foram utilizadas as técnicas qualitativas do método de análise de conteúdo.

A análise de conteúdo, de acordo com Moraes (p. 2, 1999), constitui [...] uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos. Essa análise, conduzindo a descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum.

Quando aplicada em uma pesquisa qualitativa, a análise de conteúdo “[...] parte de uma série de pressupostos, os quais, no exame de um texto, servem de suporte para captar seu sentido simbólico. Assim, a análise de conteúdo foi desenvolvida ao longo de cinco etapas, de acordo com Moraes (1999):

1. Preparação das informações
2. Unitarização ou transformação do conteúdo em unidades
3. Categorização ou classificação das unidades em categorias
4. Descrição
5. Interpretação

DISCUSSÃO E RESULTADOS

Foram aplicados os instrumentos em dez indivíduos. Oito dos dez participantes realizaram os três procedimentos propostos: responder à Escala de Resiliência, fazer o Desenho-Estória com Tema sobre este desenho e responder às perguntas da entrevista. Dois participantes não fizeram o desenho-estória devido à sua deficiência que os incapacitam de realizar trabalhos manuais que exijam o uso da escrita fina, como escrever e desenhar.

A partir dos resultados obtidos na **Escala de Resiliência** respondida pelos dez casos analisados neste trabalho, percebeu-se que, de modo geral, os participantes possuem alta competência pessoal, ou seja, são autoconfiantes, independentes, determinados, não são atingidos facilmente pelos problemas, possuem controle das situações, são desenvoltos e perseverantes, apresentando média geral de 5,83, neste fator, sendo que o índice máximo é a média sete. A competência social, isto é, a relação de dependência e de relacionamento com o outro é também alta, o que indica que estas pessoas sejam, na maioria das vezes, pouco dependentes das outras pessoas. Neste fator da Escala, a média geral obtida foi de 4,5. A aceitação que eles têm de si mesmos e da vida é alta, mantendo a média seis, indicando que os indivíduos possuem adaptabilidade, equilíbrio, flexibilidade e perspectiva de vida equilibrada. As médias de cada resposta, bem como os escores obtidos na somatória das respostas de cada participante podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1: Médias e Escores da Escala de Resiliência separados por Fator e por Questão

Fator 1	Médias	Escore
1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.	6,10	61,00
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.	5,00	50,00
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.	6,60	66,00
8. Eu sou amigo de mim mesmo.	5,90	59,00
10. Eu sou determinado.	6,20	62,00
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.	5,20	52,00
14. Eu sou disciplinado.	5,80	58,00
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir.	6,00	60,00
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.	6,60	66,00
19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras.	5,70	57,00
21. Minha vida tem sentido.	6,40	64,00
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.	5,20	52,00
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.	4,70	47,00
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.	6,20	62,00
Fator 2	Médias	Escore
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar.	5,40	54,00
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.	3,90	39,00
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	5,00	50,00
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.	3,40	34,00
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades.	5,80	58,00
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.	3,70	37,00
Fator 3	Médias	Escore
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que de qualquer outra pessoa.	5,40	54,00
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim.	6,60	66,00
15. Eu mantenho interesse nas coisas.	6,10	61,00
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.	6,20	62,00
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.	5,70	57,00

Os resultados obtidos no **Desenho-Estória** mostraram que as pessoas com deficiência que participaram desta pesquisa possuem aceitação em relação à sua vida, ou seja, têm

31 de julho a 2 de agosto de 2014

Departamento de Psicologia – Universidade de Taubaté
Taubaté/SP

atitudes positivas, de luta em uma circunstância, entretanto, em alguns momentos, podem ser inseguros. Os amigos, colegas de trabalho, familiares (que não sejam pai e mãe), são percebidos, em alguns casos, como positivos, isto é, são pessoas nas quais confiam e sentem que podem contar quando precisarem; contudo, em outros casos, são vistos como negativos, ou seja, são pessoas que não são receptivas e pouco solícitas. Os sentimentos expressos, na maior parte, são os sentimentos derivados do instinto de vida, ou seja, sentimentos positivos em relação à vida. As tendências e desejos que se destacaram foram as tendências construtivas, que indicam atitudes de construção e crescimento. Os impulsos apresentados pelos indivíduos foram impulsos amorosos, o que indica que são pessoas que tendem, na maior parte dos momentos, a aproximar-se das pessoas e trocarem sentimentos construtivos (como, carinho, amor, afeto, empatia, etc.). A ansiedade apresentada pelos participantes é do tipo depressiva. É importante ressaltar que, para Melaine Klein, “depressiva” não se relaciona com o quadro clínico de depressão, mas sim com aspectos positivos de resolução, articulação e aglutinação. O mecanismo de defesa que mais se destacou tanto na articulação das histórias quanto na entrevista foi a racionalização. Quanto à localização dos desenhos, a predominância foi a posição central, indicando rigidez. O tamanho pequeno do desenho indica insegurança, retraimento e regressão. E as cores frias e acromáticas indicam calma, introversão, tristeza e interiorização. Na Tabela 2 abaixo, estes resultados são apresentados numericamente.

Tabela 2: Resultados apresentados no Desenho-Estória de Walter Trinca

Atitudes Básicas	Aceitação	6
	Oposição	0
	Insegurança	2
	Identificação Positiva	0
	Identificação Negativa	0
Figuras Significativas	Figura Materna Positiva	1
	Figura Materna Negativa	1
	Figura Paterna Positiva	1
	Figura Paterna Negativa	1
	Figura Fraterna Positiva	3
	Figura Fraterna Negativa	2
Sentimentos Expressos	Sentimentos Derivados do Instinto de Vida	6
	Sentimentos Derivados do Instinto de Morte	2
	Sentimentos Derivados do Conflito	1

Tendências e Desejos	Necessidade de Suprir Faltas Básicas	1
	Tendências Destrutivas	1
	Tendências Construtivas	6
Impulsos	Amorosos	7
	Destrutivos	1
Ansiedades	Paranoides	2
	Depressivas	6
Mecanismos de Defesa	Cisão	0
	Repressão	0
	Regressão	1
	Isolamento	2
	Idealização	0
	Formação Reativa	0
	Projeção	0
	Negação/Anulação	1
	Racionalização	5
	Deslocamento	0
	Sublimação	0
Localização	Esquerda	2
	Direita	1
	Superior	1
	Inferior	2
	Central	5
Tamanho	Grande	0
	Pequeno	1
Uso de Cores	Cores quentes	0
	Cores frias	2
	Acromáticas	1

Ao longo da **entrevista**, que visou investigar como é a **relação da pessoa com deficiência com seu contexto de trabalho**, percebeu-se que o trabalho é, para todos os participantes, um fator de grande importância para suas vidas, sendo também um fator que trouxe grandes benefícios e, até mesmo, a possibilidade de sonhar e ir a busca destes sonhos.

Entretanto, encontram **dificuldades** dentro do local de trabalho no que diz respeito às suas deficiências, pois o local onde trabalham não é totalmente adaptado a eles, tornando-se difícil de locomover-se ou até mesmo de realizar as tarefas as quais devem realizar e a falta de equipamentos e materiais necessários para realizar um bom trabalho também é um problema. A crise, neste sentido, é temida, mas eles tentam superá-la da maneira como podem.

Para **enfrentar os problemas e as crises** rotineiras, tanto no trabalho quanto na vida pessoal, os participantes recorrem, principalmente, à religião, à família, aos amigos e, até mesmo, à psicoterapia.

Mesmo sendo ativos e trabalhando há muito tempo, nenhum participante considera que tenha se preparado para o mercado de trabalho. E, relatam que sofreram e ainda sofrem **preconceitos**, tanto quando estavam em busca de um emprego, quanto no mercado que estão inseridos atualmente.

Os colegas de trabalho são o principal **aspecto positivo** encontrado no trabalho, devido ao apoio e ajuda que fornecem, explicando e ajudando na execução do trabalho. E o principal **aspecto negativo** são as pessoas que, por não entenderem suas limitações, os tratam mal e não fornecem ajuda, quando solicitado. Mesmo com todo o apoio que recebem dos colegas de trabalho, os participantes relatam que não estabeleceram uma amizade fora do ambiente de trabalho com estes colegas, o que reflete na confiança que se estabelece dentro do ambiente de trabalho: a confiança é direcionada, principalmente, para o chefe e, em menor grau, aos colegas.

O **reconhecimento** é visto como de fundamental importância e é, ainda, um aspecto que faz com que as pessoas com deficiência se sintam mais motivadas também para seguir trabalhando e fazendo um bom trabalho. O reconhecimento do chefe, quando se trata do ambiente de trabalho, é o mais valorizado. Entretanto, o que realmente importa para estas pessoas é o reconhecimento de sua família.

A mudança nunca é esperada, entretanto, os participantes afirmam que não se rendem a ela e **buscam se adaptar** da melhor maneira possível e buscam apoio externo, seja familiar, social ou religioso, para que a ela não se torne um problema em suas vidas.

Por fim, a **felicidade** é difícil de ser significada, mas aparece para eles como:

- *estar junto de quem partilha comigo os bons e os maus momentos;*
- *Acho que é o dia a dia mesmo, de estar bem com você mesmo, ajudar o próximo, de tudo estar bem, fazer o bem sem olhar pra quem. Acho que é isso.*

E, apesar da deficiência e dos problemas enfrentados, os participantes afirmam ser felizes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados obtidos, é possível perceber que a resiliência está presente em todas as pessoas que participaram da pesquisa, como mostrou a Escala de Resiliência. A escala mostrou também que os participantes são pessoas altamente autoconfiantes, independentes, desenvoltas, determinadas, perseverantes, que não são atingidas facilmente pelos problemas, além de possuírem alta aceitação de si mesmos e de suas deficiências, o que lhes impulsiona a buscar crescer sempre e realizar seus sonhos.

Constata-se também que o trabalho é o que levou estas pessoas com deficiência a enfrentarem seus medos e suas próprias limitações, levando-os a buscar sempre mais. Entretanto, o trabalho pode ser um fator de risco quando os colegas de trabalho agem com indiferença ou, até mesmo, com certo preconceito perante a deficiência das pessoas.

Mesmo que as crises e as mudanças não sejam esperadas e tragam sentimentos, como medo, angústia ou, até mesmo, depressão, são enfrentadas e busca-se, sempre, resolvê-las, da maneira como conseguem. O reconhecimento do trabalho que realizam é, também, extremamente motivante e impulsionador dentro do contexto de trabalho.

Apesar de todos os problemas, obstáculos e dificuldades encontrados pelo caminho, pode-se dizer, até o momento, que as pessoas com deficiência participantes se consideram pessoas felizes e lidam de maneira positiva com sua deficiência e limitações.

REFERÊNCIAS

- Amiralian, M. L. T., Pinto, E. B., Ghirardi, M. I. G., Lichtig, I., Masini, E. F. S., & Pasqualin, L. (2000) Conceituando deficiência. *Revista de Saúde Pública*, 34(1), 97-103.
- Andrade, M. M.(2010). *Introdução à Metodologia do Trabalho Científico*: elaboração de trabalhos na graduação. 10. ed. São Paulo: Atlas.
- Barlach, L. (2005). *O que é resiliência humana?* Uma contribuição para a construção do conceito. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade de São Paulo. 108p.

- Barlach, L., Limongi-França, A. C., Malvezzi, S. (2008). O conceito de Resiliência Aplicado ao Trabalho nas Organizações. *Revista Interamericana de Psicologia*, 42(1),101-112. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v42n1/v42n1a11.pdf>> Acesso em: 26/04/2013.
- Batista, R. L. (2010). *Percepção de suporte organizacional, afeto positivo, afeto negativo e resiliência: antecedentes da confiança do empregado na organização*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-graduação em Psicologia. Uberlândia. 144f.
- Brasil – Casa Civil, República (Subchefia para Assuntos Jurídicos) (1989). *Lei nº 7.853 de 24 de outubro de 1989*. Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7853.htm> Acesso em: 26/04/2013.
- Brasil – Casa Civil, República (Subchefia para Assuntos Jurídicos) (1991). *Lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991*. Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm> Acesso em: 06/01/2014.
- Calvetti, P. U., Muller, M. C., Nunes, M. L. T. (2007). Psicologia da Saúde e Psicologia Positiva: Perspectivas e Desafios. *Psicologia, Ciência e Profissão*. 27 (4), 706-717. Rio Grande do Sul.
- Coutu, D. L. (2002, maio). How resilience works. *Harvard Business Review*. 46-55.
- Emery, R. E., Forehand, R. (1996). Parental divorce and children's well being: A focus on resilience. In: R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garmezy, M. Rutter (Orgs.). *Stress, risk and resilience in children and adolescents*. Processes, mechanisms and interventions. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gugel, M. A., Casagrande, C. L., Andrade, D. L. P. A., Collo, J. G. L., Lorentz, L. N., Fonseca, R. T. M., César, J. B. M. (2001). A inserção da pessoa portadora de deficiência e do beneficiário reabilitado no mercado de trabalho. *Comissão de Estudos para Inserção da Pessoa Portadora de Deficiência no Mercado de Trabalho*. Brasília. Disponível em: <<http://www.mp.rs.gov.br/dirhum/doutrina/id250.htm>>. Acesso em: 09/04/2013.
- Marconi, M. A., Lakatos, E. M. (2010). *Metodologia do Trabalho Científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos*. 7 ed. São Paulo: Atlas.
- Houaiss, A. (2010). *Minidicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. 4 ed. rev. e aumentada. Rio de Janeiro: Objetiva.



Job, F. P. P. (2003). *Os sentidos do Trabalho e a Importância da Resiliência nas Organizações*.

Tese (Doutorado em Administração de Empresas). São Paulo: EAESP/FGV. 242f.

Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, Springer Publishing Company.

Moraes, L. B. (2011). *Qualidade de Vida e Comportamentos com Relação à Saúde: Estudo com trabalhadores noturnos do Vale do Paraíba Paulista*. Projeto de Pesquisa apresentado para solicitação de bolsa de Iniciação Científica PIC/UNITAU. Universidade de Taubaté. Taubaté.

Moraes, R. (1999). Análise de Conteúdo. *Revista educação*. 22 (37), Porto Alegre. Disponível em: <http://cliente.argo.com.br/~mgos/analise_de_conteudo_moraes.html>. Acesso em: 16/04/2013.

Moraes, S. C. S., Resende, L. M., Leite, M. L. G. (2007, setembro). Resiliência Organizacional: atributo de competitividade na era da incerteza. *Anais do Congresso Internacional de Administração – Gestão Estratégica para o Desenvolvimento Sustentável*. Ponta Grossa.

Neri, M. (2003). As empresas e as cotas para pessoas com deficiência. *Conjuntura econômica – Temas Sociais*. Disponível em: <http://www.cps.fgv.br/cps/artigos/Conjuntura/2003/As%20empresas%20e%20as%20cotas%20para%20pessoas%20com%20defici%C3%Aancia_Setembro2003_RCE.pdf> Acesso em: 26/04/2013.

Neri, M., Pinto, A., Soares, W., Costilla, H. (2003). *Retratos da Deficiência no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV/IBRE.

Oliveira, A. L. (2007). Comportamento Organizacional e Pesquisa Qualitativa: Algumas Reflexões Metodológicas. In: E. M. Q. O. Chamon. **Gestão e Comportamento Humano nas Organizações**. Rio de Janeiro: Brasport, 180-205.

Papalia, D. E., Olds, S. W. (2000). *Desenvolvimento Humano*. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

Pesce, R. P., Assis, S. G., Avanci, J. Q., Santos, N. C., Malaquias, J. V., Carvalhaes, R. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Caderno de Saúde Pública*. 2 (21), 436-448, Rio de Janeiro.

Pesce, R. P., Assis, A. G., Santos, N., Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e Proteção: Em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 20 (2), 135-143, Brasília.

Rafael, C. B. S., Gomes, L. F., Duarte, E. R., Barreto, S. M. G., Ferreira, M. E. C. (2012).

Benefícios da Atividade Física em relação à Imagem Corporal da Pessoa com Deficiência Física. *Revista da Sociedade Brasileira de Atividade Motora Adaptada (SOBAMA)*. 13 (2), Bahia.

Rojas, H. L., Abanto, A. M. (2007). *Discapacidad y Resiliencia*. Sociedade Peruana de Resiliência. Disponível em:

<<http://www.es.catholic.net/psicologoscaticos/362/2329/articulo.php?id=21494>>. Acesso em: 26/03/2013.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and Resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*. n. 147, 598-611.

Sapienza, G., Predromônico, M. R. M. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. (2005). *Psicologia em Estudo*. 10 (2), 209-216, Maringá.

Sassakil, R. K. (2002). Terminologia sobre deficiência na era da inclusão. *Revista Nacional de Reabilitação*. 5 (25). Disponível em:

<http://200.238.92.118/uploads/zEEORSTek4VxJeWR9XnLw/9H3ICd6NYXHKTHBY7N9MdQ/terminologia1pra_imprensa.PDF>. Acesso em: 09/04/2013.

Savoia, M. G. (1999). Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (*Coping*). *Revista de Psiquiatria Clínica*. 26 (2). Disponível em:

<[http://hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n2/artigo\(57\).htm](http://hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n2/artigo(57).htm)>. Acesso em: 26/03/1013.

Sennet, R. (2006). *Carne e Pedra*. 4 ed. Rio de Janeiro: Record.

Tavares, M. (2000). A entrevista clínica. In: J. A. Cunha. *Psicodiagnóstico-V*. 5 ed. Revisada e ampliada. Porto Alegre: Artmed.

Trinca, W., Tardivo, L. S. L. P. (2000). Desenvolvimentos do Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E). In: J. A. Cunha. *Psicodiagnóstico-V*. 5 ed. Revisada e ampliada. Porto Alegre: Artmed.

Vasconcellos, A. C. G. D., Ribeiro, M. A. (2010). *Resiliência*: um estudo sobre famílias com portadores de paraplegia. Curitiba: Juruá. 184p.

**ANÁLISE E COMPARAÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DE
AVELINÓPOLIS, ARAÇU, NAZÁRIO E SANTA BÁRBARA DE GOIÁS**

Renato Batuíra Ribeiro Pinto (Universidade de Taubaté)

Guilherme Donegatti de Carvalho (Universidade de Taubaté)

Adriana Leonidas de Oliveira (Universidade de Taubaté)

RESUMO

A avaliação dos indicadores de saúde e dentre estes o de qualidade de vida tem se intensificado nas últimas décadas. Todavia, estudos sistemáticos abordando a evolução de tal processo ainda são escassos na literatura. Existindo também uma grande escassez de estudos voltados à mensuração do desenvolvimento local e políticas públicas para melhoria da condição de pequenos municípios do Brasil, onde estes são deixados de lado por não terem grande expressão se equiparados com as várias metrópoles espalhadas pelo país e seus graves problemas de desenvolvimento. Frente a esse cenário, o objetivo do presente artigo é realizar uma análise e comparação dos indicadores de saúde dos municípios componentes de uma mesma região: Avelinópolis, Araçu, Nazário e Santa Bárbara de Goiás, quatro municípios que se interagem territorialmente, mas, se diferem pela dimensão geográfica, populacional e econômica, tornando necessária uma análise mais sistemática de sua dinâmica local e das estratégias utilizadas por seus governos municipais para promover a melhoria da saúde em todos os seus aspectos. Nesse sentido, o presente estudo visa compreender de que forma os indicadores de saúde são mensurados nestas localidades, considerando-se que estes são parâmetros que incluem: condições sanitárias, ambientais, natalidade, de morbidade, de epidemiologia, desnutrição entre outros. Compreendidos e separados os indicadores que tem relevância para o estudo do nível de saúde oferecido pelos municípios, estes serão comparados. Trata-se de uma pesquisa documental. A análise foi feita a partir dos dados gerados pelo Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos e os indicadores e metas estruturados pelo Portal ODM – Acompanhamento Municipal dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio que traça diretrizes essenciais para a garantia de um bom desenvolvimento e uma boa qualidade de vida as populações. Os resultados do estudo

mostram que as diferentes estratégias de desenvolvimento local têm contribuído para que a população destes quatro municípios apresentem boas condições de saúde, porém ainda são necessárias algumas melhoras nas políticas públicas voltadas para o desenvolvimento local relacionado à saúde. A análise dos indicadores de Avelinópolis, Araçu, Nazário e Santa Bárbara de Goiás demonstrou que dentre os quatro municípios, Araçu, Avelinópolis e Nazário são os que mais apresentaram índices positivos de indicadores de saúde, o município de Santa Bárbara encontra-se um pouco atrás com relação aos outros municípios comparados, esbarrando ainda em alguns problemas, principalmente em relação a AIDS e doenças transmitidas por mosquitos. Porém todos os municípios analisados apresentaram bons indicadores de saúde, demonstrando que o fator saúde objeto de estudo do presente artigo não se configura como seu principal entrave no desenvolvimento.

Palavras-chave: Indicadores de saúde. Desenvolvimento Local. Objetivos do Milênio.

INTRODUÇÃO

Os indicadores de saúde estão intrinsecamente ligados ao organismo como um todo tanto em aspectos físicos, quanto psicológicos.

Conhecer os indicadores que demonstram a realidade atual das condições de saúde dos municípios estudados é o objetivo principal do presente trabalho. Para tanto, foi realizada uma pesquisa nos municípios da região de Avelinópolis, Araçu, Santa Bárbara e Nazário em bancos de dados dos Institutos Mauro Borges, Firjan e Portal ODM (Objetivos de Desenvolvimento do Milênio), com o intuito de compreender de que maneira estas localidades têm se desenvolvido e que possíveis fatores podem estar contribuindo para os indicadores de saúde da população dos referidos municípios.

Para esta análise foram considerados os indicadores de saúde dos municípios em estudo os quais permitiram verificar que apesar de distarem da capital goiana os mesmos estão buscando estratégias que permitam uma melhor condição de saúde de sua população.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa documental. Segundo Gil (1991), pesquisa documental é aquela que assemelha-se à pesquisa bibliográfica, entretanto, difere na natureza das fontes.

Na pesquisa documental trabalha-se com material que ainda não sofreu tratamento analítico ou que pode ser reelaborado de acordo com os objetivos da pesquisa.

A análise foi feita a partir dos dados gerados pelo Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos e os indicadores e metas estruturados pelo Portal ODM – Acompanhamento Municipal dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio que traça diretrizes essenciais para a garantia de um bom desenvolvimento e uma boa qualidade de vida as populações.

INDICADORES DE SAÚDE

Indicadores de saúde são medidas que descrevem as características de uma população. Estes instrumentos são utilizados para avaliar as condições de saúde em uma área geográfica e em períodos delimitados.

Conforme o Portal Saúde e Cidadania (2014) indicadores de saúde são parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo.

Para se mensurar indicadores de saúde consideram-se dados Demográficos; Socioeconômicos; Mortalidade; Morbidade e fatores de risco; Recursos e Cobertura. A mensuração de mortalidade considera que os registros devem estar consolidados numa base de dados. No Brasil, para o estudo da mortalidade: o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), que tem como principal documento a Declaração de Óbito (DN).

DADOS DEMOGRÁFICOS DOS MUNICÍPIOS DE AVELINÓPOLIS, ARAÇU, SANTA BÁRBARA DE GOIÁS E NAZÁRIO

O município de Avelinópolis-Go possui uma população de 2.451 habitantes conforme o censo demográfico de 2010

O município de Araçu-Go foi instalado em 1958. Possui uma população de 3.785 habitantes, segundo o censo demográfico de 2010.



Santa Bárbara de Goiás possuía em 2010 uma população de 5.751 habitantes de acordo com o censo demográfico de 2010.

INDICADORES DE SAÚDE

Para a análise dos indicadores de saúde foram considerados os subgrupos das categorias já mencionadas, dos quais foram selecionados os indicadores mais importantes em relação às condições de saúde das populações dos municípios abordados. Desse modo, ao se analisar os indicadores de saúde dos quatro municípios verificou-se que:

Indicadores de Saúde de Avelinópolis

- **Proporção de crianças menores de 2 anos desnutridas – 1999-2012**

No ano de 2012, foram pesadas pelo Programa de Saúde Familiar 638 crianças, sendo que destas 0,8% estavam desnutridas. De acordo com a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF 2008), 25,9% das famílias pesquisadas disseram que a quantidade de alimentos consumidos no domicílio às vezes não era suficiente, e 7,4% afirmaram que normalmente a quantidade de alimentos consumidos não era suficiente (Portal ODM, 2014).

- **Taxa de mortalidade de menores de 5 anos de idade a cada mil nascidos vivos - 1995-2011**

De 1995 a 2011, o número de óbitos de crianças menores de um ano em Avelinópolis foi de 7 (Portal ODM, 2014).

Segundo o Censo 2010, a estimativa da taxa de mortalidade de menores de um ano, é de 35,7 a cada 1.000 crianças com idade abaixo de um ano (Portal ODM, 2014).

Com relação ao registro de nascimento em cartório, não tinham sido registradas em 2010, 7,1% das crianças até um ano de idade. Caindo o percentual para 0,5% as crianças de até 10 anos (Portal ODM, 2014).

No ano de 2008, o número de óbitos de crianças até um ano informados no Estado de Goiás representava 75,7% dos casos estimados para o local (Portal ODM, 2014).

Segundo o Portal ODM (2014), pode haver no município de Avelinópolis um índice de subnotificação de óbitos.

- **Percentual de crianças menores de 1 ano com vacinação em dia - 2000-2012**

Segundo o Portal de Acompanhamento Municipal dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (2014), para a redução da mortalidade infantil um das ações é a prevenção através de imunização contra doenças infectocontagiosas.

Em Avelinópolis no ano de 2012, 99,4% das crianças menores de um ano estava com a carteira de vacinação em dia (Portal ODM, 2014).

- **Número de óbitos maternos e nascidos vivos - 1997-2011**

Segundo o Portal ODM (2014) o óbito materno é o decorrente de complicações na gestação, ocasionadas pelo aborto, parto ou puerpério (até 42 dias após o parto).

De acordo com a Organização Panamericana de Saúde – OPAS, a taxa de mortalidade materna máxima recomendada é de 20 casos a cada 100 mil nascidos vivos. No município de Avelinópolis nos anos de 1995 a 2011 não houveram óbitos de crianças menores de um ano. Já se tratando de Brasil, no ano de 2010, o número foi de 60,1, porém devido à subnotificações esse número deveria estar próximo de 68,2 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos, conforme estimativa apresentada pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa (Portal ODM, 2014).

Percentual de crianças nascidas vivas por número de consultas pré-natais – 2011

Em Avelinópolis no ano de 2011, a proporção de gestantes em acompanhamento pré-natal, foi de 5,0%. Foi de 70,0% o número de gestantes com sete ou mais consultas. Também no ano de 2011, dos nascidos vivos 100,0% tiveram seus partos assistidos por profissionais qualificados de saúde (Portal ODM, 2014).

Segundo recomenda o Ministério da Saúde, deve ser de no mínimo, seis consultas pré-natais durante a gravidez. Pois, quanto maior o número de consulta pré-natais, maior a garantia de uma gestação e partos seguros, melhorando assim, a saúde da mãe e do bebê (Portal ODM, 2014).

- **Percentual de crianças nascidas de mães adolescentes – 2009**

De acordo com o Portal ODM (2014), esse percentual de 5,0% de mães com idades inferiores a 20 anos é preocupante, visto que, na maioria dos casos, as mães enfrentam problemas e assumem responsabilidades nas quais não estão preparadas, gerando graves consequências a elas e a sociedade.

- **Número de casos de AIDS registrado por ano de diagnóstico, segundo gênero - 1990-2011**

No ano de 2012, foi diagnosticado um caso de AIDS em Avelinópolis. Em relação ao estado, a taxa de incidência em 2011 era de 14,6 casos e a mortalidade estava em 4,7 a cada 100 mil habitantes. Tendo uma proporção de mulheres infectadas de 30,2%, enquanto entre jovens de 15 a 24 anos foi de 10,8% (Portal ODM, 2014).

- **Número de casos de doenças transmissíveis por mosquitos - 2001-2011**

Segundo o Portal ODM (2014) são exemplos de doenças transmitidas por insetos, a malária, febre amarela, leishmaniose, dengue, dentre outras.

No município de Avelinópolis, entre os anos de 2001 e 2011, houve 17 casos de doenças transmitidas por mosquitos, onde 15 notificações foram de dengue, 2 casos de leishmaniose (Portal ODM, 2014).

No Estado em 2011, a taxa de mortalidade (a cada 100 mil habitantes) associada às doenças transmitidas por mosquitos, foi de 0,6 (Portal ODM, 2014).

Indicadores de Saúde de Araçu

- **Proporção de crianças menores de 2 anos desnutridas – 2000-2012**

Segundo o Portal ODM (2014) em 2012 o número de crianças desnutridas menores de 2 anos pesadas pelo Programa de Saúde da Família (PSF) era de 93,9%, não ocorrendo nenhum caso de desnutrição.

- **Taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos a cada mil nascidos vivos – 1995-2011**

A taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos a cada mil nascidos vivos em 2011 foi de 0. Demonstrando que o município de Araçu conseguiu superar a meta dos Objetivos do Milênio que é de reduzir em dois terços a mortalidade infantil até 2015 (Portal ODM, 2014).

- **Percentual de crianças menores de 1 ano com vacinação em dia – 2000/2006/2012**

Conforme o Portal ODM (2014), em 2012 o número de crianças menores de 1 ano com vacinação em dia foi de 100%.

- **Percentual de crianças nascidas vivas por número de consultas pré-natais – 2001/2011**

É recomendável pelo Ministério da Saúde, durante a gravidez, o mínimo de 6 consulta pré-natais. Quanto mais consultas pré-natais, mais seguros serão a gestão e os partos, prevenindo a saúde da mãe e do bebê (Portal ODM, 2014).

De acordo com o Portal ODM (2014), em 2011, a proporção de gestantes sem acompanhamento pré-natal em Araçá, foi de 4%, e as gestantes com 7 ou mais consultas representavam 76%.

- **Percentual de crianças nascidas de mães adolescentes - 2001/2011**

Segundo o Portal ODM (2014), é preocupante o percentual de mães menores de 20 anos. Onde estas em grande parte dos casos, passam a enfrentar problemas e ter que assumir responsabilidades sem estarem preparadas, gerando graves consequências a elas e a sociedade.

Em 2001, 23,9% das crianças que nasceram em Araçá eram de mães adolescentes; este percentual passou para 16%, em 2011, o que representa 1 a cada 6 nascidos vivos (Portal ODM, 2014).

- **Número de casos de AIDS registrados por ano de diagnóstico, segundo gênero - 1990-2011**

Em Araçá, a taxa de incidência, em 2011, era de 0 casos a cada 100 mil habitantes, e a mortalidade, em 2011, 0 óbitos a cada 100 mil habitantes, atingindo assim a meta atribuída pelo Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, ou seja, a diminuição ou manter constante o número de casos da doença nos últimos 3 anos (PORTAL ODM, 2014).

- **Número de casos de doenças transmissíveis por mosquitos - 2001-2011**

Em Araçá, entre os anos de 2001 e 2011, houve 51 casos de doenças transmitidas por mosquitos, dentre estes 1 caso confirmado de malária, nenhum caso de febre amarela, 4 casos confirmados de leishmaniose, 50 notificações de dengue. Quanto a taxa de mortalidade associada às doenças transmitidas por mosquitos em Araçá, no ano de 2011, foi de 0 óbitos a cada 100 mil habitantes (Portal ODM, 2014).

Indicadores de saúde de Nazário

- **Proporção de crianças menores de 2 anos desnutridas - 1999-2012**

No ano de 2012, o número de crianças menores de 2 anos pesadas pelo Programa Saúde da Família (PSF) era de 88,8%; destas, 0,6% estavam desnutridas (Portal ODM, 2014).

- **Taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos a cada mil nascidos vivos - 1995-2011**

De acordo com o Portal ODM (2014), em 2011 o número de óbitos de crianças menores de um ano foi de 23, atingindo a meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

- **Percentual de crianças menores de 1 ano com vacinação em dia - 2000/2006/2012**

No ano de 2012, 94,1% das crianças menores de 1 ano estavam com a carteira de vacinação em dia (Portal ODM, 2014).

- **Taxa de mortalidade materna a cada 100 mil nascidos vivos - 1996-2011**

Segundo o Portal ODM (2014), O número de óbitos maternos no município, de 1.996 a 2.011, foi 1, atingindo os objetivos de reduzir em três quartos, até 2015 a taxa de mortalidade materna.

- **Percentual de crianças nascidas vivas por número de consultas pré-natais - 2001/2011**

A proporção de gestantes sem acompanhamento pré-natal, em 2011, em Nazário, foi de 5,6%. As gestantes com 7 ou mais consultas representavam 84,5% (Portal ODM, 2014).

- **Percentual de crianças nascidas de mães adolescentes - 2001/2011**

Em 2.001, 28% das crianças que nasceram em Nazário eram de mães adolescentes; este percentual caiu para 15,5%, em 2.011, o que representa 1 a cada 7 nascidos vivos (Portal ODM, 2014).

- **Número de casos de AIDS registrados por ano de diagnóstico, segundo gênero - 1990-2011**

De acordo com o Portal ODM (2014), Nazário teve de 1.990 a 2.011, 3 casos de AIDS diagnosticados; destes, 3 femininos e 0 masculinos, atingindo a meta estabelecida pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

- **Número de casos de doenças transmissíveis por mosquitos - 2001-2011**

Em Nazário, entre 2.001 e 2.011, houve 316 casos de doenças transmitidas por mosquitos, dentre os quais nenhum caso confirmado de malária, nenhum caso confirmado de febre amarela, 1 caso confirmado de leishmaniose, 316 notificações de dengue (Portal ODM, 2014).

Indicadores de Saúde de Santa Bárbara de Goiás

- **Proporção de crianças menores de 2 anos desnutridas - 1999-2012**

No ano de 2012, o número de crianças menores de 2 anos pesadas pelo Programa Saúde da Família (PSF) era de 99,3%; onde 0,7% estavam desnutridas (Portal ODM, 2014).

- **Taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos a cada mil nascidos vivos - 1995-2011**

Conforme o Portal ODM (2014), No ano de 1995 a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos, era de 7,4 óbitos a cada mil nascidos vivos; passando em 2011, para 14,7 óbitos a cada mil nascidos vivos, representando aumento de 100,1% da mortalidade.

- **Percentual de crianças menores de 1 ano com vacinação em dia - 2000/2006/2012**

Na Cidade de Santa Bárbara de Goiás, em 2012, 100% das crianças menores de 1 ano estavam com a carteira de vacinação em dia (Portal ODM, 2014)

- **Taxa de mortalidade materna a cada 100 mil nascidos vivos - 1996-2011**

O número de óbitos maternos no município, de 1.996 a 2.011, foi 3, atingindo a meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (Portal ODM, 2014).

- **Percentual de crianças nascidas vivas por número de consultas pré-natais - 2001/2011**

A proporção de gestantes sem acompanhamento pré-natal em Santa Bárbara de Goiás, em 2011, foi de 4,4%. As gestantes com 7 ou mais consultas representavam 73,5% (Portal ODM, 2014).

- **Percentual de crianças nascidas de mães adolescentes - 2001/2011**

Segundo o Portal ODM (2014), em 2001, 33,7% das crianças que nasceram em Santa Bárbara de Goiás eram de mães adolescentes; este percentual passou para 20,6%, em 2011, o que representa 1 a cada 5 nascidos vivos.

- **Número de casos de AIDS registrados por ano de diagnóstico, segundo gênero - 1990-2011**

Em Santa Bárbara de Goiás, a taxa de incidência, em 2011, era de 17,2 casos a cada 100 mil habitantes, e a mortalidade, em 2011, 0 óbitos a cada 100 mil habitantes (Portal ODM, 2014).

- **Número de casos de doenças transmissíveis por mosquitos - 2001-2011**

No Município de Santa Bárbara de Goiás, entre os anos de 2001 e 2011, houve 101 casos de doenças transmitidas por mosquitos, dentre os quais nenhum caso confirmado de malária, nenhum caso confirmado de febre amarela, 1 caso confirmado de leishmaniose, 101 notificações de dengue, não atingindo a meta.

COMPARAÇÃO DOS MUNICÍPIOS RELAÇÃO AOS INDICADORES E METAS DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO

Em relação aos indicadores de saúde local e as metas de estipuladas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio vejamos como estão os níveis dos municípios estudados:

Meta 2 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - Reduzir pela metade, até 2015 a proporção da população que sofre de fome (Portal ODM, 2014): O município com maior índice entre os estudados foi Araçu com 200% da meta atingida, seguido de Nazário com 177%, Avelinópolis com 169,3% e por último Santa Bárbara de Goiás com 164,8%. Apesar de vantagens estabelecidas de umas para as outras, todas conseguiram atingir a Meta estipulada.

Meta 5 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - Reduzir em dois terços, até 2015, a mortalidade de crianças menores de 5 anos (Portal ODM, 2014): Todos os municípios estudados atingiram 100% da meta estabelecida.

Quanto ao percentual de crianças menores de 1 ano com vacinação em dia: em 2012, Araçu e Santa Bárbara de Goiás atingiram 100% do índice de vacinação, Avelinópolis obteve um índice de 99,3% e por último ficou Nazário com 94,1% de índice de vacinação.

Meta 6 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - Reduzir em três quartos, até 2015, a taxa de mortalidade materna (PORTAL ODM, 2014): Todos os municípios atingiram 100% da meta.

Em relação ao percentual de crianças nascidas vivas por número de consultas pré-natais - 2001/2011: a proporção de gestantes com mais de 7 consultas pré-natal em Nazário foi de 84,5%, seguida por Araçu com 76%, Santa Bárbara de Goiás com um índice de 73,5% e por último Avelinópolis com 70% de gestantes com mais de 7 consultas.

Percentual de crianças nascidas de mães adolescentes - 2001/2011: A cidade com o menor índice foi Avelinópolis com apenas 5% de mães adolescentes. Nazário com 15,5%, Araçu com 16% e Santa Bárbara de Goiás 33,7% de mães adolescentes.

Meta 7 - Até 2015, ter detido e começado a reverter a propagação do HIV/AIDS (PORTAL ODM, 2014): Avelinópolis e Araçu e Nazário obtiveram os melhores índices conseguindo atingir a meta. Já o município de Santa Bárbara de Goiás não conseguiu ainda reverter a propagação do HIV.

Meta 8 - Até 2015, ter detido e começado a reverter a propagação da malária e de outras doenças (Portal ODM, 2014): Nenhum dos municípios analisados conseguiu atingir a

meta quanto a propagação de doenças transmitidas por mosquitos. O município de Nazário teve o maior número de casos entre os anos de 2001 a 2011 com um total de 316 casos e a com o menor número de incidências foi Avelinópolis com 15 casos de doenças transmitidas por mosquito.

CONCLUSÃO

A percepção de como se dá o desenvolvimento em alguns municípios com crescimento de alguns e decréscimos de outros revela que o desenvolvimento as boas condições de saúde dependem de diferentes aspectos e dentre eles está uma correta política pública capaz de oferecer o mínimo necessário para que as pessoas possam ter qualidade em saúde e de vida.

A proposta do artigo foi mostrar que para melhoria dos indicadores de saúde há a necessidade da ação conjunta dos elementos políticos/econômicos/sociais para apresentarem resultados positivos.

A análise dos indicadores Avelinópolis, Araçu, Nazário e Santa Bárbara de Goiás mostram que dentre as quatro, Araçu, Avelinópolis e Nazário são os que mais apresentaram índices positivos de indicadores de saúde, o município de Santa Bárbara ainda possui alguns problemas principalmente com relação a AIDS, porém todos os municípios demonstraram bons indicadores de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gil, A. C. (1991). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo, Atlas.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Recuperado em 05 maio, 2014, de <http://www.ibge.gov.br/home>.
- Instituto Pólis. *Desenvolvimento econômico local*. Recuperado em 05 maio, 2014, de <http://www.polis.org.br/inclusao-sustentabilidade/desenvolvimento-local>.
- Portal ODM. *Acompanhamento Municipal dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio*. Recuperado em 10 maio, 2014, de <http://www.portalodm.com.br/sobre>.
- Rede Interagencial de Informação para a Saúde. (2008) *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- SIM-DATASUS. Recuperado em 05 maio, 2014, de <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS E AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NAS CIRURGIAS PLÁSTICAS: PRODUÇÃO CIENTÍFICA⁵

Paula Regina de Araújo (Universidade Guarulhos)

Paulo Francisco de Castro (Universidade Guarulhos e Universidade de Taubaté)

RESUMO

O presente estudo possui como objetivo analisar a produção científica publicado em periódicos nacionais e internacionais com o tema 'cirurgia plástica', principalmente no que tange aos aspectos psicossociais e procedimentos empregados na avaliação psicológica das pessoas que se submetem aos diversos procedimentos de cirurgia plástica. As cirurgias plásticas hoje estão sendo muito procuradas e envolvem a ação multiprofissional para a compreensão do fenômeno na sociedade contemporânea. As pessoas devido aos comportamentos observados na sociedade moderna estão, cada vez mais, desenvolvendo quadros de insatisfação com a imagem corporal. Foram investigados artigos nacionais e internacionais publicados em revistas científicas e indexados na Biblioteca Virtual de Saúde – Psicologia (www.bvs-psi.org.br) que tratassem direta ou indiretamente sobre procedimentos de avaliação psicológica empregados em Cirurgias Plásticas obtendo-se um total de 48 artigos publicados entre 1983 e 2014. Os dados mais incidentes revelaram que: A maior parte dos artigos teve sua publicação em 2011 e 2009 (12,50%), 2007 (10,42%) e 2005 e 2004 (8,33%). Foram levantados 41 periódicos com artigos sobre o tema, sendo que a maior quantidade de textos foi encontrada na Revista Brasileira de Cirurgia Plástica (10,41%), Revista Brasileira de Cirurgia (4,17%), Revista Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (4,17%) e Teses desenvolvidas para obtenção de grau de Doutor (4,17%). No que diz respeito ao idioma dos 48 artigos 35 (73%) estavam em português, sete (14,6%) em espanhol, um (2,08%) em inglês, quatro (8,33%) com versões em português e inglês e um (2,08%) com versões em português e espanhol. Após avaliação dos 48 artigos, obteve-se um grande número de desdobramentos. Sendo que o aspecto mais relevante serão os aspectos psicológicos que motivam as cirurgias plásticas e o aspecto social que permeia esta sociedade solicitante de cirurgias plásticas. O texto mostra a banalização do

⁵ **Apoio:** PIBIC/UnG - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade Guarulhos.

procedimento cirúrgico, a falta de critérios, no que diz respeito a avaliação psicológica, mais rígidos na seleção de pacientes solicitantes de cirurgia plástica e o movimento de padronização do que é considerado belo e saudável que a sociedade esta se enveredando. Outro aspecto importante observado nas pesquisas que foram analisadas é a falta de reflexões de cunho psicológico sobre os fatores que podem influenciar a realização de cirurgias plásticas. Embora a reflexão dos fenômenos psíquicos possa permear os estudos em questão, pouco se enfatizou acerca do psiquismo dos pacientes e das motivações psicológicas que poderiam influenciar a decisão de mudança corporal. Diante disso, enfatiza-se a necessidade de outros estudos cujo foco seja a compreensão do universo psicológico desses pacientes.

Palavras-chave: Avaliação Psicológica. Cirurgia Plástica. Produção Científica.

Eixo Temático: Estratégias de diagnóstico aplicadas à Psicologia da Saúde

INTRODUÇÃO

Para Fucks (2008) o padrão uniforme de beleza instaura um culto extremado pelo cuidado do corpo, a partir disto pode-se começar a olhar para a sociedade como que em um movimento de busca por padrões pré-estabelecidos de beleza e de saúde, mas em primeiro lugar de beleza, é grande o número de pacientes que busca por cirurgias, estas no sentido de atender um modelo social e muitas vezes de elevar autoestima, este artigo tem por intenção mostrar o panorama atual das cirurgias plásticas e também mostrar os aspectos sociais e psicológicos destes pacientes que procuram por cirurgia plástica.

Para Vasconcellos e Vasconcellos (2007) a cirurgia plástica é a especialidade da Medicina preocupada com a forma e com a função do corpo. Isto em uma sociedade que exalta e supervaloriza as formas, fica fácil imaginar os porque de tantas cirurgias nos últimos anos, o culto ao belo vem aumentando e sendo imposto pelas mídias a cada dia que passa, levando pessoas a se submeterem aos processos mais difíceis e dolorosos.

Visão médica das Cirurgias Plásticas

O ponto de partida para uma cirurgia bem sucedida se dá no momento em que o paciente procura seu cirurgião para a primeira consulta pré-operatória este é o momento em



que segundo Vasconcellos e Vasconcellos (2007) devem ser eliminadas todas as dúvidas do paciente e deve se utilizar uma entrevista introdutória, exames físicos (com a intenção de analisar fisicamente se o paciente terá condições de passar por todos os procedimentos cirúrgicos) e poderão ser utilizados também instrumentos multimídia para que possam ser simulados os possíveis resultados desta cirurgia, quando o cirurgião não possuir esta tecnologia ele poderá utilizar também desenhos.

Já para Pitanguy (2000) o responsável pela cirurgia plástica é o médico e não o computador, uma vez que a imagem produzida em programas especializados não pode ser prometida ao paciente. Ou seja, é necessário fazer com que o paciente entenda que será feito o máximo para chegar ao resultado desejado pelo paciente, mas não é possível confiar inteiramente no que uma simulação irá apontar a este paciente e quem tem o dever de esclarecer isso ao paciente é o cirurgião.

O paciente precisa entender que os resultados de uma cirurgia serão permanentes na maioria dos casos, mas deve ser levado em consideração o tempo e o envelhecimento como agentes externos e que mesmo que se faça uma cirurgia de rejuvenescimento facial ainda muito cedo o tempo irá agir sobre o resultado desta cirurgia (Pitanguy, 2000).

Segundo Mauad Junior (2008) o conjunto de técnicas cirúrgicas empregado para correção de alteração de várias partes do corpo é denominado de cirurgia do contorno corporal em que suas fases comportarão desde a marcação das incisões que serão feitas até a sutura do umbigo do paciente.

OBJETIVO

Caracterizar a produção científica sobre aspectos psicossociais, procedimentos e técnicas de Avaliação Psicológica, aplicados em pesquisas sobre cirurgias plásticas.

MÉTODO

Segundo Lakatos e Marconi (1991), a pesquisa de campo é aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema, para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese, que se queira comprovar, ou ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles.



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



O interesse da pesquisa de campo está voltado para o estudo de indivíduos, grupos, comunidades, instituições e outros campos, visando à compreensão de vários aspectos da sociedade. Desde quando as informações passaram a ser divulgadas de forma escrita, remontando-se aos primórdios da civilização, o Homem busca o conhecimento por meio de material publicado sob diferentes formas.

Desde os primeiros papiros, passando-se pelos livros (fonte de maior busca de informação) até os dias atuais onde toda a publicação científica está amplamente divulgada por meios eletrônicos e internet, o conhecimento é socializado e, por isso, passível de análises (Côrtez, 2006).

Foram investigados 48 artigos nacionais publicados em revistas científicas e indexados na Biblioteca Virtual de Saúde – Psicologia que tratassem direta ou indiretamente sobre procedimentos de avaliação psicológica empregados em cirurgia plástica. No primeiro momento foi acessado o site da Biblioteca Virtual de Saúde – Psicologia (www.bvs-psi.org.br) com a combinação das expressões de busca 'Cirurgia Plástica' e 'Psicologia', posterior a isso uso-se as combinações 'Cirurgia Plástica' e 'Avaliação Psicológica'. Após esse levantamento, os artigos foram separados e lidos detalhadamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Aspectos Formais

Tabela 1. Ano de publicação dos artigos analisados

Anos	N	%
1983	1	2,084
1985	1	2,084
1988	1	2,084
1992	1	2,084
1993	1	2,084
1994	1	2,084
1996	1	2,084
1997	1	2,084
2001	1	2,084
2002	3	6,25
2003	1	2,084
2004	4	8,33
2005	4	8,33
2006	1	2,084
2007	5	10,42
2008	2	4,17
2009	6	12,5
2010	2	4,17
2011	6	12,5
2012	3	6,25
2013	1	2,084
2014	1	2,084
Total	48	100

De acordo com os dados observados na Tabela 1, observou-se que a maior parte das publicações ocorreu em 2009 e 2011 (12,5% - N=6), em 2007 (10,42% - N=5), em 2004 e 2005 (8,33% - N=4), demonstrando que houve maior produção científica sobre cirurgias plásticas nos anos 2009 e 2011, talvez em decorrência do aumento dos procedimentos nas cirurgias.

No que se refere ao periódico científico, observou-se a publicação de artigos relacionados em diversas revistas, porém a maior concentração de artigos relacionados ao tema se encontra na Revista Brasileira de Cirurgia Plástica (10,42% - N=5), Revista Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (4,17% - N=2) e frutos de Teses de Doutorado (4,17% - N=2),

encontra-se sobre o tema em mais 39 revistas diferentes com publicação de um único artigo. Conforme segue na Tabela 2.

Tabela 2. Periódicos responsáveis pelas publicações dos artigos

Periódicos	N	%
Revista Brasileira de Cirurgia Plástica	5	10,4
Revista Sociedade Brasileira Cirurgia Plástica	2	4,17
Teses	2	4,17
Periódicos com publicação de um artigo	39	81,2
Total	48	100

No que diz respeito ao idioma encontrado nos artigos há a predominância do Português presente em grande parte (73% - N=35), seguido do Espanhol (14,6% - N=7), alguns deles encontram-se nas duas versões tanto em combinações entre o Português e o Espanhol (2,1% - N=1), como entre o Português e o Inglês (8,3% - N=4), conforme segue na Tabela 3.

Tabela 3. Idiomas presentes nos artigos analisados

Idioma	N	%
Português	35	72,9
Português/Inglês	4	8,3
Português/Espanhol	1	2,1
Espanhol	7	14,6
Inglês	1	2,1
Total	48	100

No aspecto quantidade de autores pode-se perceber que a maioria dos artigos analisados foi escrito por um (33,33% - N=16) ou dois (33,33% - N=16) autores, conforme segue na Tabela 4.

Tabela 4. Quantidade de autores nos artigos analisados

Quantidade de autores	N	%
1	16	33,33
2	16	33,33
3	4	8,3
4	5	10,42
5	3	6,25
6	3	6,25
7	1	2,084
Total	48	100

Já quanto à origem dos autores encontra-se a maior parte dos autores em São Paulo (48% -N=23), seguidos de Minas Gerais e Rio de Janeiro (8,33% - N=4), com isso é possível perceber que se situa na região Sudeste o maior número de produção científica, no que diz respeito ao material internacional encontra-se pouco material que não seja de países Latinos. Sendo apenas um vindo da Europa, este vindo de Roma (2,084% - N=1). Vale à pena questionar se seria a produção internacional de tão difícil acesso ou realmente existe pouco material produzido.

Tabela 5. Origem dos autores nos artigos analisados

Origem dos autores	N	%
São Paulo	23	48
Minas Gerais	4	8,33
Paraná	2	4,17
Rio de Janeiro	4	8,33
Bahia	1	2,084
Costa Rica	2	4,17
Rio Grande do Sul	1	2,084
Roma	1	2,084
Santa Catarina	1	2,084
Argentina	2	4,17
Venezuela	1	2,084
Porto Alegre	1	2,084
Belém	1	2,084
Cuba	1	2,084
Bogotá	1	2,084
Campinas	2	4,17
Total	48	100

Em relação aos tipos de pesquisa encontram-se duas modalidades que são as de Campo e as Teóricas, sendo a modalidade de Pesquisa de Campo a mais popular (68,75% - N=33) enquanto a Teórica encontra-se com quantidade bem menor de produção científica (31,25% - N=15), conforme pode ser observado na Tabela 6.

Tabela 6. Tipo de Pesquisa

Tipos de pesquisa	N	%
Campo	33	68,75
Teórica	15	31,25
Total	48	100

No que diz respeito aos instrumentos utilizados, um ponto a ser ressaltado é a necessidade de aumentar o uso de instrumentos de avaliação psicológica, pois nos artigos analisados evidenciou-se a presença de apenas entrevistas (6,2% - N=3), questionários (8,3% - N=4), o instrumento mais utilizado em pesquisas foi o próprio procedimento cirúrgico (12,5% - N=6), alguns mencionam a observação cirúrgica e outros o procedimento em si, pode-se observar dados mais detalhados na Tabela 7.

Tabela 7: Instrumentos utilizados

Instrumentos utilizados	N	%
Entrevistas	3	6,2
Testes estatísticos	1	2,1
Questionários	4	8,3
Escala	1	2,1
Entrevistas e Questionários	3	6,2
Estudo de Caso	3	6,2
Pesquisa Bibliográfica	3	6,2
Procedimento cirúrgico	6	12,5
Entrevistas e testes	2	4,2
Questionários e testes	1	2,1
Outros tipos de procedimentos	21	43,8
Total	48	99,9

Aspectos de Conteúdo

No estudo dos conteúdos dos artigos, observou-se pesquisas em sete categorias de análise, como pode ser verificado na Tabela 8.

Tabela 8. Foco dos estudos dos artigos

Foco	N	%
Estética	11	23
Reparo	9	18,8
Aspectos culturais	9	18,8
Avaliação do processo	8	16,7
Mudança facial	5	10,4
Transexualidade	4	8,3
Suicídio endógeno	2	4,1
Total	48	100

Tem-se que a maior parte dos trabalhos versou sobre cirurgias estéticas (23% - N=11), seguido por reflexões sobre cirurgias com objetivo de reparo diante de traumas ou má

formação congênita e discussão dos aspectos culturais que envolvem os diferentes métodos de cirurgia plástica (18,8% - N= 9 cada um). Em seguida, observa-se estudos sobre a avaliação do processo da cirurgia plástica (16,7% - N=8), trabalhos sobre mudanças faciais decorrentes de procedimentos cirúrgicos ((10,4% - N=5) e intervenções com foco na mudança de sexo no caso de indivíduos transexuais (8,3% - N=4). Por último, dois artigos (4,1%) com ponto de vista psicanalítico que versavam sobre o conceito de suicídio endógeno.

No que tange à união pelas diferenças, observa-se que atualmente há uma sociedade rotineira, com costumes e rituais pré estabelecidos, de como se portar, de como ser, como agir, e o que almejar, é como se existissem dois pólos sociais : um que segue esta padronização e o outro que, como em um comportamento compulsório, encontra-se no sentido contrário à padronização imposta pela mídia. Entretanto, não possuem senso crítico o bastante para se destoar desta grande massa, foca-se na parte mais chamativa e talvez até mais significativa em questão de números que são os que estão se enquadrando e atendendo às exigências sociais, de beleza, educação, comportamentos, como se estivessem todos se equiparando a um mesmo modelo social de alienação, da busca desenfreada pelo belo, por aquela imagem vendida nas capas de revistas, algo muitas das vezes inacessível do ponto de vista econômico (pois inclui consumismo exacerbado) e do ponto de vista físico, pois se busca corpos esculturais que terão de ser submetidos a horas de exercícios, dietas muitas das vezes absurdas, uso de substâncias que alteram o metabolismo e podem causar alterações hormonais, ou seja, o corpo tratado como máquina que irá apenas ser exposto a esforços exorbitantes pela busca de atender o padrão.

Os indivíduos vivem em épocas de padronização humana, padronização do belo, como se estes corpos já citados estivessem em uma linha de produção alienada e um dos procedimentos mais fáceis que são encontrados quando se refere à padronização corpórea do ser humano é a cirurgia plástica, procedimento que quando olhado do ponto de vista da estética irá levar ao nível concreto as expectativas comuns no mundo contemporâneo. Fucks (2010) salienta tal processo, pois explica que o interjogo entre corpo e ideia pode ser expresso no desejo estético além do que se possui.

Após análise dos artigos ficou evidente a busca da sociedade contemporânea por atender aos modelos sociais. Aparentemente existe uma padronização de modelos de beleza, que são impostos por diferentes mídias e meios de comunicação. A população sempre seguiu padrões de beleza vigentes e é cada vez mais evidente a padronização do que é belo e isso

leva cada vez mais pessoas às mesas de cirurgia plástica, dentre os pontos investigados na análise dos artigos, destacam-se a busca pela satisfação corporal, ou seja, atender às expectativas que estas pessoas depositam na cirurgia, e como isso sua influência no pré e no pós-operatório.

Outro ponto que ficou muito evidente na análise realizada, é que a busca pela mudança de sexo ganhou muito espaço nas últimas décadas, as técnicas de intervenção foram aperfeiçoadas e a busca por trazer aquilo que sente internamente para o mundo externo é muito grande, aquele que busca pela mudança de sexo não só tem de levar a homossexualidade para o contexto concreto como deposita expectativa de alcançar o que deseja pelas mãos do cirurgião, segundo Fernandes (2011, p.31) “...é comum os pacientes lhes confiarem não apenas seus sintomas orgânicos, mas também suas angústias, frustrações, fracassos, desejos e incerteza, cabendo a eles, de certa maneira, participar e intervir nesse universo”.

Outro aspecto a ser observado são as características de personalidade destas pessoas que buscam construir externamente aquilo que o psíquico já construiu internamente, porém um ponto importante a ser analisado é que este psiquismo pode construir uma imagem que não faça convergência com o que de fato esta pessoa pode atingir, ao observar uma estrutura de personalidade psicótica que pode desagregar com a realidade a qualquer momento, idealizando psiquicamente um modelo inatingível o que a leva a inúmeras cirurgias, sempre em busca de uma satisfação idealizada, e em virtude disso, inatingível.

Aspectos Psicológicos

Alguns dos aspectos psicológicos mais preponderantes observados na busca pelo belo, centra-se na baixa autoestima, podendo estar associada à insegurança. Mélega (2002) expõe os possíveis motivos pela busca de cirurgias plásticas: busca de estética dentro de possibilidades reais, resolução de frustrações ou insatisfações com a vida, ou para concretizar uma imagem corporal interna que diferencia da realidade.

Com isso, é possível fazer uma reflexão de que alguns pacientes que optam por cirurgias plásticas podem buscar mudanças externas como um reflexo da mudança que deseja realizar internamente. É importante entender o corpo como o palco onde estão sendo apresentadas as angústias, as dores e também as sensações positivas, para Fernandes

(2011), segundo a psicanálise é no corpo onde se desenvolvem um grande conjunto de relações entre o componente psíquico e orgânico.

Logo o corpo refletirá o que está no mundo interno e quando o paciente se sujeita à cirurgia, está delegando ao outro o palco de suas emoções, um dos meios por onde emergirão suas sensações, este paciente depositará suas expectativas no cirurgião e isto merece uma atenção. Um dos primeiros pontos a se observar é a relação que o paciente constrói com o médico, seu cirurgião, aquele no qual muitas vezes o paciente deposita a esperança de mudança brusca do corpo externo para o interno, outro ponto que chama a atenção é a personalidade deste paciente e a partir daí entender os motivos deste paciente depositar tanto conteúdo em seu médico, isto segundo Mélega (2002) se torna mais intenso para o cirurgião plástico pelo fato do mesmo buscar compreender as motivações psicológicas do paciente para as mudanças esperadas.

No processo de cirurgia plástica, vários campos são acessados como os da autoestima, a auto avaliação, as motivações que levaram a pessoa a procurar uma cirurgia e a partir disto terá de lidar com os aspectos psicológicos e sociais. Os avanços são exorbitantes a chegaram ao ponto do homem ter o poder de modificar radicalmente seu corpo.

Será na atualidade o corpo apenas uma das formas de externar a imagem corporal interna, pois ele se torna veículo de comunicação de moda e mídia perdendo sua identidade como ser humano, sofrendo cada vez mais influência dos avanços tecnológicos. Na contemporaneidade, o corpo pode sofrer diversas modificações e adequações de acordo com o que está mais em evidência que seria o ser belo para os padrões vigentes. Algumas vezes a própria profissão influencia na busca desenfreada por estar dentro do padrão, porém o que não pode ser deixado de lado é que existe uma motivação psicológica por esta busca e segundo Mélega (2002) a cirurgia plástica não pode ser a compensação de sintomas psíquicos, tal aspecto pode determinar o sucesso ou fracasso da cirurgia, sob a avaliação do paciente.

Para a pessoa solicitante de cirurgia plástica aquele resultado pode ser extremamente significativo, pelo fato de estar associado diretamente às expectativas do paciente. Caso esse paciente possua estrutura de personalidade narcísica, a imagem idealizada pela cirurgia terá um significado muito mais marcante, conforme explicam Laplanche e Pontalis (1998), que tal aspecto pode estar associado a um narcisismo secundário que onde há retorno egóico da libido excluída de seus objetos primordiais. Pode-se dizer que o sujeito em constante procura



por padrões muito definidos deixa de realizar um investimento até mesmo em outras áreas de si e investe apenas em um padrão estético.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após análise de todo o material e observação de teoria relacionada ao tema, foi possível chegar à conclusão de que o número de cirurgias plásticas aumenta consideravelmente em decorrência da necessidade de atender um modelo social que busca padronização do que foi titulado como belo.

Se o foco for a visão médica, salienta-se que se faz mais necessário que o médico busque compreender as motivações da cirurgia e que opte por um trabalho em saúde multidisciplinar, pois a avaliação psicológica precisa estar presente no pré operatório para que se saiba como é a estrutura de personalidade deste paciente e no pós operatório para que seja feito um acompanhamento deste paciente em processo de aceitação de seu novo formato estético.

Em relação aos aspectos psicológicos ficou claro, após análise dos artigos, que há predominância da busca pela elevação da autoestima e uma aceitação da autoimagem. É necessário que o indivíduo esteja satisfeito com aquilo que vê, porém observa-se que em muitas vezes ele além de não se sentir feliz com o que vê, deposita toda a sua chance de se sentir realizado em uma mudança estética.

No que tange aos aspectos sociais, conclui-se que a sociedade impõe um modelo de beleza e as pessoas se submetem a todo tipo de sacrifício para atender a este modelo imposto, refletindo em uma sociedade vazia de princípios e que desvaloriza cada vez mais o significado da palavra, reforçando o significado da imagem.

Pela relevância do tema, outros estudos sobre aspectos psicológicos envolvidos em procedimentos de cirurgias plásticas são necessários para que seja possível compreender essa intrínseca relação entre aspectos psicológicos e estéticos no mundo contemporâneo.

REFERÊNCIAS

Bauman, Z. (2001). *Modernidade líquida*. (P. Dentzien, trad.). Rio de Janeiro: Zahar.

- Côrtez, P.L. (2006). Considerações sobre a evolução da ciência e da comunicação científica. In: D.A. Poblacion, G.P. Witter & J.F.M. Silva (Orgs.), *Comunicação e produção científica: contexto, indicadores e avaliação*. (pp. 33-55). São Paulo: Angellara.
- Fernandes, M. H. (2011). *Corpo*. (4ª ed). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fuks, L.B. (2008). *Narcisismo e vínculos: ensaios reunidos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lakatos, E.M. & Marconi, M.A. (1991). *Fundamentos de metodologia científica*. (3ª ed). São Paulo: Atlas.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1998). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Mauad Júnior, R. J. (2008). *Estética e Cirurgia Plástica: tratamento no pré e pós operatório*. (3ª ed). São Paulo: Senac.
- Mélega, J.C. (2002). *Cirurgia Plástica: fundamentos e arte*. (2ª ed). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Pitanguy, I. (2000). Cirurgia Plástica. In: C. Leonel (Org.), *Medicina: mitos e verdades*. (4ª ed.). (pp. 83-116). São Paulo: CIP.
- Vasconcellos, Z.A.A. & Vasconcellos, J.J.A. (2007). *Desnudando a Cirurgia Plástica*. (2ª ed). Florianópolis: Insular.

ATENÇÃO AO PROCESSO DE APRENDIZAGEM DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS: COMPETÊNCIA DE INFORMAÇÃO

Rafaela Santos Borges da Fonseca (Universidade de Taubaté)

Elvira Aparecida Simões de Araujo (Universidade de Taubaté)

RESUMO

Com a ampliação do acesso ao ensino superior alguns desafios emergem para garantir que acesso à universidade também signifique manutenção do estudante na universidade, qualidade de enfrentamento e adaptação às novas exigências e capacidade de conclusão da formação. Esforços são despendidos para definir, conhecer e avaliar quais são as competências informativas que os estudantes universitários necessitam para progredir na sua aprendizagem e qualificar sua inserção no mercado de trabalho. Mesmo com os avanços tecnológicos que facilitaram o acesso à informação, muitos estudantes universitários ainda não possuem competências suficientes para lidar com a informação e fazer uso acadêmico e profissional dela. Ao se defrontarem com quantidades enormes de informação através da Internet, não sabem o que fazer com ela, como avaliá-la, como aproveitá-la de forma estratégica e ética. O fracasso na gestão da informação pode levar ao fracasso na consecução dos estudos universitários e redução das oportunidades de sucesso profissional. O objetivo desta pesquisa foi o de proporcionar um diagnóstico da competência informacional no âmbito do ensino superior, a partir da opinião de estudantes, sobre as suas competências e habilidades na gestão e no uso da informação. Fez-se uma pesquisa de campo, com a aplicação do Questionário IL-HUMASS desenvolvido por Lopes e Pinto (2010), uma escala que avalia, na percepção dos estudantes, (1) Importância das competências informacionais no desenvolvimento acadêmico, (2) Autoeficácia, auto avaliação do nível de destreza nas competências (as duas variáveis com escala Likert de 1 a 9 pontos) e (3) Fonte de Aprendizagem favorita das competências (seleção entre as opções aula, biblioteca, cursos, autoaprendizagem, outros). A amostra foi de 195 universitários, matriculados no curso de Psicologia, no ano de 2013, nos períodos Integral e Noturno, da 1ª a 4ª série, com faixa etária entre 18 a 50 anos e 76% do sexo feminino. Os resultados apontam que a competência

considerada menos importante foi “Utilização de gestores de bases de dados (Access, Oracle, MySQL)” (M=5,58) e a considerada mais importante foi “Conhecer o código ético de sua área de estudo” (M=7,64). Quanto à Autoeficácia, consideram-se mais competentes em “Saber pesquisar e recuperar informação na internet” (M=7,49), e menos competentes em “Saber se comunicar em outros idiomas” (M=4,78). Quanto as Fontes de Aprendizagem favoritas os resultados foram Sala de aula (52%), Autoaprendizagem (18%), Outros (16%), Cursos (10%) e por último a Biblioteca (4%). O diagnóstico estabelecido oferece indicativos para o desenvolvimento de intervenções que atendam a qualificação das competências para acessar e usar informação na gestão de base de dados e de referências bibliográficas, e em especial as fontes eletrônicas, que somam um imenso acervo de informação científica. Tal qualificação pode alterar positivamente os processos de adaptação dos estudantes às exigências próprias da formação profissional impetradas na universidade.

Palavras-chave: Competência da informação. Estratégias de aprendizagem. Estudantes universitários.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho buscou identificar quais os processos utilizados por estudantes universitários para aprender. Os estudantes de ensino superior tem acesso a muitos conteúdos, mas podem não possuir competências suficientes para fazer uso dessas informações, tem amplo acesso a internet, mas não necessitam fazer uso estratégico e ético dela. Os estudantes têm grande dificuldade para fazer uso da gestão das informações, e isso está presente no nosso cotidiano. Eles acumulam muita informação, e encontram dificuldades em fazer o uso adequado dela.

Este trabalho procurou identificar como se apresentam as competências informativas que os estudantes universitários necessitam para progredir na sua aprendizagem e na sua inserção no mercado de trabalho. Com um diagnóstico do nível de competências de informação dos estudantes universitários, destacando algumas forças e debilidades, permite-se o desenvolvimento de uma proposta de intervenção subjacente nas oportunidades de melhoria e de necessidades de aprendizagem.

É importante que o estudante universitário tenha a consciência da importância do uso dessas informações, para o desenvolvimento de seu processo acadêmico e para sua aprendizagem ao longo da vida.

REVISÃO DA LITERATURA

Essa investigação apoia-se nos estudos de Lopes e Pinto (2011) que validaram a versão portuguesa do IL-HUMASS⁶, um instrumento de medida da avaliação das competências de informação em estudantes universitários.

Segundo Lopes e Pinto (2011) foram realizados muitos estudos para compreender quais as competências informativas que os estudantes universitários precisam para progredir na sua aprendizagem. Esforços são despendidos para definir, conhecer e avaliar tais competências e qualificar sua inserção no mercado de trabalho. Mesmo com os avanços tecnológicos que facilitaram o acesso à informação, muitos estudantes universitários ainda não possuem competências suficientes para lidar com a informação e fazer uso acadêmico e profissional dela. Ao se defrontarem com quantidades enormes de informação através da Internet, não sabem como avaliá-la, como aproveitá-la de forma estratégica e ética. O fracasso na gestão da informação pode levar ao fracasso na consecução dos estudos universitários e redução das oportunidades de sucesso profissional.

Os estudos de Santos e Mognon (2010) nos mostram que a aprendizagem tem sido compreendida como um processo ativo direcionado para o indivíduo e não um processo passivo voltado para o exterior.

Santos e Mognon (2010) ressaltam que o aluno constrói representações internas do conhecimento, que resultam numa interpretação pessoal das suas experiências. Dessa forma, a interpretação das diferenças encontradas nos alunos durante o processo de aprendizagem e nos resultados alcançados conduziu à conscientização da existência de diferentes estilos de aprendizagem e da sua influência na forma como cada indivíduo compreende a realidade e se apropria e processa as informações de forma a transformá-la em conhecimento.

⁶ Agradecemos a Prof^a Dr^a Maria Pinto (Universidade de Granada, Granada, Espanha) e ao Prof. Dr. Carlos Lopes (Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa, Portugal) a autorização de uso do instrumento.

Assim, os estilos de aprendizagem são desenvolvidos através da maneira como as pessoas processam as informações, são habilidades passíveis de serem desenvolvidas. A aprendizagem refere-se a um processo global, embora ela desencadeie um processo de crescimento individual, e ocorre com a aquisição de informação e experiências. O processo de aprendizagem passa por modificações, dependendo da interpretação e experiência de cada indivíduo, e assim gera a construção do conhecimento (Santos & Mognon, 2010).

Ao desenvolverem melhores estratégias de estudo os alunos de cursos superiores mostram-se eficientes para uma aprendizagem mais significativa.

De acordo com os estudos de Bartallo (2006) pode-se ressaltar que o processo de aprendizagem é extremamente complexo não se restringindo à aquisição de respostas ou mesmo de conhecimentos. Envolve inúmeras variáveis que se combinam de diferentes formas, sujeitas a influências de fatores internos, externos, individuais e sociais. Grande parte dos alunos não sabe como conseguir a informação necessária quando se confronta com um problema social, acadêmico ou relacionado com seu emprego. Considera-se que o processo cognitivo para utilização dessa informação seja muito difícil.

Os alunos tem acesso a muitos conteúdos, principalmente os acadêmicos, mas não conseguem reter as ideias principais, muitas vezes, nem mesmo identificá-las. Têm um bom vocabulário oral, no entanto a produção dos relatórios escritos acaba se tornando sem conteúdo. Passam horas estudando para um teste, porém o resultado não vai ao encontro de suas expectativas nem das do professor. E, no que diz respeito à efetividade do uso de informações pelos alunos de todos os níveis de ensino, percebe-se a ausência de discussões sobre a forma com que eles têm abordado estas informações com vistas à aprendizagem (Bartallo, 2006).

Com base na literatura psicológica sobre motivação, Ruiz (2003) destaca que estudos sobre motivação nos contextos educacionais tem se expandido e ganhando reconhecimento, afirmando que é preciso utilizá-la de forma autorregulada e ativar as estratégias para gerenciar tanto a motivação quanto o comportamento e a aprendizagem, ou seja, o aluno tem que ser capaz de aprender a aprender. Para o contexto universitário, essa estratégia torna-se difícil, visto que no ensino fundamental e médio, os alunos não são preparados para buscar informações necessárias para aprender.

Tendo como base os estudos de Lopes e Pinto (2011), compreende-se que os estudantes precisam aprender as competências necessárias, para o desenvolvimento de suas

capacidades e habilidades, para adquirirem conhecimento, para utiliza-las em diferentes contextos de sua vida, incluindo atitudes, conhecimentos, habilidades instrumentais e metacognitivas.

Neste contexto, o objetivo dessa pesquisa foi identificar as competências informativas de estudantes universitários, considerando que elas são necessárias para a progressão na aprendizagem e na futura inserção no mercado de trabalho. Daí que tal investigação permite proporcionar um autodiagnóstico da competência informacional no âmbito do ensino superior, recolhendo a opinião de estudantes.

Ao compreender como o aluno faz uso de tais competências reconhecidamente úteis para o processo de ensino-aprendizagem, pode-se incluir nos currículos programas e conteúdos da literacia da informação que contribuam para a formação técnica e científica dos estudantes de psicologia e desenvolver competências e habilidades na gestão e no uso da informação.

MÉTODO

Participantes

Participaram neste estudo 195 estudantes de um curso de Psicologia, dos períodos Integral e Noturno, cursando do 1º ao 4º ano.

Destes, 188 participantes pertenciam a faixa etária entre 18 e 50 anos, com prevalência na faixa de 20 aos 29 anos, e 7 participantes acima de 50 anos de idade.

A maioria dos participantes é do sexo feminino, o equivalente a 76%.

Estes dados estão apresentados esquematicamente na Tabela 1.

Tabela 1: Perfil dos pesquisados

Características sociodemográficas	N	(%)
Curso		
Psicologia	195	100
Sexo		
feminino	149	76
masculino	46	24
Ano do curso		
1ºano	65	33,3
2ºano	56	28,7
3ºano	31	15,9
4ºano	43	22,1
Idade		
18-19	35	17,9
20-29	113	57,9
30-39	32	16,4
40-49	8	4,2
50 acima	7	3,6

Na tabela 2 é demonstrado que dos alunos participantes 31% já cursaram algum outro curso do ensino superior completando-o ou não, e 69% dos alunos estão em sua primeira experiência na educação superior, e dentre os participantes, 93,8% são bolsistas em modalidade social, em modalidade científica ou outra como atleta.

Tabela 2: Alunos com nível superior

Experiência com Ensino Superior	N	(%)
Nível superior		
Não	134	69
Completo	33	18
Incompleto	28	13
Bolsistas		
não	183	93,8
sim	12	6,2

Instrumento

Foi utilizado como instrumento o Questionário IL-HUMASS desenvolvido por Lopes e Pinto (2010), cujo objetivo é proporcionar um diagnóstico da competência informacional no âmbito do ensino superior, a partir da opinião de estudantes, sobre as suas competências e habilidades na gestão e no uso da informação.

O questionário IL-HUMASS (Lopes & Pinto, 2010) é constituído por 26 itens, agrupados em quatro categorias:



- Pesquisa da informação (8 itens): refere-se à recuperação da informação em bases de dados, catálogos automatizados e motores de pesquisa.
- Avaliação da informação (5 itens): atende às particularidades da Internet, que oferece uma informação riquíssima, mas dispersa, caótica e democrática, com necessidade de ser contrastada e avaliada quanto à sua pertinência e qualidade.
- Tratamento da informação (6 itens): sem descuidar dos processos intelectuais presentes nesta categoria (análise e síntese), refere o uso intensivo das tecnologias mais adequadas, especialmente os gestores de bases de dados, gestores bibliográficos e os processadores de informação fatural, textual e gráfica.
- Comunicação e difusão da informação (7 itens): integra aspetos tanto psicossociais, como também tecnológicos, com especial atenção à edição de textos, apresentações e multimídia com suporte na Web 2.0.

Cada categorias é avaliadas em três dimensões de auto-avaliação:

- Importância: Avaliação da importância das competências no desenvolvimento acadêmico.
- Auto-avaliação: Avaliação do nível de destreza nas competências.
- Fonte favorita de aprendizagem: Onde aprendeu estas competências?

Para as duas primeiras dimensões (quantitativas) cada item foi analisado em uma escala de 1 a 9 (pontuação 1 baixa competência, e 9 alta competência) e com a seguinte gradação: (1 muito baixa; 3 baixa; 5 média; 7 alta; 9 muito alta) calculando-se a média para cada categoria.

Para a terceira dimensão (qualitativa) fonte favorita de aprendizagem, foi permitido assinalar a fonte de sua preferência: (Aula; Biblioteca; Cursos; Autoaprendizagem; Outros).

O questionário proporcionou uma análise da competência informal no âmbito do ensino superior, recolhendo a opinião de estudantes, com a finalidade de conhecer que competências são úteis para o processo de ensino-aprendizagem.

Procedimentos

A coleta dos questionários foi realizada na instituição de ensino superior, após uma aprovação do comitê de ética e da instituição de ensino, explicações gerais sobre a pesquisa e apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes.

O protocolo de investigação foi aplicado em cada sala de aula. A pesquisadora permaneceu junto dos participantes para esclarecimento de possíveis dúvidas no preenchimento do questionário.

O sigilo das respostas esteve garantido e oferecia-se ao participante a possibilidade de indicar o seu endereço eletrônico, caso desejasse conhecer os resultados da pesquisa.

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados por categoria: Importância da competência, Auto-avaliação quanto a destreza no uso da competência e indicação das Fontes de aprendizagens das competências.

Quanto ao grau de importância de cada competência, aquela considerada menos importante na opinião dos estudantes foi “Utilização de gestores de bases de dados (Access, Oracle, MySQL)” (M=5,58), na sequência como competência menos importante foi “Aprender a usar catálogos automatizados” (M=6,09) e em terceiro “Utilização de fontes eletrônicas de informação informal (ex. blogs...)” (M=6,24). Os resultados encontram-se na tabela 3.

Tabela 3 - Competência considerada menos importante

Competências menos importantes	Média
Utilização de gestores de bases de dados (Access, Oracle, MySQL)	M=5,58
Aprender a usar catálogos automatizados	M=6,09
Utilização de fontes eletrônicas de informação informal (ex. blogs...)	M=6,24

A competência considerada como mais importante foi “Conhecer o código ético de sua área de estudo” (M=7,64), a segunda competência em grau de importância foi “Saber resumir e esquematizar a informação” (M=7,55) e a terceira “Utilização de fontes impressas (livros, revistas...)” (M=7,51). Os resultados encontram-se na tabela 4.

Tabela 4 - Competências consideradas mais importantes

Competências mais importantes	Média
Conhecer o código ético de sua área de estudo	(M=7,64)
Saber resumir e esquematizar a informação	(M=7,55)
Utilização de fontes impressas (livros, revistas...)	(M=7,51)

No que se refere à Autoavaliação do desempenho é possível observar na Tabela 5 que os participantes consideram-se mais competentes em “Saber pesquisar e recuperar informação na internet (ex.pesquisas)” (M=7,49) seguido de “Reconhecer no texto as ideias do autor” (M=7,20) e em terceiro “Consultar e usar fontes eletrônicas de informações primárias (ex. revistas)” (M=7,07).

Tabela 5 - Autoavaliação de desempenho

Alto desempenho	Média
Saber pesquisar e recuperar informação na internet (pesquisas)	(M=7,49)
Reconhecer no texto as ideias do autor	(M=7,20)
Consultar e usar fontes eletrônicas de informações primárias (revistas)	(M=7,07)

E os participantes fazem uma auto-avaliação mais negativa nas competências “Saber se comunicar em outros idiomas” (M=4,78), segunda de “Utilização de gestores de bases de dados (Access, Oracle, MySQL,...)” (M=4,8) e “Utilização de programas estatísticos e folhas de cálculo (SPSS, EXCEL)” (M=5,2), como pode ser observado na Tabela 6.

Tabela 6 - Autoavaliação de desempenho

Baixo desempenho	Média
Saber se comunicar em outros idiomas	(M=4,78)
Utilização de gestores de bases de dados (Access, Oracle, MySQL,...)	(M=4,8)
Utilização de programas estatísticos e folhas de cálculo (SPSS, EXCEL)	(M=5,2)

Nos resultados da terceira variável do questionário, Fontes de Aprendizagem favorita, destacam-se consecutivamente: “sala de aula” (52%); “Autoaprendizagem” (18%); “Outros” (16%); “Cursos” (10%) e “Biblioteca” (4%).

Esses resultados podem ser observados na tabela 7.

Tabela 7 - Fonte favorita de aprendizagem

Fontes de aprendizagem	N	(%)
Aulas	1.922	52
Biblioteca	132	4
Cursos	351	10
Autoaprendizagem	664	18
Outros	595	16

A finalidade do questionário foi conhecer as competências de informação dos estudantes do ensino superior, as suas percepções referente a competências que permitem a elaboração de pesquisa, avaliação, processamento e comunicação da informação. Foram concebidas respostas dos estudantes segundo uma dupla perspectiva: a importância de cada competência, a autoavaliação de desempenho em cada competência e a fonte de aprendizagem de cada uma delas.

CONCLUSÃO

O estudo ofereceu um diagnóstico sobre as competências em literacia da informação na perspectiva dos estudantes através da autoavaliação das competências informacionais. Com este trabalho procurou-se acrescentar conhecimento e inovação com a aplicação de um instrumento de avaliação de competências de informação, dado a importância do domínio dessa habilidade no ensino superior.

As respostas dos estudantes no questionário enfatizaram a importância dos itens como promotores no desenvolvimento de competências, no uso e na gestão de informação, visto que os resultados obtidos pelos estudantes apontam pouco conhecimento, para utilização da informação, tal realidade fornece indicativos para a organização de atividades sistematizadas de ensino de competências que se revelam ausentes ou enfraquecidas e que ocorram ao longo do curso, vinculada às disciplinas de formação em pesquisa.

Ao finalizar a pesquisa, com os resultados obtidos, sugere-se a curto prazo, para atender imediatamente os alunos que já estão em atividades de pesquisa, a elaboração de um treinamento para ampliar o conhecimento das competências da informação, oferecendo acesso a: conteúdos sobre competências digitais para o acesso a organização da informação, especialmente com as fontes eletrônicas, estratégias de pesquisa da informação, gestão de base de dados e uso de gestores de referências bibliográficas. Ainda é importante oferecer aos

alunos informações sobre modos de uso de informações de literatura científica e aspectos relativos à ética no uso das informações incluindo conceitos sobre plágio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bartalo, L. (2006). *Estratégias de estudo e aprendizagem de alunos universitários learning and study strategies inventory (LASSI) adaptação e validação para o Brasil*. Tese de doutorado, Educação, Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, UNESP, Marília, São Paulo.
- Lopes, C. & Pinto, M. (2012, outubro). Auto avaliação das competências de informação em estudantes universitários: validação portuguesa do IL-HUMASS (Parte II) *Anais do Congresso Nacionais de Bibliotecários, Arquivistas e Documentalistas “Integração, Acesso e Valor Social”*. BAD - Associação Portuguesa de Bibliotecários, Arquivistas e Documentalistas. Lisboa, Portugal, 11. Recuperado em 20 junho, 2013, de <http://www.bad.pt/publicacoes/index.php/congressosbad/article/view/468>.
- Ruiz, V. M. (2003). Motivação na universidade: uma revisão da literatura. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 20(2), 15-24. Recuperado em 20 junho, 2013, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2003000200002&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0103-166X2003000200002.
- Santos, A. A. A. dos, & Mognon, J. F. (2010). Estilos de aprendizagem em estudantes universitários. *Boletim de Psicologia*, 60(133), 229-241. Recuperado em 20 junho, 2013, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432010000200009&lng=pt&tlng=pt.

ATENDIMENTO PSICOLÓGICO NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO NO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS⁷

Camila Rippi Moreno (Universidade Estadual Paulista - Assis)

Tamires Wedekim de Toledo (Universidade Estadual Paulista - Assis)

Maria Luisa Louro de Castro Valente (Universidade Estadual Paulista - Assis)

Helena Rinaldi Rosa (Universidade de São Paulo)

RESUMO

O período de gestação pode ser caracterizado como uma fase de conflitos, em que a mulher vivencia uma gama de sentimentos. O modo como cada mulher lida com tal situação remete à sua história pessoal e ao contexto particular no qual a gravidez ocorre, podendo existir uma dificuldade maior em se tratando de uma gestação de risco. Segundo o Ministério da Saúde, entende-se por gestação de alto risco aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto tem maiores chances de serem atingidas por complicações do que a média das gestações. No setor de obstetrícia do Hospital Regional de Assis (HRA) são atendidas exclusivamente gestantes de alto risco, estas são encaminhadas para este hospital por geralmente precisarem de técnicas e suporte mais especializados caso aconteçam complicações no desenvolvimento da gestação. Este trabalho tem como objetivo apresentar as atividades desenvolvidas no Projeto de Extensão Universitária: Atendimento Psicológico no HRA, que realiza uma avaliação psicológica interventiva nas gestantes de alto risco com o intuito profilático, buscando agir de modo sensível e acolhedor para que elas possam colocar suas angústias, medos e fantasias neste espaço oferecido e assim consigam compreender o significado desta criança em sua vida e a importância da relação mãe-bebê no seu desenvolvimento. Como método é realizada uma entrevista psicológica com todas as adolescentes gestantes, quando as próprias pacientes solicitam ou mediante encaminhamento das enfermeiras para o setor de psicologia, quando consideram necessário. Foram realizados, por duas estagiárias de psicologia, atendimentos a 53 gestantes de risco, em sua maioria composta por adolescentes com idade entre 10 e 15

⁷ **Apoio:** Pró-Reitoria de Extensão – PROEX



anos (75%) e quase 8,4% das entrevistadas estavam na faixa etária de 30 a 39 anos. A maior parte das gestantes era de classe baixa, em sua maioria engravidaram de homens mais velhos com os quais se relacionavam há pouco tempo. Aproximadamente 85% das mulheres estavam na sua primeira gestação, a maior parte das entrevistadas tinha como profissão dona de casa e estudantes; é notável apontar dentre as jovens, o abandono dos estudos após a notícia da gravidez. A escuta voltada para a fala das gestantes adolescentes nos permite observar que estas muitas vezes se sentem felizes com a gravidez, apesar de não apresentarem perspectivas futuras. Já as gestantes com maior idade mostram-se mais preocupadas com a saúde do bebê e as consequências para ele caso ocorra um parto prematuro. Concluiu-se que é de fundamental importância oferecer às mães, principalmente aquelas que vivem uma gestação de risco, uma escuta psicológica que funcione como um apoio para a elaboração de angústias e fantasias, favorecendo suas capacidades para enfrentar novas situações, assim como projetos de vida futura, de modo a fortalecer o vínculo que será estabelecido entre essa mãe e o seu bebê.

Palavras-chave: Avaliação Psicológica. Psicologia Hospitalar. Gestação de Risco.

Eixo Temático: Pesquisa e Intervenção em Psicologia da Saúde

O início de uma gestação é um momento de grande ansiedade envolvendo várias mudanças que abarcam a mulher como um todo, modificando não apenas sua relação com seu corpo, mas também com a sua forma de pensar e com o ambiente. O modo como cada mulher responde a essas mudanças remete intimamente à sua história pessoal de vida e ao contexto particular em que a gravidez ocorre. Tais ansiedades, de acordo com Soifer (1980), podem durar dias ou semanas e dependendo da intensidade, podem chegar a causar até mesmo um aborto ou parto prematuro.

A percepção da mulher gestante é bastante abrangente. Deve-se considerar que a concepção acontece em nível consciente e inconsciente e isso se manifestará durante toda a gestação, com diferentes características, sensações, sentimentos velhos e novos, podendo resultar muitas vezes em sentimentos de ambivalência, como querer e não querer ter o filho, sentir-se feliz por ser fértil e ao mesmo tempo preocupar-se com as mudanças em sua vida. Segundo Maldonado (2002), não há uma gravidez que seja completamente aceita ou

totalmente desprezada. E nela ocorrem transformações que podem ser antecipadas por mudanças internas (crises, doenças, traumas) ou externas (perda de uma fonte protetora de segurança e satisfação, acúmulo de tensões, rompimento do equilíbrio funcional do ego).

Segundo Szejer e Stewart (2002), toda gravidez tem uma história, e não existe gravidez ideal; cada uma delas é mais ou menos fácil de ser vivida. Algumas mulheres vivem um sentimento de plenitude; outras vivem estados de angústia. Essa diversidade de estados e de sentimentos também pode ser observada numa mesma mulher ao curso de diferentes gestações e, até, numa mesma gravidez, em determinadas situações. Lidar com estas emoções conduzindo-as a um bom caminho nem sempre é uma tarefa fácil em nível psíquico, principalmente em se tratando de gestação de alto risco.

Nestes últimos anos houve uma tendência a enfatizar somente o bebê. A mulher grávida desaparecia por detrás de seu ventre, suas palavras ficavam ocultas e toda a atenção era dirigida ao feto. Assim, oferecer a esta mãe um suporte – ouvir o que ela tem a dizer, suas angústias, medos, frustrações, alegrias e conquistas, com um olhar voltado para a gestante como um todo – como futura mãe, mulher, esposa, filha – e não somente para “a barriga”, cabe ao psicólogo.

Segundo Maldonado (2002), o atendimento psicológico à gestante é evidentemente importante para o fortalecimento de suas capacidades de enfrentar novas situações, já que é no decorrer da gestação que se constroem os alicerces do relacionamento entre os pais e o bebê e, também, quando começam a surgir as primeiras tensões que, se abordadas nesta fase, tendem a ser mais fácil e rapidamente superadas, favorecendo o crescimento emocional e a formação de uma ligação materno-filial mais saudável para a criança e para estrutura familiar.

O objetivo seria a preparação para a maternidade pelo fortalecimento dos mecanismos adaptativos do ego, da redução da ansiedade e do domínio cognitivo da situação. Trata-se, portanto, de ajudar a gestante a elaborar bem a situação presente, independentemente das possíveis experiências de desajustamento no passado; ou seja, é uma tentativa de melhorar o funcionamento presente e futuro por meio da elaboração da experiência imediata.

Este trabalho tem como objetivo apresentar as atividades desenvolvidas no Projeto de Extensão Universitária: Atendimento Psicológico no HRA, que realiza uma avaliação psicológica interventiva nas gestantes de alto risco com o intuito profilático, buscando agir de modo sensível e acolhedor para que elas possam colocar suas angústias, medos e fantasias

neste espaço oferecido e assim consigam compreender o significado desta criança em sua vida e a importância da relação mãe-bebê no seu desenvolvimento.

No Hospital Regional de Assis (HRA), as gestantes atendidas no setor da obstetrícia são exclusivamente as que apresentam gravidez de alto risco. Esta é uma parcela das gestantes que, por terem características específicas ou por sofrerem algum agravo, apresenta maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Gestação de alto risco entende-se como sendo aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto tem maiores chances de serem atingidas por complicações que a média das gestações (Ministério da Saúde, 2010).

Dentre as pacientes atendidas estão adolescentes, principalmente até 15 anos, no qual o “risco” da gestação é maior e mulheres que já ultrapassaram a idade considerada ideal para a concepção, 35 anos. Também são recebidas mulheres que apresentam problemas de saúde, tais como hipertensão, diabetes, obesidade, problemas cardíacos, problemas uterinos, HIV, entre outras condições de saúde que podem comprometer o desenvolvimento normal da gestação. Além das que apresentam intercorrências clínicas e doenças obstétricas na atual gestação.

MÉTODO

a) participantes: gestantes de risco do HRA, encaminhadas ao serviço de Psicologia.

b) instrumento: entrevista semiestruturada, de caráter interventivo, em que são levantados o histórico do caso, temas gerais das vidas das gestantes (família, lazer, produtividade, relações sociais) bem como as fantasias e angústias em relação à gravidez.

c) procedimentos:

As pacientes são encaminhadas ao HRA pelos setores público e privado. Todas as pacientes novas têm seu primeiro atendimento agendado para as segundas-feiras no período da manhã. Neste momento realizam um primeiro contato com o serviço de enfermagem, passam por consulta médica, sendo encaminhadas, dependendo de cada caso, para as demais especialidades.

Ao serviço de psicologia são encaminhadas todas as adolescentes que realizam o acompanhamento médico. Quanto às demais pacientes, somente recebem atendimento psicológico quando a equipe percebe questões emocionais importantes que permeiam este



período da gestação, ou quando as próprias pacientes solicitam. Neste momento é realizada a entrevista que tem por intuito realizar uma avaliação psicológica interventiva, percebendo como a gestante está lidando com a gravidez. Oferecendo assim, uma escuta acolhedora a essas futuras mães, intervindo de modo sensível para que elas possam colocar suas angústias, sofrimentos, relações familiares, fantasias e medos neste espaço oferecido, assim como também consigam compreender qual é o significado desta criança em sua vida e a importância de uma boa relação entre mãe e bebê desde o início, dando a elas acompanhamento conforme a necessidade e disponibilidade.

Este primeiro dia se encerra com o grupo de acolhimento, realizado pela psicóloga, com a ausência desta pela enfermeira e pelas estagiárias de psicologia, no qual é esclarecido todo o trabalho que será realizado com as gestantes, dando informações e esclarecendo dúvidas, mostrando a elas todas as etapas da sua permanência no hospital e as dependências do mesmo, procurando assim diminuir assim suas angústias.

O acompanhamento após este primeiro contato se operacionaliza da seguinte forma: o retorno geralmente é agendado para o próximo mês; o acompanhamento médico tem frequência variável, dependendo do tempo gestacional, quanto mais próximo do fim da gestação as gestantes vão ao hospital com maior frequência, até que fiquem internadas para a realização do parto. O acompanhamento psicológico é realizado conforme a necessidade e a disponibilidade da paciente, e geralmente acontece no seu retorno. Há acompanhamentos de outras especialidades, dependendo das exigências de cada caso e também há a realização de exames, alguns específicos, que podem ser feitos no próprio hospital ou na cidade em que a gestante reside. Ela participa também de diversos grupos realizados pelos profissionais do setor, tais como: grupo de planejamento familiar; alimentação; amamentação; parto; cuidados com o recém-nascido, relação mãe-bebê e cidadania. Cada paciente, quando retorna às consultas médicas, participa de um dos grupos acima mencionados.

Após os atendimentos, é realizada uma discussão dos casos recebidos a fim de se propor encaminhamentos e desdobramentos mais adequados aos casos, verificando quais os procedimentos a serem adotados em caso de necessidade de acompanhamento psicológico ou de outra especialidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de maio a novembro as estagiárias de psicologia realizaram acolhimento interventivo a 53 gestantes de risco que estavam iniciando o acompanhamento pré-natal no Hospital Regional de Assis. A maioria do público atendido pelo serviço de psicologia da obstetrícia do hospital foi composta por adolescentes com idade entre 10 e 15 anos. A maior parte das gestantes era de classe baixa, das cidades de Assis e região, e que em geral engravidaram de homens maiores de idade, com os quais se relacionam há poucos meses e quando recebem a notícia da gestação geralmente resolvem morar juntos.

Quanto à profissão, grande parte foi composta por donas de casa e estudantes, sendo que a maioria destas, quando descobre que está grávida, abandona a escola. Muitas das gestantes atendidas pararam de estudar no primeiro colegial. Como grande parte das gestantes é menor de idade, vêm com acompanhantes que em geral é a mãe, mãe quase avó, embora jovem, que apoia a filha, pois também engravidou jovem. Então, essas jovens, de modo geral, pertencem a um grupo familiar em que as histórias gestacionais de várias gerações são permeadas por muitos “não-ditos” que são, posteriormente, repetidos em um movimento cíclico.

Os acompanhantes das gestantes também fazem uso do espaço que lhes é oferecido. Em muitos momentos percebe-se suas angústias e realizações a partir do conhecimento da gravidez. Desde a descoberta da gravidez, os vínculos dentro da família precisam ser restabelecidos, pois houve uma ruptura, a estrutura familiar se modificou, os papéis desempenhados já não serão mais os mesmos. Neste sentido, é importante perceber como esta criança se insere naquela família.

Como referido, 75% das gestantes atendidas pelo setor de psicologia são adolescentes – na faixa etária de 10 a 15 anos de idade. Segundo Dias e Teixeira (2010), fatores fisiológicos e psicológicos característicos da adolescência fazem a gravidez, neste período, ser uma situação de risco biopsicossocial, capaz de trazer consequências negativas não apenas para as adolescentes, mas para toda a sociedade. A vivência da maternidade durante a adolescência torna-se mais complicada, pois as exigências que aparecem na busca da identidade do adolescente acrescentam-se à exigência do “tornar-se mãe”.

Mesmo diante de casamentos ocorridos na adolescência de forma planejada e com gravidez também planejada, por mais preparado que esteja o casal, a adolescente não deixará de enfrentar a somatória das mudanças físicas e psíquicas decorrentes da gravidez e da adolescência. Pantoja (2003) considera que a maternidade na adolescência pode fazer parte do projeto de vida das adolescentes, uma vez que funciona como uma espécie de “passaporte” para entrar na vida “adulta”. Esse fenômeno parece demarcar a entrada da jovem no mundo adulto, de maneira legítima, uma vez que ela passa a ser reconhecida como adulta pela família, professores e colegas.

Aproximadamente 85% das gestantes estavam na sua primeira gestação e, a partir do relato de algumas delas, é possível notar o desejo de ser mãe, como no relato dessa adolescente de 15 anos: *“Eu fiquei grávida e perdi quando a gente namorava, daí vi o quanto queria ser mãe, então a gente resolveu morar junto e agora tô grávida de novo”*. Outra adolescente, de 14 anos, disse: *“Eu vi minha cunhada grávida, aí me veio um desejo de ser mãe”*. Percebe-se, então, que o desejo de tornar-se mãe está presente nas mulheres desde a infância e adolescência, em que a maternidade as faz sentirem-se mulheres e com responsabilidades, uma vez que a gravidez lhes dá o status de adulto.

A maioria dessas adolescentes não tem condições financeiras nem emocionais para assumir a maternidade e, por causa da repressão familiar, muitas delas fogem de casa e quase todas abandonam os estudos. A gravidez torna-se, então, fuga das exigências paternas e escolares, além disso, muitas delas engravidam para se livrar de uma família desestruturada, em que muitas vezes a mãe sofre violência física e psicológica. Como relata esta adolescente de 13 anos: *“Eu queria sair de casa, meu pai é muito bravo, queria morar sozinha com meu namorado, então eu parei de tomar remédio e engravidei”*. Os abandonos do estudo foram frequentes, muitas diziam que não gostavam de estudar; outras, porque iria ficar muito difícil conciliar um bebê com estudos; e outras, ainda, referiram-se ao próprio por causa do projeto de vida, em que escolhem casar e construir uma família e não vêem mais importância na escola, por isso, muitas delas nem pensam em voltar aos estudos futuramente. Como é notado na fala dessa gestante: *“Não sei o que vai acontecer, só sei que não quero estudar, nem trabalhar”*.

Sobre o futuro, normalmente dizem não pensar, não saber o que vai acontecer no futuro, as respostas são vagas, poucas apresentam alguma perspectiva, sonhos e planos. É possível observar isso nas suas falas, uma gestante diz: *“Não espero nada para o futuro, não sei como vai ser”*. Outra adolescente de 15 anos diz: *“Não sei o que vai acontecer, vou viver um dia após*

o outro". São poucas as gestantes que relatam se preocupar em terminar os estudos, trabalhar e cuidar do bebê, a maioria acredita que a maternidade pode ser a sua independência.

O principal papel da Psicologia neste trabalho é, portanto, oferecer uma escuta acolhedora a essas futuras mães e intervir de modo sensível para que elas possam colocar suas angústias, sofrimentos e fantasias neste espaço oferecido, assim como também consigam compreender qual é o significado desta criança em sua vida e a importância de uma boa relação entre mãe e bebê desde o início. É fundamental oferecer às mães, em especial aquelas que vivem uma gestação de risco, uma escuta psicológica que funcione como um apoio para a elaboração das difíceis e dolorosas vivências deste momento, favorecendo suas capacidades para enfrentar novas situações, assim como projetos de vida futura, e assim fortalecendo o vínculo que será estabelecido entre essa mãe e o seu bebê. Trata-se não somente de ações de cuidado à gestante, mas também de prevenção à saúde infantil e, assim, à saúde mental da população.

REFERÊNCIAS

- Brasil (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- Dias, A.M.; Teixeira, M.A. (2010). Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. *Paidéia*, 20 (45), 123-131.
- Maldonado, M. T. P. (2002). *Psicologia da Gravidez*. São Paulo: Saraiva.
- Pantoja, A.L.N. (2003). Ser alguém na vida: uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência em Belém do Pará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 19 (2), 335-343.
- Soifer, R. (1980). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Szejer, M.; Stewart, R. (2002). *Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez ao nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

ATIVIDADES ARTÍSTICAS GRUPAIS: UM ESTUDO QUALITATIVO NA POLÍTICA PÚBLICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Rita de Cássia do Carmo Jordão (Universidade de Taubaté)

Camila Young Vieira (Universidade de Taubaté)

RESUMO

Esta pesquisa é resultado do Trabalho de Conclusão de Curso desenvolvido em dois mil e doze e dois mil e treze na Universidade de Taubaté, foca como campo de estudo o Centro de Referência de Assistência Social – CRAS, unidade responsável por operacionalizar a Política Pública de Assistência Social no Brasil, articulando intervenções de Proteção Social Básica a fim de promover a garantia de direitos e a qualidade de vida da população. A presente pesquisa tem como objetivo geral analisar os possíveis benefícios terapêuticos de oficinas artísticas no cotidiano de quem as vivenciam em um CRAS do Vale do Paraíba. E como objetivos específicos, compreender os sentidos atribuídos à vivência grupal dos participantes das oficinas; descrever os benefícios do contato e exploração das diferentes formas dos recursos artísticos e identificar conteúdos significativos geradores de mudança ou não no cotidiano dos participantes das oficinas. Para tanto, foi realizada uma revisão teórica sobre as diretrizes da Política de Assistência Social – PNAS e optou-se pelo estudo de campo qualitativo por meio de dois estudos de casos, sendo um participante da oficina de decupagem e outro da oficina de reciclagem, visto que a entrevista seria instrumento eficaz para capturar os benefícios e sentidos dos participantes. Os dados foram organizados por meio da análise de conteúdo, com intuito de articular as diretrizes da PNAS com as atividades práticas da unidade enfocando os benefícios pessoais e grupais. A partir do tratamento dos dados estruturaram-se as seguintes categorias: a) as motivações que levaram os usuários a frequentar o CRAS, no qual foi possível identificar que as pessoas estão envolvidas nos programas de forma prazerosa, no entanto, em nenhum momento foi mencionado o CRAS como espaço de direito e transformação social; b) como os usuários percebem o CRAS, neste aspecto foi levantado que a participação em espaços coletivos e de troca resulta em distração em relação aos problemas, além de ser uma forma de fonte de renda; c) dos benefícios pessoais, neste item os dados

apontam para exploração do potencial criativo ocasionando valorização pessoal; d) dos benefícios grupais, esta categoria permitiu observar a construção da ajuda mútua, troca de experiência, o que favorece a resolução de conflitos. De acordo com os dados foi possível concluir que o CRAS, enquanto executor da Política Pública de Assistência Social, necessita aprofundar o seu papel de mediador das transformações sociais. Também foi possível identificar que as atividades artísticas realizadas em grupo propiciam aos participantes bem estar por meio das conversas, da criação de seus trabalhos e do sentimento de pertencer. Por fim, a pesquisa pretendeu fornecer uma reflexão das possíveis contribuições que as oficinas artísticas proporcionam a população vulnerável socialmente, contribuindo, assim, para novas intervenções e olhares sobre o tema.

Palavras-chave: Atividades Artísticas. CRAS. Políticas Públicas.

INTRODUÇÃO

Este estudo se debruçou sobre duas perspectivas: as atividades artísticas grupais com enfoque na função da criação e das relações grupais para o sujeito, e a Política Pública de Assistência Social via estratégia de execução, por meio do Centro de Referência de Assistência Social - CRAS. Para tanto, buscou-se refletir sobre as atividades artísticas grupais em contexto de vulnerabilidade social enfocando seus possíveis benefícios.

O estudo dos grupos teve seu desenvolvimento a partir de pesquisas realizadas em 1930 por Kurt Lewin, professor alemão refugiado do nazismo em um renomado instituto americano. Sua teoria influenciou a Psicologia no que se refere ao estudo das relações humanas (Bock, 2001). Concomitantemente, emergiram os estudos de grupo de Jacob Moreno, nascido na Áustria, fundador do Psicodrama. Segundo o autor, o indivíduo só pode existir se estiver em grupos, coletivamente. (Moreno, 1975).

A partir das pesquisas dos autores mencionados, o trabalho em grupo começa a ganhar destaque e servir de base para compreensão do homem em suas relações.

Segundo Lane (2000), toda análise do indivíduo deve se remeter ao grupo o qual pertence, à classe social, visualizando a relação dialética homem-sociedade. Ao estudar pequenos grupos é possível entender a relação indivíduo–sociedade, pois nesta relação é

possível a superação de sua natureza biológica e "individualista", tornando-se um ser consciente na produção da sociedade.

O trabalho com atividades artísticas no Brasil teve início em 1944, com o trabalho de Nise Silveira e Osório, que começam a identificar os benefícios dos recursos artísticos em pacientes com doença mental, utilizando as artes para propiciar aos doentes uma organização de seu pensamento. Nise reconheceu que a arte possui um papel central no trabalho com a doença mental, sendo uma forma de comunicação e uma possibilidade de tratamento.

No que se refere à política de direito, com a Constituição de 1988 a Assistência Social passa a ser um direito dos cidadãos junto com a Saúde e a Previdência. Sendo assim, na última década pode-se observar diferentes experiências que possibilitaram a noção de práticas que visam ao fortalecimento de populações em situação de vulnerabilidade social, assim como alternativas para o enfrentamento dessa vulnerabilidade.

Considerou-se relevante este estudo, pois visou contribuir identificando os possíveis benefícios das oficinas artísticas grupais em espaços de vulnerabilidade - CRAS, tendo como pano de fundo a Política Nacional de Assistência Social, que tem por objetivo o desenvolvimento local.

Os fundamentos teóricos que embasaram tal pesquisa foi o processo histórico da Política de Assistência Social no Brasil, com destaque aos objetivos e diretrizes que guiam sua implementação e prática. E os conceitos empregados em atividades artísticas e atividades grupais com intuito de identificar suas possibilidades no desenvolvimento pessoal e comunitário.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar os possíveis benefícios de oficinas artísticas grupais no cotidiano de quem as vivenciam em um CRAS do Vale do Paraíba.

Objetivos específicos

- Compreender os sentidos atribuídos à vivência artística grupal dos participantes de oficinas artísticas;

- Analisar a participação dos usuários dos serviços e destacar possibilidades de mudanças coletivas;
- Identificar conteúdos significativos geradores de mudança (ou não) no cotidiano dos participantes das oficinas artísticas.

MÉTODO

A presente pesquisa se delineou em um estudo qualitativo e buscou compreender os fenômenos sociais, a partir da dialética social-subjetivo.

A pesquisa foi realizada em um CRAS da região do Vale do Paraíba, localizado em uma área marcada por diferentes formas de vulnerabilidades sociais. A unidade atende, aproximadamente, duzentas e noventa e sete famílias. Grande parte desta população sobrevive com a renda per capita familiar de R\$450,00 (quatrocentos e cinquenta reais) mensais, menos do que o salário mínimo vigente. Segundo o Censo Demográfico de 2010 a população constava de 47.789 habitantes, o nível de pobreza indicava que o município contava com 1243 pessoas na extrema pobreza.

Na unidade do CRAS, foco deste estudo, existem duas oficinas artísticas, sendo uma de Reciclagem e outra de Decoupage. Cada oficina tem, em média, quinze alunos, o que totaliza trinta participantes.

Após autorização da Secretária de Desenvolvimento Social do município e da aprovação da pesquisa no Comitê de Ética e Pesquisa, a pesquisadora, inicialmente, apresentou os objetivos e procedimentos do projeto de pesquisa aos responsáveis pelo CRAS, e em seguida, aos responsáveis pelas oficinas. Feito isso, as responsáveis pelas oficinas indicaram dois participantes, um de cada oficina, que preenchem os critérios de comprometimento com as atividades e assiduidade. Sendo assim, fez parte do estudo uma participante da oficina de decoupage, do sexo feminino, com 53 anos e que está frequentando o CRAS há dois anos e será identificada como P 01. E um participante do grupo de reciclagem, do sexo feminino, com 35 anos, que frequenta o CRAS há mais de um ano e será identificada como P 02.

Para coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada com as duas participantes. Para Mynayo (2004) a entrevista semiestruturada possibilita ao entrevistado maior flexibilidade para discorrer sobre o tema proposto sem respostas prefixadas, atendendo,

assim, ao propósito da pesquisa, que consiste em compreender os sentidos incutidos nas falas dos entrevistados.

As entrevistas foram agendadas em horário não similar aos das oficinas e realizadas na unidade do CRAS pesquisado. Após o consentimento dos participantes foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e, posteriormente, transcorreram as entrevistas individualmente. Cabe ressaltar que as entrevistas foram gravadas com o intuito de possibilitar uma análise criteriosa dos conteúdos.

A organização e análise dos dados coletados foram realizadas por meio da análise de conteúdo qualitativa proposta por Bardin (2010). Para tanto, concretizaram-se em três fases: a pré-análise, que consiste em sistematizar as ideias iniciais. Foi feita uma leitura flutuante a fim de estabelecer um contato com o conteúdo; a segunda etapa se referiu a exploração do material e consistiu em analisar com riqueza de detalhes a fim de identificar os indicadores significativos; o último passo foi o tratamento dos resultados obtidos por meio das interpretações e articulação da fundamentação teórica com as falas dos participantes. Nesta etapa, os conteúdos foram aglutinados em categorias de análise: a) as motivações que os levaram ao CRAS; b) como percebem o CRAS; c) dos benefícios pessoais; d) dos benefícios grupais.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

As categorias de análise

a) As motivações que os levaram ao CRAS

Esta categoria foi consolidada a fim de identificar quais os motivos que levaram as participantes deste estudo a frequentar uma unidade do CRAS. Seguem as falas:

Porque achei interessantes os cursos que tava tendo e eu gosto também né, uni o útil ao agradável, legal, no curso o que mais gosto é a reciclagem [...] (P 02)

De acordo com as falas mencionadas as participantes deste estudo foram ao encontro do CRAS por vontade própria. É importante ressaltar que a entrevistada P 01 não se encontra inserida em nenhum programa ou projeto gerido pelo CRAS; já P 02 está inserida no Programa

Bolsa Família, contudo os motivos que a levaram ao CRAS foi o interesse pelos cursos oferecidos, isto é, a motivação por participar das atividades.

De acordo com a Política Nacional de Assistência Social (2004), é importante conhecer as necessidade da demanda, e isso é possível por meio da busca ativa na localidade. Entretanto, não foram foco desta pesquisa as ações de implantação das atividades, não sendo possível identificar se foi realizado um levantamento das necessidades da população. Porém, pode-se identificar que as participantes gostam das atividades oferecidas, isso possibilita uma participação mais efetiva da comunidade, que não frequenta a oficina, apenas cumprindo uma condição para o recebimento dos benefícios, mas tecem outros sentidos ao ocupar o espaço do CRAS, envolvendo-se de forma prazerosa.

No entanto, em nenhum momento o CRAS foi mencionado como um espaço de direito e transformação social. Considera-se relevante construir estratégias buscando desenvolver a ocupação do espaço de forma mais crítica e transformadora da realidade social.

Como percebem o CRAS

Esta categoria buscou conteúdos que representassem a percepção das participantes em relação ao CRAS.

[...] foi bom pelo menos eu tava entrando em depressão e tudo, melhorou bastante viu, num to mais daquele jeito, eu fico mais tranquila né, tem mais anima, anima, como é que fala, mais animada pra fazer as coisas de casa ultimamente, eu queria só dormir, só ficar deitada, e pensamento era só naquilo, eu não queria aceitar o que tinha acontecido né, porque eu sempre eduquei bem meus filhos (P 01)

Por meio das falas podemos visualizar o CRAS como um espaço que possibilita o aprendizado de atividades que se tornaram parte do cotidiano das entrevistadas, sendo utilizadas como meio de distração dos problemas e como fonte de renda.

Apesar das atividades proporcionarem benefícios no cotidiano das participantes, não foi identificado o compromisso com a participação social nas políticas públicas, divergindo do que preconiza a PNAS (2004) em que o CRAS deve ser um espaço de políticas de direitos que deve ser construída junto com a sociedade civil.

Fica evidente o caráter lúdico e de lazer que as atividades do CRAS apresentam nas entrevistadas, propiciando aos participantes o alívio das dificuldades do cotidiano, distração e



espaço de troca. Considera-se relevantes nestas perspectivas, contudo, acredita-se ser necessário ir além da descontração. Não se pode negar que isto tem trazido benefícios pessoais, no entanto, é importante destacar que mantém uma lógica alienante ao contrário da lógica crítica-participativa que visa à transformação da realidade social.

Como já estudado por Foschetti (2011), as iniciativas dos CRAS's estão voltadas, atualmente, para atividades que visem à aprendizagem de trabalhos manuais e de instrumentos necessários ao mercado de trabalho, porém, isso não impede de levar o indivíduo a um pensamento crítico, reflexivo e autêntico, que priorize o exercício da cidadania e o protagonismo social.

Para o autor, o CRAS é um espaço possível para a realização de oficinas artísticas, desenvolvendo, assim, não somente aspectos criativos individuais, mas também a ação coletiva, que pode e deve se tornar uma ação política e social. Por meio do trabalho grupal, é possível reinventar novas formas de atuar no mundo, utilizando da criatividade, instrumento de enriquecimento do sujeito, o que possibilita a valorização das expressões e o fortalecimento das relações grupais.

Acredita-se que a interação com a instituição física é o disparador para uma participação social comprometida com os direitos sociais, basta construir caminhos.

Os benefícios pessoais das oficinas

Esta categoria buscou aglutinar os conteúdos que se referiam aos benefícios pessoais trazidos pelas oficinas. Seguem abaixo trechos das entrevistas que revelam benefícios pessoais:

Ajuda bastante, em muita coisa, às vezes eu tô, que nem se diz, tô sem dinheiro, faço alguma coisa, vendo e arrecado dinheiro pra fazer as coisas que às vezes tá precisando. Então esse dinheiro me ajuda bastante também, ajuda a ficar mais calma, em casa também eu andava muito nervosa. (P 01)

Os benefícios apresentados no âmbito pessoal estão relacionados ao aproveitamento do tempo, ou seja, a possibilidade de aprender atividades novas e realizá-las no cotidiano de suas vidas. Além disso, a atividade artística possibilita as participantes à percepção de suas capacidades criadoras, ponto este oferecido por meio da arte. Segundo Jung (2004, p.), “a arte é a liberdade de expressão, é sensibilidade, criatividade, é vida.” Essas atividades,

incorporadas ao cotidiano, possibilitam uma forma mais suave de suportar as dificuldades do dia-a-dia.

Outro ponto trazido é a possibilidade da venda e a produção de presentes, o que provoca nas participantes sentimentos de bem-estar, importância na realização de seu trabalho e pertencimento ao ser parte da criação. De acordo com Silveira (1979), a atividade artística possibilita a transformação e criação do novo, ao ser capaz de reinventar o homem se transforma e se potencializa.

Nas falas, pode-se perceber como o CRAS tem se tornado referência no que se refere ao sentimento de pertencer a um grupo. Embora esse espaço esteja se tornando um local prazeroso, seria relevante visualizar novas formas de utilização, que levassem a reflexão de suas escolhas, a partir da apropriação da realidade com intuito de resgatar o potencial transformador.

A autonomia e emancipação são tarefas que o CRAS precisa realizar de acordo com a PNAS (2004). Nas falas, podemos perceber que, de certa forma, ao realizar as atividades artísticas grupais, as entrevistadas se sentem melhor, ficando mais seguras e se sentindo capazes de novas tarefas. Entretanto, acredita-se que isso possa ser mais valorizado, tornando o espaço um local que, além de prazer, leve a uma formação cidadã.

Dos benefícios grupais com as atividades artísticas

Esta categoria buscou agregar os conteúdos que se referiam aos benefícios trazidos por meio das relações grupais nas oficinas. Seguem abaixo os trechos das entrevistas:

Gostoso, como é que fala, ah meu Deus como que eu posso falar, ah sei lá a gente conversa a respeito da vida da gente um pro outro, é gostoso que um da atenção pro outro, então um ajuda o outro. (P 02)

Segundo as falas das entrevistadas, a convivência em grupo proporciona bem estar. Por meio das conversas ocorre a possibilidade de ajuda mútua. Percebe-se, também, que o grupo proporciona momentos engraçados e divertidos.

Por meio do grupo é possível a viabilização da troca de experiências, o que favorece a resolução de conflitos, o aconselhamento e ajuda aos demais membros do grupo. Segundo Corbisier (2011), o momento grupal favorece as conversas e com isso possibilita perceber os significados sobre o sofrimento cotidiano da pessoa, sendo um momento de partilha das experiências e sentimento.



Para Benevides (1997, p. 188), o ouvir ao outro “irradia uma experimentação de ouvir outros modos de existencialização, outros contextos de produção de subjetividades, outras línguas para outros afetos, outros modos de experimentar.”

Sendo assim, constata-se que o trabalho em grupo provoca nos participantes um contato de aspecto coletivo das angústias vividas individualmente. Nesse espaço, o grupo se sente livre para inventar, ousar e criar, transformando seus pensamentos e concepções sobre as situações ali vivenciadas.

Outro ponto levantado é a descontração, o grupo se sente seguro para expor suas situações engraçadas, e assim partilhar suas incertezas e alegrias. Embora não seja esse o objetivo do trabalho, percebe-se que a responsável pelas oficinas tem facilidade para deixar as participantes envolvidas com o grupo, fator importante, pois ela esta diretamente em contato com as usuárias. Pode-se dizer que por ser facilitadora das relações, ajuda na forma de se relacionar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste trabalho foi possível tecer articulações entre as atividades artísticas, o grupo e as políticas públicas de assistência social. Pode-se perceber o quanto o CRAS, como unidade executora da Política Pública de assistência, necessita desempenhar o seu papel de mediador das transformações da sociedade por meio da reflexão e empoderamento dos indivíduos.

As atividades artísticas realizadas em grupo propiciam aos participantes bem estar pessoal e coletivo, por meio das conversas e da criação de seus trabalhos, pois se materializa um espaço que viabiliza as expressões afetivas e troca mútua, o que culmina em possibilidades transformadoras.

Conclui-se que o CRAS vem exercendo parte de seu papel perante a sociedade ao criar um espaço de convivência, mas pode-se utilizar desses primeiros passos para efetivar um espaço político, atuando suas diretrizes junto à comunidade, gerando novos olhares, novas concepções e novos modos de ser no mundo.

As participantes se sentem parte do CRAS e isso é um disparador importante, mas se faz necessário fomentar a autonomia, empoderamento e participação política para a construção de um projeto social coletivo que garanta direitos e vise à transformação social.

Os benefícios estão sendo gerados, embora nem sempre percebidos nesse universo, corrompido por um modelo de trabalho previamente estabelecido que, em alguns casos, caminha na contramão do que preconiza o CRAS. A gestão da política de assistência deve conhecer seu território, para que, junto à demanda, consiga estabelecer metas e caminhos contextualizados e não massificados.

Em síntese, entende-se que o primeiro passo foi dado ao implantar a unidade e criar um espaço prazeroso. No entanto, para desenvolver um protagonismo social há muito trabalho pela frente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, L. (2000). *Terapias Expressivas: Arte-Terapia, Arte-Educação, Terapia Artística*. São Paulo: Vetor.
- Araujo, F. (2010). "... MAS A GENTE NÃO SABE QUE ROUPA DEVE USAR" *Um estudo sobre a prática do psicólogo no Centro de Referência de Assistência Social*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo. Brasil.
- Bardin, L. (2010). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Behring, E. & Boschetti, I. (2006). *Política Social: Fundamentos e História*. São Paulo: Cortez.
- Bock, A.; Furtado, O. & Teixeira, M. (2001). *Psicologias: Uma introdução ao Estudo da Psicologia*. São Paulo: Saraiva.
- Brasil (2004). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. *Política Nacional de Assistência Social (PNAS) – Secretaria Nacional de Assistência Social*. Brasília.
- Benevides, R. B. (1997). *Dispositivos em ação: o grupo*. São Paulo: Hucitec.
- Corbisier, C. (2011). *Grupos e Criatividade: para uma clínica mais humana e solidária*. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Couto, B. R. (2009). *O sistema único da assistência social – Suas: na consolidação da Assistência Social enquanto política pública*. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes.
- Foschetti, A. G. (2011). *Reflexões sobre a educação e inserção produtiva nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS)*. Minas Gerais: CEFET.
- Galletti, M. C. (2004). *Oficina em saúde mental: Instrumento terapêutico ou intercessor clínico?* Goiânia: Ed.
- Gonçalves, M. G. M. (2010). *Psicologia, subjetividade e políticas públicas*. São Paulo: Cortez.



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



Guerra, A. M. C. (2004). *Oficinas em saúde mental: Percurso de uma história, fundamentos de uma prática*. In *Oficina Terapêutica em saúde mental - sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contracapa.

Jung, C.G. (2004). *Fundamentos de Psicologia Analítica*. Petrópolis: Editora Vozes.

Lane, S. T. M. (2000). O processo grupal. In: Lane, et al. (orgs). *Psicologia social. O homem em movimento*. São Paulo: Infinito.

Lima, E. A. (2004). *Oficinas, laboratórios, ateliês, grupos de atividades: Dispositivos para uma clínica atravessada pela criação*. Rio de Janeiro: Contra capa Livraria.

Minayo, M. C. S. (2004). *O desafio do conhecimento : pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.

Moreno, J.L. (1975). *Psicodrama*. 10.ed. Pensamento Cultrix. São Paulo.

Silveira, N. (1979). *Terapêutica Ocupacional: teoria e prática*. Edição Casa das Palmeiras.



AUTOAVALIAÇÃO INSTITUCIONAL: DEFINIÇÕES E IMPORTÂNCIA FRENTE AO MODELO ORGANIZACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR

Rayssa Gabrielle Pereira de Castro (Faculdade de Imperatriz e Universidade de Taubaté)

Quésia Kamimura Postigo (Universidade de Taubaté)

Marilsa de Sá Rodrigues (Universidade de Taubaté)

RESUMO

Partindo dos princípios e orientações para a prática a Autoavaliação nas Instituições de Ensino Superior (IES) do Brasil, observa-se que esta, representa a principal ferramenta para a definição da qualidade da educação por estas Instituições, seja com a finalidade de melhorar suas ações pedagógicas, ou para a melhor eficiência de gestão das mesmas, o que por sua vez, abre espaço para a necessidade de compreensão do modelo organizacional de cada Instituição de Ensino. Assim, o objetivo da presente pesquisa, foi demonstrar como a aplicação correta deste método de avaliação interna, juntamente com o respeito ao seu modelo organizacional, podem levar as IES à direta consolidação de informações e dados estatísticos, acompanhada ainda, da sua reflexão significativa e valorativa, de uma forma a promover a garantia, melhoria, aperfeiçoamento e desenvolvimento dos serviços prestados por estas organizações. Para tal, a metodologia utilizada baseou-se em uma pesquisa bibliográfica e explicativa, pois estas podem fornecer, concomitantemente, tanto um instrumento analítico básico para qualquer tipo de pesquisa, bem como, uma melhor forma de esclarecer como processo de Autoavaliação institucional e de respeito à configuração organizacional, contribuem para o diagnóstico das potencialidades e dificuldades das Instituições de Ensino Superior. Foram utilizadas para a realização deste trabalho fontes primárias de informação, tais como as legislações que competem a este setor, pareceres, periódicos, dissertação, ou ainda fontes secundárias, que incluem livros e roteiros. A discussão levanta-se inicialmente na compreensão do modelo organizacional das Instituições de Ensino Superior, seguida pelas definições e importâncias da aplicação da autoavaliação e finalizando-se na aplicabilidade dos resultados obtidos neste processo de avaliação interna, chegando à conclusão de que esse conjunto de ações resultará na autorregulação da realidade vivida em cada Instituição, seja

pela democratização dos saberes, tomada consciente de decisões, melhoria da relação ensino-aprendizagem ou ainda, de sua gestão interna.

Palavras-chave: Autoavaliação. Modelo organizacional. Ensino Superior.

Eixo Temático: Educação, Saúde e Políticas Públicas.

INTRODUÇÃO

A avaliação institucional, contemporaneamente, apresenta-se como uma ferramenta de intenso potencial qualitativo para a educação prestada pelas Instituições de Ensino Superior (IES), seja para o melhoramento das ações pedagógicas, ou para a melhor eficiência de gestão das mesmas. Passando ainda pelos mecanismos de expansão da oferta, aumento permanente de eficácia, atuação efetiva no meio acadêmico e social e, ajudando a aprofundar os compromissos e responsabilidades sociais das IES, que devem por sua vez, promoverem os valores democráticos em sua totalidade.

Fazendo parte da agenda internacional, a Avaliação Institucional ocupa um lugar de importância inquestionável no cenário das políticas educacionais oficiais, e estas foram estabelecidas pelo governo, instituições educacionais, organismos internacionais de financiamento e pela sociedade, e ainda é por esse mesmo fator, que a mesma se inclui como um dos motivos de maiores conflitos no âmbito da educação superior no Brasil.

Partindo do pressuposto que a educação é um instrumento fundamental para a socialização, política e economia, entende-se que ela reflita a mudança social que se espera ter. O acesso ao saber é um direito tanto constitucional como democrático, e é interessante que todos tenham acesso a ele, pois se busca dentro dos princípios da educação, a democratização dos saberes. O uso dos saberes aprendidos é de relevante necessidade para a prática da Avaliação Institucional, pois, apresenta-se através desta, um mecanismo fundamental na tomada de decisões, mediante a reflexão crítica amparada nos dados coletados na IES.

É interessante ainda, traçar-se um paralelo entre o modelo organizacional das Instituições de Ensino Superior com essa prática da Avaliação institucional, tanto externa, como a interna, aqui abordada, e como em conjunto esses fatores são imprescindíveis na

busca do que se pretende dentro das instituições. Para Tachizawa e Andrade (2006) a competitividade entre organizações, dentre elas as IES, demonstram uma necessidade constante da melhoria da qualidade dos processos de gestão, incluindo a melhoria da relação ensino-aprendizagem, diminuição de gastos e aumento dos lucros.

Brasil (2013), fala que a avaliação institucional divide-se aqui, em duas etapas, ambas sobre o controle do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), onde a primeira é representada pelo processo de autoavaliação, coordenado pela Comissão Própria de Avaliação (CPA) presente dentro de cada instituição e orientada pelas diretrizes e roteiro da Auto-avaliação institucional da Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES) e a segunda por vez, é representada pela avaliação externa, a ser de responsabilidade das comissões designadas pelo Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa, referenciada através dos padrões de qualidade para a educação superior expressos nos instrumentos de avaliação e os relatórios das auto-avaliações. Ressalta-se que o processo de avaliação externa independente de sua abordagem e se orienta por uma visão multidimensional que busque integrar suas naturezas formativas e de regulação.

A união desses processos avaliativos é vista como um método diagnóstico. Deve se constituir um sistema que permita a integração das diversas dimensões da realidade avaliada e que posteriormente possibilitem a própria IES a comprovar resultados e estudos, consigo. Com isso, as potencialidades e fragilidades da Instituição poderão ser avaliadas de forma crítica e novos caminhos traçados. Veiga (2008) fala que uma vez que se considere a possibilidade de se tomar decisões com base em resultados obtidos, já se comprova a importância de avaliar e que esse complexo processo, mesmo considerando o contraste de informações, pode levar a adoção de decisões pertinentes e comunicação dos resultados.

Em uma visão global, a avaliação das instituições educacionais que é o alvo de discussão neste artigo, refere-se à análise do desempenho total da instituição, uma vez que se devem considerar todos os fatores envolvidos, em detrimento da missão e objetivos da instituição como uma organização socioproductiva, sejam nos contextos social, cultural, econômico ou político. E que se avaliam através dela, os processos de funcionamento de uma IES e quais os resultados gerados dentro da sua realidade, identificando-se também os pontos favoráveis ao seu bom funcionamento, e apontando a melhor forma de superá-los. É o momento em que os participantes desenvolvem uma ação orgânica de reconhecimento da sua própria realidade, criam significados e emitem julgamentos de valor sobre o conjunto das

atividades institucionais em sua totalidade. Para Depresbiteres (2005), a autoavaliação supõe crítica e afastamento para reflexão, estimulando um diálogo interno construtivo. Contudo, auto-avaliar-se não basta; é preciso agir para uma autorregulação, automodificação.

O presente artigo focalizará seus debates acerca do processo interno de autoavaliação institucional e fará um levantamento acerca da mesma, suas definições e importância, relacionando estes ao modelo organizacional encontrado nas Instituições de Ensino Superior, pois quando corretamente aplicada, a auto-avaliação, implicará diretamente na consolidação de informações e dados estatísticos, acompanhada ainda, da reflexão significativa e valorativa. É o momento em que os participantes desenvolvem uma ação orgânica de reconhecimento da sua própria realidade, criam significados e emitem julgamentos de valor sobre o conjunto das atividades institucionais em sua totalidade.

METODOLOGIA DE PESQUISA

A investigação bibliográfica apresenta-se como um método de estudo sistematizado desenvolvido com base em material publicado em livros, revistas, jornais e/ou redes eletrônicas, ou seja, material acessível ao público em geral e a investigação explicativa tem como principal objetivo tornar algo inteligível, justificando-lhe os motivos, objetivando assim, esclarecer quais fatores contribuem de alguma forma para a ocorrência de um determinado fenômeno (Vergara, 2011).

A pesquisa realizada é bibliográfica e explicativa, pois fornece instrumento analítico para qualquer outro tipo de pesquisa, e também busca esclarecer como o processo de Autoavaliação institucional e de respeito à configuração organizacional, contribuem para o diagnóstico das potencialidades e dificuldades das Instituições de Ensino Superior. Foram utilizadas para a realização deste trabalho fontes primárias de informação, tais como: as Legislações que competem a este setor, pareceres, periódicos, dissertação, ou ainda fontes secundárias, que incluem livros e roteiros.

A discussão levanta-se em torno da importância da Autoavaliação institucional e suas definições, levando em conta o perfil organizacional deste tipo de instituição, uma vez que a realização padronizada da mesma pode oferecer às IES, resultados que consolidem informações, agregue valores e avalie dados estatísticos, favorecendo desta forma, a garantia, melhora, aperfeiçoamento e desenvolvimento dos serviços prestados pelas instituições

abordadas e mantendo-as competitivas e dentro dos padrões exigidos pelas políticas públicas de ensino.

REVISÃO DA LITERATURA

A importância da realização da Autoavaliação institucional, relacionada ao modelo de gestão e organização das Instituições de Ensino Superior, é atualmente um dos motivos de maiores conflitos no âmbito da educação no Brasil.

A demanda crescente de estudantes ingressando no ensino superior, devido à necessidade de profissionalização, relocação no mercado de trabalho e qualificação pessoal, tem apresentado-se como um dos principais fatores que contribuíram para as transformações observadas no Ensino Superior brasileiro, uma vez que aumentaram as quantidades de IES que visam prover destes profissionais para a sociedade com a qualificação adequada. Luck (2012) fala que a qualidade das organizações, produtos e serviços resultam do amadurecimento das sociedades, uma vez que esta forçou de certa forma, uma adequação das IES, passando a examinar e a exigir destas organizações socioprodutivas um maior atendimento de determinados padrões e critérios de qualidade, tendo em vista suas reais necessidades. A autoavaliação institucional é a peça-chave nesse processo de adequação e manutenção de qualidade das IES e daqueles que fazem uso de seus serviços.

Compreendendo o modelo organizacional das IES

O modelo organizacional das IES está relacionado ao seu perfil de gestão e prestação de serviços, cabe então, a necessidade de se compreender esta relação e sua interferência no modelo de autoavaliação institucional, pois a Instituição de Ensino, ou universidade em seu sentido mais amplo, pode apresentar-se como uma organização complexa, que envolve características burocráticas, política e acadêmica. (Tachizawa & Andrade, 2006)

Para Morgan (2009), quando as organizações que são planejadas e operadas como se fossem máquinas, trabalhando de maneira rotineira, eficiente, confiável e previsível, elas podem ser chamadas de burocráticas. Empresas assim são planejadas e estruturadas para atingir determinados fins, tais como: ter metas e objetivos, possuir uma estrutura racional de tarefas e atividades, seguir o desenho de um organograma e possuir funcionários que trabalhem conforme a organização preconiza e se comportem de maneira predeterminada.

Porém, este universo não é completamente aplicável a uma IES, uma vez que Blaus (1984), Kerr (1982) e Baldrige *et al.* (1982, como citado por Tachizawa & Andrade, 2006), consecutivamente, concordam que o modelo burocrático não representa em totalidade a organização da mesma, seja pelo fato do modelo burocrático não ser uma forma exclusiva de organização das IES; possuir dentro de si, mais de uma sociedade de classes, compostas por várias comunidades nas quais os objetos são diversificados e conflitantes e ainda; devido a ambiguidade de objetivos das organizações universitárias, que não somente tratam de todas as coisas para todo mundo, mas também raramente possuem uma só missão. Esse conjunto demonstra que mesmo possuindo características burocráticas, a Instituição de Ensino, em sua configuração organizacional possui muitos outros pontos conflitantes, que lhe afastam desta configuração.

Ao se estudar a vertente política da organização universitária, observa-se que a mesma enquadra-se nesta, por possuir uma dinâmica de grupo e conflitos semelhantes àqueles ocorridos em estados, cidades e outras representações políticas. Para Tachizawa e Andrade (2006) o enfoque político ajuda na compreensão da estrutura social da universidade e como ela influi no processo de decisão, como as pressões políticas se aplicam aos responsáveis pela tomada das mesmas, como os conflitos geram as decisões e como se implementam ou se melhoram as políticas já formuladas. Para se analisar uma IES pelo enfoque político leva-se em consideração a estrutura social, a articulação de interesses, o cenário legislativo e a formulação de políticas e a execução destas.

Quando se começa a entender as organizações em termos políticos, aceita-se o fato de que a política é um aspecto inevitável da vida corporativa. Atores políticos habilitados possuem a capacidade continua de reconhecer o jogo de interesses dentro da organização e utilizar o mesmo a seu favor, o que inclui a identificação dos diferentes estilos de governo dentro da IES, ver como a organização torna-se politizada devido a interesses divergentes de indivíduos e grupos, reconhecer o fato de que o conflito é uma propriedade natural de toda organização e reconhecer muitas as diferentes fontes de poder. (Morgan, 2006).

Correlacionando o enfoque político da Instituição de Ensino à necessidade de aplicação da Autoavaliação institucional, é possível se traçar uma linha de afinidades, uma vez que os conflitos políticos estão para a melhoria do modelo organizacional da IES, como os resultados da autoavaliação institucional estão para adequação e manutenção de qualidade das IES, desde o processo ensino-aprendizagem e seus resultados, até a melhoria de sua gestão.

Para Tachizawa e Andrade (2006), outro enfoque ainda cabe ao perfil das IES, sendo este por fim, o acadêmico. Pois, além do burocrático e político, a IES possui características e valores que aproximam seus membros muito mais dos seus pares (afinidade) e disciplina, do que a sua própria organização e passaram também, a realizar ao mesmo tempo, as funções de produção e difusão de conhecimento, divisão de tarefas e meio de intensa profissionalização. Esses conflitos entre enfoque burocrático, político e acadêmico, traçam juntos os perfis de Instituição que a autoavaliação busca examinar e diagnosticar.

Se a avaliação das instituições de ensino, bem como seus modelos de autoavaliação, refletem a análise do desempenho total da instituição, que considera todos os fatores envolvidos, desde a missão e objetivos da instituição, seu controle social, até o diagnóstico de suas potencialidades e fragilidades, torna-se clara a real necessidade de compreender a estrutura organizacional presente, ou um conjunto delas, para que os dados adquiridos possam ser melhores administrados, distribuídos e aplicados a IES.

A auto-avaliação institucional: definições e importância de sua aplicação

Discutir a Universidade, apresenta-se como uma tarefa, cuja a realização deve ser constante, uma vez que representa a busca pelo entendimento de suas redes de relações internas e externas e a compreensão de suas características sociais e políticas, que se refletem na sua dimensão pedagógica. Desta forma, a realidade da Instituição de ensino é sempre enfrentada e renovada, dentro dos processos do seu cotidiano.(Dias, 2000)

Neste contexto, observa-se a presença da avaliação institucional como um objeto indispensável para o projeto educativo, seja ele a nível de ensino superior ou não. E que, sendo a educação um direito social constitucionalizado e democrático, cabe ao Estado organizar-se para garantir o cumprimento desse direito, mediante a avaliação do rendimento escolar no nível fundamental, médio e superior e para que sua oferta tenha os padrões mínimos de qualidade de ensino, conforme preconiza a Lei nº 9.394, de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) de 20 de dezembro de 1996, em seu Art. 9º. (Brasil, 1996)

Brasil (2013) divide a avaliação institucional para Instituições de Ensino Superior, em duas etapas, ambas controladas pelo Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), onde a primeira é representada pelo tema de maior discussão neste artigo, o processo de **autoavaliação**, coordenado pela Comissão Própria de Avaliação (CPA) presente dentro de cada instituição e orientada pelas diretrizes e roteiro da Autoavaliação institucional da Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES) e a segunda por vez, é

representada pela avaliação externa, a ser de responsabilidade das comissões designadas pelo Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa, referenciada através dos padrões de qualidade para a educação superior expressos nos instrumentos de avaliação e os relatórios das autoavaliações.

No Brasil, a prática da avaliação institucional da educação, bem como a melhoria do processo de ensino é um reflexo das adaptações das IES ao cenário das políticas educacionais oficiais, instituições educacionais, organismos internacionais de financiamento e pela sociedade, o que inclui o mercado de trabalho cada vez mais competitivo. Para Castro (2006) a formulação a prática desta avaliação representou aqui, um processo amplo de redefinição global das esferas social e pessoal, em que o Governo descentralizou o financiamento da educação, principalmente do nível superior, mas centralizou seu controle através da avaliação. O que para Dias (2003), conota que a avaliação institucional opera também baseada em valores, seguindo uma orientação econômica, pois nenhuma é livre das referências valorativas dos grupos sociais.

Para Depresbiteres (2005), na autoavaliação institucional, os resultados deverão ser submetidos ao olhar externo de especialistas de áreas/cursos voltados para o planejamento e gestão da educação superior. Todas as ações de avaliação interna deverão ser realizadas de forma combinada e complementar, onde prevaleça a plena liberdade de expressão e busca de rigor e justiça, uma vez que ela representa um mecanismo de avaliação de qualidade e desempenho. A instituição deve comprometer-se em motivar a comunidade, a fim de levar vários de seus setores a participarem dos processos avaliativos. Gadotti (1994) ressaltou que a participação de toda a comunidade acadêmica, dentro do processo de autoavaliação, provoca a melhoria da missão maior da IES, o ensino. Afirma ainda que, ao participarem da mesma, todos os atores envolvidos adquirem maior conhecimento sobre o funcionamento desta e em contrapartida, tem-se a promoção de um contato permanente entre acadêmicos, professores, funcionários e comunidade, aumentando o grau de satisfação de alunos em relação à gestão e gestores da IES.

Dias (2001, p.15), afirma que:

No caso da Autoavaliação, ou seja, da avaliação interna promovida pela própria comunidade acadêmica, segundo seus conceitos, seu ritmo, suas finalidades e suas regras, existe forte possibilidade de o processo ser participativo, dirigido ao social e destinado aos próprios sujeitos para efeitos de melhoria institucional, individual e coletiva.

Segundo um parecer publicado em 2005, a Comissão Própria de Avaliação (CPA) presente dentro de cada instituição é a responsável pela aplicação da autoavaliação, e como já exposto, e segue as diretrizes e roteiro para este fim, estabelecidas pela Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES) e regulamentada na portaria Nº 2.051, de 9 de julho de 2004. Ambas fazem parte do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES, criado pela Lei n.º 10.861/2004. O roteiro para a aplicação da Autoavaliação institucional também teve sua publicação no ano de 2004, seguindo a criação do SINAES. (Brasil, 2005).

O Roteiro de Autoavaliação Institucional confirma esta modalidade de avaliação interna como um processo cíclico, criativo e renovador de análise, interpretação e síntese das dimensões que definem a IES, pois as mesmas podem ampliar os conhecimentos sobre a realidade vivida, bem como buscar uma melhor compreensão de suas de suas atividades, a fim de proporcionar uma melhor qualidade em educação, maior reconhecimento e relevância social. Neste amplo contexto, a Instituição de Ensino, que passa pela autoavaliação, deverá sistematizar informações, analisar coletivamente os significados de suas realizações, desvendar suas formas de administração e ação, identifica pontos fracos, bem como os pontos fortes e potencialidades, compreender sua configuração organizacional, tal como exposto anteriormente, e estabelecer estratégias de superação de problemas. (Brasil, 2004)

Ainda em conformidade com o Roteiro, Brasil (2004) diz que, a IES precisa seguir uma ordem cronológica para a realização de sua avaliação interna, iniciando com a obediência aos pré-requisitos para a mesma, bem como a existência de uma equipe de coordenação; a participação dos integrantes da instituição; o compromisso explícito por parte dos dirigentes das IES; informações válidas e confiáveis e; o uso efetivo dos resultados. Passando então, à compreensão da dinâmica de funcionamento da avaliação, onde a metodologia, os procedimentos e os objetivos deste processo devem ser elaborados pela IES segundo a sua especificidade e dimensão, ouvindo a comunidade, e em consonância com as diretrizes da CONAES. Em consequente, realizam-se as etapas da avaliação, que podem ser em muitas vezes, realizadas simultaneamente. A primeira etapa refere-se à constituição da CPA; sensibilização da sociedade envolvida e; elaboração do projeto de avaliação. A segunda etapa relaciona-se ao desenvolvimento do processo, com o desenvolvimento das ações; levantamento de dados e informações e análise parcial dos dados obtidos. Enfim, chega-se a

terceira, que é em suma, o relatório final de tudo que foi informado e analisado durante a autoavaliação, seguido da divulgação e balanço crítico do processo como um todo e buscando a melhoria da IES, a partir dos resultados obtidos.

Pelo conjunto de dados expostos, fica clara a importância do processo autoavaliativo dentro da organização de uma Instituição de Ensino Superior, aonde sua necessidade, vai muito além do cumprimento de exigências por parte de políticas educacionais e econômicas e passa a ser fundamental para a construção dos da democracia dos saberes.

A aplicabilidade dos resultados da auto-avaliação institucional

A prática da autoavaliação institucional, quando realizada dentro dos princípios que a regulamentam, pode ser a principal ferramenta para a manutenção e melhoria contínua qualidade de ensino e estrutura das Instituições de Ensino Superior. Saul (1994) comprova esta fala, ao dizer que a autoavaliação representa um método de aperfeiçoamento do desempenho acadêmico e da prestação de contas à sociedade, constituindo-se como a melhor forma de se planejar e buscar o desenvolvimento da educação superior, questionando, ainda, a relevância da produção universitária numa perspectiva que se opõe a propósitos tecnológicos, burocráticos e autoritários, o que por vez, confirma a necessidade de se compreender a configuração organizacional das Instituições de Ensino. Fala ainda, que este modelo de avaliação interna visa engajar os agentes da ação educativa na universidade, dando abertura a um processo de autocrítica e de transformação, que irá possivelmente, promover o delineamento e execução de um projeto de universidade onde a participação garante o envolvimento daqueles que vivem o cotidiano da universidade, na sua construção e ou reconstrução.

Objetivos tais como o fornecimento de subsídios para a tomada de decisões sobre as políticas da instituição; análise da eficiência e relevância dos programas e projetos sociais institucionais e seus impactos para a região em que está inserida; promoção e estimulação da implantação de processos avaliativos em todas as instâncias da Instituição, na busca de melhoria da qualidade do ensino e; construção de um banco de dados de ex-alunos, de forma a possibilitar um *feedback* para a Instituição, são exemplos de resultados que a aplicabilidade da autoavaliação pode oferecer como retorno para a IES.

Observa-se que quando realizada de forma processual e contínua, a autoavaliação institucional (AI), consegue diagnosticar as diversas características funcionais da IES, bem como sua complexidade e singularidade também. Histórias de sucesso com a autoavaliação

podem determinar padrões de excelência dentro das IES, pois nenhum outro processo acompanha tão amplamente o planejamento institucional, alinhado a multifuncionalidade, complexidade e singularidade, sem esquecer-se de apontar suas fragilidades e soluções diante das atribuições sociais, políticas, culturais e econômicas que possuem uma Instituição de Ensino Superior.

Cada vez mais, as instituições são cobradas pela Sociedade em geral e por aqueles que as regulamentam, formando uma espécie de prestação de contas com a Educação. Nesse contexto fica claro que a aplicação da autoavaliação, mesmo que esta não fosse obrigatória, apenas traz bons retornos às IES, apresenta-se também como uma forma elaborada de planejamento contínuo, ainda mais no universo organizacional das Instituições de Ensino, visto que estas são forte agregantes de valores, nos seus mais variados sentidos e esferas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabendo que a Avaliação Institucional representa uma ferramenta de intenso potencial para o diagnóstico qualitativo da educação prestada pelas Instituições de Ensino Superior, entende-se quão a prática da autoavaliação, engajada nesta, pode agregar valores ao padrão da instituição em análise e dentro de seus objetivos e missões, aprofundar seus compromissos e responsabilidades mediante os valores democráticos da sociedade.

Visto que a educação de qualidade e com estrutura adequada é um direito de todos, conforme preconizam a LDB/96 e Constituição maior do país, é também um direito da sociedade cobrar destas Instituições que esse acesso ao saber se dê de forma planejada, assumindo importância perante o cumprimento das políticas educacionais oficiais, instituições educacionais, organismos de financiamento e pela própria sociedade.

A autoavaliação promove entre os participantes da comunidade acadêmica, o reconhecimento da realidade vivida e proporciona um maior conhecimento e poder de julgamento sobre a mesma. A partir desse julgamento é que se podem gerar relatórios que irão, na maioria das vezes, intensificar o potencial qualitativo da IES. Ressalta-se que em uma sociedade com intensa competitividade como a observada em todo o País, faz-se necessário que as IES consigam, com o máximo de qualidade, suprir as expectativas geradas em torno de suas ações, bem como a colocação no mercado de trabalho de pessoas cada vez mais qualificadas e com poder de autocrítica. Fica claro, que todo esse conjunto de acontecimentos

pode e é ajudado com a prática contínua da avaliação interna, uma vez que esta já tem seu poder de *feedback* para com a instituição totalmente consolidado.

Se o processo como um todo, que inclui a avaliação interna de uma IES, reflete o desempenho global da instituição, desde sua missão, objetivos, potencialidades e capacidade de controle social até o diagnóstico de suas fragilidades, fica notório que a compreensão do modelo organizacional destas instituições, apresentam incrível relevância, uma vez que os resultados da autoavaliação podem em muito refletir sobre a gestão e os gestores das IES, pois caberá aos mesmos, decidir como estes resultados serão melhor administrados, distribuídos e aplicados dentro da IES.

A conclusão deste trabalho, leva ao entendimento de que é verdadeira a premissa que a autoavaliação das Instituições de Ensino Superior, quando realizadas dentro dos padrões estabelecidos pela Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES) e do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), respeitando modelo organizacional de cada IES, representa através de seus resultados, a democratização dos saberes, a tomada consciente de decisões, a melhoria da relação ensino-aprendizagem e da sua gestão interna. Primeiramente, ela constrói a autocrítica e por fim, consuma-se na autorregulação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil. (1996). *Decreto-Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional – LDB/96*. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2013
- Brasil. (2004). MEC. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior. *Roteiro de Autoavaliação Institucional*. Brasília: Editorial. Disponível em: <<http://www.uems.br/portal/cpa/documentos/roteiro-auto-avaliacao-INAES.pdf>>. Acesso em 10 out. 2013
- Brasil. (2013). MEC. Instituto Nacional de Estudo e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Ensino Superior. *Avaliação Institucional*. Brasília. Disponível em:<http://portal.inep.gov.br/superior-avaliacao_institucional>. Acesso em: 11 out. 2013

- Brasil. (2005). Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior – CONAES. Do parecer: *Proposta de autoavaliação institucional*. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP. Parecer – CPA – Tipo 1. Relator: Dilvo Ristoff. Diretoria de Estatísticas e Avaliação da Educação Superior.
- Castro, R. S. (Org.). (2006). *Avaliação educacional*. Universidade Estadual do Amazonas, PROFORMAR. Manaus: Universidade do Amazonas.
- Depresbiteris, L. (2005). Auto-Avaliação das Instituições de Ensino Superior. Estudos em *Avaliação Educacional*, 16 (32) jul./dez. 2005. Disponível em: <http://www.fcc.org.br/pesquisa/publicacoes/eae/arquivos/1238/1238.pdf>. Acesso em 11 de out. 2013
- Dias Sobrinho, J. & Balzan, N. C. (Org.). (2000). *Avaliação Institucional: Teoria e experiências*. 2 ed. São Paulo: Cortez.
- Dias Sobrinho, J. (2001). Avaliação: técnica e ética. *Revista da Avaliação da Educação Superior da Rede de Avaliação Institucional da Educação Superior*, 6 (3), 07-19.
- Dias Sobrinho, J. (2003). *Avaliação: políticas educacionais e reformas da educação superior*. São Paulo: Cortez.
- Gadotti, M. (1994). *Gestão Democrática e Qualidade de Ensino*. In Minas Centro, MG. Disponível em: <<http://www.paulofreire.org/Institucional/MoacirGadottiArtigosIt0025>> Acesso em: 12 set. 2013.
- Lück, H. (2012). *Perspectivas da avaliação institucional da escola*. Petrópolis: Vozes.
- Morgan, G. (2009). *Imagens da Organização*. São Paulo: Atlas.
- Saul, A. M. (1994). Avaliação emancipatória, desafio á teoria e a prática de avaliação e reformulação de currículo. São Paulo: Cortez/Autores Associados.
- Tachizawa, T. & Andrade, R. O. B. (2006). *Gestão de Instituições de Ensino*. 4 ed. São Paulo: Fundação Getulio Vargas.
- Veiga Simão, A.M. (2008). Reforçar o valor regulador, formativo e formador da avaliação das aprendizagens. In Alves, M. P. & Machado, E. A. (Org.). *Avaliação com sentido(s): Contributos e questionamentos*. De Facto Editores, p. 125 – 151.
- Vergara, S. C. (2011). *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. 13. ed. São Paulo: Atlas.

**AUTO PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL: ANÁLISE COMPARATIVA EM CRIANÇAS
E ADOLESCENTES EM ESCOLAS MUNICIPAIS DA CIDADE DE INDAIATUBA-SP E NO
BAIRRO DA FREGUESIA DO Ó, SÃO PAULO – SP**

Jemima Giron (Universidade de São Paulo)

Maria Aparecida da Cruz Constantino (Universidade de São Paulo)

Julia Guimarães Aranha (Universidade de São Paulo)

Cinthia Roman Monteiro (Universidade de São Paulo)

Laura Di Fiore Furlanetto (Universidade de São Paulo)

Francisco Baptista Assumpção Jr (Universidade de São Paulo)

Denise Cavallini Cyrillo (Universidade de São Paulo)

RESUMO

A infância e a adolescência são marcadas por profundas transformações tanto no aspecto biológico, como no psicossocial. Dentre essas mudanças, está a transformação do corpo infantil para uma nova identidade corporal, a do adulto. Nesse processo podem ocorrer distorções, entre o que se é de fato, e a figura do corpo que formamos em nossa mente. Essas distorções por sua vez parecem ser influenciadas fortemente pelos padrões magros, valorizados pela mídia e pelas relações socioculturais. Neste contexto, agravos são encontrados levando a vários quadros psiquiátricos, sendo desta forma, relevante o estudo na formação do indivíduo. Objetivo: verificar a associação entre a auto percepção da imagem corporal e o estado nutricional de crianças e adolescentes, em idade escolar. Metodologia: realizou-se um estudo transversal, com escolares de 8-16 anos, de ambos os sexos. A coleta dos dados ocorreu de agosto a dezembro de 2012, em duas escolas municipais de Indaiatuba-SP, e de março a abril de 2014, em uma escola municipal do bairro da Freguesia do Ó, São Paulo – SP. Os dados foram coletados por meio de questionário estruturado contendo variáveis socioeconômicas, antropométricas (IMC) e de imagem corporal (auto percepção), em uma amostra não probabilística, de conveniência. Os pais ou responsáveis pelos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo, sob o

registro nº. 01010512.2.0000.0067, respeitando-se todas as exigências éticas que envolvem a pesquisa. Resultados: Foram avaliados 86 alunos (Indaiatuba: 17 meninos e 27 meninas; São Paulo: 15 meninos e 27 meninas). Utilizando o teste para comparação de duas proporções, os resultados obtidos pelos dois grupos foram estatisticamente iguais. Assim, segundo a avaliação do estado nutricional de ambos os grupos, 70% dos escolares foram classificados como eutróficos, 16% com sobrepeso, 12% obesos, e apenas 2% com magreza. Em relação à auto percepção da imagem corporal, 58% se percebem como “normal”, 21% como “magro” e 21% como “gordo”. Na comparação da auto percepção da imagem corporal com o IMC, 44% dos escolares apresentaram percepção equivocada, dentro de uma amostra com elevada proporção de excesso de peso (27,9%). Conclusão: Não há uma associação entre auto percepção de imagem corporal e estado nutricional. Levando em conta, o prejuízo que distúrbios na percepção da imagem corporal podem causar nas esferas biopsicossociais do desenvolvimento e amadurecimento das crianças e adolescentes, considera-se importante a elaboração de políticas sociais que resgatem a valorização de uma imagem saudável em detrimento dos padrões magros, muitas vezes impostos pela mídia.

Palavras-chave: Imagem Corporal. Estado Nutricional. Adolescentes.

INTRODUÇÃO

A infância e a adolescência são marcadas por profundas transformações tanto no aspecto biológico, como no psicossocial. Dentre essas mudanças, está a transformação do corpo infantil para uma nova identidade corporal, a do adulto. Nesse processo podem ocorrer distorções, entre o que se é de fato, e a figura do corpo que formamos em nossa mente. Essas distorções por sua vez parecem ser influenciadas fortemente pelos padrões magros, valorizados pela mídia e pelas relações socioculturais (Ristow, Nesello & Figueiredo, 2011).

Pereira, Ramos & Rezende (2012) avaliam a Imagem Corporal como sendo a auto percepção do próprio corpo, ou seja, quando olhamos nossa imagem no espelho julgamos nossa aparência sendo adequada ou não, de acordo com os padrões estéticos valorizados e aceitados socialmente. Como assinala Castro *et al.* (2010a), padrões sociais de beleza podem exercer grande influência sobre a Imagem Corporal, principalmente de crianças e

adolescentes, por serem fortemente influenciados pela mídia, além de enfrentarem neste período, grandes mudanças corporais decorrentes da fase da puberdade.

Em geral, a auto percepção da Imagem Corporal determina os comportamentos alimentares, uma vez que, ao se perceber “gordo”, tem-se a tendência a buscar modificações na alimentação e nos padrões de atividade física para que, de alguma forma, seja possível modificar o corpo visto como não adequado (Castro *et al.*, 2010b). Assim, distorções da auto percepção da Imagem Corporal podem trazer grandes prejuízos ao Estado Nutricional, pois, como observa Petroski, Pelegrini e Galer (2012), ao se perceber gordo, quando na verdade não se está, pode levar a restrições na alimentação ou ao aumento da carga de exercícios físicos, gerando emagrecimento desnecessário.

Neste sentido, ao lidar com crianças e adolescentes, a preocupação com a distorção da Imagem Corporal deve ser redobrada, uma vez que as experiências durante essa parte da vida costumam deixar marcas para a vida adulta (Pereira *et al.*, 2012). Para Borgatto *et al.* (2009), as principais causas dessa distorção podem vir do âmbito individual, como baixa autoestima, dificuldades adaptativas em relação ao grupo de amigos, mas também, de fatores externos como os ideais socioculturais impostos pela mídia, e ainda a opinião e aceitação dos pais e da família em relação ao corpo da criança.

Ponderando-se que a fase da adolescência, que se caracteriza como uma etapa do crescimento humano assinalada por um momento de desenvolvimento não apenas do corpo, mas também do emocional, psicológico e social – período de preparação para a vida adulta – é importante considerar que essa fase é aquela em que os adolescentes são mais vulneráveis a distorção da Imagem Corporal, e assim, expostos a prejuízos para a sua qualidade de vida, presente e futura (Conti *et al.*, 2005a).

Durante este período o indivíduo passa por um processo de auto reconhecimento, no qual alguns valores adquiridos na infância começam a ser questionados, enquanto outros são inseridos no seu repertório individual. Os ideais tais como beleza, poder, dinheiro e mobilidade social, em geral, assumem maior importância nessa fase da vida. Portanto, são os fatores externos associados à influência da mídia que acabam por culminar na distorção da Imagem Corporal por parte dos adolescentes (Castro *et al.*, 2010c).

Assim sendo, a auto percepção da Imagem Corporal deve ser levada em consideração, pois além de ser um fator importante na formação do indivíduo, uma auto percepção equivocada, além de prejuízos na qualidade de vida, pode levar ao desenvolvimento de alguns

quadros psiquiátricos, como depressão e transtornos alimentares (Appolinário & Claudino, 2000). Neste sentido, a instrumentalização dos pais e responsáveis, para que acompanhem o cotidiano dos filhos, orientando-os e ensinando-os a questionar ideias, muitas vezes, impostas pela mídia, são pontos decisivos para que a auto percepção da Imagem Corporal e o Estado Nutricional caminhem em paralelo na busca do bem-estar biopsicossocial (Soares *et al.*, 2011).

Desta forma, diante do acima exposto, este estudo tem como objetivo verificar a adequação entre a auto percepção da Imagem Corporal e o Estado Nutricional de crianças e adolescentes, em idade escolar.

MÉTODOS

A presente pesquisa possui caráter transversal e quantitativo, com amostra definida pela técnica não probabilística de conveniência (Dhiel & Tatim, 2004). Os dados foram coletados de agosto a dezembro de 2012, em duas escolas Municipais da cidade de Indaiatuba-SP e de março a abril de 2014, em uma escola Municipal do bairro da Freguesia do Ó, São Paulo – SP.

O estudo procedeu dentro das exigências éticas que envolvem a pesquisa com seres humanos, sendo o projeto, inicialmente, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo, sob o registro de nº 0101.05122.0000.0067.

A coleta foi realizada em um ambiente tranquilo, reservado e fora da sala de aula, com horário previamente agendado durante o turno escolar. O processo foi conduzido pelos pesquisadores responsáveis, juntamente com alunas de curso de Graduação em Nutrição. Foram realizadas entrevistas individuais, com 5 estudantes do mesmo gênero, presentes de cada vez.

Todos os pais/responsáveis dos alunos selecionados receberam por escrito, um completo esclarecimento sobre a pesquisa, assegurando-lhes confiabilidade e sigilo sobre as informações coletadas e aqueles que concordaram em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os pais, também preencheram o Questionário Socioeconômico e Demográfico (para levantamento dos dados relativos idade, sexo, raça, escolaridade e fonte renda mensal familiar). Esse instrumento foi encaminhado com uma semana de antecedência, para ser devolvido junto com o TCLE.



Para compor a amostra, foram selecionadas de forma aleatória, 15% do total de alunos matriculados nas escolas, respeitando-se as seguintes idades: crianças de 8 anos completos a 12 anos incompletos, e adolescentes de 12 anos completos a 17 anos incompletos, de ambos os sexos, estudantes de 1º a 9º anos do Ensino Fundamental.

Assim sendo, os alunos cujos responsáveis concordaram em participar da pesquisa e estavam com o TCLE assinado, foram convidados à coleta dos demais dados da pesquisa que se deu nas seguintes etapas:

Avaliação Antropométrica

Os procedimentos adotados para as medidas de peso e estatura foram homogêneos e de acordo com o recomendado por Carter & Swinburn, (2004). A pesagem foi realizada em balança eletrônica digital tipo plataforma, marca TANITA TFB-521® e com precisão de até 100 gramas. Os sujeitos ficaram descalços, com o mínimo de roupa possível, de forma padronizada para todos os participantes, em todos os momentos da aferição. Para a estatura foi utilizado um estadiômetro portátil, marca SECA®, com precisão de até décimos de centímetros (mm), afixado à parede, sem rodapé. Os participantes estavam em posição ortostática, com os pés juntos.

O diagnóstico nutricional das crianças e adolescentes foi realizado a partir dos indicadores antropométricos de IMC/Idade em meses (IMC/I), tomando-se como base a Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN (2011), do Ministério da Saúde. Seguindo estas orientações, os resultados brutos do IMC foram transformados em percentil, segundo a idade, demonstrada em meses, de cada participante, e classificado em: magreza acentuada, magreza, eutrofia, sobrepeso, obesidade e obesidade grave.

Os dados obtidos do Estado Nutricional dos dois grupos, São Paulo e Indaiatuba, foram inicialmente submetidos ao Teste para Comparação de duas Proporções, com o objetivo de verificar se o Estado Nutricional, das crianças e adolescentes, nas duas cidades mantinham um mesmo padrão de distribuição, ou se apresentavam-se como grupos diferentes em relação a esta variável. Para tal análise, utilizaram-se como base os valores referentes à proporção de sobrepeso e obesidade, de ambos os grupos.

**Avaliação Imagem Corporal**

Para avaliar a Auto Percepção da Imagem Corporal, optou-se nesse estudo por uma questão fechada e dirigida, na qual a criança e o adolescente descreviam se percebia seu corpo como “normal”, “gordo” ou “magro”.

Análises Estatísticas

No que tange à caracterização da amostra, as análises descritivas foram tratadas de acordo com tabelas de frequência absoluta e relativa. Foi realizado teste para comparação de duas proporções, relativas ao perfil nutricional das crianças e adolescentes, das duas cidades. Para tal análise, foram utilizados os valores referentes à proporção de sobrepeso e obesidade de ambos os grupos.

Para digitação e tabulação, dos dados, foram utilizadas planilhas dos programas MS Excel 2000® e MS Access 2000® e, para a análise e processamento, foi utilizado o SPSS for Windows®, versão 12.0.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, verificou-se que os dois grupos de crianças e adolescentes das duas cidades apresentavam perfil nutricional semelhante, com base no teste para comparação de duas proporções, a um nível de significância 95% ($\alpha = 0,95$), permitindo assim reunir os dois grupos.

Foram avaliados 86 alunos sendo 32 meninos e 54 meninas entre 8 e 16 anos, distribuídos por idade e sexo, conforme a Tabela 1.

	Meninos		Meninas		Total	
Idade	n	%	n	%	n	%
8 anos	5	16	8	15	13	15
9 anos	2	6	7	13	9	10
10 anos	6	19	8	15	14	16
11 anos	9	28	10	19	19	22
12 anos	4	13	5	9	9	10
13 anos	1	3	8	15	9	10
14 anos	2	6	3	6	5	6
15 anos	1	3	2	4%	3	3
16 anos	2	6	3	6%	5	6
Total	32	100%	54	100%	86	100%

Tabela 1 – Distribuição absoluta e relativa da amostra por sexo e idade. Escolares de 8 a 16 anos de Escolas Municipais das cidades de Indaiatuba e São Paulo – SP 2012 e 2014.

No que tange à Renda Familiar, 73% das famílias das crianças e 68% das famílias dos adolescentes declararam receber até 2 salários mínimos, por mês. De acordo com o relatório - “Censo 2010: educação, deslocamento, trabalho, rendimento” publicado em 2012, 72% dos brasileiros ganhavam até 2 salários mínimos, em 2010.

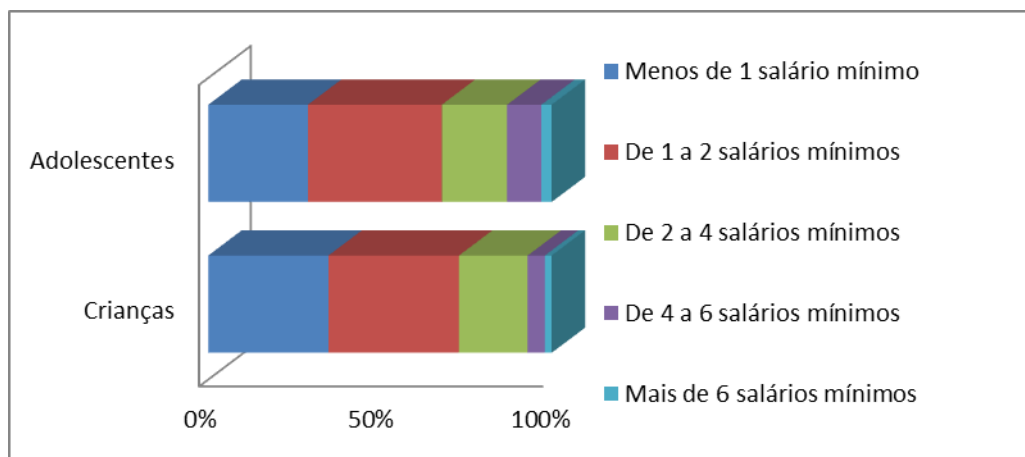


Gráfico 1 – Distribuição da amostra segundo classes de Renda Familiar Mensal, em salários mínimos. Indaiatuba e São Paulo – SP 2012 e 2014.

Quanto aos dados referentes à escolaridade declarada pelo chefe da família, 41% afirmou não ter terminado o Ensino Fundamental, 23% terminou o Ensino Médio, e apenas 1 chefe de família declarou ter Curso Superior, o que representa menos de 1% da amostra. Segundo dados da Pnad (Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios) de 2011, adultos

brasileiros com 18 anos ou mais, tinham em média 6,2 anos de estudo e ainda, nessa mesma pesquisa a região Sudeste obteve a média mais alta, 8,4 anos de estudo.

Os Gráficos 3 e 4 apresentam a distribuição da amostra segundo classes de Estado Nutricional, estratificado em crianças e adolescentes, observando-se que no total 70% dos escolares foram classificados como eutróficos, 16% com sobrepeso, 12% obesos (28% com excesso de peso) e apenas 2% com magreza. Estes resultados indicam que a amostra estratificada possui um perfil relativamente mais satisfatório do que a situação dos escolares brasileiros em geral, pois segundo dados do IBGE (2013), dentre as crianças de 5 a 9 anos, 34% dos meninos e 32% das meninas tinham excesso de peso e 17% dos meninos e 12% das meninas estavam obesos. Na faixa etária de 10 a 19 anos, 22% dos meninos e 19% das meninas tinham excesso de peso, e 6% dos meninos e 4% das meninas estavam obesas.

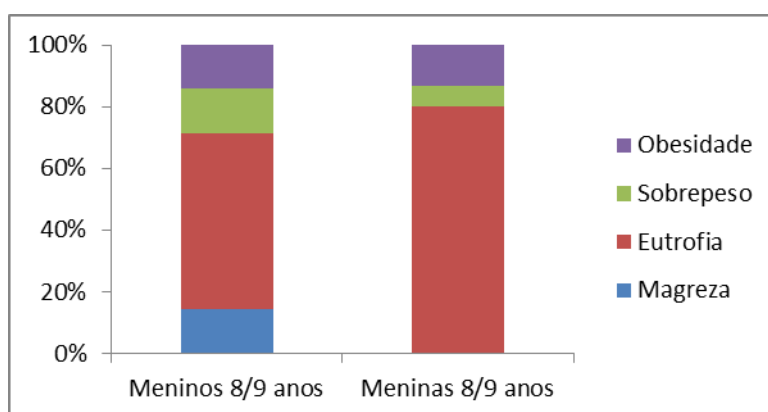


Gráfico 3 – Distribuição do Índice de Massa Corpórea das crianças, segundo classificação da OMS. Escolares de 8 a 16 anos de escolas Municipais das cidades de Indaiatuba e São Paulo – SP 2011 e 2014.

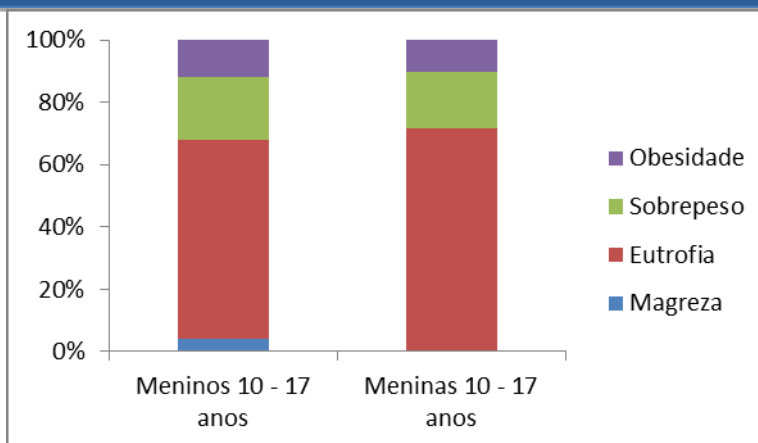


Gráfico 4 – Distribuição do Índice de Massa Corpórea dos adolescentes, segundo classificação da OMS. Escolares de 8 a 16 anos de escolas Municipais das cidades de Indaiatuba e São Paulo – SP 2011 e 2014.

Em relação à auto percepção da Imagem Corporal, 58% das crianças e adolescentes se percebiam como “normal”, 21% como “magro” e 21% como “gordo”. Na comparação da auto percepção da Imagem Corporal com o IMC, dos que se consideravam “magros”, apenas 6% foram classificados com magreza, dos que se consideravam “normais”, 70% estavam eutrófico e dos que se consideravam “gordos”, de fato 48% estavam com sobrepeso ou obesidade (Gráfico 5).

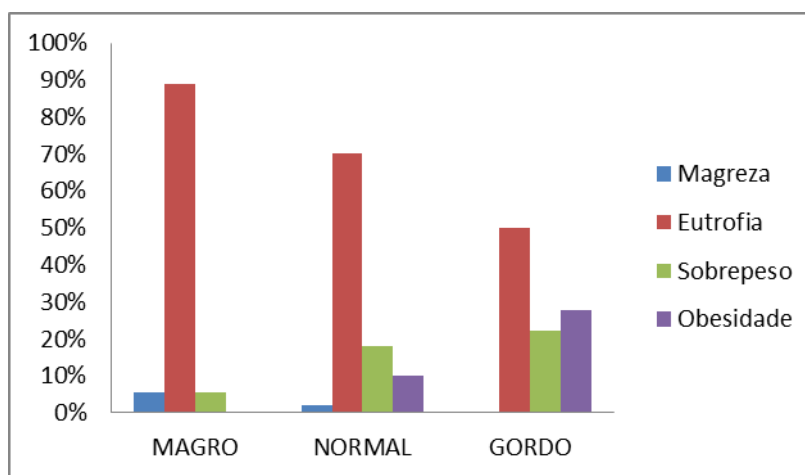


Gráfico 5 – Estado Nutricional segundo auto percepção da Imagem corporal. Escolares de 8 a 16 anos de escolas Municipais das cidades de Indaiatuba e São Paulo – SP 2011 e 2014.

Comparando essas duas variáveis, Índice de Massa Corpórea e Auto Percepção da Imagem Corporal, o estudo mostrou que 44% das crianças e adolescentes pesquisados apresentam uma percepção equivocada da Imagem Corporal em relação do Estado Nutricional, sendo que aqueles que se achavam “magros” foram os que apresentaram maior



porcentagem de percepção equivocada, 92% das crianças e 100% dos adolescentes, conforme demonstra o Gráfico 6.

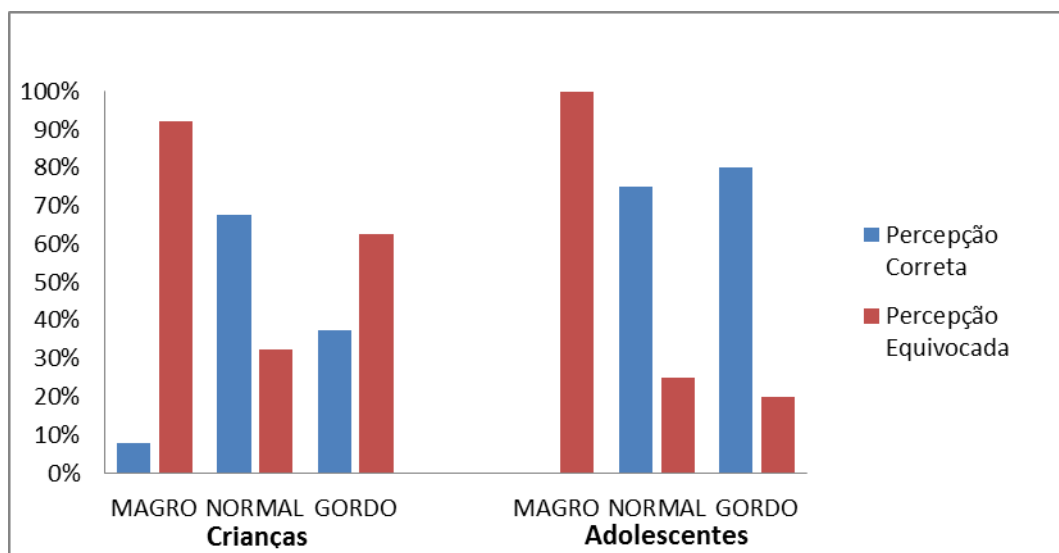


Gráfico 6 – Tipo de percepção segundo Imagem Corporal por cidade. Escolares de 8 a 16 anos de escolas municipais das cidades de Indaiatuba e São Paulo – SP 2011 e 2014.

CONCLUSÃO

O presente estudo encontrou elevada proporção de equívoco entre a auto percepção da Imagem Corporal e o Estado Nutricional, tanto nas crianças quanto nos adolescentes. Levando em conta o prejuízo que a percepção equivocada da Imagem Corporal pode causar nas esferas biopsicossociais do desenvolvimento e amadurecimento, considera-se importante o trabalho junto a este público; visando prevenir, ou ao menos diminuir essa vivencia negativa. Assim, esse estudo demonstra a necessidade da elaboração de políticas sociais voltadas para promoção de hábitos de saúde que permitam auxiliar na prevenção de danos à esses jovens.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Appolinário, J. C, & Claudino, A. (2000). Transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (Supl II): 28-31.
- Borgatto, A. F., Graup, S., Lopes, A. da S., Pereira, A. F., & Daronco, L. S. E. (2009). Percepção da imagem corporal de crianças e adolescentes com diferentes níveis socioeconômicos na

cidade de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, 9 (3): 253-262.

Carter, M. A. & Swinburn, B. (2004). Measuring the “obesogenic” food environment in New Zealand primary schools. *Health Promot. Int.* 19 (1), 15-20.

Castro, I. R. R. de C., Levy, R. B., Cardoso, L. de O., Passos, M. D., Sardinha, L. M. V., Tavares, L. F., Dutra, S. P. & Martins, A. (2010). Imagem corporal, estado nutricional e comportamento com relação ao peso entre adolescentes brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (Supl. 2): 3099-4108.

Censo 2010: *Educação, deslocamento, trabalho, rendimento*. (2012). Brasília, DF: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

Conti, M. A.; Frutuoso, M. F. P.; Gambardella, A. M. D. (2005). Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. *Revista de Nutrição*, Campinas, SP, v. 18, p. 491-97.

Dhiel, A. & Tatim, D. C. (2004). *Pesquisa em Ciências Sociais Aplicadas: métodos e técnicas*. Prentice Hall, São Paulo.

Informação Demográfica e Socioeconômica n. 32. (2013). *Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira*. Brasília, DF: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN (2011). *Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Pereira, J. de A. R., Ramos, G. R. V. & Rezende, E. G. (2012). Percepção corporal em adolescentes de baixa condição socioeconômica. *Rev Med Minas Gerais*, 22 (3): 301-307.

Pesquisa Nacional por Amstras de Domicílios – *PNAD*. (2011). Rio de Janeiro, RJ: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

Petroski, E. L., Pelegrini, A. & Glaner, M. F. (2012). Motivos e prevalência de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (4): 1071-1077.

Ristow, L., Nesello, L. A. N. & Figueiredo, M. V. G. (2011). Imagem corporal e estado nutricional de crianças praticantes de natação no município de Brusque, SC. *EFDesportes.com, Revista digital*, 16 (163).

Soares, A. H. R., Martins, A. J., Lopes, M. C. B., Britto, J. A. A., Oliveira, C. Q. & Moreira, M. C. N. (2011). Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (7), 3197-3206.

AVALIAÇÃO DA PERSONALIDADE EM INDIVÍDUOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL A PARTIR DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO TIPOLOGICA

Bruna dos Santos Moreira (Universidade de Taubaté)

Paulo Francisco de Castro (Universidade de Taubaté e Universidade Guarulhos)

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo avaliar a personalidade de indivíduos com deficiência visual, tanto aqueles com perda total quanto também os de baixa visão, a partir da proposta teórica junguiana da Tipologia Psicológica. A deficiência visual caracteriza-se por diminuição ou perda sensorial que afeta desde parcial até totalmente o sistema visual de coleta de informações que o ser humano possui, gerando redução da visão ou a impossibilidade total, sucedendo-se de imperfeições no órgão ou no sistema visual; pode ter causa congênita ou adquirida. Cada ser humano possui a sua própria personalidade que é constituída de vários tipos, ou seja, a personalidade não é algo específico para a pessoa cega. Existem três tipos de tipologias que surgiram das construções científicas, são elas: Tipologia Somática (baseia-se na estrutura orgânica dos seres humanos); Tipologia Somatopsíquica (baseia-se nas interações entre os componentes orgânico e psíquico); Tipologia Psicológica (baseia-se em aspectos psicológicos). Neste último grupo encontra-se a tipologia junguiana que está relacionada ao entendimento de homem e mundo, ou seja, é uma maneira de definir estilos cognitivos e comportamentais individualmente, determinando as diferenças e semelhanças das pessoas, tal proposta pauta a interpretação do Questionário de Avaliação Tipológica – QUATI. Esta pesquisa foi desenvolvida com a participação de 20 deficientes visuais, sendo dez participantes com perda total da visão, sendo cinco homens e cinco mulheres, e os outros dez com baixa visão, sendo três homens e sete mulheres, com idade entre 20 a 80 anos de idade. Foi realizada a aplicação do QUATI em todos os participantes. O aplicador fez a leitura das proposições do teste a cada examinando que se posicionava diante da resposta que era marcada pelo próprio aplicador. Os resultados obtidos indicaram que nos participantes com perda total da visão, a tipologia predominante foi I St SS (Atitude de Introversão, com Função Principal de Sentimento e Função Auxiliar de Sensação / N= 4), que demonstra que os indivíduos com essa função têm uma visão particular



da vida, julgando tudo e todos a partir de seus ideais e valores, não expressam suas emoções e são pessoas flexíveis e adaptáveis as situações. Já os participantes com baixa visão indicaram predominantemente a tipologia classificada como I Ss St (Atitude de Introversão, com Função Principal de Sensação e Função Auxiliar de Sentimento / N= 3), demonstrando que esses indivíduos possuem um ponto de vista muito particular sobre sua vida, eles são mais reservados, pois não expressam as emoções profundas existentes. Observa-se nos resultados que apesar das funções serem diferentes, os indivíduos com deficiência visual demonstram ser introvertidos e isso se estende em sua vida afetiva e social. Com este trabalho foi possível verificar o quanto os deficientes visuais, apesar de suas limitações, são capazes de realizarem as coisas, e o quanto essa deficiência os deixam retraídos perante a sociedade que, geralmente, os excluem. Como os dados expressos referem-se ao grupo que participou da investigação, pesquisas mais amplas são necessárias para generalizações mais consistentes.

Palavras-chave: Avaliação Psicológica. Deficiência Visual. Tipologia Psicológica.

Eixo Temático: Estratégias de diagnóstico aplicadas à Psicologia da Saúde.

INTRODUÇÃO

Existem dados referentes ao número crescente de pessoas com deficiência visual, nos quais demonstram que os casos de baixa visão são maiores do que as pessoas que perderam totalmente a visão.

Garcia (on line) aponta os dados do censo do IBGE de 2010 que mostram uma evolução do quadro em dez anos, apresentando um total de 651.262 milhões de pessoas que são acometidas pela cegueira em alguns lugares do Brasil. Porém de acordo com a Associação de Cegos Louis Braille, os dados do Censo 2010 do IBGE, no Brasil, mostram que 45,6 milhões de pessoas tem deficiência e que em cerca de 35 milhões se manifesta a deficiência visual, apresentando tanto a cegueira quanto a baixa visão. Em comparação com os outros tipos de deficiência, observa-se que a deficiência visual tem o maior número de pessoas acometidas pelo mundo, sendo 90% em países que estão em desenvolvimento (Gabrilli, 2011).

A deficiência visual segundo Coll, Marchesi e Palacios (2004) é uma deficiência sensorial que afeta total ou parcialmente o sistema visual de coleta de informações que o ser

humano possui, por isso existem pessoas totalmente cegas e outras que possuem alguma porcentagem da visão e conseguem ter aproveitamento no desenvolvimento e na aprendizagem, mas são considerados pessoas com deficiência visual apesar de não viverem totalmente na escuridão. Esta deficiência é uma impossibilidade total ou a redução da visão, sucedendo-se de imperfeições no órgão ou no sistema visual, e as pessoas cegas e as que possuem visão subnormal são consideradas pessoas com deficiência visual (Machado, 1993), ou seja, a deficiência visual é definida como a perda total ou parcial, congênita ou adquirida, da visão.

Como utilizam do tato como um meio para explorar o mundo que o cerca, essa exploração ocorre de maneira lenta, fragmentada e sequencial, na qual as informações dos objetos são imprecisas, porém após a exploração de um objeto, o indivíduo terá que integrar essas percepções sucessivas que obteve em uma imagem total daquilo que foi explorado. Com relação à audição, o deficiente visual a utiliza para localizar e identificar os objetos e as pessoas no ambiente em que o cerca. Já o olfato serve para identificar pessoas e ambientes. E por último, o sistema proprioceptivo lhe auxilia na condução e mobilidade nos lugares (Coll, Marchesi & Palacios, 2004). Esses sistemas são considerados a visão alternativa do deficiente visual, pois são resilientes ao ambiente, ou seja, o cego se adapta da maneira que pode não tendo sistemas melhores que os do vidente.

O importante é acreditar nas potencialidades das pessoas com deficiência, considerando a capacidade de estudar, ser independente, trabalhar, praticar esportes e tantas outras coisas que todas as pessoas fazem. O que falta para muitas pessoas com deficiência são as oportunidades e pessoas que acreditem em seu potencial e também a compreensão da sociedade a respeito das causas da cegueira e da visão subnormal (Machado, 1993). É difícil alguém ser capaz de indicar os defeitos do deficiente visual e de exigir algo a mais dele, portanto todos os seus movimentos serão diferenciados das pessoas videntes, pois ninguém o ensinou ou mostrou-lhe como andar, sorrir, correr, bordar, pintar, usar as mãos, a posição da cabeça, entre outras coisas. Todos se tornam incapazes de julgar, compreender, ensinar e compartilhar seus conhecimentos, neste caso acreditam que a pessoa com deficiência visual necessita de caridade (Veiga, 1983).

Deve-se provocar uma compreensão na sociedade, baseada na observação, estudos e pesquisas, para causar alterações na atitude da mesma em relação aos indivíduos com deficiência visual. Sem contar nas condições sócio-econômicas precárias que resultam em

casos de cegueira, das quais poderiam ser evitadas se essas condições de vida fossem melhoradas (Gil & Andrade, 1989).

OBJETIVO

Avaliar a personalidade de indivíduos com deficiência visual parcial e total, por meio de descrição pautada na Tipologia Psicológica, a partir dos dados apresentados no Questionário de Avaliação Tipológica - QUATI.

MÉTODO

A amostra foi composta de vinte pessoas com deficiência visual com idade acima de 18 anos, dez participantes com perda total da visão, sendo cinco homens e cinco mulheres, e os outros dez com baixa visão, sendo três homens e sete mulheres, não sendo consideradas variáveis tais como sexo, escolaridade, nível socioeconômico e nem se a deficiência é adquirida ou congênita, pois essas questões não foram relevantes para as reflexões decorrentes dos resultados.

Todos os participantes foram submetidos à aplicação do Questionário de Avaliação Tipológica - QUATI, que avalia a personalidade, teve por finalidade encontrar aspectos comuns e diferentes entre as pessoas, já que na personalidade ocorrem mudanças entre o consciente e o inconsciente. Existem três tipos de tipologias que surgiram das construções científicas, são elas: Tipologia Somática (se baseia na estrutura orgânica dos seres humanos); Tipologia Somato-psíquica (se baseia nas interações entre o orgânico e o psíquico); Tipologia Psíquica (se baseia em aspectos psicológicos). Neste último grupo, se encontra a tipologia junguiana que está relacionado ao entendimento de homem e mundo, ou seja, é uma maneira de definir estilos cognitivos e comportamentais individualmente, determinando as diferenças e semelhanças do indivíduo, tal proposta pauta a interpretação do QUATI (Zacharias, 2003).

O questionário é composto por perguntas das quais o indivíduo deve escolher situações que ele faça e que mais se aproxime de sua realidade, ou seja, na folha de resposta existem seis blocos de respostas, na qual cada um é identificado por uma situação e suas respostas são compostas por duas alternativas (a e b). Ao todo são 15 respostas que compõem cada um dos cinco blocos, pois o último bloco é composto por 18 respostas. Sua aplicação pode ser

individual ou coletiva, não tem tempo para terminar a realização do questionário e ao iniciar a aplicação o examinador deve ler juntamente com o(s) examinado(s) as instruções do Caderno de Questões (Zacharias, 2003). No caso do presente estudo, o aplicador realizou a leitura das questões para todos os participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos dos participantes estão apresentados a seguir:

Tabela 1. Distribuição do sexo dos participantes

Sexo	Perda Total	Baixa Visão	Total
Masculino	5	3	8
Feminino	5	7	12
Total	10	10	20

A amostra deste estudo foi composta por 20 participantes, de acordo com a Tabela 1, participaram cinco mulheres e cinco homens com perda total da visão, e três homens e sete mulheres com baixa visão.

Segundo o estudo de Escócio, Caetano e Soares (2004), sobre os deficientes visuais no município de Sobral/CE, observaram que das 63 pessoas que participaram do trabalho, foram identificadas 36 (57%) pessoas do sexo feminino e 27 (43%) do sexo masculino. As autoras apontam que esses dados condizem com os resultados que encontraram em uma pesquisa realizada nos Estados de São Paulo, Piauí, Amazonas, Pará, Pernambuco, Ceará, Alagoas, Bahia e Minas Gerais, no período de 1976 a 1982, com o propósito de mapear a cegueira em 296 municípios desses Estados. Contudo, no Estado do Ceará foram identificadas 128 pessoas com deficiência visual, das quais 53 eram do sexo masculino e 75 do sexo feminino, com isso os pesquisadores desta pesquisa nos Estados deduziram que este alto índice de mulheres cearenses com a deficiência visual, diz respeito ao fato de que as mulheres assumem com mais facilidade a sua deficiência do que os homens.

Tabela 2. Distribuição do estado civil dos participantes

Estado Civil	Perda Total	Baixa Visão	Total
Casado	1	7	8
Solteiro	6	2	8
Viúvo	1	-	1
Divorciado	2	1	3
Total	10	10	20

De acordo com a Tabela 2, observa-se que em relação aos participantes com perda total seis se declararam ser solteiros, enquanto um é viúvo, dois são divorciados e um casado, já com relação aos de baixa visão sete deles são casados, enquanto que dois são solteiros e um é divorciado.

Tabela 3. Distribuição da faixa etária entre os participantes

Faixa Etária	Perda Total	Baixa Visão	Total
20 anos – 30 anos	2	2	4
31 anos – 40 anos	2	4	6
41 anos – 50 anos	2	3	5
51 anos – 60 anos	2	1	3
61 anos – 70 anos	1	-	1
71 anos – 80 anos	1	-	1
Total	10	10	20

A amostra deste estudo mostra que há uma variedade, quanto à idade dos participantes, segundo a Tabela 3, na faixa etária dos participantes com perda total, há dois participantes entre os 20-30 anos, dois entre 31-40 anos, dois entre 41-50 anos, dois entre 51-60 anos, apenas um está na faixa entre o 61-70 anos e outro entre 71-80 anos, com relação aos participantes com baixa visão a faixa etária predominante está entre 31-40 anos com quatro participantes, depois há três participantes entre 41-50 anos, dois entre 20-30 anos e apenas um entre 51-60 anos.

Tabela 4. Distribuição do nível de escolaridade dos participantes

Escolaridade	Perda Total	Baixa Visão	Total
Ensino fundamental incompleto	4	2	6
Ensino fundamental cursando	-	1	1
Ensino fundamental completo	-	-	0
Ensino médio incompleto	1	-	1
Ensino médio cursando	-	1	1
Ensino médio completo	4	2	6
Ensino superior incompleto	-	1	1
Ensino superior cursando	-	1	1
Ensino superior completo	1	2	3
Total	10	10	20

Observa-se grande variedade no que se refere à escolaridade dos participantes, como mostra a Tabela 4, sendo que os participantes com perda total da visão quatro têm ensino fundamental incompleto e quatro com ensino médio completo, mas dentro desta descrição um possui o ensino superior completo e um com ensino médio incompleto. Os participantes com

baixa visão têm dois com ensino médio completo, dois com ensino superior completo e dois com ensino fundamental incompleto, mas dentro dessa amostra há um indivíduo cursando o ensino fundamental, um cursando o ensino médio, um com ensino superior incompleto e um cursando ensino superior.

Tabela 5. Distribuição do tipo da deficiência visual

Deficiência Visual	Perda Total	Baixa Visão	Total
Congênita	3	8	11
Adquirida	7	2	9
Total	10	10	20

A amostra é de dez participantes com perda total da visão e mais dez com baixa visão, como mostra a Tabela 5, há uma predominância de sete indivíduos com perda total que adquiriram a deficiência visual ao longo da vida e os outros três já nasceram com algum tipo de doença, porém com relação aos participantes de baixa visão a predominância é de oito indivíduos que já nasceram com baixa visão e apenas dois que a adquiriram ao longo da vida.

Na pesquisa de Escócio, Caetano e Soares (2004) foi identificado que seis (10%) dos participantes possuíam a deficiência visual congênita, enquanto que 57 (90%) adquiriram a deficiência visual. Isso fez com que as autoras, refletissem o quanto a sociedade deve pensar em diminuir a incidência da deficiência visual, pois é uma porcentagem muito alta, ou seja, o ser humano tem a possibilidade de investigar e se prevenir antes que a doença o atinja, mas para isso acontecer deverão existir unidades especializadas que possam contribuir nesta prevenção, diminuindo essa porcentagem.

Tabela 6. Resultado do perfil tipológico dos participantes

Tipos	Perda Total	Baixa Visão	Total
I St In	2	-	2
I St Ss	4	1	5
I Ss St	1	3	4
I Ss Os	-	2	2
I Ps Ss	1	-	1
E Ps In	1	-	1
E Ps Ss	-	1	1
E Ss St	1	1	2
E St In	-	1	1
E St Ss	-	1	1
Total	10	10	20

Os tipos psicológicos são as associações entre a atitude, com a função principal e a função auxiliar, e como pode ser observado no Quadro 7, foi predominante nos participantes com perda total da visão a função I St Ss demonstrando que os indivíduos com essa função têm uma visão particular da sua vida, julgando tudo e todos a partir de seus ideais e valores, podem ser influenciados às vezes por pessoas que eles gostam, não expressam suas emoções, na qual, acabam se escondendo atrás de uma máscara sendo uma pessoa suave e doce. São pessoas flexíveis e adaptáveis às situações, está mais voltada para a realidade e se tornam eficientes quando estão trabalhando em algo que acreditam. E se frustram quando realizam menos do que gostariam se achando incompetentes (Zacharias, 2003).

Já nos participantes com baixa visão a função predominante foi I Ss St significando que os indivíduos com essa função possuem um ponto de vista muito particular sobre a vida, julgando tudo e todos a partir de seus ideais e valores, sua existência é governada com lealdade e ideais internos sobre os quais não tem facilidade de falar sobre eles, não expressam muito suas emoções mais profundas e se escondem atrás de uma máscara, na qual se mantêm reservados. Na sua vida cotidiana quando sente que algumas de suas ideias pessoais estão sendo ameaçadas, podem se mostrar inflexíveis, é capaz de aproveitar ao máximo o momento presente, possui habilidade manual com aquilo que produz com suas mãos. Se não conseguirem expressar seus ideais através da ação, correm o risco de se tornarem sensíveis, que pouco a pouco a sua confiança em si e na vida será corroída (Zacharias, 2003).

Morgado e Ferreira (2010) realizaram um estudo utilizando a Escala de Silhuetas Bidimensionais e perceberam que as pessoas com deficiência visual congênita têm três dificuldades: a primeira é em não ter experiências com desenhos, a segunda é pelo fato de terem a visão sequencial perdem muitos detalhes de determinados objetos, e foi isso que ocorreu com essa escala, eles não conseguiram observar todos os detalhes; e, a terceira é a falta da convivência com a linguagem grafo-tátil, que permite o indivíduo reconhecer os objetos pelo tato.

Samulski e Noce (2002) realizaram um estudo no qual aplicaram alguns testes de personalidade, de motivação, psicométricos e questionário de estresse, em 64 atletas paraolímpicos no Rio de Janeiro, e constataram a necessidade de criar um desenvolvimento de programa de treinamento psicológico e também a necessidade de se aplicar técnicas psicológicas tais como: de concentração e motivação, relaxamento e controle emocional, no sentido de auxiliar os atletas a obterem melhores resultados.



Agora analisando separadamente as variáveis que compõem o tipo psicológico, tem-se a atitude que pode ser classificada em: I (introversão), na qual caracteriza a pessoa como um ser que volta a sua atenção para o seu mundo interior, aprecia ficar mais sozinho do que com pessoas, refleti seu comportamento antes de agir, é uma pessoa retraída e controlada exceto quando está na presença de pessoas íntimas; ou em, E (extroversão), que significa o indivíduo dirigir sua atenção para o mundo externo de fatos, coisas e pessoas, se expressa melhor falando e é uma pessoa impulsiva diante do mundo, gosta das constantes mudanças em sua vida (Zacharias, 2003).

Tabela 7. Atitude: Introversão e Extroversão

Atitude	Perda Total	Baixa Visão	Total
I	8	6	14
E	2	4	6
Total	10	10	20

Como pode ser observado na Tabela 7, em oito participantes com perda total da visão foi predominante a atitude I, dado semelhante indicado pelos indivíduos com baixa visão, porém a atitude E, é possível observar que as pessoas com baixa visão apresentam ter mais a atitude E do que as pessoas com perda total da visão.

Ferreira, Del Prette e Lopes (2009), realizaram um trabalho em 16 crianças cegas e 16 crianças videntes, no qual aplicaram um Questionário de Avaliação dos Indicadores Comportamentais de Empatia das Crianças onde os pais e professores dos mesmos responderam o Sistema de Avaliação de Habilidades Sociais (SSRS-BR), em seguida um roteiro de observação do comportamento empático em situações específicas e por último um protocolo de observação molar e molecular dos comportamentos empáticos, com a finalidade de verificar se há semelhança ou não nas habilidades empáticas das crianças cegas e videntes, e se a situação sociodemográfica afetaria nessas habilidades. Perceberam que as crianças cegas não foram afetadas em seu desenvolvimento nas habilidades empáticas, e que a situação sociodemográfica não prejudica nem as crianças cegas e nem as que enxergam no desenvolvimento dessas habilidades.

Em seguida, observa-se qual foi a função principal dos participantes, e esta função pode ser In (intuição), Ss (sensação), que significa a maneira como o indivíduo recebe as informações, ou Ps (pensamento), St (sentimento), que significa a maneira como o indivíduo toma decisões. A função In é a maneira intuitiva de perceber o mundo, e o indivíduo está mais interessado nos significados futuros das coisas, acaba observando o conteúdo como um todo e

prefere planejar ao invés de executar. A função Ss associa-se ao indivíduo que é sensitivo para compreender as situações, estando mais interessado no momento presente e gosta de manter as coisas funcionando, preferindo executar as coisas do que planejar. A função Ps revela um indivíduo que avalia a situação buscando o objetivo da verdade, estando mais voltado para a razão e conseguindo avaliar as situações isento de julgamentos pessoais. A função St indica um indivíduo que toma suas decisões baseado em seus próprios valores pessoais, levando em conta aquilo que sente, está mais voltado para as relações pessoais e mostra-se receptivo ao lidar com as pessoas (Zacharias, 2003).

Tabela 8. Função Principal: Intuição, Sensação, Pensamento e Sentimento

Função Principal	Perda Total	Baixa Visão	Total
In	-	-	0
Ss	2	6	8
Ps	2	1	3
St	6	3	9
Total	10	10	20

Pode-se observar na Tabela 8 que, em seis indivíduos com perda total da visão a função principal predominante foi o St (sentimento), já em seis indivíduos com baixa visão a função principal predominante foi a Ss (sensação).

Em seguida, tem-se qual foi a função auxiliar predominante nos participante, e esta função pode ser igual à função principal que foi descrita anteriormente.

Tabela 9. Função Auxiliar: Intuição, Sensação, Pensamento e Sentimento

Função Auxiliar	Perda Total	Baixa Visão	Total
In	3	1	4
Ss	5	3	8
Ps	-	2	2
St	2	4	6
Total	10	10	20

Pode-se observar na Tabela 9 que, em cinco indivíduos com perda total da visão a função auxiliar predominante foi a Ss (sensação), já em quatro indivíduos com baixa visão a função auxiliar predominante foi o St (sentimento). Com isso percebe-se que os indivíduos com perda total demonstraram St Ss (função principal e auxiliar) enquanto os indivíduos com baixa visão, as funções foram ao contrário, ou seja, neles foram Ss St (função principal e auxiliar), portanto os participantes demonstraram ter a tipologia semelhante apesar da atitude



predominante ser igual nos dois (Introversão), os indivíduos com baixa visão demonstraram ser mais extrovertidos do que os indivíduos com perda total da visão.

França-Freitas e Gil (2012) ao realizarem um estudo a respeito da interação social de crianças cegas e videntes, constataram que a criança com deficiência visual não terá complicações em seu desenvolvimento cognitivo, emocional e social, porém a maneira que ela aprenderá a interagir, comunicar e obter construções sociais a respeito do que ocorre ao seu redor, interferirá em seu desenvolvimento social e em sua aprendizagem. Contudo, aprenderá isso se estiver inserida em um ambiente com estimulação, para que a criança obtenha experiência para conhecer e desenvolver essas habilidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível identificar que a maioria dos indivíduos com perda total da visão apresentaram o tipo I St Ss (intuição, sentimento e sensação), na qual demonstram ter uma visão particular de sua vida, julgando a partir de seus ideais e valores, às vezes se escondem atrás de uma máscara que não demonstram o que sentem, sendo uma pessoa doce, apresentam a característica de serem flexíveis e adaptáveis as situações, e, os indivíduos com baixa visão apresentaram o tipo I Ss St (intuição, sensação e sentimento), ou seja, possuem um ponto de vista particular sobre a vida e julgam de acordo com seus ideais e valores, são pessoas leais, mas não expressam suas emoções e demonstram se esconder atrás de uma máscara, entretanto tornam-se sensíveis quando não conseguem expressar seus ideais, e os dois tipos tem como característica principal a introversão.

Ao realizar a aplicação do teste, percebeu-se o quanto os indivíduos com perda total da visão apresentam uma maior dificuldade em compreender aquilo que está sendo dito, pois foi necessário repetir várias vezes para alguns participantes, nos indivíduo com baixa visão o procedimento foi o mesmo, ou seja, a aluna pesquisadora leu todas as instruções e as alternativas.

Os dados expostos são referentes ao grupo de indivíduos que participaram da investigação. Para que esses dados possam ser generalizados, outros estudos mostram-se relevantes.

REFERÊNCIAS

- Coll, C., Marchesi, A. & Palacios, J. (Org.). (2004). *Desenvolvimento psicológico e educação: transtornos do desenvolvimento e necessidades educativas especiais*. (2ª ed.). (F. Murad, trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Escócio, J., Caetano, J.A.&Soares, E. (2004). O perfil do deficiente visual no município de Sobral/CE. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 5 (2), 49-56.
- Ferreira, B.C., Del Prette, Z.A.P. & Lopes, D.C. (2009). Habilidades empáticas de crianças videntes e cegas e a possível influência de variáveis sociodemográficas. *Interação em Psicologia*, 13 (1), 49-58.
- França-Freitas, M.L.P. & Gil, M.S.C.A. (2012). Interação social de crianças cegas e de crianças videntes na educação infantil. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 16 (2), 317-327.
- Gabrilli, M. (2011). *Uma data para enxergar a realidade*. Recuperado em 20 de janeiro de 2012 de <http://www.maragabrilli.com.br/component/content/article/3-noticias/528-uma-data-para-enxergar-a-realidade.html>.
- Garcia, V. (on line). *Número de pessoas com deficiência quase dobra e atinge 23% no Amazonas*. Recuperado em 04 de junho de 2012 de <http://www.deficienteciente.com.br/2012/05/numero-de-pessoas-com-deficiencia-quase-dobra-e-atinge-23-no-amazonas.html>.
- Gil, M.E.A.&Andrade, G.S.(1989). *Cegueira e deficiência visual: uma abordagem sociológica*. São Paulo: FACE.
- Machado, M.C.R. (1993). *Deficiente visual na classe comum*. São Paulo: Secretaria de Estado da Educação/Coordenadoria de Estudos e Normas Pedagógicas.
- Morgado, F.F.R. & Ferreira, M.E.C. (2010). Análise exploratória das escalas de silhuetas bidimensionais e tridimensionais adaptadas para a pessoa com cegueira. *Revista Brasileira Educação Especial*, 16 (1), 47-64.
- Samulski, D. & Noce, F. (2002). Perfil psicológico de atletas paraolímpicos brasileiros. *Revista Brasileira Medicina do Esporte*, 8 (4), 157-166.
- Veiga, J.E. (1983). *O que é ser cego*. São Paulo: José Olympio.



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



Zacharias, J.J.M. (2003). *QUATI: Questionário de Avaliação Tipológica (versão II): manual*. (5ª ed. rev. e ampl.). São Paulo: Vetor Editora.

AVALIAÇÃO DA PERSONALIDADE EM INDIVÍDUOS DEPENDENTES DE ÁLCOOL EM ABSTINÊNCIA

Anna Silvia Féres Leite (Universidade de Taubaté)

Paulo Francisco de Castro (Universidade de Taubaté e Universidade Guarulhos)

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo descrever a personalidade de indivíduos dependentes de álcool que se encontram em longo período de abstinência. O alcoolismo já é uma preocupação de saúde pública no Brasil e em outros países que dedicam grandes campanhas à prevenção do quadro, buscando minimizar as consequências geradas pelo vício, sejam no contexto social ou de relacionamentos, como também busca de controle dos efeitos de quadros decorrentes do abuso de álcool por longo período de tempo. Participaram deste estudo doze dependentes de álcool em abstinência há mais de dez anos, com idade entre 36 e 70 anos, sendo dez homens, com diferentes graus de escolaridade e nível socioeconômico. Todos os participantes foram submetidos ao Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister para avaliação do perfil de personalidade, aplicados e corrigidos de acordo com as especificações técnicas constantes no manual do referido instrumento de avaliação psicológica. Após correção dos testes, os resultados foram agrupados, observando-se a frequência das cores utilizadas na construção das pirâmides de cores, além do agrupamento das cores por meio de interpretações específicas, denominado de síndromes. Em síntese, no que se refere à incidência das cores utilizadas na tarefa, tem-se que os resultados revelaram que os indivíduos que compuseram a pesquisa demonstraram: labilidade estrutural e fuga das vivências externas ($Vm\downarrow$ - $N=8$), capacidade de adaptação e de compreensão intelectual ($Vd=$ - $N=7$), negação dos impulsos e da ansiedade ($Vi\downarrow$ - $N=7$), características de extroversão equilibrada e bem canalizada ($Am=$ - $N=7$), falta de energia e comprometimento da produtividade ($Ma\downarrow$ - $N=7$), capacidade de estabilidade e de regulação da personalidade ($Pr=$ - $N=8$), certa vulnerabilidade por mecanismos de controle ineficientes ($Br=$ - $N=10$) e equilíbrio de sentimentos disfóricos ($Ci=$ - $N=8$). Quando as cores são agrupadas para constituição das síndromes de interpretação, os dados mais incidentes indicaram, em síntese: dificuldade de adaptação e de estabilidade emocional ($normalidade\downarrow$ - $N=12$), conduta de inibição afetiva e social, associado à introversão



(estímulo↓ - N=11), instabilidade emocional, social e afetiva (fria↓ - N=12), estabilidade no uso de processos defensivos (incolor= - N=10) e capacidade em perseverança, receptividade e elaboração (dinamismo↓ - N=7), Assim, é possível identificar aspectos positivos e negativos nas características de personalidade dos indivíduos em abstinência de álcool, podendo gerar, por vezes, vivências mais conflitivas no que tange ao perfil dos mesmos. Por um lado, observa-se certa introversão que contribui para instabilidade emocional e social que, associada à negação dos impulsos e mecanismos de controle ineficientes, podem gerar dificuldade de adaptação, falta de energia para produtividade e dificuldade de adaptação emocional; entretanto, também é possível identificar adaptação e compreensão intelectual que permitem a utilização de recursos defensivos no campo cognitivo, tal capacidade pode equilibrar sentimentos disfóricos que influenciam o indivíduo à extroversão e regulação da personalidade. Em síntese, tem-se que os participantes desse estudo podem experimentar conflitos entre introversão e extroversão, podendo-se associar a certo sofrimento psicológico diante desses dados ambivalentes. Pela importância do tema, estudos mais amplos são necessários no sentido de buscar melhor compreensão dessas divergências observadas.

Palavras-chave: Alcoolismo. Abstinência. Avaliação da Personalidade.

Eixo Temático: Estratégias de diagnóstico aplicadas à Psicologia da Saúde.

INTRODUÇÃO

As drogas, em especial o álcool, estão presentes na vida e cotidiano de várias famílias, no mínimo um de seus membros usou ou já experimentou alguma droga lícita, como o tabaco e o álcool. De acordo com a pesquisa do Epidemiologic Catchment Area (ECA) pode-se inferir que além das drogas outros problemas podem comprometer a vida do indivíduo e de toda população, os transtornos mentais e de personalidade podem ser contribuintes para uma pré-disposição ao uso do álcool, como também o seu uso pode gerar outro transtorno físico ou psíquico. A referida pesquisa “mostrou que 37% dos indivíduos que apresentaram transtornos do álcool tinham pelo menos outro transtorno mental concomitante, sendo os transtornos de ansiedade e depressão os mais prevalentes” (Regier et al., 1990 apud Pulcherio & Bicca, 2011, p. 117).



O estudo mais recente sobre o uso e abuso de álcool realizado no Brasil é de 2007 e foi realizado pelo CONAD, órgão central do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e responsável pela Política Nacional sobre Drogas (PNAD), e a Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD) da UNIFESP, que apresentaram os resultados do I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira em colaboração com a Universidade do Texas e com a Organização Mundial da Saúde, por meio do Projeto Genacis. A pesquisa constatou que 52% dos brasileiros acima de 18 anos bebem (pelo menos uma vez ao ano). Entre os homens são 65% e entre as mulheres 41%. Além disso, conforme dados observa-se que 48% brasileiros abstinentes nunca bebem ou que bebem menos de uma vez por ano. No grupo dos adultos que bebem, 60% dos homens e 33% das mulheres consumiram cinco doses ou mais na vez em que mais beberam no último ano. Do conjunto dos homens adultos, 11% bebem todos os dias e 28% consomem bebida alcoólica de uma a quatro vezes por semana – são os que bebem “muito frequentemente” e “frequentemente” (Laranjeira, Pinsky, Zaleski & Caetano, 2007).

O uso de substâncias psicoativas é muito mais antigo do que se imagina. De acordo com Laranjeira e Ribeiro (2007) na Antiguidade usavam-se essas substâncias como alimento, ou como modulador do estresse ambiental. As bebidas alcoólicas eram constituídas como fonte nutritiva armazenável, devido à escassez de armazenamentos de água, sendo assim o seu uso básico por subsistência. O uso exagerado ou abusivo era contestado por muitos povos, sendo considerada uma afronta aos valores e normas sociais, além de condutas pecaminosas.

Somente no século XVIII, com os médicos Benjamin Rush e Thomas Trotter, que o uso abusivo de substâncias psicoativas foi tratado como uma problemática médica, e que a embriaguez era resultado da perda do autocontrole e comprometia o equilíbrio saudável do corpo (Laranjeira & Ribeiro, 2007).

A partir da visão psicodinâmica apresentada por Ribas et al. (2009) há pessoas que podem lidar bem com as frustrações e com as ansiedades do dia a dia, há outras, porém, que possuem menos recursos psíquicos. Esta diferença está justamente, na estrutura de personalidade que cada um desenvolve, sendo a dependência química a expressão de uma delas. A concepção da psicanálise compreende a droga como uma estratégia defensiva contra o sofrimento e a infelicidade, atribuindo como origem desse sofrimento, a atuação da família.

O organismo de cada indivíduo, a sua personalidade, medos e ansiedades, os grupos familiares e culturais são conteúdos que o mesmo buscará em momentos específicos de sua

vida e cada um desses é indispensável na construção do eu como também são inevitavelmente influenciadores ao seu desenvolvimento e dependências (Haas, Angonese & Oliveira, 2011).

Alcoolismo

De acordo com os critérios de diagnóstico observados nos manuais descritivos, nenhum padrão de consumo está isento de riscos. Os padrões podem ser classificados como: consumo de baixo risco, consumo nocivo ou abusivo, e consumo de dependência. As características de cada um desses padrões são: Consumo de álcool em baixas doses e cercado das precauções necessárias para a prevenção de acidentes (baixo risco); consumo quase sempre acompanhado de complicações (nocivo ou abusivo); e consumo frequente, compulsivo, destinado à evitação de sintomas de abstinência e acompanhado por problemas físicos, psicológicos e sociais (dependência) (Laranjeira & Ribeiro, 2007).

A investigação quanto aos problemas relacionados a ingestão abusiva de álcool é encontrada também por Hill e Chow (2002) apud Vaissman (2007), que dizem “que na etiologia do beber arriscado há o temperamento, que ao longo da vida se solidifica como traço de personalidade. Somente analisando-se sob a perspectiva longitudinal do ciclo de vida é que podemos prever os riscos do ambiente e a própria plasticidade individual na recuperação da dependência de álcool e outras drogas” (p. 43).

Como tratamento não farmacológico o consenso brasileiro para o tratamento dos “Usuários de Substâncias Psicoativas” recomenda, para bebedores nocivos e dependentes do álcool, como técnica psicoterápica, entrevistas motivacionais, intervenção breve, prevenção da recaída e terapia cognitivo-comportamental (Ramos & Woitowitz, 2004).

Os tratamentos para a Síndrome de Abstinência Alcoólica, segundo Laranjeira et al. (2000) podem ser ambulatorial, de internação domiciliar ou de internação hospitalar. O tratamento pode ser dividido em não farmacológico (que inclui os cuidados gerais e orientações) e farmacológico. Como tratamento não farmacológico o consenso brasileiro para o tratamento dos “Usuários de Substâncias Psicoativas” recomenda, para bebedores nocivos e dependentes do álcool, como técnica psicoterápica, entrevistas motivacionais, intervenção breve, prevenção da recaída e terapia cognitivo-comportamental (Ramos & Woitowitz, 2004).

A busca pela recuperação e abstinência do álcool também são observadas nos grupos de autoajuda, entre eles o Alcoólicos Anônimos (AA). “AA” pode ser descrito como um método para recuperação do alcoolismo, no qual os membros ajudam-se mutuamente, compartilhando



entre si uma enorme gama de experiências semelhantes em sofrimento e recuperação do alcoolismo (Junaab, on line).

MÉTODO

O presente estudo foi realizado com 12 indivíduos abstinentes de álcool há mais de dez anos, sendo eles distribuídos em dez pessoas do sexo masculino e duas pessoas do sexo feminino, com variação de 36 anos a 70 anos de idade. Dentre os participantes, cinco são casados, cinco são divorciados e dois são viúvos. Os graus de instrução variam em Fundamental Incompleto, Fundamental Completo, Ensino Médio Completo, Superior Incompleto e Superior Completo.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi o Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister. Trata-se de uma técnica projetiva que visa a investigar aspectos psicodinâmicos da personalidade, com base nas revelações entre as cores, seu manejo e seu simbolismo (Cunha, 2000).

O teste das Pirâmides Coloridas é composto por uma folha de papel com o desenho de uma pirâmide de cinco andares, constituída de quinze quadrados de 2,5cm de lado, além de quadrados de papel glacê de 24 tonalidades diferentes, a partir de dez cores fundamentais: vermelho, laranja, amarelo, verde, azul, violeta, branco, marrom, cinza e negro. Aplica-se individualmente, sem tempo limitado (Cunha, 2000). Pede-se ao participante que cubra com os papéis os espaços de uma pirâmide, da melhor forma que achar, obtendo-se uma pirâmide colorida. Após o término dessa, é solicitado que o participante cubra mais duas pirâmides sequencialmente (Villemor-Amaral, 2005).

Analisa-se o teste das Pirâmides Coloridas pela interpretação baseada numa série de relações numéricas estabelecidas entre as categorias e nos percentuais de utilização das diferentes cores e tonalidades, que são avaliados conforme tabelas por sexo e idade, sendo analisada a sua significação a partir do simbolismo da cor, além de serem considerados o modo de execução e aspectos formais de acordo com as normas do manual técnico (Cunha, 2000; Villemor-Amaral, 2005).

RESULTADOS

Após a aplicação dos testes, os mesmos foram corrigidos e analisados de acordo com as especificações técnicas constantes no manual técnico do instrumento. Após essa etapa, os resultados foram analisados de acordo com os valores esperados para indivíduos com alcoolismo expressos nos dados normativos atuais (Villemor-Amaral, 2005).

Tabela 1. Distribuição da classificação das cores

Cor	Az	Vm	Vd	Vi	La	Am	Ma	Pr	Br	Ci
↑	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
=	6	4	7	5	6	10	5	8	10	8
↓	6	8	5	7	6	2	7	4	2	3
Total	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12

Legenda: ↑ valores elevados
= valores médios
↓ valores rebaixados

De acordo com os dados expressos na Tabela 1, observa-se diferença na incidência de oito cores, podendo caracterizar a referida amostra de investigação, como segue:

- **Vermelho (Vm):** maior incidência de Vm em valores rebaixados (N=8), revelando a hipótese de labilidade estrutural, enfraquecimento da possibilidade de descarga emocional, de realização ou de retraimento defensivo como fuga do mundo exterior.
- **Verde (Vd):** maior incidência de Vd em valores médios (N=7) apontando adaptação à esfera do contato e relacionamentos afetivos e sociais, aptidão para compreender uma situação de forma intelectual e emocional simultaneamente e também para compreender o outro em profundidade.
- **Violeta (Vi):** maior incidência de Vi em valores rebaixados (N=7), ressaltando certa negação dos impulsos e da ansiedade decorrente da intolerância a suportar tais estados, o que certamente dificultaria a elaboração dos conflitos e comprometeria o equilíbrio da personalidade.
- **Amarelo (Am):** maior incidência de Am em valores médios (N=10), demonstrando equilíbrio no que se refere a uma extroversão mais bem canalizada e mais adaptada ao ambiente.
- **Marrom (Ma):** maior incidência de Ma em valores rebaixados (N=7), acusando falta de energia, menor resistência e baixa produtividade.

- **Preto (Pr):** maior incidência de Pr em valores médios (N=8), indicando estabilidade e regulação que visam a adaptação.
- **Branco (Br):** maior incidência de Br em valores médios (N=10), revelando moderação à vulnerabilidade ou ausências de suficientes mecanismos de controle ou mesmo perda do contato com a realidade, como também, o equilíbrio quanto as impulsividades e possível desagregação do pensamento ou da estrutura da personalidade.
- **Cinza (Ci):** maior incidência de Ci em valores médios (N=8) apontando balanceamento no que se refere à carência afetiva e sentimentos de vazio, como a ansiedade, insegurança e repressão dos afetos.

Além da análise das cores, é possível a interpretação de agrupamentos das cores, de acordo com suas características interpretativas, esses agrupamentos são denominados de síndromes, por tratarem de um conjunto de sinais que, quando unidos, indicam aspectos de personalidade específicos.

Tabela 2. Distribuição da classificação das síndromes

Sind.	Normal	Estímulo	Fria	Incolor	Dinamismo
↑	0	0	0	0	0
=	0	1	0	10	5
↓	12	11	12	2	7
Total	12	12	12	12	12

Legenda: ↑ valores elevados
= valores médios
↓ valores rebaixados

A partir da apresentação dos dados na Tabela 2, observa-se diferença na avaliação das cinco síndromes, como segue:

- **Normalidade:** maior incidência em valores rebaixados (N=12), remetendo a baixa capacidade de manter uma conduta normal e adaptada, decorrente de certa desestabilidade e desequilíbrio emocional.
- **Estímulo:** maior incidência em valores rebaixados (N=11), acusando baixa capacidade de extroversão e a de contato afetivo e social.
- **Fria:** maior incidência em valores rebaixados (N=12), apontando instabilidade emocional, social e afetiva.

- **Incolor:** maior incidência em valores médios (N=10), significando o equilíbrio dos elementos estabilizadores, cujas funções variam da negação, atenuação ou repressão de estímulos, como também fugas de situações estimulantes.
- **Dinamismo:** maior incidência em valores rebaixados (N=7), ressaltando baixo aparecimento da trilogia “ação-realização-produtividade”, como a característica de perseverança e obstinação, receptividade e elaboração de contatos adaptados e objetivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados obtidos nesta amostra, pode-se inferir, em síntese, que os participantes apresentam certa capacidade de adequarem-se ao ambiente, devido ao controle e adaptação. Entretanto, também se observa baixa capacidade de manter uma conduta normal e adaptada, decorrente de certa desestabilidade e desequilíbrio emocional, contrapondo por certa estabilidade à esfera do contato e relacionamentos afetivos e sociais. Estas características referentes ao contato social também são influenciadas pelo equilíbrio de uma extroversão melhor canalizada.

Há baixo aparecimento da trilogia “ação-realização-produtividade”, como a característica de perseverança e obstinação, receptividade e elaboração de contatos adaptados e objetivos, devido a uma falta de energia, a adaptação ao contato social é o que pode equilibrar as situações que exigem maior destaque, produtividade e ação.

Conota-se uma negação dos impulsos e da ansiedade, pela existência de mecanismos que controlam a estabilidade e regulação que visam à adaptação, cujas funções variam da negação, atenuação ou repressão de estímulos, como também fugas de situações estimulantes.

Os dados aqui expressos são referentes aos indivíduos que participaram do estudo, pela relevância do tema, sugere-se outros estudos com amostra maior para possibilitar generalizações, além de estudos comparativos com diferentes momentos de abstinência no sentido de verificação de possíveis diferenças em relação a essa variável.

REFERÊNCIAS

- Cunha, J.A. (2000). Catálogo de técnicas úteis. In: J.A. Cunha e cols. *Psicodiagnóstico V*. (5ª ed.). (pp. 265-266). Porto Alegre: Artmed.
- Haas, J., Angonese, A.S. & Oliveira, L.A. (2011). A autoimagem de adolescentes do gênero masculino no tratamento da dependência química. *Unoesc & Ciência – ACHS*, 2 (2), 110-118.
- JUNAAB - Junta dos Serviços Gerais do A.A. do Brasil. (on line). *Os doze passos*. Recuperado em 10 de fevereiro de 2014 de <http://www.alcoolicosanonimos.org.br/36-principios/os-doze-passos.htm>.
- Laranjeira, R. & Ribeiro, M. (2007). A evolução do conceito de dependência química. In: A. Gigliotti & A. Guimarães (Org), *Dependência, compulsão e impulsividade*. (pp. 10-17). Rio de Janeiro: Rusio.
- Laranjeira, R. Nicastri, S., Jerônimo, C., Marques, A., Gigliotti, A., Campana, A. Bezerra, B., Maciel, C., Del Bem, C., Requião, D., Luz, E., Souza, F.G.N., Kerr-Correa, F., Dias, J.C., Bou-Habib, J.C., Zaleski, M. Zago, M.P., Nóbrega, P., Mussi, R., Palhano, R. & Ramos, S.P. (2000). Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (2), 62-71.
- Laranjeira, R., Pinsky, I., Zaleski, M. & Caetano, R. (2007). *I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira*. Brasília : Secretaria Nacional Antidrogas. Recuperado em 20 de junho de 2013 de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf.
- Pulcherio, G. & Bicca, C. (2011). Avaliação dos transtornos comórbidos: Álcool. In: G. Pulcherio et al. (Org.), *Álcool, outras drogas, informação: o que cada profissional precisa saber*. (pp. 117-131). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ribas, V. R., Andrade, C., Lima, M.D.C. ; Martins, H.A.L., Guerra, R.M., Aniceto, H.K.R., Guerra-Ribas, R.M., Carneiro, S.M.O. & Manhães de Castro, R. (2009). Personalidade do dependente químico. *Neurobiologia*, 72, (3), 65-73.
- Ramos, S.P. & Woitowitz, A.B. (2004). Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (s 1), 18-22.



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



- Vaissman, M. (2007). Dependência e ciclo de vida: Idade adulta. In: A. Gigliotti & A. Guimarães. (Org.), *Dependência, compulsão e impulsividade*. (pp. 39-43). Rio de Janeiro: Rusio.
- Villemor-Amaral, A.E. (2005). *As pirâmides coloridas de Pfister*. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.

AVALIAÇÃO DA PERSONALIDADE SOB A ÓTICA DA ENTREVISTA PSICOLÓGICA: UM ESTUDO TEÓRICO

Elaine Mota de Jesus (Universidade Braz Cubas)

Monique Vaniere de Souza (Universidade Braz Cubas)

Erica Hokama (Universidade Braz e Universidade Metodista de São Paulo)

RESUMO

A entrevista psicológica é um instrumento de investigação científica de tempo restrito que exige competência do entrevistador, sendo que algumas habilidades interpessoais precisam ser desenvolvidas e a escuta é a principal delas, ademais suas necessidades precisam estar supridas para que ele esteja integralmente no processo de avaliação, além de ser necessário ter um domínio teórico, visto que este é quem controla a entrevista, mas permite que o sujeito de análise a dirija. Utiliza-se essa técnica para avaliar a personalidade do sujeito, sendo esta definida como o padrão de pensamentos, sentimentos e comportamentos individuais e, devido à existência de uma complexidade em sua conceitualização existe uma multiplicidade de abordagens e teorias que se propõem a explicá-la. É fundamental o uso da técnica de entrevista psicológica para a avaliação da personalidade, pois independente do tipo de estruturação empregada, ela amplia as impressões do entrevistador em relação à personalidade do entrevistado, propiciando uma compreensão da personalidade global do sujeito, não se atentando para juízos de valor, ou seja, comportamentos considerados como bons socialmente, mas sim, aquele que é mais frequente nas situações habituais. Este artigo tem como objetivo discutir a incidência de pesquisas sobre entrevista psicológica e personalidade, utilizando-se como base o Banco de Dados do Google Acadêmico. Nele foram encontrados 215 resultados, quando a busca foi feita com as palavras-chave “entrevista psicológica” “personalidade”, entre o período de 2008 a 2013, sendo: 62 artigos, 31 monografias, 66 dissertações, 15 teses, 9 livros e 32 categorizados como outros. Verifica-se que embora os artigos apresentados nessa busca tenham discorrido sobre o assunto aqui explanado, não o apresentaram como tema principal. Conclui-se que uma das técnicas utilizadas no processo de avaliação psicológica para compreensão da personalidade é a

entrevista psicológica, pois por ser um instrumento científico, ele não se restringe a coleta de dados da vida do sujeito, mas apreende a personalidade do indivíduo por meio de uma escuta diferenciada e atenta, tanto nos aspectos manifestos que forem expressos, quanto nos motivos latentes de sua fala, haja vista a importância do seu uso, principalmente por psicólogos.

Palavras-chave: Entrevista psicológica. Personalidade. Avaliação Psicológica.

JUSTIFICATIVA

É fundamental o uso da técnica de entrevista psicológica para a avaliação da personalidade, pois independente do tipo de estruturação empregada, ela amplia as impressões do entrevistador em relação à personalidade do entrevistado, propiciando uma compreensão da personalidade global do sujeito, não se atentando para juízos de valor, ou seja, comportamentos considerados como bons socialmente, mas sim, aquele que é mais frequente nas situações habituais.

INTRODUÇÃO

Esse tem por objetivo analisar a existência de pesquisas sobre “entrevista psicológica” e “personalidade” a partir da fonte do Banco de Dados do Google Acadêmico.

O presente estudo vem mostrar a relevância do uso da técnica de entrevista na avaliação da personalidade e como esta é compreendida e avaliada pelas abordagens psicanalítica, humanista, cognitiva social e na visão de Gordon Allport.

Entende-se que avaliação psicológica é um processo teórico-científico de coleta de dados, estudos e interpretações de fenômenos psicológicos, através do uso de técnicas como entrevista psicológica e aplicação de teste, por exemplo. Ademais, para a sua realização deverá ter cuidado e preocupação com as técnicas utilizadas, os aspectos relacionais, éticos, legais e sociais, que estão diretamente implicados em seu trabalho.

Verificou-se que a entrevista psicológica é um dos instrumentos utilizados pelo psicólogo dentro da avaliação, a fim de coletar dados da vida do sujeito sob aspectos pessoais e interpessoais, a partir de um enquadramento, tendo como objetivo fazer encaminhamentos ou sugerir uma intervenção a benefício do entrevistado ou do órgão solicitante.

Utilizaram-se como fundamentação teórica, os seguintes autores: Alchieri e Cruz (2012), Beach (1991), Benjamin (1978), Bleger (1995), Feist e Feist (2008), Friedman e Schustack (2004), Hall et al (2000), Huffman et al (2003), Morris e Maisto (2004) e Pasquali (2001).

No desenvolvimento, aclaramos sobre entrevista psicológica, personalidade e como esses fazem parte da avaliação psicológica. Na conclusão, retomamos os assuntos abordados e o objetivo proposto na implicação do trabalho. Seguem por fim as referências.

DESENVOLVIMENTO

Avaliação Psicológica e Personalidade

Pasquali (2001) explana que a avaliação psicológica é um processo de coleta de dados e a interpretação deste, propiciam a compreensão dos comportamentos do indivíduo.

Para Alchieri e Cruz (2012) “a avaliação psicológica é um processo científico, fundamentado teórica e metodologicamente em teorias psicológicas, que busca estimar o valor ou qualidades de fenômenos psicológicos nas condições de vida das pessoas” (p. 29).

A avaliação psicológica precisa utilizar métodos e normas bem precisas, permitindo com que outros psicólogos consigam chegar às mesmas respostas, no entanto, em alguns instrumentos, é necessário que o psicólogo faça uso de sua capacidade interpretativa (Pasquali, 2001).

A avaliação psicológica pode ser desenvolvida em vários âmbitos, ou seja, é um processo desenvolvido por psicólogos que abrange várias áreas de sua formação, modificando apenas os objetivos e objetos de sua avaliação e a utilização de diferentes referenciais teóricos, que dependerá da abordagem do psicólogo (Alchieri e Cruz, 2012).

Para Pasquali (2001), a avaliação psicológica pode ser utilizada para diferentes atuações do psicólogo, por exemplo: na área jurídica, clínica, do esporte, escolar, entre outras. Esse processo pode ser usado para avaliar diferentes aspectos do sujeito, como inteligência, cognição, personalidade, por exemplo.

Segundo Morris e Maisto (2004), avaliar a personalidade é extremamente laborioso, pois além de se tratar de algo abstrato e invisível, além de diversos fatores, como por exemplo: cansaço, apreensão em ser avaliado, entre outros, interferirem nessa avaliação.

Huffman et al (2003) elucidam que em 1800 fazia-se a análise da personalidade por meio da frenologia, isto é, a personalidade era avaliada pela mensuração das ondulações

das diferentes áreas do crânio da pessoa; atualmente usa-se testes projetivos, testes objetivos, a observação e entrevistas para se testar a personalidade do indivíduo, ademais, pode-se dizer que esses métodos são mais eficazes por causa da precisão e da validade que eles apresentam.

Todo indivíduo tem em sua personalidade um comportamento que se torna característico, isto é, uma forma singular e habitual de agir em acontecimentos do cotidiano, sendo a testagem deste que é relevante na avaliação e não, o comportamento que é considerado como o “melhor” na personalidade do sujeito; cada teoria da personalidade explana a origem da personalidade dando ênfase a determinados aspectos e relevância a alguns métodos de avaliação (Morris e Maisto, 2004).

Hall et al (2000) explicam que cada teoria irá definir a personalidade, com base em seus conceitos específicos, que são considerados mais apropriados para descrição e compreensão do comportamento geral dos indivíduos.

Dessa forma Friedman e Schustack (2004) apresentam as principais ideias que embasam as mais importantes abordagens dentro da psicologia que estudam a personalidade, e ainda propõem ao leitor uma construção do saber, de modo que não se apoie apenas nos conceitos clássicos já existentes, mas amplie sua capacidade para elaborar novas teorias.

Hall et al (2000) afirmam que uma teoria da personalidade contém várias pressuposições no que concerne deduções e explicações sobre o comportamento humano, que possibilitem a sua relação com eventos observáveis. Os autores acrescentam que as teorias existentes não se baseiam em comportamentos isolados ou formas particulares de responder a uma determinada situação, pelo contrário, ela contempla diversos comportamentos, considerando o ser humano como uma unidade integrada, isto é, fundamenta-se em uma visão totalizadora do indivíduo.

Huffman et al (2003) enunciam que a personalidade é o padrão de pensamentos, sentimentos e comportamentos individuais que cada pessoa tem, e que os psicólogos irão avaliar, e explicar a personalidade do indivíduo com base no seu eixo teórico, as principais abordagens são: As teorias Psicodinâmicas, a teoria Humanista e a Teoria cognitivo social.

Morris e Maisto (2004) explicam que na abordagem psicanalítica a origem da personalidade está nos processos inconscientes, isto é, nos conflitos e nas motivações internas de cada indivíduo e que todo comportamento se baseia nos instintos sexuais, a personalidade

é constituída por três estruturas básicas: o id, o ego e o superego e estes trabalham em harmonia nos mantendo na sociedade.

Huffman et al (2003) enunciam que o id é uma estrutura completamente inconsciente presente desde o nascimento que busca o prazer imediato, enquanto o ego é regido pelo princípio da realidade, ele adia as satisfações do id para realizá-las de modo seguro e bem sucedido no tempo certo, e o superego é constituído no decorrer do desenvolvimento da criança quando as normas vão sendo internalizadas, ele detém as normas da sociedade, fazendo com que a criança diferencie o certo do errado.

Morris e Maisto (2004) acrescentam que a personalidade é desenvolvida pelas cinco fases do desenvolvimento psicosssexual: oral, anal, fálica, período de latência e genital e que de acordo como a criança lidar com os conflitos de cada fase ela determinará sua personalidade estabelecendo alguns mecanismos de defesa para aliviar a ansiedade resultante.

Huffman et al (2003) acrescenta que alguns estudiosos criticam essa abordagem por ela enfatizar a parte biológica, dá forças a algo que não é tangível, não levar em conta a cultura e ter uma fala sexista que é resultante da época, mas mesmo com essas controvérsias, Freud permanece como um dos maiores teóricos a respeito do assunto.

Feist e Feist (2008) elucidam que uma das mais relevantes teorias da personalidade é a Psicanálise e um dos motivos que a tornam até hoje de grande popularidade são os seus dois pilares: o sexo e a agressão, além da forma como esses assuntos são explanados por Freud.

Morris e Maisto (2004) aclaram que na teoria Humanista não se atentam apenas aos conflitos ocultos e na sua história de vida com base no passado, mas enfatiza o potencial das pessoas para crescer e mudar, prega a auto realização, além de acreditar que se as pessoas tiverem boas condições de vida se desenvolverão em direções mais desejáveis.

Huffman et al (2003) aclaram que esse estudo tem uma perspectiva fenomenológica, isso significa que a personalidade de cada individuo é formada pelo seu jeito de se ver no mundo; essa abordagem foi desenvolvida principalmente por Carl Rogers e Abraham Maslow enfatizando conceitos de auto estima e aceitação positiva incondicional por parte de Rogers e o potencial do ser humano para alcançar auto-realização criado esse conceito por Maslow.

O principal fundamento dessa teoria é o propósito do ser humano realizar seu potencial, porém esta teoria é frágil no que tange ao exagero do otimismo por não considerar a maldade inata e por consequentemente promover o egocentrismo e o narcisismo (Morris e Maisto, 2004).

Huffman et al (2003) elucidam sobre a teoria cognitiva social que acredita que a personalidade é construída por meio da história individual com a interação com o meio ambiente de modo que pensamos e interpretamos nossas diferentes experiências no mundo. Os teóricos cognitivos sociais mais influentes são: Albert Bandura que desenvolveu os conceitos de auto eficácia e determinismo recíproco, auto eficácia é a visão que a pessoa tem de si mesma e determinismo recíproco é a influencia que os pensamentos têm nas nossas ações e o outro teórico é o Julian Rotter que usa testes de personalidade para medir o locus controle do indivíduo que pode ser interno ou externo.

De acordo com Huffman et al (2003) essa é a abordagem que mais apresenta dados empíricos, por demonstrar hipóteses mais observáveis e testáveis, no entanto, ela torna-se reducionista, pois desconsidera o inconsciente e os processos emocionais tornando-se crua nesses aspectos.

Feist e Feist (2008) explicam outra teoria da personalidade proposta por Gordon Allport, que entendeu a personalidade como uma unidade organizada, formada por mente e corpo atuando como uma unidade. Allport optou por estudar a personalidade do homem normal, além de reconhecer a singularidade do sujeito.

Feist e Feist (2008) discorrem que na teoria de Allport, ele enfatizou a importância da motivação consciente em adultos saudáveis (pessoas conscientes das razões do porque dos seus comportamentos), pois ao invés de investigar os seus motivos inconscientes, atentava-se para os motivos manifestos na fala do sujeito. O foco da pesquisa de Allport foi o adulto psicologicamente maduro, não fazendo alusão a idade, mas sim, as características do sujeito de agir conscientemente, tanto se adaptando ao ambiente, quanto fazendo com que ele se adapte a si.

De acordo com Hall et al (2000), Gordon Allport desenvolveu a teoria dos traços, dividindo-os em dois grupos: os traços e as disposições pessoais. Os traços são as características comuns, isto é, os traços compartilhados por várias pessoas. Já as disposições pessoais, são os traços peculiares de cada indivíduo; subdividiu-os em cardinal, central e secundário. O traço cardinal são as características do sujeito que regem a maioria das atividades do sujeito. O traço central é a característica que mais se sobressai na personalidade da pessoa, aquele traço que nos identifica socialmente. Já os traços secundários são características de comportamentos que não ocorrem com frequência, são traços menos influentes.

Segundo Feist e Feist (2008), para Allport o núcleo unificador da personalidade é o self e ele explica que o seu desenvolvimento ocorre ao longo do tempo; nele está a consciência de nossos comportamentos.

De acordo com Hall et al (2000), o self refere-se a aspectos da personalidade próprios da nossa vida emocional e envolve valores, interesses, intenções e atitudes.

Todas as teorias que falam a respeito da personalidade são um reflexo se seus autores, porque o ponto de vista dos teóricos muito tem haver com o momento histórico que viveu, com as suas experiências e vida e sua forma subjetiva de ver o mundo (Feist e Feist, 2008).

Segundo Morris e Maisto (2004) “para essa complexa tarefa de avaliação da personalidade, os psicólogos utilizam quatro instrumentos básicos: a entrevista pessoal, a observação direta do comportamento, os testes objetivos e projetivos” (p. 362).

Entrevista Psicológica

Para Bleger (1995), a entrevista é uma ferramenta primordial usada na clínica, pois é uma técnica de investigação científica, que tem seus próprios métodos, regras sistêmicas, além de ter dupla face, isto é, ao mesmo tempo em que expande e verifica as informações, ela também aplica o conhecimento científico. O autor acrescenta que a entrevista é um instrumento muito difundido, isso quer dizer que ela pode ter vários objetivos, pois depende de cada profissional que irá usá-la e por isso deve ser estrita, mas restringindo a entrevista psicológica seu objetivo é a investigação, o diagnóstico e o encaminhamento terapêutico.

De acordo com o autor, a entrevista psicológica foi influenciada pelas ideias da Psicanálise, Gestalt, Behaviorismo e Topologia, e que cada abordagem contribuiu para que ela não tivesse como regra básica a obtenção de dados da vida do paciente, mas sim se tornar num instrumento científico que tem como preceito a compreensão da vida do indivíduo.

Ao falar de entrevista é preciso se atentar as condições que favoreçam a um diálogo sério e intencional e, que estimule o entrevistado. Para isso, são relevantes as condições externas e internas que promovemos para o entrevistado, antes da sua chegada e enquanto está conosco (Benjamin, 1978).

Segundo o autor, verificam-se como fatores externos a sala, pois precisa ser um lugar que não apresente ameaça, sem barulho ou que não cause distrações, além de assegurar que não ocorrerá interrupções durante a entrevista.

Já nos fatores internos, precisa-se que o entrevistador afaste seus interesses pessoais, para que isso não seja um obstáculo na ajuda do entrevistado, e somente será alcançado se conhecermos a nós mesmos e se estivermos bem com o nosso eu. Deve sentir o desejo de empoderar o paciente, o quanto possível, além de demonstrar interesse pelo que ele fala, ademais precisa-se prestar muita atenção na nossa expressão e no tom de voz, por estes revelarem muito, isto é, apoiando ou rejeitando a fala do entrevistado (Benjamin, 1978).

O autor citado acima acrescenta que outros aspectos internos importantes são: a honestidade, para mostrar ao entrevistado a nossa falibilidade, para que ele entenda que não temos a solução para tudo; além de saber ouvir e absorver o que o paciente fala, pois se não prestarmos atenção na fala do entrevistado, por estarmos preocupados com o que iremos dizer posteriormente, isso não beneficiará a entrevista.

Bleger (1995) diferencia os tipos de técnicas de entrevista da aberta e da fechada, esta última as perguntas elaboradas seguem uma ordem não podem sofrer variações, ela na verdade é um questionamento sistemático, enquanto que aquela não se prende a formulações, é ampla e dinâmica em relação a elaboração das perguntas, o que não significa que o alicerce dos dois tipos de técnicas sejam colher informações do paciente freneticamente e questioná-lo a todo momento.

Para Bleger (1995) os benefícios em aplicar a entrevista com método fechado, ela facilita em pesquisas quantitativas, pois é embasada na coleta de dados, e a aberta beneficia o entrevistador quando ele precisa averiguar com um olhar mais aprofundado a personalidade do entrevistado.

Benjamin (1978) explana que ao fazer uma pergunta é aconselhável que se use perguntas abertas ao invés de fechadas, pois estas exigem uma resposta específica, enquanto a aberta é mais ampla e possibilita que o entrevistado expresse sentimentos, pensamentos. Além de salientar que é preferível que o entrevistador use perguntas indiretas e não diretas, pelo fato de que estas são interrogações definidas, já as indiretas não parecem uma pergunta, pois não faz uso da interrogação, mas fica claro que precisam de uma resposta.

O autor salienta que muitos entrevistadores fazem perguntas desnecessárias ou sem importância, que ao invés de ajudar o entrevistado, acaba interrompendo-o ou até porque é algo que ele não tem condições de responder. Então, quando desejarmos perguntar algo ao entrevistado, precisamos ter claro algumas questões sobre essa pergunta, como por exemplo:

porque quero fazer aquela pergunta, se ela é relevante, que tipo de pergunta farei (aberta ou fechada) e principalmente se essa pergunta ajudará o paciente.

Para o autor, é desnecessário o uso de perguntas duplas em entrevistas, isto é, com o uso da conjunção “ou”, pelo fato de deixar o entrevistador e o entrevistado confundidos, além de ocasionar com que o paciente não responda nenhuma das duas, sendo mais oportuno fazer essas perguntas separadamente. Benjamin acrescenta que outro cuidado que o entrevistador deve ter é com o uso do “por que?”, pois pode ter um sentido negativo, como se estivesse reprovando a atitude do entrevistado e parecer que a entrevista é um interrogatório.

A entrevista é uma técnica usada dentro da consulta, ela não é a própria consulta, e anamnese é um estudo estatístico aprofundado do histórico pessoal do paciente, de sua doença e da sua saúde, ela sintetiza o paciente à série de informações coletadas da vida dele (Bleger, 1995).

Segundo o autor, a entrevista difere da anamnese, porque a entrevista é uma relação mais particular entre duas ou mais pessoas, no qual o entrevistador deve aplicar o seu saber através da escuta e da observação, esquivando-se da premissa de coletar apenas dados da vida do paciente. Já na anamnese o trabalho parte da suposição de que o paciente conhece sua vida e, portanto é capaz de fornecer seus dados na entrevista, já a entrevista psicológica trabalha com o que o indivíduo conhece da sua história com o esquema de seu presente, e a partir daí é que o entrevistador vai deduzir o que o paciente não sabe de si mesmo.

Benjamin (1978) apresenta dois tipos de entrevista, uma iniciada pelo entrevistado e a outra pelo entrevistador. Na primeira, o paciente que procura o entrevistador e devemos deixá-lo dizer o que o trouxe até a gente, ou se ele apresentar uma dificuldade pode-se perguntar sobre o que ele quer falar. No entanto, na entrevista iniciada pelo entrevistador, foi ele quem pediu para que o entrevistado viesse, e deve ser colocado com clareza o porquê dessa solicitação, além de ter o cuidado de não falar o tempo todo, sem deixar com que o entrevistado fale, pois devemos mostrar que estamos interessados em ouvi-lo.

Bleger (1995) classifica também a entrevista como individual e grupal, levando em consideração, sobretudo que o conceito de grupal está alicerçado em todo modo, pois mesmo que tenha apenas um entrevistado e o entrevistador, ali subsiste uma relação grupal, uma dinâmica entre duas pessoas, que forma um grupo.

A entrevista sempre beneficiará alguém, pode ser, maiormente o próprio entrevistado, quando for uma consulta, pode ser o entrevistador quando a entrevista é para fins de pesquisa,

ou beneficiar uma instituição; estas duas últimas requer uma disposição do entrevistador em despertar o interesse e a motivação do entrevistado em participar (Bleger, 1995).

Segundo Benjamin (1978), a entrevista apresenta três estágios, a abertura, o desenvolvimento e o encerramento. Na abertura é colocado o que será discutido, para que o entrevistado e o entrevistador entendam o assunto que motivou aquela entrevista. No desenvolvimento, o problema deve ser observado com atenção e explorado, no entanto, a entrevista não pode se tornar um interrogatório, mas devemos ajudar ao entrevistado ampliar sua percepção e entender como ele vê essa situação. Ademais é necessário que o entrevistador escute o que o paciente tem a falar, sem fazer interrupções, sem colocar exemplos pessoais e principalmente respeitando e entendendo o porquê do silêncio do entrevistado, quando este ocorrer.

Já no encerramento, precisa ocorrer o final do contato entre o entrevistado e o entrevistador e a separação. Então, é necessário, principalmente para o entrevistador que ele perceba que o encerramento está ocorrendo, e que nenhum assunto novo deverá ser iniciado, sendo importante que a entrevista tenha um tempo limitado e que ambos trabalhem dentro desse tempo, sendo que esse estágio determinará a impressão do entrevistado sobre a entrevista, ele perceberá se foi dada a devida atenção para que ele falasse e se ao final da entrevista não o “expulsamos” por estarmos preocupados com o horário (Benjamin, 1978).

Na entrevista psicológica, o campo já está determinado e o autor aclara que o entrevistador controla a entrevista, porém é o entrevistado quem a conduz. O autor explicita que muitas vezes ao analisar o indivíduo como um todo, seu comportamento manifesto por gestos corporais pode contradizer a sua fala, e que essas contradições pode parecer com fragilidades como um instrumento científico para alguns autores, no entanto, é justamente essas lacunas que fazem parte do objeto de pesquisa, e que é o que vai ser trabalhado na entrevista (Bleger, 1995).

Benjamin (1978) explica que é de extrema relevância que na entrevista de ajuda o entrevistador tenha empatia pelo entrevistado, isto é, compreender o sentimento do outro, participar do mundo interior do outro, mas sem deixar de ser você mesmo, isso sempre abrange dois “eus” diferentes. Diferindo da simpatia que significa compartilhar sentimentos e também da identificação que é querer ser igual ao outro, o que se torna em um só.

O observador participante não estuda apenas o fenômeno como ele é, mas sim a relação dele com a presença do entrevistador, e para isso o autor explica sobre dois

fenômenos importantes que ocorrem durante a entrevista: a transferência e a contratransferência, a primeira refere-se aos sentimentos e reações afetivas inconscientes do entrevistado em relação ao entrevistador que estão ligadas a construção de seus relacionamentos interpessoais. A observação do entrevistador para esse fenômeno contribuirá muito para compreensão da estrutura de personalidade do paciente, pois o entrevistado vai atribuir papéis ao seu entrevistador e a partir daí é possível verificar o que o entrevistado espera dele e suas resistências. Já na contratransferência são as respostas do entrevistador frente as manifestações do entrevista do que o afeta, é o autor enuncia a importância de ter um equilíbrio mental para manejar a situação (Bleger, 1995).

Segundo Bleger (1995), esses fenômenos ocorrem em todo relacionamento interpessoal, a diferença é que na entrevista estes fazem parte de uma investigação e são instrumentos técnicos de observação e compreensão.

A ansiedade está presente na entrevista tanto por parte do entrevistado como por parte do entrevistador e que se deve atentar não apenas ao seu aparecimento, mas a sua intensidade, porque embora ela faça parte do processo não pode ser exagerada para não ocasionar uma desorganização. A ansiedade no entrevistado deve-se não somente porque ele se depara com uma pessoa desconhecida, mas também por se deparar com conteúdos que são desconhecidos em si mesmo (Bleger, 1995).

O autor citado acima acrescenta que a ansiedade no entrevistador é mais difícil de ser manejada, pois toda ansiedade é despertada diante do desconhecido, é já que o instrumento de trabalho do entrevistador é a sua própria personalidade deve-se tomar cuidado com a projeção dos seus próprios conflitos sobre o entrevistado e ter capacidade para transformar o que o paciente desperta nele como sono, rejeição, compaixão entre outros, em ferramentas que não atrapalhem o processo terapêutico.

Benjamin (1978) explana que existem dois tipos de interpretação em entrevista, uma que é fundamentada no esquema interno de referência do entrevistado e a outra do entrevistador. Na primeira, é interpretado o que se compreende da fala do entrevistado, e que acaba por responder a ele. No entanto, quando se usa o esquema interno de referência do entrevistador, interpreta-se como pareceu para o entrevistador, e este espera que o entrevistado responda.

A entrevista diagnóstica é sempre terapêutica, e a interpretação é sempre usada, pois ela vincula o que o paciente esta falando com a ansiedade que estamos criando nele e simultaneamente resolvendo o que esta acontecendo no momento. O autor aclara que é

importante ressaltar que a interpretação é sempre uma hipótese que deve ser verificada e examinada, pois uma entrevista só se tem êxito quando realmente é esclarecido o verdadeiro problema que trouxe o paciente até o entrevistador. O autor acrescenta sobre o cuidado em interpretar, pois interpretar exageradamente é uma agressão ao paciente e que o entrevistador deve aprender a calar, que é tão necessário como interpretar (Bleger, 1995).

Huffman et al (2003) elucidam que a observação também é uma técnica utilizada para obter demonstrações sobre a personalidade do indivíduo, uma vez que o comportamento observado pelo analista revela a dimensão da gravidade da angústia do problema relatado pelo indivíduo.

De acordo Beach (1991), a abordagem comportamental faz uso de várias técnicas no processo de avaliação psicológica, a entrevista clínica individual é uma delas, podendo fazer também entrevistas com pessoas relevantes na vida do seu paciente. Utiliza também a observação ao vivo, para compreender melhor o que acontece com o indivíduo, entre outras.

De acordo com Morris e Maisto (2004, p. 369, citado por Ozer & Reise, 1994), independente do método que for empregado, a avaliação da personalidade através da observação direta, oportuniza ao psicólogo a verificar características da personalidade que se manifestam nas situações corriqueiras.

Alchieri e Cruz (2012) explicam que um teste psicológico também é um instrumento de avaliação, sendo uma maneira prática de avaliar os comportamentos humanos e para que este tenha uma validade e utilidade, precisa fundamentalmente seguir alguns critérios de aplicação e padronização.

Huffman et al (2003) aclaram que os testes podem ser divididos em dois tipos: os testes objetivos e os testes projetivos.

Os testes objetivos evadem submeter-se a técnica e a interpretação do entrevistador, pois na avaliação da personalidade esses testes são elaborados e aplicados seguindo um método padrão, por meio de respostas objetivas (sim ou não) ou através da escolha de uma opção dentre várias (Morris e Maisto, 2004).

Testes de personalidade objetivos são questionários onde a pessoa responde falando de si mesma, como se fosse uma auto-avaliação, pode ser aplicada para um grande número de pessoas, num curto espaço de tempo e é avaliado de modo padronizado; atualmente é um dos mais utilizados para avaliação da personalidade, alguns desses testes são construídos a partir da elaboração de perguntas negativas, justamente para os psicólogos diagnosticarem

desordens psicológicas, é subdividido por escalas para verificar o quanto o indivíduo se contradiz, ou não entendeu a pergunta ou até mesmo que não quis ser cooperativo (Huffman et al, 2003).

Morris e Maisto (2004) discorrem que esses tipos de testes podem apresentar desvantagens, caso a sujeito não se conheça ou não seja resoluto em relação a si próprio, suas respostas terão um proveito restrito, ademais, caso o indivíduo já tenha conhecimento ou se submetido a testes análogos de personalidade, isso influirá nas suas respostas.

Para Morris e Maisto (2004), alguns testes objetivos têm o intuito de avaliar traços de personalidade, já outros, usam perguntas congêneres para verificar respostas inexatas ou incoerentes e distinguir aspectos normais da personalidade.

Os teóricos psicodinâmicos não acreditam nos testes que se fundamentam em auto-relatos (testes objetivos), pois acreditam que os fatores que determinam os comportamentos das pessoas são inconscientes (Morris e Maisto, 2004).

Os autores acrescentam que os adeptos da visão psicodinâmica optam pela utilização dos testes projetivos de personalidade, em que, a partir da apresentação de um estímulo dúbio, são coletadas diversas respostas. Isto pode ser feito através de um pedido que o indivíduo complete uma oração ou por meio da apresentação de uma imagem vaga.

Para Huffman et al (2003), os testes projetivos têm a finalidade de apresentar para diferentes pessoas o mesmo estímulo sem uma forma precisa, como uma mancha no papel, por exemplo, e constatar as diferentes respostas que elas exprimem, ou seja, as pessoas serão avaliadas pelo o que elas percebem, esse tipo de teste é criticado por não apresentar com exatidão as respostas, pois cada examinador avaliará conforme sua singularidade tornando a interpretação imprecisa.

As vantagens do teste projetivo é que na maioria das vezes o indivíduo nem sabe o objetivo deste, além de ser mais flexível com relação a sua administração. O autor complementa que para ter exatidão e tirar proveito desse tipo de teste, depende-se essencialmente da capacidade de interpretação do psicólogo (Morris e Maisto, 2004).

OBJETIVO

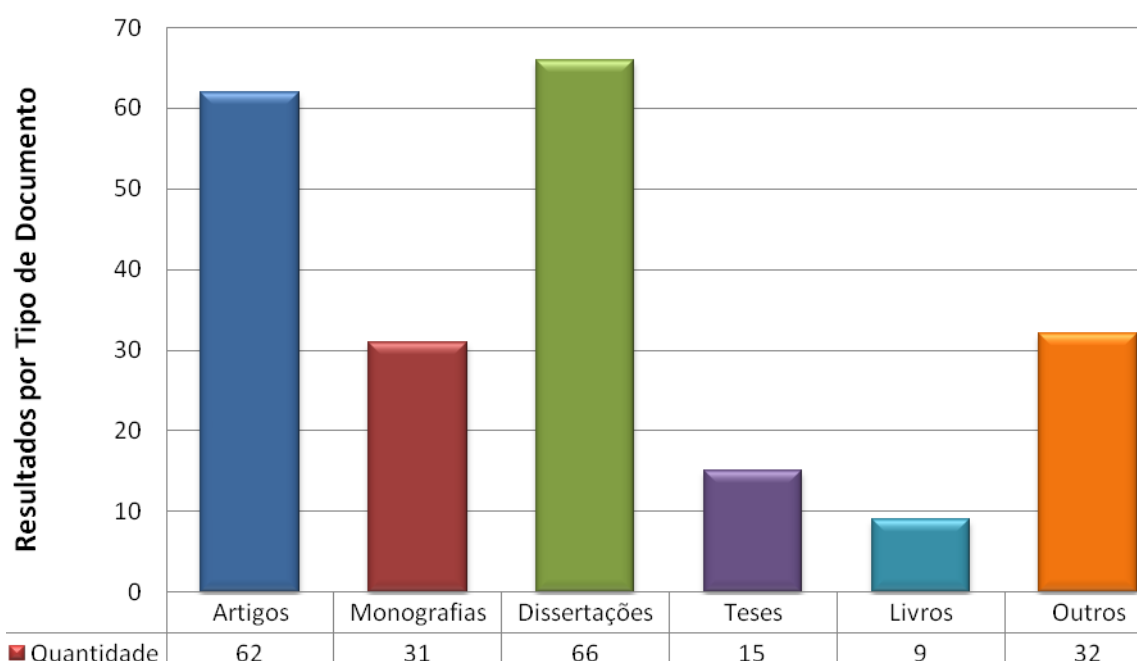
O objetivo desse artigo é discutir a incidência de pesquisas sobre entrevista psicológica e personalidade, utilizando-se como base o Banco de Dados do Google Acadêmico.

MÉTODO

Realizar uma pesquisa teórica a partir da base de dados do Google Acadêmico, utilizando-se como critério de busca os descritores “Entrevista Psicológica” e “Personalidade”, no período de 2008 a 2013.

RESULTADOS

Apresenta-se abaixo o gráfico com o resultado da pesquisa:



O gráfico acima refere-se aos resultados obtidos através da pesquisa sobre “Entrevista Psicológica” e “Personalidade” no banco de dados do Google Acadêmico. Esta busca foi restrita entre o período de 2008 a 2013, obtendo 215 resultados, sendo: 62 artigos, 31 monografias, 66 dissertações, 15 teses, 9 livros e 32 classificados como outros (O tipo de resultado identificado como outros são: Conteúdo Programático de Curso, Edital, Resenha, Revista, Relatório de Caso Clínico, Noticiário, Trabalho sem identificação ou que não abriram, Artigo faltando dados, Resumos de Trabalho Acadêmicos, Ementário, Manual de Capacitação e Colóquio).

Através da análise do gráfico, foi possível constatar a quantidade de artigos produzidos em cada ano pesquisado.

Dos 62 artigos, verifica-se que 12 foram publicados no ano de 2013, 15 no ano de 2012, 4 no ano de 2011, 5 no ano de 2010, 13 no ano de 2009 e 8 no ano de 2008. Observa-se que 5 artigos foram elaborados em anos anteriores, constarão nesse trabalho, por apresentarem como data de publicação no ano de 2009.

CONCLUSÃO

Tendo em vista, o assunto desenvolvido nesse artigo, compreende-se a relevância da avaliação psicológica nas diferentes atuações do psicólogo, no entanto, a técnica que cada profissional irá utilizar dependerá da sua abordagem teórica, pelo fato delas apreenderem a personalidade todas do sujeito, diferindo apenas nos aspectos que cada uma enfatiza.

Constatou-se que uma das técnicas utilizadas no processo de avaliação psicológica para compreensão da personalidade é a entrevista psicológica, pois por ser um instrumento científico, ele não se restringe a coleta de dados da vida do sujeito, mas apreende a personalidade do indivíduo por meio de uma escuta diferenciada e atenta, tanto nos aspectos manifestos que forem expressos, quanto nos motivos latentes de sua fala, haja vista a importância do seu uso, principalmente por psicólogos.

Contudo, percebe-se que isso não ocorre por uma negação das diferenças conceituais e teóricas, mas sim porque personalidade é ampla e de grande complexidade.

Através da análise do gráfico, observa-se que houve uma grande produção de estudos englobando entrevista psicológica e personalidade, no período pesquisado de 2008 a 2013, tendo como resultado, 215 trabalho elaborados, sendo que destes, somente 62 eram artigos e sua maior incidência de publicação foi no ano de 2012, resultando em 15 artigos.

Verifica-se que apesar dos artigos conterem o assunto aqui apresentado, eles dão mais evidência a um tema secundário, do que falar propriamente de entrevista psicológica e personalidade, de maneira vinculada, que deveria ser o assunto apresentado com maior ênfase, haja vista a impossibilidade de estes serem usados para fundamentar teoricamente esse artigo, no entanto, essa pesquisa foi restrita ao banco de dados do Google Acadêmico. É necessário uma maior pesquisa em outros bancos de dados, tais como, Scielo, Pepsi, Lilacs, BVS, entre outros, para ampliação deste artigo.

REFERÊNCIAS

- Alchieri, J. C., & Cruz, R. M. (2012). *Avaliação Psicológica: conceito, método e instrumentos* (5a ed., pp. 27-47). São Paulo: Editora Casa do Psicólogo.
- Beach, D. A. A entrevista comportamental (1991). In: Graig, R. J. *Entrevista Clínica e Diagnóstica* (pp. 112-129). Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Benjamin, A. (1978). *A entrevista de ajuda* (pp. 13-77). São Paulo: Editora Livraria Martins Fontes.
- Bleger, J. (1995). *Temas de Psicologia: Entrevista e Grupos* (5a ed., pp. 9-39). São Paulo: Editora Livraria Martins Fontes.
- Feist, J., & Feist, G. J. (2008). *Teorias da Personalidade* (6a ed., pp. 3-13). São Paulo: Editora McGraw-Hill.
- Friedman, H. S., & Schustack, M. W. (2004). *Teorias da Personalidade* (2a ed., pp. 512-517). São Paulo: Editora Prentice Hall.
- Hall, C. S., Lindzey, G., & Campbell, J. B. (2000). *Teorias da Personalidade* (4a ed., pp. 27-250). Porto Alegre: Editora Artmed.
- Huffman, K., Vernoy, M., & Vernoy, J. (2003). *Psicologia* (5a ed., pp. 491-519). São Paulo: Editora Atlas.
- Morris, C. G., & Maisto, A. A. (2004). *Introdução a Psicologia* (6a ed., pp. 342-370). São Paulo: Editora Prentice Hall.
- Pasquali, L. (2001). A medida e sua prática em Psicologia. In: *Conselho Regional de Psicologia – 13ª. Região – PB/NR. A Diversidade da Avaliação Psicológica: considerações teóricas e práticas* (pp. 25-38). João Pessoa: Editora Ideia.

AVALIAÇÃO DE PERSONALIDADE EM UM GRUPO DE PACIENTES COM DIABETES QUE SOFRERAM AMPUTAÇÃO

Heuler Aparecido Itho Junior (Universidade de Taubaté)

Paulo Francisco de Castro (Universidade de Taubaté e Universidade Guarulhos)

RESUMO

O presente trabalho possui como objetivo descrever traços de personalidade em um grupo de pacientes com diabetes, que sofreram diferentes níveis de amputação de membros inferiores. O diabetes é um quadro clínico de grande incidência na atualidade e, cada vez mais, observa-se pacientes que, por questões clínicas próprias necessitam passar por procedimentos de amputação. Tal vivência pode desencadear um conjunto de sentimentos decorrentes da perda do membro ou de parte dele, interferindo na maneira pela qual esse indivíduo se relaciona com o mundo e consigo. É relevante o desenvolvimento de pesquisas que levem em consideração os aspectos emocionais diante da amputação dos membros inferiores, possibilitando compreender os sentimentos dos pacientes, suas dificuldades em aderência ao tratamento e possíveis mudanças na vida particular, familiar, profissional e social. Nesta fase os pacientes passam por mudanças corporais e psicológicas estabelecendo uma nova relação com o mundo. A pesquisa contou com dez pacientes de ambos os sexos de diferentes níveis de amputação, com idade entre 50 e 80 anos, não houve controle de outras variáveis socioeconômicas, pelo fato de não estarem diretamente relacionada ao estudo. Todos os pacientes foram submetidos à Bateria Fatorial de Personalidade – BFP, instrumento de avaliação psicológica de cunho psicométrico, que avalia a personalidade a partir do pressuposto teórico da Teoria dos Cinco Grandes Fatores. Os dados mais incidentes foram os seguintes: escores muito altos no fator Neuroticismo (N=4), indicando vivências mais intensas de sofrimento psicológico, instabilidade emocional e vulnerabilidade a eventos negativos, com pouca ênfase aos aspectos positivos dos fatos. Escores médios no fator de Extroversão (N=6), revelando que se trata de pessoas com pouca comunicação, são mais reservadas e por isso não sentem tanto a necessidade de contato com pessoas, são introvertidas e preferem trabalhos individuais. Escores médios em Socialização (N=3), demonstrando um padrão comportamental compatível com o que se



espera do grupo em geral no que se refere a socialização das pessoas. Escores médios no fator de Realização (N=9), apresentando um padrão comportamental esperado no que se refere ao desejo e à necessidade por realizações de seus objetivos. Escores muito altos em Abertura (N=4), significando que se trata de pessoas curiosas, imaginativas, criativas, divertem-se com novas ideias e com valores não convencionais. Em síntese, os dados sugerem que os pacientes que compuseram a amostra da pesquisa vivenciam uma situação de desconforto, conflito diante da amputação, apresentam aspectos emocionais de tristeza e sentimentos de cunho mais negativo, associado a uma conduta de maior retraimento, apesar disto conseguem se organizar para estabelecer contatos adequados com o mundo externo. Diante dessas constatações, observa-se a necessidade de novas investigações sobre o tema a fim de compreender a dinâmica psicológica desses indivíduos, com vistas a propiciar a esses pacientes uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Personalidade. Avaliação psicológica. Amputação.

Eixo Temático: Estratégias de diagnóstico aplicadas à Psicologia da Saúde.

INTRODUÇÃO

De acordo com Ministério da Saúde (2006) o diabetes apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular.

De acordo com Maia e Araújo (2003) a ação do psicólogo no cuidado com paciente diabético visa o desenvolvimento do autocontrole, a conscientização desses pacientes, promoção do acompanhamento comportamental, estimulação da responsabilidade do paciente, na busca de uma maior aceitação da doença, com maior adesão à terapêutica instituída. Os autores ainda ressaltam que a educação em diabetes é muito importante para se ter um bom tratamento, uma vez que está diretamente relacionada à aceitação da doença e, logo, com o controle glicêmico.

Segundo Mello Filho (2007) o diabetes, desde que começou a ser estudado, a partir da prática clínica, trouxe as situações emocionais como preponderantes para abertura e/ou agravamento da doença. Como doença crônica, afeta o modo de vida do doente e de sua

família, sendo que os estudos dos aspectos emocionais tornaram-se importantes. O autor ainda ressalta que o diabetes é uma doença crônica, de grande potencial invalidante, que determina mudanças internas nas atividades do dia a dia do paciente, com isso são observados nesses pacientes vários tipos de sentimentos, tais como regressão, perda da autoestima, insegurança, ansiedade, negação da situação apresentada e depressão, e dependendo das estruturas psíquicas desses pacientes estes poderão lidar melhor ou pior com a nova situação de doença.

Segundo Marcelino e Carvalho (2004), diante de toda problemática entre o aspecto emocional e o diabetes observa-se que o acompanhamento psicológico a estes pacientes é muito importante, pois proporcionará uma elaboração dos aspectos emocionais da doença e com isso minimizará os sofrimentos psíquicos, para isso as autoras mencionam que o papel do psicólogo é de observar, ouvir as palavras e os silêncios, vivenciar junto ao paciente os conflitos e problemas desta nova condição de ser diabético. No caso do enfrentamento da doença com pacientes mais jovens o trabalho psicoterapêutico individual, segundo Marcelino e Carvalho (2004) pode ser realizado tanto com a criança ou o adolescente diabético, quanto com os pais afim de que eles também elaborem a perda do filho perfeito idealizado e aceitem a doença. É importante também a orientação aos pais a respeito das características da doença, para assim poderem ajudar seus filhos.

Assumpção et al. (2009) expõem que estudos indicam que as ulcerações nos pés diabéticos são responsáveis por 85% das amputações de extremidades inferiores. A longa duração da doença, hiperglicemia prolongada, dislipidemia (níveis elevados ou anormais de lipídios e/ou lipoproteínas no sangue), tabagismo, alcoolismo, presença de neuropatia (doenças nos nervos, que pode ser adormecimento nas mãos, pés, ou pernas), doença vascular periférica e de lesões ulcerativas prévias são alguns dos fatores de risco para amputações em pessoas com diabetes mellitus. Ainda segundo os autores, as amputações definidas como “maiores” são aquelas em que ocorrem amputação da parte proximal do pé, perna (abaixo do joelho), coxa (acima do joelho) e desarticulação do quadril; enquanto que as amputações de nível menor são restritas aos dedos dos pés ou à parte anterior do pé, sendo assim, de certa forma, mais bem aceitas pelos pacientes porque dispensam o uso de próteses e não impossibilitam a deambulação.

Estima-se que 85% de todas as amputações realizadas ocorrem em membros inferiores. Essas amputações são comuns em diabéticos com ulcerações de membros inferiores. No

entanto, pessoas incapacitadas podem ter boa qualidade de vida quando ultrapassam limites e conseguem equilíbrio entre mente, corpo e espírito. Ainda segundo os autores Chini e Boemer (2007), a perda de uma parte do corpo é “ter alterada toda uma existência, é viver uma incompletude que traz consigo uma série de alterações no existir” (p.03) em uma adaptação e readaptação, é um sofrimento grande para os pacientes ter que viver novamente, assumindo agora outra perspectiva no mundo para si, para os outros, para os objetos. Esse paciente no pré-operatório tenta se afastar de si o que considera doloroso, tendo uma falsa sensação de sentir-se bem apesar das circunstâncias, mas isso é enganar-se a si próprio, pois o corpo expressa tudo aquilo que as palavras não dizem.

De acordo com Nunes, Resende, Castro, Pitta, Figueiredo e Miranda Junior (2006) a amputação de membros inferiores é uma das principais consequências do Diabetes Mellitus e das ulcerações nos pés. Os doentes diabéticos têm um risco 15 vezes maior de serem submetidos a amputações de membros inferiores do que os que não têm a doença; 1,7% de todas as internações relacionadas com o diabetes podem ser atribuídas a esse procedimento, e 10% dos custos com os cuidados de saúde dos pacientes diabéticos estão associados às amputações.

Para Carvalho, Kunz, Depieri e Cervellini (2005), em relação às complicações psicológicas diante da amputação, existem muitas controvérsias, acreditam em que jovens amputados, devido a traumatismos e tumores malignos, apresentem depressão imediata após a amputação, que se resolve gradualmente com o tempo, por outro lado, pacientes com mais idade (idosos) amputados por insuficiência vascular evidenciam menor depressão inicialmente, porém apresentam maior dificuldade de ajustamento com o tempo. Afirma que jovens geralmente apresentam mais situações conflitivas, ansiedades e mais falta de integração à sua nova condição, enquanto que os pacientes idosos apresentam menos conflitos pessoais, além de terem melhor preparo para enfrentar as alterações de sua imagem corporal após a amputação.

OBJETIVO

Descrever aspectos de personalidade, observados em um grupo de pacientes com diabetes que necessitaram sofrer amputação em membros inferiores.



MÉTODO

A Bateria Fatorial de Personalidade – BFP foi aplicada em dez pacientes com diabetes de ambos os sexos, entre 50 e 80 anos de diferentes níveis de amputações dos membros inferiores. Não foi considerada classe social, estado civil e tempo de amputação neste estudo.

A BFP de acordo com Nunes, Hutz e Nunes (2010) é um instrumento psicológico construído para a avaliação da personalidade a partir do modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF), esses fatores avaliam traços de personalidade tais como:

1. Extroversão: pessoas que segundo o autor, interagem com os demais e que indica que são comunicativas, falantes, ativas, assertivas, responsivas, otimistas e afetuosas.
2. Socialização: pessoas que tendem a ser generosas, bondosas, afáveis, prestativas, e altruístas, são solidárias para ajudar o próximo e acreditam que a maioria das outras pessoas será da mesma forma.
3. Realização: são pessoas com características de organização, persistência, controle e motivação. Tendem a ser confiáveis, trabalhadoras, decididas, pontuais, escrupulosas, ambiciosas e perseverantes.
4. Neuroticismo: é a característica mais associada às características emocionais das pessoas. Refere-se ao nível crônico de ajustamento e instabilidade emocional dos indivíduos, são propensos a vivenciar intensamente sofrimento emocional, inclui também ideias dissociativas da realidade, ansiedade excessiva, dificuldade para tolerar a frustração, depressão, baixa estima, impulsividade e vulnerabilidade.
5. E por fim o fator Abertura: são características de comportamentos exploratórios e de ter novas experiências, são curiosos, imaginativos, criativos, divertem-se com novas ideias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A interpretação dos dados obtidos pela Bateria Fatorial de Personalidade – BFP, foi pautada nas informações contidas no manual técnico do instrumento, de acordo com a proposta de Nunes, Hutz e Nunes (2010), apresentada a seguir.

Tabela 1. Dados relativos à BFP

Fator	Muito Alto	Alto	Médio	Baixo	Muito Baixo	Total
Neuroticismo	4	0	4	2	0	10
Extroversão	0	4	6	0	0	10
Socialização	1	2	3	3	1	10
Realização	0	1	9	0	0	10
Abertura	4	3	0	3	0	10

Como é possível observar na Tabela 1, tem-se pacientes com escores muito altos no fator Neuroticismo (N=4), tendem a vivenciar de forma mais intensa o sofrimento psicológico, instabilidade emocional e vulnerabilidade, além de relatarem ter experiências intensas de eventos negativos, dando pouca ênfase aos aspectos positivos dos fatos. Com escores médios (N=4) as pessoas tendem um sofrimento menos intenso, são estáveis emocionalmente e fortes, não relatam também experiências intensas de eventos negativos. Nos pacientes com escores baixos (N=2), são pessoas que não apresentam sofrimento psicológico, indicam estabilidade emocional e são mais resistentes, além disso, apresentam eventos positivos em suas experiências e focam nesses aspectos positivos. Não houve pontuação para o fator alto e muito baixo neste estudo.

Os pacientes com escores médios (N=6) em Extroversão são pessoas que não gostam de falar muito, são mais reservadas e por isso não sentem tanto a necessidade de contato com pessoas, são introvertidas e preferem trabalhos individuais. Os indivíduos que apresentam escores altos (N=4) tendem a ser falantes e buscam contato com pessoas, mesmo que as conheçam pouco, falam de suas intimidades com os demais mesmo que conhecendo relativamente pouco. Não houve pontuação para os índices muito alto, baixo e muito baixo neste estudo.

Indivíduos com escores médios em Socialização (N=3) indicam um padrão comportamental compatível com o que se espera no que se refere a socialização das pessoas. Nos escores baixos (N=3) as pessoas tendem ser mais hostis com os demais, incluindo uma postura manipuladora, cujo objetivo é o seu próprio benefício. Com altos escores (N=2) tendem a confiar nos demais, acreditando no seu lado positivo e raramente suspeitando das suas intenções. Os pacientes que apresentam escores muito altos (N=1) no fator Socialização são pessoas seguras e confiantes em si, são leais com os outros e têm como características marcantes a franqueza. Nos indivíduos com escores muito baixos (N=1) geralmente são observados em indivíduos com consumo de substâncias psicoativas, bem como quebra de leis

e regras sociais, infidelidade recorrente e outros comportamentos associados ao transtorno antissocial.

O Fator Realização envolve os traços de personalidade que se relacionam com motivação para o sucesso, perseverança, capacidade de planejamento de ações em função de uma meta, bem como nível de organização e pontualidade. Têm-se pacientes com escores médios nesse fator (N=9) são pessoas que indicam um padrão comportamental esperado no que se refere ao desejo e à necessidade por realizações de seus objetivos. Pessoas que apresentam alto escore nesse fator (N=1) tendem a buscar formas de alcançar seus objetivos, mesmo que isso envolva algum sacrifício ou conflite com algum desejo imediato, tendem a ser ambiciosas, esforçadas e muito dedicadas ao trabalho. Os índices muito alto, baixo e muito baixo não foram observados nos indivíduos que participaram desta pesquisa.

Os dados do fator Abertura referem-se aos comportamentos exploratórios e de reconhecimento da importância de ter novas experiências. Os pacientes com escores muito altos (N=4) são pessoas curiosas, imaginativos, criativos, divertem-se com novas ideias e com valores não convencionais. Os indivíduos que apresentaram escores altos nesse fator (N=3) são pessoas que interagem com novas ideias mas com menos intensidade e também pouco curiosas. Os indivíduos com escores baixos (N=3) tendem a ser convencionais nas suas crenças e atitudes, conservadoras nas suas preferências, dogmáticas, rígidas e também menos responsivas emocionalmente. Os índices médio e muito baixo não foram observados nos indivíduos que participaram desta pesquisa.

Foram observadas características de sentimentos disfóricos como tristeza ou certo grau de depressão diante do diagnóstico de diabetes, tal aspecto pode ser observado nos estudos de Maia e Araújo (2003) onde os autores avaliaram aspectos psicológicos em um grupo de pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 1 em Minas Gerais. O comprometimento significativo da qualidade de vida é frequentemente relacionado ao diabetes, incluindo limitações funcionais, estresse social e financeiro, desconforto emocional e até depressão maior. Chini e Boemer (2012) identificaram que perder uma parte do corpo é ter alterada toda uma existência, é viver uma incompletude que traz consigo uma série de alterações no existir, é ter que se adaptar/readaptar, aprender a viver novamente, agora assumindo uma outra perspectiva no mundo para si, para os outros, para os objetos.

Galván e Amiralian (2009) relatam que muitas pessoas, após a amputação, deparam-se com um profundo sentimento de estranhamento de si mesmas, não se reconhecem nem

fisicamente nem no que diz respeito às suas reações emocionais. A vivência descrita é de profunda angústia e indefinição com relação ao futuro, às capacidades e às limitações que estão sendo vividas.

Chini e Boemer (2012) identificaram que vivenciar uma amputação implica em experiência marcada por alterações biopsicossociais, espirituais e culturais, repleta de estigmas, decorrentes da deficiência instalada e de sentimentos diversos, convergentes e divergentes, que se entrelaçam e se unem formando um todo. É uma vivência constituída por sentimentos que se confundem, sendo permeada pela razão, que visualiza a cirurgia como necessária, e a emoção que não aceita a perda. Outro estudo que aponta para mesma direção foi desenvolvido por Gabarra e Crepaldi (2012) que verificaram que pacientes amputados tendem ao isolamento e surge uma percepção de discriminação pela sua condição física.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após observar os dados, pode-se verificar que os pacientes que participaram do presente estudo, indicam predominantemente um conjunto de características de personalidade que podem definir esse grupo:

- Vivenciam intensamente o sofrimento psicológico, revelando certa instabilidade emocional e vulnerabilidade a sentimentos de cunho negativo;
- Tendem a ser mais reservados e introvertidos, não indicam necessidade de se relacionar com outros indivíduos;
- Indicam comportamento social compatível com o apresentado pela maior parte dos indivíduos, revelando capacidade de socialização adequada;
- Possuem capacidade e equilíbrio na busca de realização de seus objetivos, conseguem empregar atenção e seguir em direção de suas metas de forma organizada e tranquila e
- Revelam muita curiosidade, imaginação e criatividade, com possibilidade de diversão em entrar em contato com novas ideias que possa formular.

Em síntese, apesar de certa introversão e pouca necessidade de relacionamento mais próximo, associado à vulnerabilidade para sofrer com sentimentos de cunho mais negativo, os pacientes conseguem articular seus conteúdos, em busca de atingir seus objetivos, Além disso, conseguem manter um relacionamento socialmente bem articulado, a despeito das vivências decorrentes da amputação.

Importante destacar a quantidade pequena de participantes e, diante desse fato, para que se façam generalizações de forma mais consistentes, são necessárias pesquisas mais amplas.

REFERÊNCIAS

- Assumpção, E.C., Pitta, G.B., Macedo, A.C.L., Mendonça, G.B., Albuquerque, L.C.A., Lyra, L.C.B., Timbó, R.M. & Buarque, T.L.L. (2009). Comparação dos fatores de risco para amputações maiores e menores em pacientes diabéticos de um Programa de Saúde da Família. *Jornal Vascular Brasileiro*, 8 (2), 133-138.
- Carvalho, F.S., Kunz, V.C., Depieri, T.Z. & Cervellini, R. (2005). Prevalência de amputação em membros inferiores de causa vascular: análise de prontuários. *Arquivos de Ciência da Saúde da Unipar*, 9 (1), 23-30.
- Chini, G.C.O. & Boemer, M.R. (2007). A amputação na percepção de quem a vivencia: um estudo sob a ótica fenomenológica. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 15 (2), 159-166.
- Gabarra, L.M. & Crepaldi, M.A. (2009). Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. *Aletheia*, 30, 59-72.
- Galván, G.B. & Amiralian, M.L.T.M. (2009). Corpo e identidade: reflexões acerca da vivência de amputação. *Estudo de Psicologia Campinas*, 26 (3), 391-398.
- Maia, F.F.R. & Araújo L.R. (2002). Projeto Diabetes Weekend: Proposta de educação em diabetes mellitus tipo 1 em Minas Gerais. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 46 (5), 261-266.
- Marcelino, D. B. & Carvalho M. D. B. (2005). Reflexões sobre o Diabetes Tipo 1 e sua Relação com o Emocional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (1), 72-77.
- Mello Filho, J. (2007). *Grupo e corpo: psicoterapia com pacientes somáticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ministério da Saúde. (2006). *Diabetes Mellitus*. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 24 de agosto de 2012 de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.pdf.
- Nunes, C.H.S.S; Hutz, C.S. & Nunes, M.F.O. (2010). *Bateria fatorial de Personalidade (BFP). Manual Técnico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



Nunes, M. A. P.; Resende, K. F.; Castro, A. A.; Pitta, G. B. B.; Figueiredo, L. F. P.; Miranda Junior, F. (2006). Fatores predisponentes para amputação de membro inferior em pacientes diabéticos internados com pés ulcerados no estado de Sergipe. *Jornal Brasileiro Vascular*, 5 (2), 123-130.

AVALIAÇÃO DE PERSONALIDADE, À LUZ DA PSICOLOGIA CRIMINAL, EM INDIVÍDUOS QUE COMETERAM CRIMES DE NATUREZA SEXUAL: PROPOSITURA DE UM PROTOCOLO PSICODIAGNÓSTICO⁸

Armando Rocha Junior (Universidade Guarulhos, Universidade de Taubaté e Penitenciária Feminina da Capital)

RESUMO

No presente século, a violência parece assolar a humanidade de forma geral. No Brasil, havia a impressão de que essa violência estava distante, mas, é de impressionar o que vem ocorrendo nos últimos anos, sobretudo no que se refere aos crimes contra a pessoa e patrimônio. Nesta pesquisa, os crimes de natureza sexual foram abordados, não só pela gravidade, mas, pelas sequelas que deixam. Tal abordagem não foi um estudo sobre a tipificação desse tipo de crime, mas, sim, sobre a organização de um protocolo psicodiagnóstico para examinar a personalidade de quem o pratica. O objetivo deste trabalho foi organizar o protocolo e as especificidades do instrumento que o compõem. Para tanto, foram realizados estudos sobre os diversos instrumentos psicológicos em uso no Brasil, tais como: testes de inteligência, personalidade e tipos de entrevista, para uma vez aplicados em conjunto, possibilitarem traçar o perfil psicológico dos criminosos, permitindo à justiça, tomar as medidas adequadas para proteção dos mesmos, sempre em consonância com a lei.

Palavras-chave: Protocolo Psicodiagnóstico. Avaliação Psicológica. Avaliação de Personalidade.

INTRODUÇÃO

O início do século XXI parece ter sido marcado por casos de violência pontuais, de repercussão mundial, pela sua natureza, capazes de se sobrepor aos desentendimentos entre as nações. Estes casos foram menos comuns no Brasil até duas décadas atrás, hoje,

⁸ Apoio: PESQDOC/UnG – Programa de Pesquisa Docente da Universidade Guarulhos



evidenciam-se, não só nas grandes metrópoles, mas também em recantos isolados do País. Há pouco tempo em São Paulo, uma dentista em pleno horário de trabalho foi queimada viva até morrer, simplesmente, por não ter dinheiro. Vítimas de assaltos são mortas sem reagir, pessoas são atropeladas e arrastadas sem piedade, enfim, a violência parece estar por todos os lados.

O governo do Estado de São Paulo reconheceu que houve um aumento significativo de homicídios no segundo semestre de 2012, indicando queda no início de 2013 e mantendo essa tendência de diminuição dos homicídios e crimes contra o patrimônio nos 4 primeiros meses deste ano. Com certeza, os números da queda da criminalidade são reais, contudo, a violência dos crimes ocorridos e a agilidade dos meios de comunicação em divulgá-los e comentá-los, dão a impressão que ocorrem mais crimes do que a realidade registra.

A população questiona os motivos para esses picos de aumento da violência e dos crimes, em geral, a polícia está mais aparelhada e as penitenciárias superlotadas. Uma série de fatores contribuem para essa situação e inúmeras pesquisas podem e devem ser feitas para elucidar questões dessa natureza. O presente estudo não pretende entrar no mérito dos motivos de todos os tipos de crimes que estão ocorrendo, pelo contrário, focará os crimes de natureza sexual e procurará apontar o instrumental que poderá ser utilizado na avaliação do agressor desses crimes específicos. O fator que motivou esta pesquisa foi o fato do pesquisador ter como uma de suas atividades profissionais a avaliação criminológica na Penitenciária Feminina de Santana e mais de 20 anos de experiência em presídios masculinos. Portanto, o conhecimento suficiente para saber o quanto um crime relacionado à violência sexual deixa sequelas em suas vítimas, não por um período, mas, pelo resto de suas vidas. Além disso, por conhecer o “modus operandi”, típico dos crimes de violência sexual. Daí, entende-se que se faz necessário que os criminosos desse tipo de violência não retornem ao convívio social, sem tratamento adequado que venha impedir a reincidência. Assim sendo, tais criminosos precisam ser avaliados minuciosamente para se detectar a natureza ou a origem de sua ação criminosa, para que medidas, até mesmo terapêuticas, venham a ser adotadas, no sentido de extirpar o fator desencadeador desse tipo de ação antissocial.

OBJETIVOS

Objetivo Principal

Organizar um protocolo para fins psicodiagnósticos, voltado à avaliação de indivíduos que cometeram crime de natureza sexual.

Objetivos Secundários

Levantar e apresentar as especificidades dos testes projetivos para adultos que se mostram mais apropriados para o estudo da personalidade de indivíduos que praticaram crime de natureza sexual.

Levantar e apresentar instrumentos de uso do psicólogo que podem ser úteis, com os testes psicológicos, no psicodiagnóstico de praticantes de crimes de natureza sexual que podem integrar um protocolo para essa finalidade.

JUSTIFICATIVA

Ao se considerar a gravidade de qualquer crime de natureza sexual, independente de seu “modus operandi” e pelo exposto até o momento, é possível afirmar que a presente pesquisa possui uma relevância social impar, visto que toda a sociedade poderá ser beneficiada se os fatores de risco que levam o indivíduo à prática de crimes de natureza sexual forem identificados e tratados e, em não sendo possível, que os criminosos sejam controlados à parte da sociedade, por sucessivas decretações de medidas de segurança.

A identificação de tais fatores de risco poderá ser realizada baseada em protocolos voltados ao psicodiagnóstico que contemplem instrumentos comprovadamente eficientes para essa finalidade e que não sejam utilizados isoladamente, mas sim, dentro de um universo de técnicas adequadamente embricadas, que serão denominados protocolos psicodiagnósticos, suficientemente potentes na detecção dos fatores que levaram este ou aquele indivíduo à prática de crimes de natureza sexual.



CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA

A presente pesquisa traz em seu bojo um estudo sobre os instrumentos psicológicos (testes de inteligência, personalidade e entrevista), de uso do psicólogo e aprovados pelo Conselho Federal de Psicologia que podem, de acordo com a organização e embricamento dos mesmos, tornar-se um protocolo psicodiagnóstico, específico para a avaliação dos praticantes de crimes de natureza sexual. Atualmente, tal protocolo não existe e os exames/avaliação psicológica, quando realizados dependem do avaliador, podendo espelhar uma avaliação consistente ou não em razão da inespecificidade dos instrumentos utilizados.

REVISÃO DA LITERATURA

A personalidade: aspectos gerais

Todas as pessoas têm uma personalidade, e é ela quem determina como essa pessoa será ao longo da vida. O estudo da personalidade é básico para a compreensão da natureza humana.

O termo “personalidade” tem origem no latim *persona* e esta significa uma espécie de máscara. Assim, personalidade é uma máscara ou aparência externa que mostramos para quem nos olha. De acordo com Schultz e Schultz (2002), é possível concluir que a personalidade refere-se às características pessoais, externas e visíveis de uma pessoa, ou ainda, é o aspecto visível do caráter de uma pessoa, à medida que ela impressiona os outros. Entre os diversos teóricos da psicologia, Sigmund Freud foi um dos que mais se deteve no estudo da personalidade, formulando não só a sua estrutura, mas também as fases de desenvolvimento pelas quais, conforme Freud (1923/1974), todas as pessoas passam.

O conceito original de Freud dividia a personalidade em três níveis: o consciente, o pré-consciente e o inconsciente. O primeiro, consciente, representa o cotidiano, todas as sensações e vivências sobre os quais temos ciência em todos os momentos. Representa uma pequena parte da personalidade, uma espécie de ponta de um iceberg. Para o mesmo autor, o inconsciente, que é a parte maior da personalidade, também é a mais importante, pois detém os instintos que, em última análise, são os desejos que comandam o comportamento da

pessoa. Trata-se de um reservatório de forças que não acessamos, mas, que impulsiona o indivíduo.

Entre os níveis consciente e inconsciente, ainda conforme Freud (1923/1974), encontra-se o pré-consciente, um depósito de lembranças, percepções e ideias, que o indivíduo não lida a todo instante, mas que se pode trazer facilmente para o plano consciente.

A ESTRUTURA DA PERSONALIDADE: ID, EGO E SUPEREGO

O Id

De acordo com Freud (1923/1974), o id é o reservatório dos instintos e da libido (energia psicofísica e sexual), que oferece força aos outros dois elementos formadores da personalidade, o ego e o superego. O id age, de acordo com o princípio do prazer, na busca contínua da redução das tensões, possui uma estrutura egoísta, primitiva, amoral, impulsiva e imediatista. De acordo com o mesmo autor, é relevante a hegemonia total dos instintos do prazer nos primeiros estádios ou fases do desenvolvimento mental, visto que as atividades básicas da criança recém-nascida, mamar e evacuar despertam a sexualização bucoanal, consideradas zonas erógenas nessa primeira fase do desenvolvimento infantil.

Ego

Conforme afirma Freud (1923/1974), o ego é o componente intermediário das energias mentais, visto estar entre o id e o superego. É o ponto de referência das ações psicológicas e regula as ações entre o indivíduo e seu meio. O ego obedece ao princípio da realidade e procura evitar sofrimentos ao indivíduo, por meio de mecanismos de defesa que lhe são peculiares.

Superego

De acordo com Freud, o superego está ligado ao declínio e resolução do Complexo de Édipo, pois busca evitar punições ao indivíduo por transgressões de natureza moral, valorizando comportamentos moralmente aceitos. O superego obedece o princípio da moralidade e pode ser considerado a última e mais rigorosa instância de controle interno do indivíduo.

As três instâncias Id, Ego e Superego são as bases estruturais da personalidade, refletem ao longo da vida a formação e o desenvolvimento oferecidos e aproveitados pelo indivíduo, mormente aqueles oferecidos pelo ambiente familiar ou nuclear que, em última análise, são os responsáveis por sua formação.

Toda a estrutura da personalidade aqui sintetizada, conforme a Psicanálise de Freud, ocorre até por volta dos 6 ou 7 anos de idade, instante em que estará formada a personalidade básica do indivíduo. A partir daí, poderão ocorrer mudanças, mas, sem alterar a estrutura finalizada nesse período da vida (até os 7 anos de idade).

Avaliação Psicológica: um estudo da personalidade

De acordo com Schultz e Schultz (2002), a avaliação psicológica é mais do que a avaliação da personalidade. É com ela que se procura entender os sintomas de pacientes em atendimento psicológico, diferenciando-se entre comportamentos e sentimentos normais e anormais. Assim, é possível fazer o diagnóstico dos distúrbios e determinar o melhor tratamento. É dessa forma que ocorre também nas escolas, onde a personalidade dos alunos é avaliada para se descobrir as causas dos problemas de adaptação, aprendizagem, entre outros. A avaliação da personalidade é muito útil em empresas, centros de orientação vocacional e por que não dizer no sistema penitenciário.

No caso das penitenciárias, a avaliação psicológica ou da personalidade, regularmente, é realizada para que o poder judiciário, por meio de juízes, tome decisões sobre determinados presos. Entre os motivos que se solicita esse tipo de avaliação, está a progressão de regime, ou seja, quando existe a possibilidade de um preso em regime fechado de cumprimento de pena ser beneficiado com um regime mais brando, como por exemplo, o Regime Semiaberto.

A progressão significa que um indivíduo preso, sem contato nenhum com a “rua” ou sociedade ampla, passe a ter tal contato, embora de forma restrita.

Nestas situações, o Juiz é quem decide o benefício. A decisão poderá ocorrer somente com base nas informações concretas contidas no prontuário do preso ou poderá ser solicitada a avaliação psicológica / da personalidade, na qual o psicólogo terá contato direto com o homem preso e posicionar-se-á formalmente, via prontuário, ao Juiz. Assim sendo, é bastante comum ocorrer a avaliação psicológica em presídios a pedido dos Juízes, conforme já explicitado, e para a finalidade também já comentada.

Como se pode observar, e ainda de acordo com Schultz e Schultz (2002), a avaliação da personalidade propicia a possibilidade de explicar o comportamento, bem como os traços de personalidade, fato que permite que se vislumbre um leque de ações cabíveis para este ou aquele indivíduo.

Padronização, confiabilidade e validade

Para Schultz e Schultz (2002), as técnicas de avaliação psicológica podem apresentar um nível maior ou menor de objetividade ou subjetividade. Algumas são basicamente subjetivas, portanto, sujeitas a certa parcialidade, se o examinador não for experiente. Contudo, para se garantir resultados seguros na avaliação, as técnicas para esse fim seguem princípios rígidos de padronização, confiabilidade e validade que, por ora apenas serão definidos, mas, que serão mais explorados futuramente.

Padronização

Conforme afirmam Schultz e Schultz (2002), a padronização está relacionada com a consistência ou uniformidade de condições e procedimentos para o manejo da técnica empregada. Melhor explicando, todos os indivíduos que se submetem a uma determinada técnica psicológica (testes psicológicos) serão expostos às mesmas instruções, tempo de demais características do instrumento. Vale ressaltar que se os procedimentos padronizados de um instrumento de avaliação psicológica não forem seguidos rigorosamente, um ótimo teste poderá tornar-se inútil.

Confiabilidade

De acordo com os autores supracitados, a confiabilidade envolve a consistência de respostas a um instrumento de avaliação psicológica, ou seja, se o indivíduo submete-se à mesma prova em dias diferentes, mas próximos e os resultados divergirem significativamente, tal instrumento não será confiável, visto a falta de consistência dos resultados. Uma ligeira alteração nos resultados é aceitável, até porque as condições do próprio examinando mudam de um dia para outro, porém as diferenças devem ser sutis e, em seu bojo, devem conservar a essência dos resultados.

Validade

Conforme as afirmações de Schultz e Schultz (2002), a validade diz respeito ao fato de o método de avaliação medir ou não aquilo a que se destina ou pretende. A validade precisa ser constatada com precisão antes de ser utilizar um determinado instrumento. O tipo de validade mais comum dentro da avaliação psicológica é a validade de previsão, ou seja, como o resultado de um teste prevê o comportamento futuro. Ainda existem outros tipos de validade que serão simplesmente citados: validade de conteúdo e de constructo.

Técnicas Projetivas

Dentro do processo psicodiagnóstico, processo este próprio da avaliação psicológica ou da personalidade, existem os instrumentos ou testes projetivos. Tendo como fonte inspiradora o inconsciente enfatizado por Freud, tais testes investigam a parte inconsciente da personalidade, apoiados na projeção de nossas necessidades em um determinado estímulo, que pode ser mais ou menos estruturado. Para Schultz e Schultz (2002), além das necessidades, nesses estímulos são projetados os temores e valores, bem como os sentimentos e pensamentos próprios do examinando. Entre os testes projetivos mais utilizados, existem os: Método de Rorschach e Teste de Apercepção Temática (TAT).

Psicodiagnóstico

Para Arzeno (1995, p. 13), “o psicodiagnóstico é um estudo profundo da personalidade, do ponto de vista fundamentalmente clínico”.

Quando o objetivo é outro, por exemplo, o criminal, o psicodiagnóstico pode ser utilizado, como base para as conclusões dessa área. Cabe ao psicodiagnóstico, de acordo com Arzeno (1995), explicar o que ocorre com o indivíduo em termos de comportamentos e emoções, além do que o próprio pode descrever conscientemente. Ainda de acordo com a autora citada, o psicodiagnóstico é um processo, no qual estão incluídas técnicas e instrumentos que favorecem a descrição do examinado. Entre as técnicas, há as entrevistas de natureza clínica que podem ser do tipo: aberta, fechada e semidirigida. No que diz respeito aos instrumentos, existem os testes projetivos de personalidade (Psicodiagnóstico de Rorschach, TAT, HTP, Pirâmides Coloridas e Palográfico), entre outros. Cabe ressaltar que, no psicodiagnóstico para fins criminais ou forense, quanto mais projetiva for a técnica, melhor. Ainda dentro do processo psicodiagnóstico, podem ser usados os chamados testes de

inteligência, visto que estes conseguem apontar o nível intelectual do examinando, fato que pode interessar ao laudo final ou às conclusões.

O psicólogo, dependendo da finalidade do processo psicodiagnóstico, deverá organizar as técnicas e os instrumentos de modo que uma explique o que a outra não consegue explicar sobre o examinando. Além disso, atualmente, há uma série de instrumentos possíveis de serem aplicados em pessoas com algumas deficiências físicas, a saber: cegueira, audição nula ou reduzida e distúrbios motores. Assim, pode-se afirmar que o psicodiagnóstico pode ser utilizado, como recurso de avaliação a todas as pessoas, independentemente destas terem ou não algum tipo de deficiência. Para Van Kolck (1984), o grafismo dentro do psicodiagnóstico recebe especial destaque quando das abordagens sobre o exame de portadores de doenças mentais.

Violência sexual

De acordo com Azevedo e Guerra (1995), as inúmeras violências praticadas pelos pais contra os filhos constituem uma realidade que, atualmente, sequer é encoberta, pelo contrário, é algo descarado e rotineiro dentro de algumas famílias. Quando isso acontece, conforme Sá (2007), o que na realidade está ocorrendo é a expressão da violência fundamental primitiva não integrada, ou seja, é a existência de um instinto fundamental no homem. Para Bergeret (1990), esse instinto está presente no homem apoiado em sua concepção. É o instinto de luta pela vida, da sobrevivência, é o instinto do Eu ou Ele.

Conforme afirma Sá (2007), as porções não integradas pelo Ego, da violência fundamental, manifestam-se nas mais variadas formas de violência, esta pode eclodir na família, na sociedade, em geral, etc. Quando tal violência parte dos pais, manifesta-se por meio de: abortos, abandono dos filhos, rejeições, castigos severos impostos aos filhos, ataques de natureza sexual, entre outros. Pode-se observar a violência contra a pessoa, os crimes contra a pessoa, incluindo-se aí, os crimes de natureza sexual que podem ter uma estreita relação com a formação do indivíduo, sem se descartar a influência do meio social. Assim, se faz necessário conhecer a origem da violência, para se traçar uma estratégia para controlá-la ou, em última análise, afastá-la da sociedade.

MÉTODO

O presente estudo classifica-se quanto a seu objetivo como uma pesquisa bibliográfica; esta tem como propósito proporcionar maior familiaridade entre o pesquisador e o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Seu planejamento tende a ser bastante flexível, pois interessa considerar os mais variados aspectos relativos ao fato ou fenômeno estudado (Gil, 2010).

A abordagem da pesquisa é feita de modo qualitativo. Nesse tipo de pesquisa, conforme Silva (2001):

A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para a coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. É descritiva. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem (p. 42).

Seguindo a generalidade da pesquisa qualitativa, o presente trabalho utiliza-se do método indutivo. “No raciocínio indutivo a generalização deriva de observações de casos da realidade concreta. As constatações particulares levam à elaboração de generalizações” (Silva, 2001, p. 26).

ALGUMAS REFLEXÕES A RESPEITO DO PSICODIAGNÓSTICO NA ÁREA DA PSICOLOGIA CRIMINAL COM VISTAS A UM PROTOCOLO GERAL PARA O EXAME CRIMINOLÓGICO

O psicodiagnóstico é um instrumento de trabalho primordial para o psicólogo que atua na área da Psicologia Criminal. É possível considerar que um bom psicodiagnóstico na área criminal, antes de mais nada, é um bom psicodiagnóstico clínico. Cabe ressaltar que o termo psicodiagnóstico refere-se, conforme Arzeno (1995), a um estudo amplo e profundo da personalidade, do ponto de vista eminentemente clínico e envolve, obrigatoriamente, o emprego de instrumentos como os testes psicológicos, desde que estes sejam convenientes e não haja contraindicações.

Na área de Psicologia Criminal, o psicodiagnóstico possibilita ao psicólogo, poder expressar-se sobre as condições favoráveis ou contraindicações da personalidade do examinando, em relação à progressão de regime, regressão de condições de cumprimento de

pena ou qualquer outra situação que envolva o criminoso e sua vida no sistema prisional (Arzeno, 1995).

No Sistema Penitenciário, o estudo profundo das condições do sentenciado, do qual o psicodiagnóstico faz parte, é chamado de Exame Criminológico, exame este que esteve em voga, até 2003, quando foi parcialmente suprimido pela Lei nº 10.792 que reformulou a Lei de Execuções Penais (Brasil, 2003). Contudo, esta mesma lei oferece a possibilidade de, se o Juiz responsável por um determinado caso envolvendo um sentenciado entender como necessário o Exame Criminológico decidir-se com mais propriedade sobre o caso, o referido exame poderá ser solicitado. Fato que, pela experiência no Sistema Penitenciário deste pesquisador, vem ocorrendo sistematicamente, sobretudo quando se trata do benefício de progressão de regime do sistema fechado para o semiaberto ou deste para o sistema aberto. Dessa forma, pode-se dizer que o Exame Criminológico continua presente no Sistema Penitenciário e o psicodiagnóstico também, uma vez que a avaliação psicológica faz parte obrigatória do Exame Criminológico.

Distinção entre Exame Criminológico e Exame de Personalidade

Para maior clareza do leitor, entende-se que, neste momento, é importante definir “Exame Criminológico”, “Exame de Personalidade”, “Avaliação Psicológica” e as diferenças entre esses termos.

O Exame Criminológico é uma perícia e como tal visa ao estudo da dinâmica do ato criminoso, bem como suas causas (Sá, 2007). Ainda de acordo com o mesmo autor, oferece basicamente o diagnóstico criminológico. Com base nesse diagnóstico que se pode concluir pela maior ou menor probabilidade de reincidência, ou seja, o prognóstico psicológico. A realização do Exame Criminológico era prevista para o início do cumprimento de pena, como forma de indicar e facilitar a individuação da pena e, por consequência, o melhor aproveitamento desta. O Exame Criminológico deveria ser feito por uma equipe técnica composta por advogado, assistente social, psicólogo e psiquiatra.

A Lei de Execuções Penais (LEP) instituiu o exame de personalidade, e poucos conseguem distinguir tal exame do Exame Criminológico.

De acordo com Sá (2007), o Exame Criminológico distingue-se do exame de personalidade como espécie de gênero. O primeiro, valoriza o binômio delito-delinquente, cujo objetivo é a investigação médica, psicológica e social do criminoso. Por sua vez, o exame da

personalidade é mais profundo nos campos morfológico, funcional e psíquicos. Assim, o Exame Criminológico é menos abrangente e menos profundo, e o exame de personalidade é mais amplo e de profundidade ímpar, voltado não ao criminoso em si, mas, à pessoa integral e individual, incluindo aí, sua história.

Para Sá (2007), a diferença fundamental entre o Exame Criminológico e o Exame de Personalidade é que o primeiro é perícia, e o segundo não se trata de perícia, mas, sim, um exame clínico da personalidade, portanto, não no sentido estritamente médico-psicológico do termo. A perícia visa, inclusive, a produzir provas, e o exame de personalidade tem como objetivo conhecer profundamente o indivíduo para fins de individualização da terapêutica penal. Voltando à questão do psicodiagnóstico no Sistema Penitenciário ou na Psicologia Criminal, nem sempre ele é realizado, ou seja, aquilo que deveria ser um psicodiagnóstico, não passa de um diagnóstico breve, sem uso de qualquer instrumento técnico, além de uma ou duas entrevistas psicológicas. Tais entrevistas, realizadas por psicólogo experiente têm sua validade, sem dúvida alguma, até porque vêm acompanhadas da observação e do contato do profissional, diretamente com o sentenciado, fato que é relevante e dá consistência à avaliação. Entretanto, existem casos e casos para serem avaliados. Entre os sentenciados, há pessoas comuns, que transgrediram a lei em algum ponto e pessoas delinquentes com suspeita de transtornos de natureza psicótica. De acordo com Arzeno (1995), na Psicologia Criminal, o grande interesse é discriminar a personalidade do neurótico e do psicopata. Dessa discriminação, é possível responsabilizar (imputar) o indivíduo pelos seus atos ou inimputá-lo, ou seja, identificá-lo como aquele que possui uma doença mental, que o torna incapaz, portanto, não culpado pela sua ação criminosa.

É justamente esse exame ou estudo que envolve a Psicologia e os seus instrumentos integrantes de um Psicodiagnóstico. Neste momento, é que se estabelece o foco do presente trabalho, ou seja, estabelecer um protocolo a ser utilizado pelos psicólogos que integram as equipes que fazem os Exames Criminológicos, para que os procedimentos tornem-se mais uniformes e não tão díspares, como atualmente.

Não se pretende o engessamento do profissional, até porque este pesquisador entende que o melhor instrumento de avaliação é aquele que o psicólogo domina profundamente, mas, apenas estabelecer diretrizes de procedimentos (protocolos) mais seguros e viáveis para um exame psicológico consistente, portanto, completo.



A partir deste momento, serão discutidos os tipos de instrumentos que poderiam/deveriam fazer parte de um protocolo psicológico para fins psicodiagnósticos.

✧ **A entrevista psicológica**

A avaliação psicológica ou psicodiagnóstico no Sistema Penitenciário e na área criminal da psicologia inicia-se pela entrevista.

No entender deste pesquisador e baseado na experiência de 28 anos nessa área, este é o momento inicial do contato entre o examinador e o examinando. É o instante em que o sentenciado está de fato entre as vistas do psicólogo, durante o período em que responde às perguntas objetivas ou disserta sobre os temas observados.

Nesse momento, tenta-se esclarecer os motivos do sentenciado para a prática delituosa, ao mesmo tempo em que se verificam as ansiedades, as defesas, os impulsos e o possível imediatismo que o indivíduo guarda consigo. É importante se verificar como o sentenciado constrói sua história e a da própria família, se houver.

Atualmente, é relevante destacar que o inquérito extenuante e preconcebido foi suprimido da entrevista, dando lugar a um diálogo crescente que vai caminhando, conforme os conteúdos que aparecem, logicamente, não se perdendo de vista os objetivos centrais da técnica empregada (entrevista psicológica).

De acordo com Arzeno (1995), durante a entrevista é importante detectar se o entrevistado, no caso o sentenciado, apresenta algum momento de insight, ou seja, se consegue perceber a sua situação. Se aquilo que ocorre com ele for triste, preocupante, causar-lhe-á angústia, assustará ou provocará um comportamento de negação parcial ou total, mesmo perante uma realidade indiscutível. É a oportunidade de se verificar quanto e como assume sua realidade e qual o nível de autocritica que consegue estabelecer.

Como se pode verificar, o momento de entrevista não se resume à coleta de dados, vai muito mais além disso, pois, de forma sutil, informa ao examinador aspectos subjetivos do examinando, no caso, o sentenciado.

Dessa forma, há indicações claras de que a entrevista psicológica é um instrumento imprescindível no processo psicodiagnóstico a ser realizado com os sentenciados devendo, inclusive, ser o ponto de partida para tal processo, visto que, dependendo do que for observado, algumas estratégias seguintes poderão ser repensadas ou redistribuídas na hierarquia de realização do processo.

⤴ **Organização da bateria de testes**

Pode-se afirmar que não há um modelo único de bateria de testes e procedimentos a serem adotados, assim como não há dois indivíduos iguais. Contudo, é possível estabelecer-se um modelo básico de trabalho, com uma linha única de procedimentos, fazendo-se variar apenas as estratégias a serem seguidas, de acordo com cada caso. Para o estabelecimento desse modelo básico de trabalho, alguns fatores podem e devem ser considerados:

⤴ **Idade cronológica do examinando X idade mental**

De acordo com Arzeno (1995), nem todos os testes são aplicados em todas as idades, além disso, de acordo com a idade, pode-se variar a administração da técnica. Assim sendo, é importante se ter claro a idade cronológica do indivíduo a ser testado. No que se refere à idade mental, esta também tem sua importância, já que determinadas respostas do examinando estão diretamente relacionadas a seu nível intelectual. Além disso, a inteligência pode ser um fator facilitador para o desenvolvimento do autocontrole, portanto, seria um dificultador da reincidência.

No Sistema Prisional, trabalha-se com maiores de idade, portanto, pessoas adultas, embora algumas encontrem-se no final da adolescência (hoje, a adolescência é considerada até os 22/23 anos de idade), sugeriram o instrumento para medir a inteligência do indivíduo, o Teste de Matrizes Progressivas de Raven, pois, além de verificar os níveis de inteligência também indica seu nível real de eficiência, com a interferência ou não de fatores emocionais. O Raven possui uma escala voltada a crianças e uma escala geral que atende à faixa etária dos 12 a 65 anos, que é a indicada para utilização no Sistema Prisional.

O Teste de Raven pode ser aplicado em qualquer momento da bateria de testes, mas, indica-se que abra uma sessão de testes, sessão esta que deverá ocorrer após a(s) sessão(ões) de entrevista(s).

Neste momento, cabe lembrar que o examinador deve considerar as instruções de cada teste presentes nos manuais dos mesmos, bem como ficar atento às questões relativas ao nível sociocultural e ao grupo étnico do examinando, assim como o momento de vida do indivíduo (o estar preso), seu nível de tensão, ansiedade, e o local onde está sendo realizada a avaliação (instituição penitenciária).

^ **Investigação da personalidade – testes de personalidade**

Nesta seção, discutir-se-ão os testes de personalidade mais viáveis a serem aplicados no Sistema Prisional, no sentido de oferecerem maior respaldo ao examinador, bem como a sequência em que devem ser aplicados, para que se obtenha o máximo de confiabilidade e utilidade de cada um.

De acordo com Klopfer (1975), Ocampo (1976) e Arzeno (1995), o teste que faz parte da bateria é considerado o mais importante para a avaliação, não deve ser colocado no início da mesma. Este, geralmente, é o mais complexo e deve ser utilizado quando o examinando está mais adaptado à situação de exame e, portanto, provavelmente, menos ansioso.

Conforme a experiência no Sistema Prisional deste pesquisador, o teste de inteligência como o Raven, aqui indicado, já funciona como espaço de adaptação para o examinando, não só com o processo psicodiagnóstico, mas também com a figura do examinador.

Quando iniciada a investigação da personalidade, outro teste que facilita o processo em si e que pode ser indicado em qualquer situação do exame de personalidade é o Teste da Casa, Árvore e Pessoa (HTP). Sua administração é simples, aproxima-se do lúdico, o material é econômico, baseando-se no examinando desenhar uma casa, uma árvore e uma pessoa, cada desenho em uma folha de papel sulfite comum (A4), com lápis preto número 2. Para cada desenho, deve ser feito um inquérito específico (detalhes podem ser obtidos no manual do teste). Cabe ressaltar que o HTP é um instrumento simples, mas de grande relevância na investigação de organicidade, neurose, psicose, uso de drogas, condutas antissociais, etc.

Tomando como foco as condutas antissociais, em geral, e, em especial, as de natureza sexual, os empregos do Método de Rorschach e do Teste de Apercepção Temática (TAT), são fundamentais para a mais adequada possível conclusão diagnóstica do examinando; o primeiro, oferece um aspecto mais estático da personalidade, e o segundo, uma condição mais dinâmica das questões consideradas relevantes pelo examinador.

O Rorschach deve ser aplicado na totalidade de suas dez pranchas, com atenção incondicional às respostas do inquérito por parte do examinador. O TAT pode contribuir apenas com as lâminas/temas escolhidos pelo aplicador, e que, no entender deste, serão suficientes para lhe oferecer os esclarecimentos de que necessita. Cabe ressaltar que, tanto no Método de Rorschach como no TAT, todas as respostas, comentários, gestos e exclamações deverão ser

registrados. Como de praxe, recomenda-se que os demais detalhes de aplicação de ambos os testes sejam colhidos diretamente nos manuais dos mesmos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os crimes de natureza sexual, independentemente do “modus operandi”, caracterizam-se como um dos mais graves que podem ser cometidos, visto que os danos que podem causar ultrapassam o momento do ato, podendo perpetuar-se na vida da vítima. Assim, após os estudos efetuados neste trabalho, propõe-se o seguinte protocolo para a avaliação psicológica dos agentes desse tipo de crime. Os instrumentos serão listados abaixo, de acordo com a ordem de aplicação que se mostra como a mais eficiente.

- ▲ Entrevista Psicológica semidirigida
- ▲ Teste de Inteligência
- ▲ Testes de Personalidade: Casa, Árvore e Pessoa (HTP), Método de Rorschach e Teste de Apercepção Temática

Cabe ressaltar que a apresentação do presente protocolo não deve findar as pesquisas psicológicas sobre a avaliação psicológica em praticantes de crimes de natureza sexual, recomendando-se que novas pesquisas devam ser realizadas.

REFERÊNCIAS

- Arzeno, M. E. G. (1995). *Psicodiagnóstico clínico: novas contribuições* (B. A. Neves, trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Azevedo, M. A. & Guerra, V. de A. (1995). *Violência doméstica na infância e na adolescência*. São Paulo: Robe.
- Bergeret, J. (1990). *La violência fundamental: el inagotable édipo* (C. P. y. S. Escassi, trad.). Madrid: Fondo de Cultura Economica, Ortega.
- Brasil – Ministério da Justiça. Lei nº 10.792 que reformula a Lei de Execuções Primárias. Brasília, 2003.
- Freud, S. (1974). O ego e o id (J. O. de A. Abreu, Trad.). In J. Salomão (Ed.). *Edição standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 13-83). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923)



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



- Gil, A. C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Klopfer, W. (1975). *El informe psicológico*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.
- Ocampo, M. L. S. De, Arzeno, M. E. G., Grassano, E. et al. (1976). *Las técnicas projectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Neuva Sision.
- Sá, A. A. (2007). *Criminologia clínica e psicologia criminal*. São Paulo: Revista dos Tribunais.
- Schultz, D. P. & Schultz, S. E. (2002). *Teorias da personalidade* (E. Kanner, trad.). São Paulo: Thomson Learning.
- Silva, E. L. (2001). *Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação*. (3ª ed.). Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC.
- Van Kolck, O. L. (1984). *Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico*. São Paulo: EPU.

AVALIAÇÃO DO ESTRESSE OCUPACIONAL, BURNOUT E SUPORTE SOCIAL EM CIRURGIÕES DENTISTAS FRANCESES

Janine Julieta Inocente (Universidade Victor Segalen, Bordeaux II – França)

Nancy Julieta Inocente (Universidade de Taubaté)

Rubens Nelson Amaral de Assis Reimão (Universidade de São Paulo)

Nicole Rasclé (Universidade Victor Segalen, Bordeaux II – França)

RESUMO

As relações sociais parecem ter um efeito protetor contra distúrbios físicos e psicológicos (como o burnout) e sobre os eventos estressantes. Os fatores psicossociais ligados à organização do trabalho e os fatores psicossociais individuais são considerados como indicadores de estresse, o que reforça a idéia que a Odontologia é uma profissão física e mentalmente estressante. A literatura mostra que o suporte social representa um dos meios mais eficazes para prevenir o burnout. O objetivo deste estudo foi avaliar os cirurgiões dentistas franceses, da região Aquitaine, quanto ao estresse, burnout e suporte social. A amostra foi composta por 96 Cirurgiões Dentistas aos quais foram aplicados os questionários : Desequilíbrio Esforço-Recompensa de Siegrist, Questionário de Suporte Social de Sarason e o MBI (Maslach Burnout Inventory de Maslach). Os dados obtidos foram tratados através do SPSS. A análise dos resultados mostra que o suporte social disponibilidade tem um efeito moderador sobre a relação entre o esforço extrínseco e o esgotamento emocional e sobre a variável ratio e o esgotamento emocional. O estresse ocupacional está correlacionado positivamente com o burnout. A disponibilidade do suporte social (número de pessoas estimadas pelos cirurgiões-dentista que podem ajudá-los, caso eles precisem) modera (atenuando) a intensidade da relação entre os esforços extrínsecos (os contratemplos, as interrupções, a carga física e a exigência do trabalho) e o esgotamento emocional (falta de energia). Além disso, a disponibilidade do suporte social modera, atenuando a intensidade entre o ratio (desequilíbrio entre os esforços extrínsecos e as recompensas, como por exemplo, as gratificações monetárias, a estima e o controle sobre seu próprio estatos profissional) e o esgotamento emocional. Os riscos do estresse ocupacional são um perigo potencial para a

saúde mental dos cirurgiões dentistas. Entretanto, as medidas de prevenção são deliberadamente ignoradas. A melhor proteção contra o estresse e suas conseqüências reside, em primeiro lugar, sobre o conhecimento da existência de seus riscos. Portanto, este estudo abre largas perspectivas sobre o conhecimento das associações complexas entre os fatores do estresse ocupacional e suas conseqüências nos cirurgiões dentistas.

Palavras-chave: Suporte social. Estresse ocupacional. Dentistas.

INTRODUÇÃO

As mudanças no trabalho, progresso tecnológico, globalização, desvalorização do trabalho, a falta de relações entre indivíduos causar física e emocional, que atingiu proporções epidêmicas entre os trabalhadores exaustão. Hoje, o trabalho como ambiente seguro onde as pessoas podem alcançar seu potencial através de uma atividade de aluguel com estatuto sócio-econômico está ameaçada. Isso pode criar stress, esgotamento, ansiedade e depressão (Burke e Richardsen, 1996 ; Iacovides et al., 2003 ; Tamayo et Trocoli, 2002).

Malasch e Leiter (1999) afirmam que trabalhamos em um ambiente que os valores humanos ocupam um segundo lugar em relação aos valores econômicos. Os autores argumentam que a falta de união é o resultado de um contato negativo entre as pessoas no local de trabalho. As pessoas trabalham melhor quando há uma atmosfera de conforto, bom humor e recuperação. Conflitos no trabalho causam sentimentos de frustração, medo, ansiedade e raiva entre os trabalhadores.

Estresse no trabalho pode ser definida como a discrepância entre as aspirações de um indivíduo e a realidade das condições de trabalho. Psicologicamente, pode se manifestar insatisfação. A pessoa não tem prazer de ir ao trabalhar, o estado de estresse pode levar à ansiedade e sintomas depressivos e também à patologias graves (transtorno depressivo maior, o risco de suicídio). No nível comportamental, estresse no trabalho pode se manifestar em ausências repetidas, a acumulação de erros, uso de drogas e álcool, por exemplo . Os sintomas físicos podem assumir a forma de dores de cabeça crônicas, insônia, distúrbios digestivos ou doenças cardiovasculares (Rasclé e Irachabal, 2001).

Niedhammer *et al.* (2000) relata que no Modelo do Desequilíbrio Esforço e Recompensa de Siegrist, os esforços podem ser de duas fontes: extrínsecos e intrínsecos. Os esforços



extrínsecos seriam os constrangimentos profissionais, tais como limitações de tempo, interrupções, responsabilidades, estresse psicológico e aumento da exigência de trabalho. Os esforços intrínsecos correspondem à fatores de personalidade que refletem o envolvimento excessivo no trabalho. As recompensas se referem às recompensas monetárias (salário), estima e controle sobre seu próprio estatos profissional em termos de perspectivas de promoção e segurança no trabalho.

Uma das consequências do stress é o burnout, considerado como o resultado de uma fadiga psicológica causada por um longo período de contato com situações emocionais desgastantes. A síndrome é caracterizada por esgotamento físico, fadiga crônica, sentimentos de desânimo, falta de apoio e atitudes negativas em relação ao trabalho. É uma resposta ao estresse emocional crônico composto por três componentes com relações interdependentes: esgotamento emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal. Também é considerado como um fator que afeta o indivíduo fisicamente, psicologicamente, socialmente, profissionalmente e tem, além disso, um impacto negativo sobre a qualidade do atendimento aos pacientes (Tamayo, 1997 ; Maslash, 1998 ; Maslash et Leiter, 1999).

As relações sociais parecem ter um efeito protetor contra muitos distúrbios físicos e psicológicos e eventos estressantes. A fragilidade emocional provocada pela falta de apoios emocional e social traz grande sofrimento, uma vez que o reflexo desta situação não se limita à privacidade, mas pode ser aplicada ao campo das relações de trabalho. O trabalhador, sentindo-se sem alternativa para compartilhar suas dificuldades, ansiedades e preocupações experimentaram um aumento na tensão emocional, o que pode ocasionar o burnout (Abreu *et al.*, 2002).

O suporte social é um recurso psicossocial para proteger o indivíduo e ajudá-lo em situações estressantes. Um suporte social percebido como apropriado reduz o risco de depressão, ansiedade e ajuda lidar com situações estressantes, como o desemprego e outros eventos de vida estressantes Na Sociologia, o apoio social é a "rede social", na qual o indivíduo está inserido e leva em consideração o aspecto quantitativo de muitas intenções ou laços sociais. Na psicologia, esta é a forma como o indivíduo percebe o apoio que ele é o objeto, mais apoio que recebe, que terá efeitos benéficos para a saúde . O aspecto benéfico do suporte social percebido compreende pelo menos dois componentes: a crença na disponibilidade de certas pessoas em caso de precisar de alguém e a satisfação recebida por esta ajuda.



MÉTODO

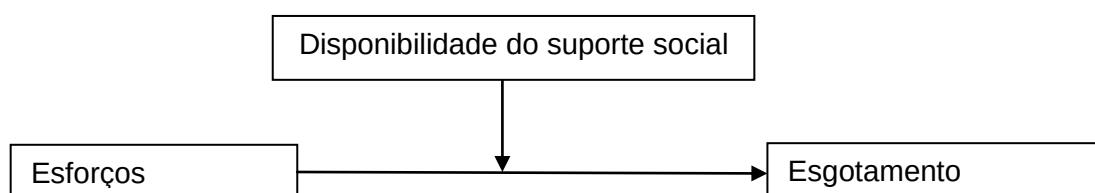
A amostra foi composta por 96 Cirurgiões Dentistas franceses da região da Aquitaine (Sudoeste da França). Os questionários aplicados foram: Desequilíbrio Esforço-Recompensa de Siegrist, Questionário de Suporte Social de Sarason e o MBI (Maslach Burnout Inventory de Maslach).

A partir de uma lista telefônica, a pesquisadora foi pessoalmente aos consultórios odontológicos no centro de Bordeaux, Talence e Pessac. Depois de uma explicação sobre o processo de pesquisa e a aceitação da participação do dentista na pesquisa, o questionário foi deixado. Depois de preenchido, a pesquisadora foi uma segunda vez para recolhê-los. Os dados foram tabulados e analisados por meio do programa estatístico SPSS.

RESULTADOS

A análise dos resultados mostra que a disponibilidade do suporte social tem um efeito moderador sobre a relação entre esforço extrínseco e exaustão emocional (0,016, $p < 0,001$).

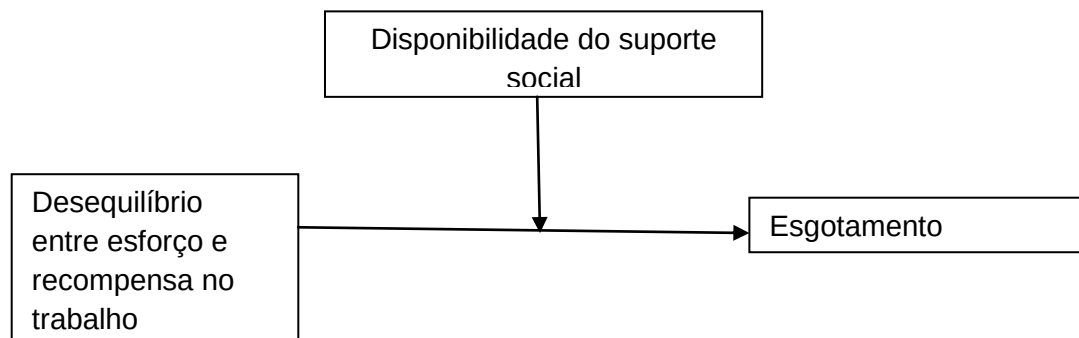
Efeito moderador da disponibilidade do suporte social sobre os esforços extrínsecos e o esgotamento emocional



Outro resultado mostra que variável desequilíbrio entre o esforço e a recompensa no trabalho) e a exaustão emocional (0,006, $p < 0,001$). As mesmas análises foram feitas sobre as outras duas dimensões do burnout (despersonalização e realização pessoal) e nenhum efeito moderador foi destacada.



Efeito moderador da disponibilidade do suporte social sobre a variável desequilíbrio esforço recompensa no trabalho e o esgotamento emocional



DISCUSSÃO

Os resultados mostram que o suporte social tem efeitos entre o estresse e o burnout, mais especificamente sobre o esgotamento emocional. Guéritault-Chalvin e Cooper (2004) observam que a literatura sobre estresse invariavelmente demonstra que o suporte social é uma das formas mais eficazes de prevenir a síndrome de burnout. O suporte social não é apenas o apoio da família e dos amigos, mas também no contexto profissional, através dos colegas e superiores. Reuniões do Grupo, onde há oportunidade de externar as angústias e o stress, especialmente na profissão médica, permitem que os trabalhadores possam lidar com mais competência e compaixão com os problemas de seus pacientes, reduzindo o estresse emocional associado com estas profissões. Alguns estudos demonstram que o suporte social tem um efeito moderador sobre a relação entre estresse no trabalho e burnout (Greenglass, Fiksenbaum e Burke, 1996; Russell, Altmaier Velzen, 1987).

Outros ainda não indicam o efeito tampão do suporte social (Himle, Koniarek e Dudek, 1989; Ross, Altmaier e Russell, 1989).

A relação entre o suporte social e o burnout foi por Brown, Prashantham e Abbott (2003) em 137 profissionais dos serviços de saúde. Eles concluíram que suporte social está negativamente correlacionada com as sub-escalas de esgotamento emocional e despersonalização e representa 4% da variância no burnout.

Etzion e Westman (1994) estudaram a relação entre o estresse profissional, o burnout e o apoio social (trabalho e família) em 101 militares. Estresse no trabalho é positivamente correlacionada com burnout. No entanto, suporte social no trabalho é inversamente



correlacionado com o burnout. Em suma, os resultados apresentados convergem e mostram que o apoio social pode ser um elemento eficaz para controlar o desenvolvimento de burnout.

CONCLUSÃO

Os riscos do estresse ocupacional são um perigo potencial para a saúde mental dos cirurgiões-dentistas. No entanto, medidas preventivas são deliberadamente ignoradas. A melhor proteção contra o estresse e suas consequências reside, em primeiro lugar, no reconhecimento da existência de tais riscos. Além disso, hospitais e universidades em Odontologia devem estabelecer uma adequada preparação psicológica, estratégias para reduzir este estresse (prevenção primária, eliminando fontes estresse) e estratégias para limitar as consequências (prevenção secundária: gestão de stress).

Este tipo de estudo se abre amplas perspectivas das associações complexas entre fatores de estresse ocupacional e suas consequências nos dentistas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu et al. (2002). Estresse Ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional de Psicologia. *Psicologia Ciência e Profissão*, 22, 2, 22-29.
- Brown, N.C., Prashantham, B. J., Abbott, M. (2003). Personality, social support and burnout among human service professionals in India. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 13, 320-324.
- Burke, R.J., & Richardson, A.M. (1996). Stress, burnout and health. *Handbook of stress medicine and health*, 5, 101-117.
- Etzion, D., Westman, M.(1994). Social support and sense of control as moderators of the stress-burnout relationship in military careers. *Journal of Social Behavior and Personality*, 9, 4, 639-656.
- Greenlass, E., Fiksenbaum, L., Burke, R.J. (1996). Components of social support, buffering effects and burnout : implications for psychological functioning. *Anxiety, Stress and Coping*, 9, 185-197.

- Gueritault-Chalvin, V. & Cooper, C. (2004). Mieux comprendre le burnout professionnel et les nouvelles stratégies de prévention: un compte rendu de la littérature. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 14, 2, 59-70.
- Himle, D.P., Jayaratne, S., Thyness, P.A. (1989). The buffering effects of four types of supervisory support on work stress. *Administration in Social Work*, 13, 1, 19-34.
- Iacovides, A., Fountoulakis, K.N., Kaprinis, St., Kaprinis, G. (2003). Relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 75, 209-221.
- Maslach, C. (1998). Burnout. In : *Enciclopedia de Salud Y Seguridad em el trabajo. Oficina International del Trabajo*.
- Maslach, C. & Leiter, M.P. (1999). *Trabalho : fonte de prazer ou desgaste. Guia para vencer o estresse na empresa*. Campinas : Papirus.
- Niedhamner, I et al. (2000). Etude des qualités psychométriques de la version française du modèle du Déséquilibre Efforts/Récompenses. *Rev. Epidém. et Santé Publ.* 48, 419-437, Paris : Masson.
- Rasclé, N & Irachabal, S. (2001). Médiateurs et modérateurs : implications théoriques et méthodologiques dans le domaine du Stress et de la Psychologie de la Santé. *Le travail Humain*, 64, 2, 97-118.
- Ross, R., Altmaier, E., Russel, D. (1989). Job stress, social support and burnout counseling center staff. *Journal of Conseling Psychology*, 36, 464-470.
- Tamayo, M.R. (1997). *Relação entre a Síndrome do Burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos*. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília, Brasília.
- Tamayo, M.R. & Tróccoli, B.T. (2002). Exaustão Emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. *Estudos de Psicologia*, 7, 1, 124-132.

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA E TÉCNICA DE ENTREVISTA PARA O ESTUDO DA PERSONALIDADE

Paula Roberta Pinto (Universidade Braz Cubas)

Melissa Dos Santos (Universidade Braz Cubas)

Erica Hokama (Universidade Braz e Universidade Metodista de São Paulo)

RESUMO

A Avaliação Psicológica pode ser feita através de muitas técnicas disponibilizadas pelo psicólogo, e a Entrevista Psicológica é um instrumento indispensável e importante que o psicólogo usufrui para esse processo. A avaliação psicológica é um processo técnico-científico de recolhimento de informações, estudos e interpretação de dados sobre os fenômenos psicológicos. A personalidade é determinada pelos conceitos empíricos específicos que fazem parte da teoria da personalidade aplicada pelo observador. Neste artigo há uma revisão teórica sobre a avaliação psicológica, entrevista psicológica e Personalidade. O objetivo deste artigo é discutir a incidência de pesquisas sobre entrevista psicológica, Psicologia da Personalidade e avaliação psicológica utilizando-se como base o banco de dados do Google Acadêmico. A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica, utilizando-se como descritores “Entrevista Psicológica” e “Personalidade”. Observou-se nos resultados da pesquisa 52 artigos, 56 dissertações, 27 teses, 15 monografias, 8 TCCs e 36 foram outros trabalhos. Concluiu-se que o estudo da personalidade é fundamental para a compreensão da natureza humana e podemos utilizar a entrevista psicológica e a avaliação psicológica para efetuar esse processo.

Palavras-chave: Avaliação Psicológica. Entrevista Psicológica. Personalidade.

INTRODUÇÃO

A entrevista é uma ferramenta utilizada pelo psicólogo, um método de conhecimento a respeito de um indivíduo. A entrevista pode ser aberta, nessa, o entrevistador pode fazer perguntas diretas sem seguir qualquer esquema. Na entrevista aberta os dados do indivíduo

podem ser averiguados com mais profundidade. Ela também pode ser fechada, nesta, o entrevistador segue um roteiro

A Entrevista Psicológica é um instrumento indispensável e importante que o psicólogo usufrui no processo de Avaliação Psicológica.

Avaliação psicológica é um processo de conhecimento a respeito de uma pessoa, ele é científico e dinâmico, não é um processo decisivo sobre o comportamento observado.

O presente trabalho busca apresentar a personalidade baseando-se em estudos feitos acerca da mesma, que abrangem desde a sua definição até o seu uso em abordagens indispensáveis para a psicologia como, por exemplo, a entrevista psicológica.

O objetivo deste artigo é discutir a incidência de pesquisas sobre Entrevista Psicológica, Psicologia da Personalidade e Avaliação Psicológica utilizando-se como base o banco de dados do Google Acadêmico.

A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica, trazendo uma abordagem específica diante dos temas que serão expostos, para que haja uma compreensão maior sobre os dados apresentados.

DESENVOLVIMENTO

Entrevista Psicológica

De acordo com Benjamin (1994) a entrevista, muito utilizada até os dias atuais, ganhou um novo sentido com o passar dos anos, pois se pôde notar com maior cuidado o quanto ela é capaz de afetar a vida de cada indivíduo submetido à mesma.

O autor citado acima, explica que a princípio era comum o seu uso para coleta e acúmulo de informações para pesquisas e também em entrevistas de emprego para saber se o indivíduo estaria apto ou não a exercer um cargo. Assim também, uma entrevista psiquiátrica se dava de uma forma padronizada, apenas com a intenção de averiguar e tomar ciência da vida do paciente para depois interpretar e devolver uma resposta a ele.

Para Bleger (2011) a entrevista é uma ferramenta utilizada pelo psicólogo, um método de conhecimento a respeito de um indivíduo.

A entrevista pode ser aberta, nessa, o entrevistador pode fazer perguntas diretas sem seguir qualquer esquema. Na entrevista aberta os dados do indivíduo podem ser averiguados

com mais profundidade. Ela também pode ser fechada, nesta, o entrevistador segue um roteiro. (Bleger, 2011)

De acordo com Benjamin (1994) existem dois tipos de entrevista, que podem ser diferenciados como, a que favorece o entrevistador e a que favorece o entrevistado, sendo que, a primeira é usada com finalidade jornalística e de pesquisas nas entrevistas de emprego. Já na segunda o entrevistado está em evidência, seu objetivo é fazer com que o mesmo melhore e cresça.

Ainda com Benjamin (1994) para que a entrevista de ajuda seja realizada com êxito é imprescindível que o entrevistador capacite o entrevistado a tomar uma decisão podendo antes decidir com clareza e por meio de seus próprios recursos, sejam eles sentimentos ou uma escolha pessoal.

Bleger (2011) ressalta que mesmo se a entrevista tiver apenas um entrevistado ela pode ser considerada de grupo, isso se deve à Psicologia e a interação do entrevistador com o entrevistado.

Segundo Benjamin (1994) a entrevista é um diálogo entre duas pessoas, um diálogo que é importante e tem uma finalidade. O objetivo da entrevista é auxiliar o entrevistado, que pode procurar ajuda livremente.

Bleger (2011) coloca que podemos inserir na entrevista Psicológica dois aspectos, já que esta é uma técnica: um é da sua realização e suas normas ou designações práticas, e ratificando as primeiras, a outra é a psicologia da entrevista psicológica.

Benjamin (1994) explana que a entrevista se dá em três etapas diferentes. A primeira visa à colocação da queixa para que se possa esclarecê-la. De acordo com o proceder do diálogo o assunto principal pode se tornar outro ou continuar o mesmo até o fim. A segunda etapa é o desenvolvimento daquele assunto de modo a compreender o que o entrevistado tem a dizer, expandindo seu campo de visão para além da percepção dele sobre os acontecimentos. A terceira etapa é o encerramento que deve ser feito pontualmente, pois uma entrevista tem melhor efeito diante de um tempo determinado, e não se deve colocar novos assuntos nesse momento, já que não poderão receber a atenção que necessitam.

Para Bleger (2011) consulta não é o mesmo que entrevista; esta última é apenas uma ferramenta que alguns profissionais utilizam na consulta e a anamnese é resumo de dados prefixado, o que possibilita ter informações da vida atual e história de uma pessoa. Diferente da consulta e da anamnese, a entrevista psicológica objetiva estudar e verificar o comportamento

do sujeito durante o processo e como será estabelecida a sua interação como o entrevistador. E uma diferença fundamental entre entrevista e anamnese, no que se refere à teoria da personalidade e a teoria da técnica consiste em que, na anamnese considera-se que o paciente tem conhecimento do que ocorre em sua vida e com isso possa dar informações.

Para Bleger (2011) entrevista é um elo entre pessoas na qual uma delas precisa usar o seu conhecimento para descobrir o que ocorre com o outro e Benjamin (1994) explica que é necessário que o entrevistador esteja disposto a dar o melhor de si em prol do entrevistado, a ponto de que o mesmo possa se dar conta disso, já que tal atitude trará mais confiança, assim como o sentimento de estar sendo respeitado como pessoa.

De acordo com Bleger (2011) para diferenciar entrevista de outro tipo de relação interpessoal, é importante que o campo seja compatível levando em consideração as atitudes do entrevistado onde é de extrema importância considerar que a entrevista é apenas uma parte do entrevistado, ou seja, ela não pode evidenciar toda a personalidade deste, sendo necessário que haja outros procedimentos de investigação da personalidade além da entrevista, mas esta não pode deixar de acontecer.

Benjamin (1994) relata que uma entrevista de ajuda não deve ser feita apenas com o intuito de coletar dados, pois isso não traria uma mudança positiva ao entrevistado. Seu objetivo primordial é fazer da entrevista um meio de relacionamento harmônico que propicie uma boa expressão da parte do entrevistado, para que a intervenção possa se dar de forma eficaz, levando-o a aprimorar-se de modo que isso alcance todas as áreas importantes de sua vida pessoal.

Segundo Bleger (2011) a relação entre entrevistado e entrevistador vai determinar tudo o que acontece na entrevista, mas esse contexto deve ser definido pelo entrevistado, e o entrevistador tem que permitir que isso aconteça e ficar atento, pois a demanda que o entrevistado traz para a entrevista podem não ser a principal queixa, porque o que ele diz num primeiro momento pode ser dito racionalmente.

Benjamim (1994) explica que quando percebemos que necessitamos de mais informações ou detalhes, não devemos pressionar o entrevistado, pois, isso pode resultar em ruptura ou destruição do fluxo de expressão do entrevistado.

Bleger (2011) elucida que o objetivo da entrevista é analisar a personalidade do entrevistado considerando nosso conhecimento e ferramentas de trabalho. A entrevista é um instrumento ou uma técnica da “prática” com a qual se pretende diagnosticar, isto é, aplicar

conhecimentos científicos que, em si mesmos, são provenientes de outras fontes: a investigação científica.

Ainda com Bleger (2011) a entrevista só será relevante se houver averiguação dos dados. A entrevista possibilita investigar o comportamento dos indivíduos.

PERSONALIDADE

De acordo com Schultz e Schultz (2013) o estudo da personalidade é fundamental para a compreensão da natureza humana, apesar disso, inicialmente foi dada pouca atenção à personalidade, pois a nova ciência da psicologia concentrou-se na análise da experiência consciente nas suas partes principais.

Os autores explicam que a Personalidade inclui aspectos singulares, internos, externos particulares relativamente duradouros do caráter de uma pessoa que influenciam o comportamento em situações diversas.

Para Schultz e Schultz (2011) a psicanálise não manteve-se muito tempo como a única abordagem para explicar a personalidade humana. Diversas alternativas foram dadas por Jung, os teóricos psicossociais e pelos neofreudianos, salientando que apesar das teorias serem diferentes tanto nos aspectos básicos como nos gerais, elas têm em comum a origem. A forma e a origem de todas devem-se aos esforços de Sigmund Freud para a fundação do sistema.

Coon (2006) elucida que a teoria psicanalítica, mais conhecida como abordagem psicodinâmica retrata a personalidade como um sistema dinâmico orientado por três estruturas mentais, o id, o ego e o superego. Freud teorizou que a base da personalidade é formada antes dos seis anos, em uma série de fases psicosssexuais.

Segundo Jung (2002) a personalidade é a totalidade das características de uma pessoa, o que lhe dá sua exclusividade e individualidade. Seu desenvolvimento é iniciado na infância e ganha força entre essa fase e a adolescência.

Schultz e Schultz (2013) explicam que para Jung a personalidade é estabelecida pelo que esperamos ser e pelo que fomos. Ele criticou Freud por evidenciar apenas os eventos passados como formadores da personalidade, excluindo o futuro.



Hall et al (2000) aclaram que a personalidade de um indivíduo é avaliada por meio da efetividade com que ele consegue expulsar reações positivas em uma variedade de pessoas em circunstâncias divergentes.

Os autores colocam que uma vez que o indivíduo tenha criado ou adotado determinada teoria da personalidade, a definição de personalidade será visivelmente indicada pela teoria.

Ainda com Hall et al (2000) a personalidade é determinada pelos conceitos empíricos específicos que fazem parte da teoria da personalidade aplicada pelo observador. A personalidade consiste em uma série de valores ou termos descritivos que caracterizam o indivíduo que está sendo estudado em termos das variáveis ou dimensões que ocupam uma posição central dentro de uma teoria específica.

A personalidade refere-se à solidez de quem somos, fomos ou seremos. Ela também diz respeito ao conjunto especial de talentos, valores, desejos, amores, ódios e hábitos que transforma cada um de nós em um ser único (Coon, 2006).

A teoria moderna sobre personalidade, que começou a formar-se na década de 30, foi muito influenciada pelo trabalho de Gordon Allport, Kurt Lewin e Henry Murray. (Friedman, 2004).

Para Allport, apud Schultz e Schultz (2013, p.212) a personalidade é a organização dinâmica dentro da pessoa dos sistemas psicofísicos que determinam o comportamento e o pensamento característicos. Ele acreditava que a personalidade pode ser distinta ou descontínua. As pessoas além de serem diferentes umas das outras, elas também estão separadas de seu passado.

A abordagem de Lewin foi igualmente dinâmica, na medida em que ele buscou detectar sistemas que fundamentam o comportamento observável. Murray considerava em uma perspectiva abrangente que inseria estudos longitudinais sobre as mesmas pessoas ao longo do tempo. (Friedman & Shustack, 2004).

Hall et al (2000) explicam que uma teoria baseia-se em um conjunto de suposições relacionadas referentes aos fenômenos empíricos e às definições empíricas relevantes que deixam que o usuário passe da teoria abstrata para a observação empírica.

Os autores ressaltam que a origem da teoria da personalidade deve muito mais à profissão médica e às condições da prática médica. Os primeiros gigantes nessa área (Freud, Jung e McDougall) tinham formação em medicina, mas trabalhavam também como psicoterapeutas. Esse vínculo histórico entre a teoria da personalidade e aplicação prática

permaneceu evidente durante todo o desenvolvimento da psicologia e oferece uma importante distinção entre esse ramo da teoria e outros tipos de teoria psicológica.

Coon (2006) discorre que a teoria da personalidade é um sistema de conceitos, pressupostos, ideias e princípios apontados para explicar a personalidade, dentre essas teorias encontramos a teoria dos traços, teoria psicodinâmicas, teoria behaviorista, teoria do aprendizado social, teoria humanista, entre outras.

Para Allport, apud Schultz e Schultz (2013) traços de personalidade são formas constantes e duradouras de reagir ao nosso ambiente; são particularidades diferenciadoras que controlam o comportamento (sujeitos a influências sociais, ambientais e culturais)

O autor coloca que os traços podem ser cardinal que é a paixão dominante, traço central que é a série de traços que descreve o comportamento de uma pessoa e traços secundários que são traços individuais menos influentes.

Algumas teorias da personalidade são mais relevantes para a descrição do comportamento anormal ou patológico. Outras teorias e teóricos centram-se no normal ou no melhor que o normal (Hall et al., 2000)

De acordo com os autores as teorias com origens nas clínicas psiquiátricas, nos centros de aconselhamento e nos consultórios de terapeutas certamente têm mais a dizer sobre o comportamento desviante ou anormal, enquanto as teorias derivadas do estudo das crianças e dos estudantes universitários são mais descritivas e representativas do intervalo relativamente normal de personalidade.

Para Schultz e Schultz (2013) uma teoria propicia uma estrutura para facilitar e descrever dados de forma significativa, salientando que as teorias da personalidade têm de ser verificáveis, aclarar e explicar os dados da personalidade e úteis para entender e prever comportamentos.

De acordo com Pervin e John (2004) existem áreas que devem compor o estudo e as teorias da personalidade para que exista um entendimento mais amplo sobre o tema. São elas: estrutura, processo, crescimento e desenvolvimento, psicopatologia e mudança.

Os autores explicam que a estrutura está relacionada às características mais marcantes e mais persistentes de um sujeito. No processo existem alguns modelos motivacionais que impulsionam o indivíduo a busca do prazer e bem estar evitando a dor. O crescimento e desenvolvimento refere-se aos aspectos ambientais (criação) e genéticos (natureza), os quais estão em constante envolvimento.

Segundo Adler apud Schultz e Schultz (2013) cada pessoa é essencialmente um ser social. Nossa personalidade é moldada pelo nosso ambiente e interações sociais particulares, e não pelos esforços para satisfazer nossas necessidades biológicas

Avaliação Psicológica, Entrevista Psicológica e Personalidade

Para Alchieri (2012) a Avaliação Psicológica nasce das dificuldades de atender às demandas industriais, educacionais clínicas, sociais, como a avaliação para Carteira Nacional de Habilitação e no campo jurídico.

Almeida (2004) elucida que a avaliação psicológica pode ser feita através de muitas técnicas disponibilizadas pelo psicólogo como a Entrevista, a observação, os testes entre outros. Considerando a entrevista psicológica um instrumento indispensável e importante que o psicólogo usufrui no processo de Avaliação Psicológica.

Segundo Benjamin (1994) a entrevista é um diálogo entre duas pessoas, um diálogo que é importante e tem uma finalidade. O objetivo da entrevista é auxiliar o entrevistado, que pode procurar ajuda livremente.

Bleger (2011) coloca que podemos inserir na entrevista Psicológica dois aspectos, já que esta é uma técnica: um é da sua realização e suas normas ou designações práticas, e ratificando as primeiras, a outra é a psicologia da entrevista psicológica.

Benjamin (1994) explana que a entrevista se dá em três etapas diferentes. A primeira visa à colocação da queixa para que se possa esclarecê-la. De acordo com o proceder do diálogo o assunto principal pode se tornar outro ou continuar o mesmo até o fim. A segunda etapa é o desenvolvimento daquele assunto de modo a compreender o que o entrevistado tem a dizer, expandindo seu campo de visão para além da percepção dele sobre os acontecimentos. A terceira etapa é o encerramento que deve ser feito pontualmente, pois uma entrevista tem melhor efeito diante de um tempo determinado, e não se deve colocar novos assuntos nesse momento, já que não poderão receber a atenção que necessitam.

Urbina (2007) explica que avaliação psicológica é um método variável que não segue um padrão, seu objetivo é alcançar uma determinação amparada sobre um ou mais conteúdos psicológicos por meio da coleta, avaliação e estudo de informações adequadas à meta em questão, sendo importante salientar que testes e avaliações não são a mesma coisa, os testes são um dos instrumentos usados no processo de avaliação.

De acordo com Bleger (2011) para diferenciar entrevista de outro tipo de relação interpessoal, é importante que o campo seja compatível levando em consideração as atitudes do entrevistado.

Para o autor a entrevista é apenas uma parte do entrevistado, ou seja, ela não pode evidenciar toda a personalidade deste.

De acordo com Schultz e Schultz (2013) o estudo da personalidade é fundamental para a compreensão da natureza humana, apesar disso, inicialmente foi dada pouca atenção à personalidade, pois a nova ciência da psicologia concentrou-se na análise da experiência consciente nas suas partes principais.

Os autores explicam que a Personalidade inclui aspectos singulares, internos, externos particulares relativamente duradouros do caráter de uma pessoa que influenciam o comportamento em situações diversas.

De acordo com Machado e Morona (2007) Avaliação Psicológica é um processo de conhecimento a respeito de uma pessoa, ele é científico e dinâmico, não é um processo decisivo sobre o comportamento observado.

Hall et al (2000) aclaram que a personalidade de um indivíduo é avaliada por meio da efetividade com que ele consegue expulsar reações positivas em uma variedade de pessoas em circunstâncias divergentes.

Os autores colocam que uma vez que o indivíduo tenha criado ou adotado determinada teoria da personalidade, a definição de personalidade será visivelmente indicada pela teoria.

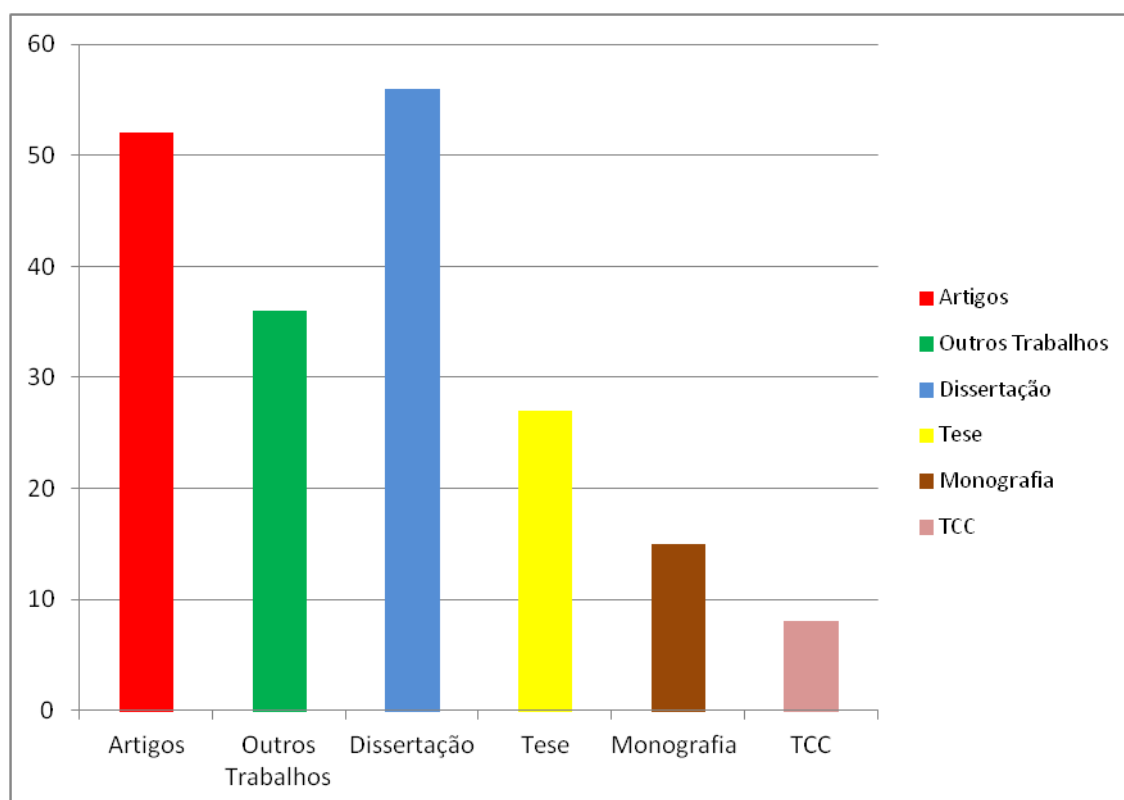
Ainda com Hall et al (2000) a personalidade é determinada pelos conceitos empíricos específicos que fazem parte da teoria da personalidade aplicada pelo observador. A personalidade consiste em uma série de valores ou termos descritivos que caracterizam o indivíduo que está sendo estudado em termos das variáveis ou dimensões que ocupam uma posição central dentro de uma teoria específica.

De acordo com o CFP (resolução 007/2003) avaliação psicológica é um processo técnico-científico de recolhimento de informações, estudos e interpretação de dados sobre os fenômenos psicológicos, provenientes da relação do sujeito com a sociedade, usando de estratégias psicológicas-métodos, técnicas e ferramentas.

Segundo Adler apud Schultz e Schultz (2013) cada pessoa é essencialmente um ser social. Nossa personalidade é moldada pelo nosso ambiente e interações sociais particulares, e não pelos esforços para satisfazer nossas necessidades biológicas.

RESULTADO DAS PESQUISAS

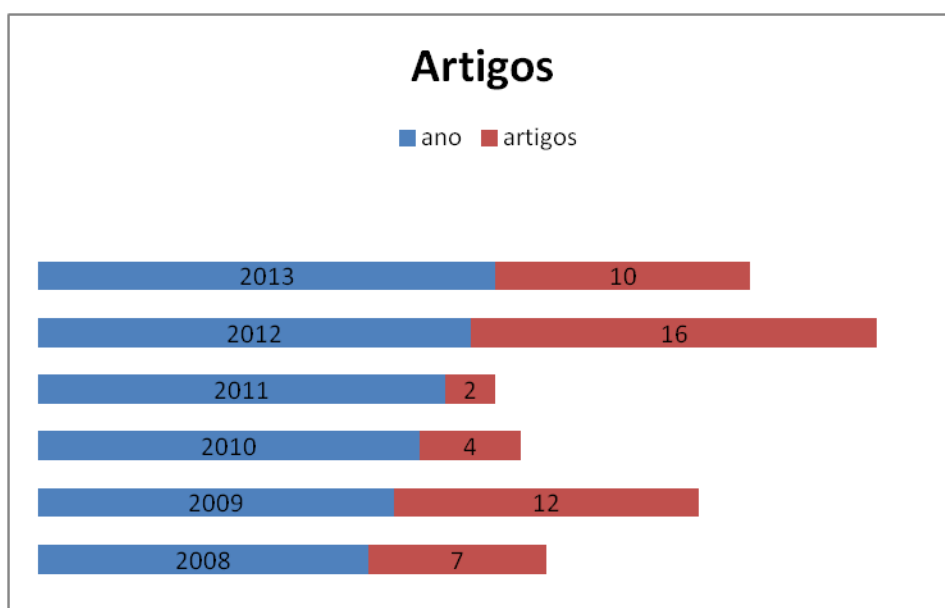
Artigos	52
Outros Trabalhos	36
Dissertação	56
Tese	27
Monografia	15
TCC	8



A figura acima mostra que na pesquisa realizada sobre Entrevista Psicológica e Personalidade de 2008 à 2013 foram produzidos 52 artigos, 56 dissertações, 27 teses, 15 monografias e 8 TCCs, ainda foram feitos 36 outros trabalhos, totalizando 194 resultados.



2008	7
2009	12
2010	4
2011	2
2012	16
2013	10



A figura acima mostra que na pesquisa no ano de 2008 foram produzidos 7 artigos sobre Entrevista Psicológica e Personalidade, já no ano de 2009 foram 12 artigos, em 2010 encontramos 4, no ano de 2011 foram feitos 2 artigos, em 2012 a incidência de artigos foi de 16 e no ano de 2013 foram encontrados na pesquisa 10 artigos sobre o tema.

CONCLUSÃO

Conforme pudemos verificar, a personalidade é moldada pelo ambiente e interações sociais particulares, e não pelos esforços para satisfazer nossas necessidades biológicas.

Avaliação psicológica é um processo técnico-científico de recolhimento de informações, estudos e interpretação de dados sobre os fenômenos psicológicos, provenientes da relação do sujeito com a sociedade, usando de estratégias psicológicas-métodos, técnicas e ferramentas.



A entrevista é um instrumento ou uma técnica da “prática” com a qual se pretende diagnosticar, isto é, aplicar conhecimentos científicos que, em si mesmos, são provenientes de outras fontes: a investigação científica.

Nosso objetivo foi discutir a incidência de pesquisas sobre Entrevista Psicológica, Psicologia da Personalidade e a avaliação Psicológica utilizando-se como base o banco de dados do Google Acadêmico.

Pelo exposto acima, acreditamos que a entrevista psicológica e a avaliação psicológica são primordiais para o estudo da Personalidade. É importante que o profissional tenha conhecimento sobre a fundamentação teórica da Personalidade, da entrevista psicológica e da avaliação psicológica.

Nosso intuito foi contribuir com alguns conceitos e esclarecer sobre a importância dos processos psicológicos para o estudo da personalidade e que esse tema tão importante possa ter continuidade e ser enriquecido.

REFERÊNCIAS

- Alchieri, J.C. (2012). *Avaliação psicológica: conceito, métodos e instrumentos*. 5ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo
- Almeida, N.V. (2004). A entrevista psicológica como um processo dinâmico e criativo. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 5 (1).
- Benjamin, A.(1994). *A entrevista de ajuda*. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Bleger, J. (2011). *Temas de Psicologia: entrevista e grupos*. 4ª ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.
- Coon, D. (2006). *Introdução à Psicologia: Uma jornada*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Friedman, H. & Shustack. M.W. (2004). *Teorias da Personalidade: teoria clássica à pesquisa moderna*. São Paulo: Prentice Hall.
- Hall, C.S., Gardner, L. & Campbell, J.B. (2000). *Teorias da Personalidade*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Jung, C.G. (2002). *O desenvolvimento da Personalidade*. 8ª ed. Petrópolis: Vozes.
- Pervin, L.A. & John, O.P. (2004). *Personalidade: Teoria e Pesquisa*. 8ª ed. São Paulo: Artmed.



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



Schultz, D.P. & Schultz, S.E. (2011). *História da Psicologia moderna*. 9ª ed. São Paulo: Cengage Learning

Schultz, D.P. & Schultz, S.E. (2013). *Teorias da Personalidade*. 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning.

Urbina, S. (2007). *Fundamentos da testagem psicológica*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA EM PSICOLOGIA HOSPITALAR E DA SAÚDE⁹

Marcelo Scardovelli Brota (Universidade Guarulhos)

Paulo Francisco de Castro (Universidade Guarulhos e Universidade de Taubaté)

RESUMO

Diante de uma série de possibilidades de atuação do psicólogo observa-se a inserção do profissional na área da Psicologia Hospitalar ou Psicologia da Saúde. A referida área de atuação compreende as ações técnicas do profissional em Psicologia em hospitais ou em clínicas que mantêm serviços de atendimento na área de saúde, existem vários contextos onde a instituição oferece atendimento e cuidados na área de saúde. A compreensão do conceito de saúde integral, necessariamente envolve a compreensão e atuação nos âmbitos, orgânico, social e psicológico para que seja possível a integração dos diferentes saberes na busca da qualidade de vida e saúde dos pacientes. Os procedimentos de avaliação psicológica empregados na estratégia psicodiagnóstica são de grande importância em qualquer atividade clínica ou de saúde. Assim, a presente pesquisa possui o objetivo de levantar as estratégias empregadas na atividade de avaliação psicológica, bem como os recursos utilizados por profissionais que atuam nesta área. Para tanto, foram realizadas entrevistas com vinte psicólogos que atuam em hospitais ou em clínicas que visam atendimento na área de saúde. As entrevistas versaram sobre a formação do profissional e sobre as atividades de avaliação psicológica e psicodiagnóstico no contexto hospitalar, com ênfase na escolha das técnicas de avaliação e dos procedimentos empregados. Após a análise dos dados, observou-se que a maior parte dos psicólogos entrevistados é do sexo feminino (80% - N=16), possuem entre 41 a 50 anos (45% - N=9), tem o estado civil como casado (55% - N=11), graduados em psicologia a mais de 21 anos (60% - N=12), atuam na área da saúde a mais de 21 anos (40% - N=8), possuem pós-graduação em nível de especialização (80% - N=16), realizam avaliação psicológica ou psicodiagnóstico (90% - N=18). No que se refere às estratégias de avaliação psicológica empregadas por esses profissionais, tem-se anamnese e entrevista (55% - N=11), seguido pelo teste psicológico HTP (40% - N= 8), Desenho livre (25% - N=5), Observação

⁹ **Apoio:** PIBIC/CNPq-UnG - Programa de Iniciação Científica da Universidade Guarulhos.

lúdica (20% -N=4), Observação clínica (20% -N=4), Recursos expressivos (20% - N=4), Rorschach (15% -N=3), WISC (15% - N=3), HAD (15% - N=3), Mini-mental (15% - N=3), e Desenho da Família, WAIS, Escalas de Beck, Jogos de seriação, cada um é utilizado por 10% da amostra (N=2). Observa-se grande variedade de estratégias utilizadas por esses psicológicos. A maior parte dos profissionais justifica a utilização desses procedimentos como recursos para melhor compreensão dos dinamismos psicológicos apresentados pelos pacientes, que podem ser equacionados como fonte de enfrentamento diante dos cuidados que recebem dos profissionais de saúde. Pela pertinência do tema, outros estudos mais amplos são necessários.

Palavras-chave: Avaliação Psicológica. Psicologia Hospitalar. Psicologia da Saúde.

Eixo Temático: Estratégias de diagnóstico aplicadas à Psicologia da Saúde.

INTRODUÇÃO

Angerami-Camon e colaboradores (2003, 2004) explicam que a Psicologia aplicada à Saúde compreende, além de outros segmentos institucionais, a área da Psicologia Hospitalar. De forma abrangente, a Psicologia da Saúde apresenta desenvoltura e desempenhos profissionais bastante significativos e ampliados. Outra definição foca a Psicologia da Saúde como um amplo conjunto de conhecimentos educacionais, científicos e profissionais que constroem estratégias para promover e manter a saúde, com vistas a ações preventivas e terapêuticas em amplo espectro de atividades e atuações. Além disso, considera as políticas empregadas na sustentação da saúde coletiva e saúde individual (Gióia-Martins & Rocha Junior, 2001).

A Psicologia Hospitalar procura diminuir as angústias geradas pelo processo de hospitalização do paciente, a atuação do psicólogo está voltada para a minimização do sofrimento, angústias e sequelas psíquicas oriundas da hospitalização. O trabalho do psicólogo hospitalar difere da atuação psicoterápica no contexto clínico do *setting* terapêutico. O atendimento do psicólogo ao paciente hospitalizado é influenciado por inúmeras variáveis devido justamente a não existir um *setting* terapêutico definido no hospital para a sua atuação, muitas vezes enquanto o psicólogo realiza seu trabalho junto ao paciente, ele é interrompido

pela equipe médica numa eventual aplicação de medicamentos, ou pela equipe de limpeza numa rotineira assepsia do local, ou até mesmo por uma intervenção de emergência em outro paciente que esteja passando mal (Angerami-Camon, 2002).

Segundo Simonetti (2004) a doença é um fenômeno complexo, resultado do contato do indivíduo com um funcionamento patológico de seu corpo, de seu psiquismo ou de ambos. A complexidade do adoecer é fruto das dimensões biológica, psicológica e cultural e podem ser observados no paciente, na família, na equipe multidisciplinar ou, em casos mais graves, em todos esses atores da vivência patológica.

Straub (2005) ressalta que quando um indivíduo adentra ao hospital e torna-se 'um paciente', este assume um papel de submissão diante da instituição, que assume total controle sobre a pessoa lá internada. Usualmente, os pacientes internados submetem-se à rotina do hospital, qual seja: horários para comer, dormir, receber visitas, além de disponibilizar-se para exames e tratamentos quando o médico determina. Tal processo demonstra certa perda de controle de sua própria vida, conferindo ao hospital e a seus funcionários, o centro de sua existência.

A Psicologia que teve originalidade no âmbito dos laboratórios experimentais, consultórios e "*settings* analíticos", com o passar dos anos avançou para diversas áreas e setores, um deles é a Psicologia Hospitalar, que surge da necessidade do ser humano receber um acompanhamento psicológico em um dos seus momentos mais frágeis da sua existência: a doença. Quando o ser humano adentra as portas dos hospitais, ele usualmente não tem só um desequilíbrio orgânico, como passa também a entrar em um desconforto psicológico, pois ele se encontra em um ambiente desconhecido, convivendo com pessoas desconhecida, passa a ter uma rotina diferente, tem uma limitação de suas funções e habilidades mesmo que temporariamente, e etc. Com isso pode-se desencadear uma série de fenômenos psíquicos com o paciente internalizado, como: sensação de abandono, solidão, medo, perda da "identidade", raiva e revolta, dentre outros (Campos, 1995; Fongaro & Sebastiani, 2003).

A Psicologia Hospitalar não estabelece metas para o indivíduo doente chegar, mas sim, a partir da subjetividade, o psicólogo hospitalar se propõe a ajudar o paciente a passar pelo processo de adoecer, escutando-o sobre o que ele quiser e necessitar falar, sobre a vida e a sua história, suas emoções diante do enfrentamento da doença, seus medos diante da morte, suas angústias em relação às perdas, dentre outros aspectos. O psicólogo hospitalar utiliza-se basicamente de duas ferramentas principais, que são o ouvir e o falar, principalmente o ouvir,

pois a conversa se torna o caminho de entrada para o mundo subjetivo do paciente, utilizando-se de um diálogo assimétrico, onde o paciente fala mais e o psicólogo permanece apenas escutando-o, pois é isso do que o paciente mais necessita expressar-se e ter alguém ao seu lado para compreendê-lo e não julgar e dar conselhos e até mesmos 'sermões' (Simonetti, 2004).

Segundo Simonetti (2004), a Psicologia Hospitalar utiliza basicamente duas técnicas: a escuta analítica, que reúne a associação livre, a escuta propriamente dita e as análises de transferências, que são técnicas básicas de intervenção clínica, sendo a única diferença do *setting* ser o hospital; a outra técnica é o manejo situacional, que são intervenções com o foco na situação e forma de adoecimento que o paciente passa.

O mesmo autor destaca a importância do psicólogo hospitalar sair da sua neutralidade e passividade, que costuma ter em sua clínica, e se adequar à realidade do hospital e dos pacientes que estão passando pelo processo de adoecimento, a realidade hospitalar exige essa posição do psicólogo e aproximação com o paciente.

A partir dessa necessidade do paciente internalizado no hospital, destaca-se a importância da Psicologia Hospitalar e das intervenções dos psicólogos hospitalares, que acompanham e ajudam o paciente a passar por esse momento doloroso sem maiores traumas, ofertando um atendimento psicológico não somente para quem está internado, mas também para os familiares do paciente, que também sofrem, não raro até mais do que o ser que está doente (Campos, 1995; Fongaro & Sebastiani, 2003).

Avaliação Psicológica no Hospital

Para que a Psicologia Hospitalar possa intervir e oferecer uma melhor qualidade de vida aos pacientes internados, necessita-se e utiliza-se de recursos técnicos e metodológicos, tais como o Roteiro de Avaliação Psicológica. Este roteiro possui algumas funções principais: *função diagnóstica* (possibilita o levantamento de Hipóteses Diagnósticas e Definição de Diagnóstico Diferencial, facilitando e diferenciando as condutas que serão tomadas pela equipe médica); *função de orientador de foco* (seleciona os focos a serem trabalhados junto ao paciente, através de abordagens breves direcionadas para os problemas mais importantes no momento); *fornecimento de dados sobre a estrutura psicodinâmica da personalidade da pessoa*; *histórico da pessoa* (coleta de dados e informações sobre o paciente); dentre outras funções (Fongaro & Sebastiani, 2003).



Com essas funções, esse Roteiro de Avaliação Psicológica é constituído de uma identificação inicial que contém os dados do paciente, como: nome, número de registro do prontuário, idade, sexo, religião, estado civil, nome da equipe médica, data de atendimento e internação, e etc. Constituem também o roteiro outros 13 itens, que segundo Fongaro e Sebastiani (2003) são:

- Estado emocional geral: possibilita uma avaliação das condições emocionais do paciente, tais como: autoconceito, autoestima, ansiedade, depressão, informação sobre a doença, informação sobre o tratamento, relação com a doença, defesas predominantes, ruptura psicótica e estrutura emocional básica.
- Sequelas emocionais do paciente: esse item avalia se o paciente teve sequelas emocionais que possam interferir no seu processo de internação e tratamento, que podem ser: sequelas de internação anterior, de tratamento anterior, de cirurgia anterior, de separações e de perdas e óbitos.
- Temperamento emocional observado: nesse item avalia-se o temperamento emocional que o paciente apresenta, identificando se ele é introvertido e ou extrovertido, e indicando sinais de estados maníacos, hipomaníacos ou depressivos.
- Postura frente à doença e à vida: nesse item são avaliadas as tendências que o paciente tem em relação à valorização da própria vida, identificando se possui tendências biófilas ou necrófilas.
- Estado atual frente à doença/hospitalização e à vida: nesse item observa-se o estado psicológico do paciente em relação ao seu processo de adoecer, diante de uma provável constatação de não mais existir. Os estados psicológicos ou fases aqui observadas são: negação, barganha, revolta, depressão, aceitação e ganho secundário, lembrando que esses estados possuem profunda relação entre si, podendo assim existir coexistência entre eles.
- Questionário específico: aqui é feito um questionário levantando informações da história do paciente, tendo como foco a relação paciente-doença. Perguntas como estas estão presentes no questionário: Como era o paciente antes de adoecer? Como foi descoberto o seu diagnóstico? Houve mudança no comportamento do paciente ou na dinâmica familiar após o aparecimento da doença?
- Avaliação psicossocial: nesta avaliação se faz um levantamento dos dados históricos psicossociais do paciente, observando e analisando as fases de desenvolvimento psicológico, como: infância, adolescência, vida adulta e contatos sociais.

- Exame psíquico: nesse item avalia-se uma série de aspectos mentais que geralmente são afetados pela doença e ou processo de hospitalização. É composto inicialmente com os dados de identificação do paciente, e seguido de alguns subitens, que são: Consciência (clínica ou quantitativa), Sensopercepção, Pensamento, Linguagem, Memória, Inteligência e Cognição, Consciência do EU (qualitativa), Afetividade, Motivação e Volição. Esse item de avaliação pode também ser aplicado separado dos demais itens do Roteiro de Avaliação Psicológica, devido as suas características específicas de avaliação, que contribuem para o Diagnóstico Diferencial.
- Manifestações psíquicas e comportamentais: o objetivo deste item é auxiliar na elaboração do perfil psicológico estrutural e psicodinâmico da relação entre paciente-doença, paciente-hospitalização e paciente-tratamento. É observado algumas características psicológicas e mecanismos de defesa como esses: negação, culpa, raiva, fantasias, impotência, insegurança, regressão, dependência, conformismo, projeção, isolamento, pânico, despersonalização, dentre outros; sendo avaliados na graduação de: sem dados, moderado, e acentuado.
- Diagnóstico psicológico: item que se refere à condição psíquica circunstancial do paciente, provinda das situações conflitivas do processo de adoecer, tratamento e hospitalização.
- Focos principais: neste item são colocados os principais focos de conflito que necessitam da intervenção do psicólogo.
- Conduta: esse item aborda as condutas psicológicas que serão utilizadas no tratamento do paciente, como por exemplo: psicoterapia breve focal, orientação em relação à cirurgia, avaliação familiar, entre outros.
- Síntese: espaço do Roteiro de Avaliação Psicológica que expõem uma síntese e uma visão geral do estado psicológico do paciente.

Simonetti (2004) subdivide o diagnóstico em Psicologia Hospitalar em quatro partes, que são:

- Diagnóstico reacional, que aborda o modo de como o paciente reage ao processo de adoecimento, que geralmente apresenta quatro posições principais que o paciente toma ao se deparar com a doença, são elas: a negação, que geralmente é a primeira maneira do paciente se posicionar perante a doença, posição caracterizada com o pensamento de onipotência "isso não pode estar acontecendo comigo", e em que a solução do seu problema será resolvida de uma forma "mágica", o paciente então acaba inconscientemente reprimindo o medo de encarar a realidade da doença, no que ocasiona uma forte angústia e irritação; a revolta, momento em



que o paciente enxerga a doença e acaba tendo uma grande frustração, onde vivencia a revolta, podendo essa raiva ser dirigida desde a ele próprio até para com a família e à equipe médica; depressão, posição que a pessoa praticamente se entrega à doença, desistindo de lutar pela sua cura e sem esperanças no tratamento, tem uma enorme tristeza onde predomina um pensamento de impotência gerando a perda da vontade de viver e perde o medo de morrer; enfrentamento, nessa fase o paciente deixa as ilusões e fantasias criadas durante o processo de adoecimento e encara e aceita a doença de uma forma real, sente ainda tristezas, angústias e raiva mas de uma forma consciente e equilibrada.

- Diagnóstico médico: nele se encontram todas as informações relevantes sobre o quadro clínico da doença do paciente, tais como: nome da doença, principais sintomas, qual a medicação que está sendo utilizada, se a doença é aguda ou crônica e o prognóstico dado ao paciente, entre outras informações. O diagnóstico médico facilita em muitas vezes o início da primeira entrevista e contato com o psicólogo, pois não entra no foco das questões psicológicas pode fortalecer primeiramente o vínculo interpessoal entre psicólogo-paciente.

- Diagnóstico situacional: nesse diagnóstico, o psicólogo hospitalar faz um mapeamento das influências que as áreas da vida do paciente tais como, área física, psíquica, social e cultural, interferem no processo de adoecimento, procurando assim ampliar a visão da vida e cuidar do paciente de forma global, identificando os principais pontos e áreas da vida que estão sendo afetados pela doença, facilitando a ação terapêutica do psicólogo.

- Diagnóstico transferencial: nesse diagnóstico avalia-se as relações que o paciente estabelece a partir e durante o processo de adoecimento, analisando as relações interpessoais tais como: paciente-família, paciente-psicólogo, paciente-médico, paciente-equipe médica, paciente-instituição, e essas relações são chamadas de transferenciais pois o processo de adoecimento faz com que o paciente possa ter uma regressão e estabelecer vínculos primitivos segundo os seus modelos já criados durante sua história de vida.

Segundo Simonetti (2004) no processo de adoecimento, o que sustenta o paciente e está presente em todas as etapas em que ele passa, é a esperança, na negação ela se encontra elevada, na revolta apresenta-se com um juiz, na depressão está camuflada e no enfrentamento concretiza-se de forma real.



OBJETIVO

Descrever os procedimentos teóricos e técnicos empregados nos processos de avaliação psicológica e psicodiagnóstico em Psicologia Hospitalar e da Saúde.

MÉTODO

Participaram da presente investigação 20 (vinte) psicólogos que atuam na área de Psicologia Hospitalar, exercendo suas funções profissionais em hospitais ou outras instituições de atendimento à saúde. Como o foco do trabalho foi a atuação profissional e os procedimentos de avaliação empregados, outras variáveis não foram controladas durante a coleta de dados. Assim, desde que o profissional esteja em atividade na área supracitada, não importava sua idade, sexo ou nível social e econômico.

Por meio de contatos com professores ou outros profissionais, foram convidados psicólogos que atuam na área hospitalar ou da saúde para participarem da pesquisa. Diante do aceite do profissional, foi agendado dia, horário e local mais adequados para a realização da entrevista.

Todos os profissionais submeteram-se a uma entrevista que versava sobre sua formação, interesse pela área e procedimentos de avaliação utilizados em sua prática profissional. A entrevista mostra-se como importante recurso para coleta de dados, principalmente nas investigações das áreas sociais e psicológicas. Permite o levantamento de fatos e opiniões diretamente com o sujeito objeto da pesquisa por meio de questões abertas e fechadas (Cervo & Bervian, 2002; Rea & Parker, 2000).

RESULTADOS

Tabela 1. Sexo dos participantes

Sexo	N	%
Feminino	16	80 %
Masculino	4	20 %
Total	20	100 %

Como é possível verificar nos dados expressos na Tabela 1, a maior parte dos psicólogos entrevistados é do sexo feminino (80% -N=16), seguido de profissionais do sexo masculino (20% - N=4).

Tabela 2. Idade dos participantes

Faixa etária	N	%
Até 30 anos	2	10 %
31 a 40 anos	2	10 %
41 a 50 anos	9	45 %
Acima de 51 anos	7	35 %
Total	20	100 %

Na Tabela 2 é possível verificar que a maioria dos profissionais entrevistados está na faixa etária dos 41 a 50 anos (45% - N=9), seguido por profissionais que possuem acima de 51 anos (35% - N=7), na faixa etária de 31 a 40 anos (10% - N=2), e profissionais com até 30 anos (10% -N=2).

Tabela 3 – Estado civil dos participantes

Estado civil	N	%
Solteiro	6	30 %
Casado	11	55 %
Divorciado	3	15 %
Total	20	100 %

De acordo com a Tabela 3, é possível observar que a maioria dos profissionais entrevistados tem o estado civil como casado (55% - N=11), seguido por profissionais solteiros (30% -N=6) e profissionais divorciados (15% - N=3).

Tabela 4. Tempo de graduação dos participantes

Tempo	N	%
Até 5 anos	2	10 %
6 até 10 anos	1	5 %
11 até 15 anos	2	10 %
16 até 20 anos	3	15 %
Acima de 21 anos	12	60 %
Total	20	100 %

Na Tabela 4, verifica-se que a maioria dos profissionais entrevistados se graduaram a mais de 21 anos (60% - N=12), seguido por profissionais tem 16 à 20 anos de formação em psicologia (15% - N=3), profissionais com 11 à 15 anos de graduação (10% - N=2),

profissionais recém formados com até 5 anos de graduação (10% - N=2), e profissionais com 6 à 10 anos de formação em psicologia (5% - N=1).

Tabela 5. Pós-graduação dos participantes

	N	%
Sim	18	90 %
Não	2	10 %
Total	20	100 %

De acordo com a Tabela 5, observa-se que a maior parte dos profissionais entrevistados realizou pós-graduação (90% - N=18), seguido por profissionais que não realizaram pós-graduação (10% - N=2).

Tabela 6. Nível de pós-graduação dos participantes

Pós-graduação	N	%
Especialização	16	80 %
Mestrado	1	5 %
Doutorado	1	5 %
Mestrando	2	10 %
Total	20	100 %

Na Tabela 6, pode-se verificar que a maioria dos profissionais que realizaram pós-graduação fizeram em nível de especialização (80% - N=16), seguido por profissionais que possuem mestrado (5% -N=1) e profissionais com o título de doutorado (5% - N=1), e 10% dos profissionais são mestrandos (N=2).

Tabela 7. Avaliação Psicológica ou Psicodiagnóstico

	N	%
Sim	18	90 %
Não	2	10 %
Total	20	100 %

De acordo com a Tabela 7, verifica-se que a maior parte dos profissionais entrevistados realizam avaliação psicológica ou psicodiagnóstico (90% - N=18), seguido por profissionais que não realizam avaliação psicológica ou psicodiagnóstico (10% - N=2).

Os profissionais justificaram o uso ou não do processo de avaliação psicológica de diversas maneiras, por esse motivo, optou-se em apresentar suas respostas de forma literal, como segue:

“Para poder alinhar a abordagem do psicólogo e assim fazer um diagnóstico, auxilia e facilita a avaliação, e também norteia”. (sexo feminino – 27 anos)

“Hoje é comum o neurocirurgião antes de fazer uma cirurgia num paciente, ele pede uma avaliação do psicólogo... o Rorschach, porque tem um índice que você vê lá se o paciente traz esse transtorno, e aí a gente dá esse feedback para o médico...” (sexo masculino - 48 anos)

“Devido às circunstâncias do setor em que trabalho o paciente necessita mais do meu tempo para conversar e ser escutado, deixando assim em segundo plano a realização de testes e avaliações.” (sexo feminino – 47 anos)

“Não tem muito a dizer, pois não utiliza de instrumentos de psicodiagnóstico, devido às circunstâncias em que trabalha, e a urgência do pronto-socorro, onde os pacientes são muito carentes de atenção e o máximo que permanecem no pronto-socorro é um dia”. (sexo feminino – 55 anos)

“Utiliza o material de avaliação psicológica conforme a necessidade e, principalmente dentro do possível com o material que está disponível na prefeitura”. (sexo feminino -56 anos)

“Os instrumentos de avaliação psicológica servem para dar um baseamento para a hipótese diagnóstica, por exemplo, quando há uma solicitação da neurologia, aplica-se o WISC para avaliar a aprendizagem da criança”. (sexo feminino – 39 anos)

“Utiliza estes testes, pois são viáveis dentro do serviço público e por serem eficientes”. (sexo masculino – 56 anos)

“Há uma falta de material da prefeitura. Os testes ajudam a identificar a parte emocional do paciente, para depois ser for o caso encaminhar”. (sexo feminino – 57 anos)

“Utiliza os instrumentos psicológicos para: identificar demanda de depressão, de ansiedade, avaliar a estratégia de enfrentamento, mapear a área mais prejudicada, e os instrumentos são uma linguagem da área da saúde”. (sexo feminino – 28 anos)

“Ajuda com a hipótese diagnóstica”. (sexo feminino – 47 anos)

“Ajuda a você avaliar, diagnosticar e se for o caso encaminhar. Te dá um parâmetro para poder questionar e ir além”. (sexo feminino – 62 anos)

“Reforça a hipótese inicial, os instrumentos que são fiéis, possibilitam a comparação com a entrevista”. (sexo feminino – 47 anos)

“Não é constante o uso de instrumentos, utiliza quando não está muito claro o caso do paciente”. (sexo masculino – 34 anos)

“Não tem tempo hábil, é importante, porém, às vezes inviável”. (sexo feminino – 46 anos)

“Não há condições de usar devido ao espaço físico. Não tem lugar. E fazer para quê? Vai dar continuidade? Não. A rede pública vai atender? Não”. (sexo feminino – 53 anos)

“Auxilia no fechamento do quadro. Define o plano terapêutico do paciente”. (sexo masculino – 57 anos)

“Uma avaliação psicológica baseada em observações clínicas, na escuta terapêutica, não em uma técnica sistemática. É feita de uma forma de compartilhar com a equipe o seu parecer, voltado para questões do sigilo e a proteção dos dados confidenciais do paciente”. (sexo feminino – 43 anos)

“Não utiliza devido à falta de tempo e o espaço pouco acolhedor”. (sexo feminino – 50 anos)

“É um recurso para o paciente se expressar. O HTP não precisa de material, é acessível. Ajuda na elucidação do diagnóstico”. (sexo feminino – 44 anos)

Tabela 8 – Tempo de atuação na área da Saúde

Tempo	N	Total %
Até 5 anos	5	25
6 até 10 anos	2	10
11 até 15 anos	-	-
16 até 20 anos	5	25
Acima de 21 anos	8	40
Total	20	100

Na Tabela 8 é possível verificar que a maioria dos profissionais que participaram da pesquisa atuam a mais de 21 anos na área da Saúde (40% - N=8), seguido por profissionais que atuam de 16 à 20 anos (25% - N=5), profissionais que atuam na área da saúde até 5 anos (25% - N=5), e profissionais que atuam de 6 à 10 anos na área da saúde (10% - N=2).

Tabela 9. Instrumentos utilizados

Instrumentos	N	%
Anamnese/ entrevista	11	55 %
HTP	8	40 %
Desenho livre	5	25 %
Observação lúdica	4	20 %
Observação clínica	4	20 %
Recursos expressivos (massa, tinta, brinquedos)	4	20 %
Rorschach	3	15 %
WISC	3	15 %
HAD	3	15 %
Mini-mental	3	15 %
Desenho da família	2	10 %
WAIS	2	10 %
Escala de Beck	2	10 %
Jogos de seriação (Piaget)	2	10 %

De acordo com a Tabela 9, o instrumento de avaliação psicológica mais utilizado pelos participantes é anamnese e entrevista (55% - N=11), seguido pelo teste psicológico HTP (40% - N= 8), Desenho livre (25% - N=5), Observação lúdica (20% -N=4), Observação clínica (20% - N=4), Recursos expressivos (20% - N=4), Rorschach (15% -N=3), WISC (15% - N=3), HAD (15% - N=3), Mini-mental (15% - N=3), e Desenho da Família, WAIS, Escalas de Beck, Jogos de seriação, cada um é utilizado por 10% da amostra (N=2). Outros instrumentos tiveram incidência única, em um total de vinte e quatro diferentes instrumentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, foi possível identificar que o grupo de psicólogos que participou deste estudo possuem experiência na atuação profissional e também na área de saúde, além disso ficaram suas formações em cursos de pós-graduação com vistas ao aprimoramento de seu trabalho no campo da saúde.

A maior parte dos profissionais utiliza diferentes estratégias de avaliação psicológica no contexto hospitalar e da saúde, justificando de diferentes maneiras, mas todas em convergência com a necessidade de maior compreensão da dinâmica dos pacientes. São utilizadas diferentes estratégias de avaliação psicológica, tanto de cunho clínico como de cunho objetivo para coletar os dados necessários para o estudo do caso dos pacientes.

Necessário ampliar a discussão sobre a atuação do psicólogo na área hospitalar e da saúde para que possamos refletir sobre as estratégias clínicas que são aplicadas nesse ambiente, onde a postura e a ação profissionais devem ser adaptadas à realidade das instituições onde o psicólogo desenvolve sua prática profissional.

REFERÊNCIAS

- Angerami-Camon, V.A. (2002). *Psicologia Hospitalar: teoria e prática*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Angerami-Camon, V.A. (Org). (2003). *E a psicologia entrou no hospital*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Angerami-Camon, V.A. (Org). (2004). *Atualidades em psicologia da saúde*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Campos, T.C.P. (1995). *Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU.
- Cervo, A.L. & Bervian, P.A. (2002). *Metodologia científica*. (5ª ed). São Paulo: Prentice Hall.
- Fongaro, M. L. H., & Sebastiani, R. W. (2003). Roteiro de avaliação psicológica aplicada ao hospital geral. In: V.A.A. Camon (Org.), *E a psicologia entrou no hospital* (pp. 05-68). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



Gióia-Martins, D.F. & Rocha Júnior, A. (2001). Psicologia da Saúde e o novo paradigma: novo paradigma? *Psicologia: teoria e prática*, 3 (1), 35-42.

Rea, L.M. & Parker, R.A. (2000). *Metodologia de pesquisa: do planejamento à execução*. (N. Montingelli Junior, trad.). São Paulo: Pioneira.

Simonetti, A. (2004). *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Straub, R.O. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: ARTMED.



ABPSA

**IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE**

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



**BRINCADEIRAS E AUTONOMIA MORAL – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DA
PSICOLOGIA E A PEDAGOGIA EM UMA BRINQUEDOTECA UNIVERSITÁRIA**

Marcelo Augusto Aidar Ribeiro (Universidade Metropolitana de Santos)

Elisete Gomes Natário (Universidade Metropolitana de Santos e Universidade de Taubaté)

RESUMO

As sanções de reciprocidade promovem a reflexão dos princípios das regras e auxiliam a autonomia moral. Este estudo tem como objetivo apresentar um dos trabalhos realizados em uma Brinquedoteca universitária para auxiliar o desenvolvimento moral de uma das crianças que residem no seu entorno – local de risco e vulnerabilidade social na cidade de Santos. Os objetivos específicos foram: investigar as sanções e diretrizes mediadas pelo Pesquisador, em encontros semanais, a partir da quebra de regras e combinados, em meio às brincadeiras e atividades de socialização, auto-cuidado acontecidas na brinquedoteca. Participou deste estudo uma menina de 9 anos de idade que cursava o 4º ano do Ensino Fundamental na rede municipal, escolhida por assiduidade e, reincidência de quebra de combinados de trato interpessoal e conservação de brinquedos na Brinquedoteca. Durante 7 encontros o Pesquisador observou a criança e seus pares e intercedeu toda vez que a mesma quebrou regras e combinados utilizando sanções por reciprocidade. Após cada encontro, o pesquisador realizava um registro por escrito. Constatou-se que as sanções por reciprocidade realizadas pelo Pesquisador foram: Compensação, Censura, Privar a Criança do Mau Uso do Objeto. Com a finalidade de diminuir as chances da Criança compreender essas consequências como injustas e repressivas, algumas diretrizes foram propostas: Apropriação da relação de causa-efeito, Oportunidade para compensação. Inicialmente aplicou-se a sanção Privar a criança do mau uso do objeto devido a maus tratos e a disputa de brinquedo. Com o passar dos encontros, a sanção por reciprocidade que prevaleceu foi a Compensação, o que destaca uma progressão da criança em relação à autonomia moral, pois não mais precisou ser privada do objeto em posse para atender aos combinados, mas, sim, de compensar sua ação de quebra de regras. No 5º e no 7º encontro não houve intervenção, pois a criança não quebrou nenhum combinado, demonstrando evolução quanto à compreensão das regras sociais. Considerações

finais: o pesquisador intercedeu apenas sanções por reciprocidade, que evitaram excessos coercitivos e punitivos. As principais sanções utilizadas pelo Pesquisador foram: Censura, Compensação, Consequência natural e Privar a Criança do Mau Uso do Objeto. As diretrizes de condução das sanções de reciprocidade mais utilizadas pelo Pesquisador foram: verbalizar a relação de causa-efeito em todas as situações, permissão seleta para a ocorrência de consequências naturais, oferecendo oportunidade para a compensação. A sanção Compensação possibilitou restauração do vínculo de solidariedade, ponto fundamental para o convívio social, sob neutralização da perda e restabelecimento à situação anterior a quebra do combinado, retomando dignidade e auto-estima. A criança mostrou compreensão das regras e combinados, pois verbalizava aos seus pares o que não deveria ser feito e por quê. Espaço como a Brinquedoteca deveriam ser ampliados, assim como as políticas públicas voltadas a infância.

Palavras-chave: Psicologia. Saúde. Educação.

Eixo temático: Educação, Saúde e Políticas Públicas

Os docentes e discentes do curso de pedagogia de uma universidade particular da região metropolitana de Santos têm desenvolvido um trabalho na Brinquedoteca da Instituição com o propósito de possibilitar um espaço de saúde e educação para crianças que moram no seu entorno - região de vulnerabilidade e risco social. Na região há grande ausência de espaços públicos destinados ao lazer e à cultura, que são determinantes no processo de inclusão social e cidadania, como afirma Brasil (2005), Gonçalves e Guará (2010).

A brinquedoteca é um espaço de animação e cultura, que transmite valores e desenvolve a integração social, por meio de representação e diálogo, num mundo de respeito à infância (Kishimoto, 1997).

Em qualquer situação que a criança se encontre, não é suficiente cuidado e afeto, há necessidade de condições que a estimule, para tornar-se comunicativa, independente e alegre, o que provém, em grande parte, das atividades lúdicas compartilhadas com seus pares e/ou adultos que a atendem (Perez-Ramos & Pêra, 2005).

Em situações com a criança, o adulto deverá auxiliá-la no seu desenvolvimento moral, ajudando-a a alcançar a autonomia moral. No convívio social, as regras tem que estar



estabelecidas e compreendidas pelo princípio do respeito mútuo. Caso as regras não sejam cumpridas, o adulto ou os próprios pares na infância demonstrarão as consequências para a criança, o que trará como consequência as sanções.

Piaget (1932/1998) distingue sanções expiatórias de sanções por reciprocidade. Sanções expiatórias são descritas, muitas vezes, como resposta a excessos com coerção e punição dolorosa, propondo fazer a criança sofrer.. A consequência aplicada pelo adulto a quebra da regra ou combinado não reflete o princípio da regra.. Essa arbitrariedade motiva a percepção de vingança ou represália. Há quem ache que levar a criança ao sofrimento é uma medida preventiva. Logo, as crianças mais velhas veem esses castigos como inúteis, tornando o opressor insensível e calculista, em detrimento à crença das crianças pequenas em punições como necessidade, derivadas da ideia geral de que o padecer inibe a reincidência. Por meio a este sofrimento imposto, nascerá ressentimento e ódio pelo perpetrador, provocando a possibilidade de um sentimento íntimo de maldade, negando, assim, sua auto-estima, promovendo um desenvolvimento psicológico contra-produtivo (Devries & Zans, 1998). Concordando com a ideia, as crianças não devem ser punidas, e, sim, invocadas para sanções caracterizadas com reciprocidade.

Seis tipos de sanções foram investigados por Piaget (1932/1998) oferecendo uma maneira lógica e justa de trabalhar com os atos de transgressão. As sanções por reciprocidade acoplam consequências naturais e consequências lógicas. As lógicas conjuminam-se à compensação, privar o transgressor do objeto mal utilizado, exclusão, fazer com a criança o mesmo que esta fez e censura. Não poderão ser implementadas de modo punitivo, pois restringiria a reciprocidade e caracterizaria expiação. Portanto, a aplicabilidade é bastante cuidadosa, para que não seja interpretada como injusta.

Na convivência com as crianças, quando as regras ou os combinados são quebrados poderão ser aplicadas sanções expiatórias, que reforçam a heteronomia, ou, sanções por reciprocidade, que estimulam a autonomia moral (Piaget, 1932/1998; Kami, 1990).

As consequências naturais revelam a consequência lógica e direta da ação.

A compensação implica em restaurar o “dano” causado pela quebra do combinado. Compensar significa neutralizar a perda, contrabalanceando um efeito com outro, Ações propostas para restabelecimento e pedido de desculpas espontâneo, sob arrependimento, podem, também, ser uma forma de compensação.

Privar a criança do uso do objeto, por causa da má utilização e do comportamento e refletir com ela que suas ações evidenciam que não está preparada para atividade. Aqueles que não se dão à arrumação dos materiais ou que usam cola para grudar papéis em colegas, roupas, cabelos e não o papel, não poderão fazer uso dos mesmos, mas se manterão na atividade. Explicações e apoio emocional levarão as crianças a entenderem melhor a coerência da reciprocidade envolvida na consequência.

A exclusão do grupo é fato consequente, lógico, pela infração dos direitos de outrem. Com frequência as crianças excluem outras das brincadeiras pela quebra de regras ou combinados. É importante, o adulto intervir e abrir chances de readmissão toda vez que alguém for excluído (Devries & Zans, 1998).

Fazer à criança o mesmo que ela fez é uma sanção que requer cuidado no trato de adultos com crianças e na condução de se propor que isso ocorra. Essa sanção pode ser entendida, muitas vezes, como punição do adulto ou uma referência de que se deve fazer igual ao que nos fazem – uma atitude justifica a outra, como um revide e até mesmo um incentivo a violência, principalmente quando o egocentrismo está presente. Nessas situações, o docente ou responsável deverá dispor de vigor para ajudar a criança a descentrar-se e cooperar; trabalhando a tolerância dos seus colegas quanto à aceitabilidade comportamental, na tentativa de trabalhar o egocentrismo e enxergar a realidade da vida social e das necessidades de outros indivíduos com relação às suas.

A censura é mais antiga que a sociedade humana e, só será uma sanção por reciprocidade quando possibilitar a percepção do rompimento do vínculo de solidariedade, compromisso pelo qual as pessoas se obrigam umas pelas outras. A censura não pode estar focada na pessoa, mas sim em suas atitudes que podem ser mudadas.

Este estudo tem como objetivo apresentar um dos trabalhos realizados em uma Brinquedoteca universitária para auxiliar o desenvolvimento moral de uma das crianças que residem no seu entorno. Os objetivos específicos foram: investigar as sanções e diretrizes mediadas pelo Pesquisador, em encontros semanais, a partir da quebra de regras e combinados, em meio às brincadeiras e atividades de socialização, auto-cuidado acontecidas na brinquedoteca.



MÉTODO

A metodologia adotada foi um estudo de caso por tentar esclarecer um conjunto de decisões - o motivo pelo qual foram tomadas, como foram implementadas e com quais resultados (Schramm, 1971) que o pesquisador utilizou em seu estudo.

Participou deste estudo uma menina de 9 anos de idade que cursava o 4º ano do Ensino Fundamental na rede municipal e frequentava a Brinquedoteca de uma universidade particular - localizada em área de vulnerabilidade e risco social, situada na região metropolitana de Santos.

A criança foi escolhida por assiduidade e, reincidência de quebras de combinados de trato interpessoal e conservação de brinquedos.

Procedimento de coleta de dados

O pesquisador, após o aceite pelo Comitê de Ética da Universidade, dirigiu-se ao responsável pela criança no momento em que o mesmo levava a criança para participar das atividades que ocorrem aos sábados na brinquedoteca da universidade, e, explicou o objetivo da investigação. Em seguida, solicitou a permissão de participação à pesquisa aplicando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após o aceite, o pesquisador conversou com a criança, dizendo que ao longo do semestre iria acompanhá-la nas atividades dentro da brinquedoteca.

Acompanhou a criança que tinham livre acesso aos brinquedos no período da manhã durante 7 encontros. Os dois primeiros meses foram dedicados observar as crianças que mais quebravam os combinados e que tinham assiduidade. Nos meses seguintes, totalizando 7 encontros, o pesquisador foi observando e intercedendo quanto à quebra de combinados, junto à criança. Os combinados foram construídos coletivamente pela pedagoga da Brinquedoteca e, pelas crianças que frequentavam a brinquedoteca, no início de cada ano letivo, afixados na parede. Eram eles: tirar os calçados para adentrar à brinquedoteca, colocar crachá de identificação, escolher brinquedos, dividir brinquedos, brincar e não brigar, arrumar os brinquedos após brincar, devolver livros emprestados no sábado próximo, na quadra, levar brinquedos para atividades coletivas, em caso de chuva, permanecer na brinquedoteca, ao término das atividades avisar o/a estagiário (a), esperar os responsáveis e, aqueles que vão

sozinhos, ir direto para casa, seja educado, diga sempre; por favor, obrigado, com licença e desculpa, não andar de tico-tico na brinquedoteca, apenas no pátio, não pular corda na brinquedoteca, apenas no pátio e, não falar palavrão.

O pesquisador realizou registros escritos, após o término de cada encontro. Os relatos descrevem a quebra de regras da criança que mais havia quebrado os combinados e, as sanções e diretrizes mediadas pelo pesquisador.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das observações realizadas em cinco encontros na Brinquedoteca Universitária, com a menina de 9 anos de idade que cursa o 4º ano do Ensino Fundamental na rede pública constatou-se que as sanções por reciprocidade intercedidas pelo Pesquisador foram: Compensação (n=3), Censura (n=2), Privar a Criança do Mau Uso do Objeto (n=1), e, Sanção Expiatória, Fazer com a criança o mesmo que esta fez, Exclusão e Consequência Natural nenhuma vez, concorde expõe o Gráfico.

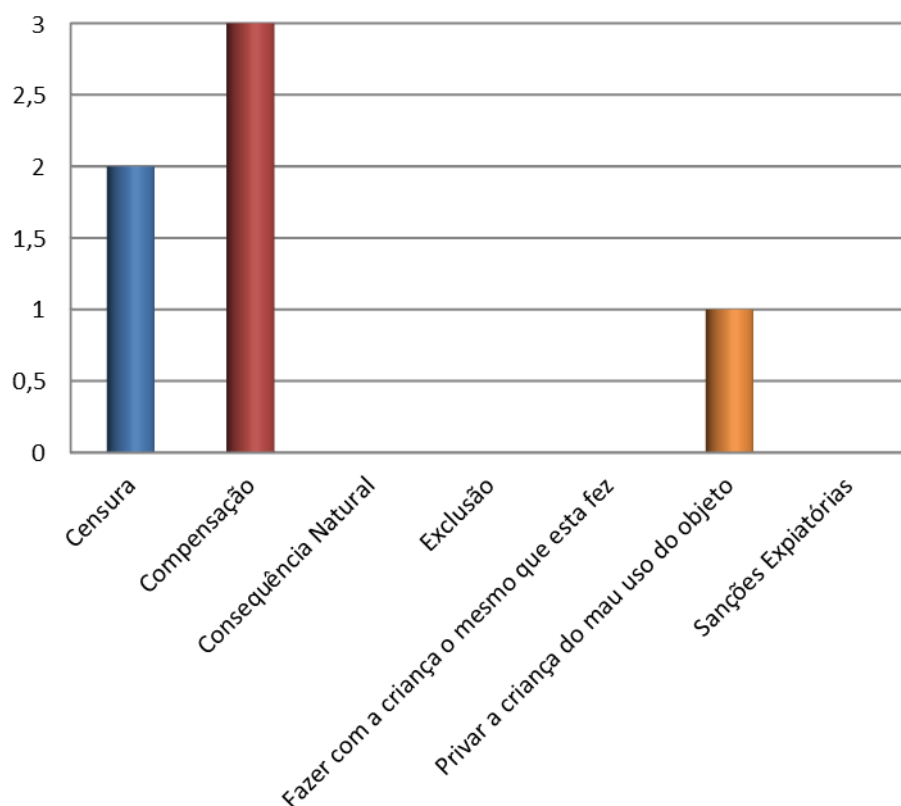


Gráfico - Sanções Mediadas pelo pesquisador com a Criança



Observou-se que o Pesquisador não fez uso de Sanções Expiatórias, e Fazer com a criança o mesmo que esta fez, evitando excessos coercitivos e punitivos, descaracterizando qualquer tipo de sofrimento por arbitrariedade, invocando para as situações-problema apenas sanções delineadas por reciprocidade, de acordo com Piaget (1932/1998), em meio a sua pesquisa sobre o julgamento moral das crianças, que vai contra sofrimentos impostos, pois podem levar à insensibilidade, ao calculismo, ao ódio, ao desenvolvimento psicológico contra-produtivo, declarando, assim, justa a utilização em nível zero para mediações com este fim.

A Compensação foi a sanção mais empregada com a Criança. Aplicada, relevantemente, pela importância de neutralizar a perda, contrabalanceando um efeito com o outro, substituindo ou restaurando para a situação ante o erro, além dos pedidos de desculpas que, também, são formas de compensação (Piaget, 1932/1998; Kami, 1990). Inicialmente, desculpas foram pouco empregadas pela criança.

“Você deve guardar os brinquedos após utilizá-los para que outras crianças possam pegá-los no lugar, mantendo a ordem e a conservação dos mesmos.” (sic)

“Por favor, peça desculpas para a sua colega e não briguem. Brinquem!” (sic)

“Peça desculpa.” (sic)

Pôde-se examinar que a Censura – segunda sanção mais utilizada pelo Pesquisador – foi empregada nas ocasiões em que a Criança instituiu em permanecer sob comportamento que revelava quebra do laço social, transgredindo as regras. Considerada propriamente por reciprocidade, por oportunizar à criança a consciência do rompimento do vínculo de solidariedade, fundamentada no transtorno do relacionamento interpessoal, cujo foco foi a atitude, e não a criança, pois a atitude pode ser avaliada, refletida e mudada (Piaget, 1932/1998). Análogo as intervenções designadas pelo pesquisador

“Não pode. Eu devo tomar conta das crianças. Eu estou aqui para isso. Trancada, sozinha aí dentro pode acontecer alguma coisa como, por exemplo, você se machucar. Abra a porta e a janela da casa agora e deixe-as assim.” (sic)

“Não faça isso. Pare agora. É desta maneira que se resolvem as coisas. Que feio.” (sic)

Sequencialmente, a sanção Privar a Criança do Mau Uso do Objeto, para a construção de atitudes de responsabilidade, tornando o ato inteligível e, apoiando a criança emocionalmente para que entendesse melhor a coerência da reciprocidade envolvida na consequência (Piaget, 1932/1998). Foi dada primazia a privá-la de uma boneca, sem retirá-la da brincadeira, provocando reflexão sobre seu ato em relação à perda do objeto mal utilizado, sem excluí-la do convívio social. Análogo as intervenções designadas pelo pesquisador.

“Se você não guardar os brinquedos depois de usá-los e não dividi-los com os colegas terei que proibi-la de brincar, inclusive com essa boneca, que não é sua, é da brinquedoteca.” (sic)

A pauta para as mediações com a Criança, também esteve concretizada na ideia de que a regra moral não pode se contra-dizer na aplicabilidade para mais de uma pessoa, deve ser igualmente intercedida a todos, reciprocamente, sob correspondência mútua, afim às determinações de Piaget (1944, p. 199).

As sanções utilizadas pelo Pesquisador com a Menina atuaram dirigidas pelas seguintes diretrizes: Apropriação da relação de causa-efeito (n=4), Oportunidade para compensação (n=3), Readmissão e Permissão seleta de consequências naturais nenhuma vez. Com a finalidade de diminuir as chances de a Criança compreender essas consequências como injustas e repressivas, algumas diretrizes foram propostas por Devries e Zan (1998), desenvolvidas e colocadas em prática pelo Pesquisador, como; verbalizar a relação de causa-efeito em todas as situações e, oportunidade para compensação, evitadas consequências indefinidas, onde o diálogo fez-se essencial para diminuição da opressão e compreensão da perspectiva dos outros no grupo, abordando, sempre, de forma respeitosa (num tom calmo e pausado, olhando nos olhos) garantindo o direito de todos lá presentes. Análogo as intervenções designadas pelo pesquisador, verbalizadas as relações de causa-efeito 4 vezes.

“Ok. Vamos relembrar alguns combinados. Após brincar devemos guardar os brinquedos. Você não quer mais brincar com ela. E, devemos dividir, pois todos os brinquedos estão aqui para todas as crianças. Então, como você deve se comportar para poder brincar respeitando as regras da brinquedoteca?” (sic)

“A casa de madeira é para uso de todos e não deve ser trancada. Você é criança e pode se machucar. Se ficar trancada aí dentro eu não conseguirei ajudá-la, se for preciso.” (sic)



“As situações problema não se resolvem desta maneira. Agredindo. Você não deve bater e sim conversar, já que a outra criança queria o brinquedo que estava contigo, além do fato de quebrar a regra de ter que dividir os brinquedos com colegas, pois todos são amigos e não devem brigar, e, sim, brincar.” (sic)

“Borá conversar nós dois. Não podemos bater nos outros para resolver nossos problemas. Devemos conversar. Você bate e a colega bate de volta. Todos se machucam e não resolvem nada. Não precisa agir assim. Se a colega está te enchendo chame um tio ou uma tia para te ajudar. Estamos aqui para isso. Ok?” (sic)

Foram oferecidas, pelo pesquisador, oportunidades para compensação 3 vezes e os seguintes relatos

“... você deve guardar os brinquedos após utilizá-los para que outras crianças possam pegá-los no lugar.” (sic)

“... peça desculpas para a sua colega...” (sic)

“Não é batendo que se resolvem as coisas. Peça desculpa.” (sic)

As sanções e diretrizes mediadas em cada encontro devem ser verificadas na Tabela. A sanção inicialmente utilizada foi Privar a criança do mau uso do objeto. Com o passar dos encontros, a sanção por reciprocidade que prevaleceu foi a Compensação, o que destaca uma progressão da criança em relação à autonomia moral, pois não mais precisou ser privada do objeto em posse para atender aos combinados, mas, sim, de compensar sua ação de quebra de regras. No 5º e no 7º encontro não houve intervenção, pois a criança não quebrou nenhum combinado, demonstrando evolução quanto à compreensão das regras sociais. Cabe ressaltar que a Compensação possibilitou a Criança restaurar vínculo de solidariedade - ponto fundamental para o convívio social.

Tabela - Sanções e diretrizes aplicadas nos encontros com a Criança

DIA	SANÇÕES	FREQUÊNCIA	DIRETRIZES	FREQUÊNCIA
1º Encontro 17/03/2012	Privar a criança do mau uso do objeto	1	Relação causa-efeito	1
2º Encontro 24/03/2012	Censura	1	Relação causa-efeito	1
3º Encontro 14/04/2012	Compensação	1	Oportunidade para compensação	1
4º Encontro 28/04/2012	Censura	1	Relação causa-efeito	1
	Compensação	1	Oportunidade para compensação	1
5º Encontro 19/05/2012		0		0
6º Encontro 02/06/2012	Compensação	1	Oportunidade para compensação	1
			Relação causa-efeito	1

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As contribuições deste caso, num plano geral, são muito expressivas, tanto para a formação de professores/alunos, como às próprias crianças. Interação, maturação, cultura, aprendizagem, mediação/intervenção, estímulo/incentivo e, afetividade.

A Criança apresentou avanços, comprovando que as intervenções feitas pelo Pesquisador atingiram seu objetivo fim, para com a evolução da mesma. Primeiramente, a criança foi privada de alguns brinquedos e de momentos oportunos, por causa da má utilização e do mau comportamento, para a construção de atitudes de responsabilidade. Passados alguns encontros, a sanção por reciprocidade que prevaleceu também foi a Compensação, o que destaca uma progressão em relação à autonomia moral, pois a criança não mais precisou

ser privada do objeto em posse para atender aos combinados, e, sim, apenas compensar suas ações de quebra de regras.

A sanção compensação possibilitou a Criança restauração do vínculo de solidariedade, ponto fundamental para o convívio social, sob neutralização da perda e restabelecimento à situação anterior ao erro, retomando dignidade e auto-estima.

É importante de que estudos como este possam continuar ocorrendo, em que o pesquisador investigue a realidade, possa intervir e avaliar sua ação.

REFERÊNCIAS

- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (2005). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Kishimoto, T. M. (1997). *O jogo e a educação infantil*. 2 ed. São Paulo: Cortez.
- Gonçalves, A. S. & Guará, I. M. F. R. (2010). Redes de proteção social na comunidade. In: GUARÁ, Isa Maria F. Rosa (coord.). *Redes de proteção social*. São Paulo : Associação Fazendo História : NECA - Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente.
- Perez-Ramos, A. M. Q. & Pêra, C. (2005). *Brinquedos e brincadeiras para o bebê nos seus dois primeiros anos de vida: manual de orientação*. São Paulo: Vetor.
- Devries, R. & Zan, B. *Ética na Educação Infantil – o ambiente sócio-moral na escola*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- Kami, C. (1990). *A criança e o número*. Campinas, São Paulo: Papirus.
- Piaget, J. (1932/ 1998). *O juízo moral na criança*. Trad. de E. Lenardon. 2.ed. São Paulo: Summus.
- Schramm, W. (1971). *Notes on case studies of instructional media projects* -Working paper, the Academy for Educational Development, Washington, DC.



COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS VERIFICADAS POR MEIO DO MÉTODO DE RORSCHACH

Luís Sérgio Sardinha (Universidade do Grande ABC)

Juliana Sgarbi Malveze (Universidade do Grande ABC)

RESUMO

Nas interações humanas não existem processos unilaterais, tudo o que acontece no relacionamento interpessoal decorre de duas fontes: o eu e o outro. Nas situações de trabalho os processos de aprendizagem e relações humanas, que ocorrem no ambiente profissional, são intensas e importantes competências profissionais. No decorrer das interações, sentimentos diferentes dos recomendados e esperados para um ambiente profissional podem emergir e estes vão influenciar as interações dos sujeitos e a própria atividade. No que diz respeito às relações humanas, as características pessoais podem abranger diferentes áreas: o nível cognitivo, nível emocional, nível atitudinal e nível comportamental. O estudo verificou quais variáveis do Método de Rorschach podem auxiliar a analisar questões relacionadas às competências interpessoais, determinantes e influentes nos processos de mediação da aprendizagem. Os principais resultados apontam que as algumas variáveis indicadoras de relações interpessoais segundo orientações do Sistema Compreensivo de Rorschach são: o Índice de Hipervigilância (HVI), pois, quando positivo, indica que o sujeito apresenta um contínuo estado de alerta que se traduz em uma atitude negativa e desconfiada em relação ao meio, muito vulnerável nos contatos próximos e agindo de maneira cautelosa e reservada em suas relações; o Índice de Déficit Relacional (CDI), apontando que o sujeito possui tendência a ter problemas na interação com os que os rodeiam, costuma estabelecer relações pessoais mais superficiais e pouco duradouras e pode parecer mais distante; a soma das respostas de textura (SumT), esta variável explícita que a necessidade de aproximação emocional será menor que o esperado, grande reserva na relação interpessoal, também informa que o sujeito é muito precavido no momento de estabelecer ou manter vínculos estreitos; o movimento cooperativo (COP), que trata da propensão de estabelecer vínculos positivos e altas pontuações nesta variável aponta que, no sujeito, predominam sentimento como amabilidade e



ações de acolhida; o movimento agressivo (AG), representa tendências do sujeito em manter atitudes hostis e condutas agressivas com relação as outras pessoas; o movimento ativo (a) e o movimento passivo (p), estes indicam que quando o número do movimento passivo é maior que o número de movimento ativo existe indicação de que o sujeito tende a assumir um papel mais passivo, não necessariamente submisso, em suas relações com os demais, se esquivando de responsabilidades e esperando que o outro tome as decisões. Com esta revisão se pode entender que algumas competências interpessoais, determinantes e influentes nos processos de mediação da aprendizagem dos processos do trabalho e das relações humanas podem ser verificadas com o auxílio do Método de Rorschach, no Sistema Compreensivo, principalmente com as variáveis: soma das respostas de textura, movimento cooperativo, movimento agressivo e o movimento ativo e movimento passivo; além dos índices de hipervigilância e déficit relacional. Outros estudos devem ser realizados procurando aprofundar estas questões.

Palavras-chave: Teste de Rorschach. Mediação. Competência interpessoal.

INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho foi identificar se as competências interpessoais dos sujeitos no contexto da aprendizagem influenciam no desenvolvimento desta relação e em qual grau de importância, além disto, se buscou a possibilidade de verificar estas competências por meio do Método de Rorschach. Neste contexto surgem pesquisas e teorias voltadas à revisão dos processos de aprendizagem, ressaltando o aprender, não como mera reprodução de conhecimento, mas sim como a transformação e criação de algo novo, com base no que foi aprendido. Abstração e criatividade ocupam o lugar da reprodução, concretismo e a lógica pura. A sociedade se tornou cada vez mais dinâmica, portanto exige o mesmo dos sujeitos que fazem parte desta, restando a estes, tentar acompanhar esta velocidade de crescimento e transformação por meio de seu autodesenvolvimento e capacidade para aprender a aprender. A preocupação com os processos de aprendizagem vem crescendo cada vez mais e inúmeras teorias tentam buscar a eficácia e o sucesso neste processo (Pereira, 2011).

O instrumento escolhido para explicitar algumas destas questões é o Método de Rorschach. Atualmente, o Rorschach é um dos meios de investigação da personalidade mais



estudado e utilizado, pois é uma técnica que oferece muitas garantias de êxito na análise dos resultados obtidos (Souza, 1982; Nascimento, 2002; Castro 2008), sendo apreciado na comunidade científica por ser um método de grande aplicabilidade (Nascimento, 2010). O teste é conhecido e empregado mundialmente, por sua importância como meio de auxiliar a verificar como o sujeito funciona mentalmente, quando da apreensão da realidade, além de fornecer subsídios para um amplo espectro de funções mentais que auxiliam a compreender o funcionamento psíquico do indivíduo (Pereira, 1987; Silva, 1987; Exner, 2003; Passos, Yazigi & Claudino, 2008).

No Brasil, existem pesquisas recentes envolvendo o Sistema Compreensivo de Exner (Villemor-Amaral & Pasqualini-Casado, 2006), principalmente na população não paciente. Essas pesquisas caminharam para a normatização do sistema no Brasil (Balbi Neto & Queiroz, 2012). Abaixo algumas das variáveis utilizadas no estudo em questão: Índice de Déficit Relacional (CDI), Índice de Hipervigilância (HVI), Movimento Ativo (a) e Movimento Passivo (p), Soma das respostas de texturas (SumT ou T), Movimento Cooperativo (COP) e Movimento Agressivo (AG).

Balbi Neto & Queiroz (2009), pontuam a necessidade de estudos mais aprofundados sobre os indicadores Índice de Déficit Relacional - CDI e Movimento Agressivo - AG na população brasileira e levantam questões, principalmente se o CDI está sendo mensurado corretamente no Brasil, em caso afirmativo os autores ressaltam a importância de como são descritas (e se descrevem) as pessoas com CDI positivo no Brasil, como estas pessoas descrevem seus relacionamentos e como estas pessoas descrevem as dificuldades nos relacionamentos. Em caso do CDI não estar sendo verificado corretamente no Brasil, as questões a serem verificadas estariam relacionadas sobre como seria possível identificar pessoas com dificuldades para lidar com a demanda relacional. Quanto às respostas de AG igual a zero se teria de verificar o quanto é um bom indicador para pessoas com baixa hostilidade e poucos comportamentos agressivos, além de outras variáveis que, no Método de Rorschach, poderiam indicar hostilidade e comportamentos agressivos que podem influenciar no sucesso das relações interpessoais.

Nesta relação entre sujeitos que aprendem e ensinam, verificou-se a importância de entender algumas características pessoais destes sujeitos, ou competências que poderiam influenciar no sucesso dessa relação. Visto que se trata de uma relação entre pessoas este trabalho elencou as competências interpessoais como um “pivô” a ser analisado nesta relação.

Com base neste contexto a pergunta que se estabeleceu foi: a competência interpessoal é um fator determinante nos processos de mediação da aprendizagem? A partir da pergunta estabelecida, o objetivo deste trabalho foi identificar se as competências interpessoais dos sujeitos no contexto da aprendizagem influenciam no desenvolvimento desta relação e em qual grau de importância, a partir de uma pesquisa documental. E com isto também, caracterizar tais competências de forma a contribuir para a evolução dos trabalhos voltados a esta temática.

MÉTODO

Foi estabelecida uma pesquisa documental, em três plataformas de publicação científica online, o SciELO, LILACS e BVS. Foram pesquisados todos os trabalhos publicados nos últimos cinco anos, sendo eles: artigos, teses e dissertações que possuísem em seu contexto as palavras chave: competência(s) interpessoal(s); mediação da aprendizagem; inteligência interpessoal.

Esta pesquisa denominou-se como documental, com base na definição de Lakatos e Marconi (2010), que definem a pesquisa documental como uma fonte de coleta de dados, restrita a documentos escritos ou não, sendo esta baseada em escritos secundários, a partir de relatórios de outras pesquisas. A partir de um objetivo, buscam-se maiores informações sobre o tema em questão, obtendo informações do mesmo e descobrindo novas ideias. Foi realizado o acesso às plataformas SciELO, LILACS, BVS.

Após a organização dos artigos encontrados, iniciou-se a análise do material, que em um primeiro momento consistiu em selecionar a partir de critérios estabelecidos, os trabalhos que seriam posteriormente aprofundados e relacionados entre si a fim de se criar um “diálogo” entre eles. O primeiro critério de seleção foi de identificar nos títulos dos trabalhos encontrados uma relação direta com os temas estabelecidos no objetivo. Nos casos dos trabalhos encontrados na palavra-chave “mediação da aprendizagem” buscou-se em seus títulos, as palavras relacionadas: aprendizagem, ensino, mediação, mediador(a) e educação e que sua fonte de publicação fosse das áreas de Educação, Administração e Psicologia.

Nos trabalhos voltados aos processos de aprendizagem, que possuíam em seu contexto a palavra-chave “mediação da aprendizagem”, buscou-se analisar em seu resumo se o contexto de aprendizagem retratada no trabalho é notável e significativa a relação de mediação de aprendizagem, entre dois ou mais elementos e se identificam quais as

características desta relação ou dos próprios sujeitos atuantes que contribuíam para o processo de aprendizagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para atingir o objetivo deste presente trabalho, buscou-se em referenciais teóricos a compreensão e entendimento do contexto em que estão inseridos os dois temas trabalhados: a mediação da aprendizagem e as competências interpessoais. Os principais conceitos são listados a seguir.

Por competências interpessoais se entende o processo de interação humana, sendo complexo acontece permanentemente entre as pessoas, sob inúmeras formas: comportamentos verbais ou não verbais, pensamentos, sentimentos, conteúdos manifestos ou não. Para Moscovici (2012), na parcela de responsabilidade das interações humanas não existem processos unilaterais, tudo o que acontece no relacionamento interpessoal decorre de duas fontes: eu e o outro. E as relações interpessoais desenvolvem-se em decorrência dos processos de interação. Em determinadas situações, como na de trabalho e também no contexto da aprendizagem, há atividades predeterminadas a serem realizadas e também interações e sentimentos que seriam recomendados à estas situações. No decorrer destas interações, sentimentos diferentes dos recomendados podem emergir e estes influenciarão as interações dos sujeitos e a própria atividade. Identificando a existência de um “ciclo” de atividades-interações sentimentos, que não se relacionam diretamente à competência técnica de cada sujeito.

No que diz respeito às relações humanas, sendo os processos de aprendizagem também integrantes deste contexto, as mudanças pessoais podem abranger diferentes níveis de aprendizagem: o nível cognitivo, nível emocional, nível atitudinal e nível comportamental. O processo de ensino-aprendizagem não pode ser encarado de forma simplista ou linear, como se apenas dependesse dos objetivos do ensinante, sem considerar as variáveis componentes. Moscovici (2012) ressalta duas destas variáveis: a complexidade do conteúdo da aprendizagem e o nível de capacidade de aprendizagem do aprendente. Neste momento já percebe-se a relação entre as competências dos sujeitos envolvidos no processo de aprendizagem e a dinâmica que esta desenvolve. A aprendizagem é definida por Illeris (2013) como qualquer processo onde organismos vivos, leve a uma mudança permanente em

capacidades e que não se deva unicamente ao amadurecimento biológico ou ao envelhecimento. Toda aprendizagem acarreta dois processos diferentes: um processo externo de interação entre o sujeito e seu ambiente social e um processo psicológico interno de elaboração e aquisição. Estes dois processos devem estar ativamente envolvidos para que haja a aprendizagem.

Illeris (2013) distingue quatro tipos de aprendizagem, a seguir: aprendizagem mecânica ou cumulativa, que diz respeito a situações quando o sujeito deve aprender algo sem um contexto de significado ou significância pessoal, como um tipo de automação, sendo um padrão ou esquema que se estabiliza, sendo mais frequente nos primeiros anos de vida e se assemelha a aprendizagem por condicionamento, da Psicologia Behaviorista; aprendizagem assimilativa ou por adição, a mais comum das aprendizagens, seria quando um novo elemento é ligado como uma adição a um esquema ou padrão que já estava estabelecido, sendo um exemplo as disciplinas escolares; a aprendizagem acomodativa ou transcendente, que implica na decomposição de um esquema existente e a sua transformação, de modo que a nova situação possa ser relacionada, o sujeito renuncia e reconstrói algo, se transpõem as limitações existentes para entender e aceitar algo que é significativamente novo, podem ser recordados e aplicados em contextos diferentes, sendo algo que ele realmente entendeu e internalizou; por fim, um tipo mais amplo de aprendizagem, chamada por alguns de aprendizagem significativa, por outros de expansiva, por outros transicional e por outros transformadora, consistindo no que se chamaria de mudanças da personalidade, se caracterizando pela reestruturação simultânea de todo um grupo de esquemas e padrões em todas as três dimensões da aprendizagem. Numa situação de crise, resulta-se uma “quebra de orientação”, portanto é uma aprendizagem transformadora, profunda e ampla.

Um dos artigos encontrados, cita as ideias de Vigotski que, determina que o conceito de mediação se dá pela perspectiva sócio-histórica, compreendendo a mediação como um processo cultural pela aprendizagem e interação. A mediação estabeleceria uma interação social entre o signo, a atividade e a consciência (Zanolla, 2012). Outros trabalhos ressaltam algumas características do processo de mediação como sendo estratégias do “ensinar a pensar”, “ensinar a aprender a aprender”. Configurando a mediação como um processo global que envolve “alguém que aprende”, “alguém que ensina” e a “própria relação ensino-aprendizagem”. As atitudes do mediador devem ser de caráter emancipatório, proporcionando um ambiente fértil ao mediado, para que este possa aprender a pensar criticamente,



desenvolvendo as competências necessárias para isso. (Gianotto & Diniz, 2010). Sendo possível refletir que, a mediação da aprendizagem não se trata de um projeto preestabelecido e concreto, com passos e maneiras estabelecidas e inflexíveis como uma receita eficaz e determinada. A mediação se dá nas “entrelinhas”, em uma esfera subjetiva também. É no contexto do encontro entre o sujeito desejante (mediado) e o objeto desejado (o saber, o conteúdo, o aprender) mediados pelo sujeito mediador que se elabora o “enquadre” necessário para que de fato esta interação tenha sucesso e conduza o aprendente nos processos de aprendizagem. Esta afirmação é confirmada em um dos trabalhos analisados, que cita um pensamento de Guiomar Namó de Mello (1985) sobre o sentido original do termo mediação estar relacionado com as ideias de intervenção, intercessão e intermediação (In Hoffmann, 1992).

Em sua maioria, os trabalhos analisados afirmam a importância primordial da interação entre os sujeitos do processo de mediação e a forma como esta interação acontece. Ressaltando que é a partir desta interação e a dinâmica da relação de ambos que caracteriza e faz emergir no ambiente o contexto da mediação, facilitadora e condutora da aprendizagem significativa e efetiva do aprendente. Portanto os processos de aprendizagem são construídos com base em inúmeras atividades e atitudes, dependentes dos sujeitos que por meio de suas habilidades, competências e aptidões podem fazer desta interação eficaz ou não. E ao se falar de um processo de interação e relação entre sujeitos, se fala também de relações interpessoais, e de competências que sejam eficazes para essas relações, as competências interpessoais.

Machado et. al. (2008), cita que as competências interpessoais e de autorregulação estão subjacentes a grande parte dos comportamentos e atributos associados ao sucesso da adaptação das pessoas ao ambiente da aprendizagem. E juntamente com outros trabalhos comenta da ligação direta entre as competências interpessoais e emocionais, e desta última destaca três componentes, que estariam associados à adequação do sujeito no contexto da aprendizagem: o conhecimento das emoções (identificar, reconhecer e nomear emoções), diferenciar as próprias emoções; compreender as emoções dos outros com base nas expressões faciais e, nas características das situações de contexto emocional; a regulação das emoções (capacidade de modular a intensidade ou a duração dos estados emocionais), o expressar emoção em situações sociais.



A partir dos trabalhos que descrevem algumas das características e conceitos das competências interpessoais, verificou-se a similaridade entre os conceitos de Moscovici (2012) e Goleman (2007). Também se pode notar a relação e interação entre os contextos em que aparecem as competências interpessoais com os dos processos de mediação da aprendizagem. Inclusive a maioria dos trabalhos encontrados sobre competências interpessoais, em que citam suas características e definições são voltados ao ambiente de aprendizagem mostram resultados de pesquisas realizadas no meio escolar, corroborando a influência de tais competências e habilidades no sucesso da mediação da aprendizagem.

Apontando que tais competências não devem estar apenas no mediador da aprendizagem, mas sim em ambos os envolvidos, ensinante e aprendente, de maneira a construírem juntos, uma dinâmica de inteiração capaz de fazer o ambiente em que estão, um campo fértil para o processo da aprendizagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a leitura e análise dos trabalhos selecionados foi possível identificar uma relação direta entre os temas e pesquisas desenvolvidas. Em todos estes trabalhos, tanto no contexto da mediação da aprendizagem, como no contexto interpessoal, as competências interpessoais dos sujeitos influenciam diretamente no desenvolvimento da relação de aprendizagem e em ambos os trabalhos os dois temas aparecem, interagindo-se entre si.

Em algumas pesquisas realizadas por trabalhos selecionados, com a palavra-chave interpessoal, retrataram o ambiente de avaliação e amostragem como sendo os alunos e a escola, por defenderem que tal situação é uma das mais afetadas por tais competências dos sujeitos. Também em trabalhos selecionados com a palavra-chave mediação da aprendizagem, ao contextualizarem as determinantes deste ambiente, os fatores fundamentais para o sucesso do processo de mediação são as competências, habilidades e comportamentos dos sujeitos integrantes desta relação.

Mesmo por se tratarem de pesquisas realizadas no decorrer dos últimos cinco anos, com dois temas distintos (mediação da aprendizagem e competências interpessoais) é visível a relação dos temas e o possível diálogo entre eles. O contexto da aprendizagem, por si só trata-se de uma interação, uma relação entre sujeitos, objeto e ambiente que são determinados pelas atitudes, comportamentos, percepções entre outras atribuições influenciadas pelas

características da personalidade, subjetividade e competências de tais sujeitos, sendo essas voltadas às relações interpessoais.

Deste modo o trabalho de desenvolvimento das competências interpessoais, tanto do mediador quanto do sujeito mediado, realizado no decorrer dos processos de aprendizagem poderia contribuir muito para o sucesso desta interação. Talvez além das atividades diretamente ligadas ao contexto de mediação da aprendizagem de determinado conteúdo, seria importante agregar algumas atividades que trabalhassem com a elaboração de características das competências interpessoais de forma a consolidar e possibilitar uma relação de qualidade que seja capaz de transformar os sujeitos e trazer vivências significativas e relevantes para o desenvolvimento pessoal e interpessoal paralelo aprendizagem do conteúdo em questão. Outras revisões sobre o tema devem ser consideradas e as possibilidades destes conceitos serem observados em características de personalidade apontadas pelo Método de Rorschach devem ainda ser verificadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Balbi Neto, R. R. Q., & Queiroz, S. S. (2009). Metanálise de relações interpessoais no método de Rorschach em países ocidentais. *Anais do I Congresso Brasileiro de Pesquisa do Relacionamento Interpessoal*, Vitória, p. 2-15.
- Balbi Neto, R. R. Q. & Queiroz, S. S. (2012). Índícios de validade do déficit relacional no Método de Rorschach para população adulta não-paciente. *Psico-USF* [online]. Vol.17, n.3, p. 475-484.
- Camargo, S. P. H. & BOSA, C. A. (2009). Competência social, inclusão escolar e autismo: revisão crítica da literatura. *Psicol. Soc.* [online], vol.21, n.1, p. 65-74.
- Castro, P. F. (2008). *Caracterização da personalidade de pacientes com transtorno de pânico por meio do Método de Rorschach: contribuições do sistema compreensivo*. Tese de doutorado, Programa de pós-graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Cavalcanti Neto, A. L. G. & Aquino, J. L. F. (2009). A avaliação da aprendizagem como um ato amoroso: o que o professor pratica? *Educação em revista* [online]. Vol.25, n.2, p. 223-240.
- Exner, J. E. (2003). *The Rorschach: a comprehensive system* (4a ed.). New York, NY, Wiley.

- Feitosa, F. B.; Matos, M. G.; DEL PRETTE, Z. A. P. & DEL PRETTE, A. (2009). Desempenho acadêmico e interpessoal em adolescentes portugueses. *Psicol. estud.* [online], vol.14, n.2, p. 259-266.
- Gianotto, D. E. P. & Diniz, R. E. S. (2010). Formação inicial de professores de Biologia: a metodologia colaborativa mediada pelo computador e a aprendizagem para a docência. *Ciência & Educação* (Bauru), v. 16, n. 3, p. 631-648.
- Goleman, D. (2007) *Inteligência Emocional*. 10ª Ed. Rio de Janeiro, RJ, Objetiva.
- Hoffmann, J. (1992). *Avaliação Mito & Desafio: uma perspectiva construtiva*. 4ª Ed. Porto Alegre, RS, Educação e Realidade.
- Illeris, K (org.) (2013). *Teorias da Aprendizagem*. Porto Alegre, RS, Penso.
- Lakatos, E. M. & Marconi, M. A. (2010). *Fundamentos de Metodologia Científica*. 7o Ed. São Paulo, SP, Atlas.
- Leontiev, A. N. (2001). Uma contribuição à teoria de desenvolvimento da psique infantil. In: VIGOTSKII, L. S.; LURIA, A. R.; LEONTIEV, A. N. *Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem*. São Paulo, SP, Ícone, p. 59-83.
- Machado, Paula et al. (2008). Relações entre o conhecimento das emoções, as competências acadêmicas, as competências sociais e a aceitação entre pares. *Aná. Psicológica* [online], vol.26, n.3, p. 463-478.
- Nascimento, R. S. G. F. N. (2002). Estudo normativo do sistema compreensivo do Rorschach para a cidade de São Paulo. *Psico-USF*, 7 (2), 127-141.
- Nascimento, R. S. G. F. N. (2010). *Sistema Compreensivo do Rorschach: teoria, pesquisa e normas para a população brasileira*. São Paulo, SP, Casa do Psicólogo.
- Moscovici, F. (2012). *Desenvolvimento Interpessoal*. 21o ed. Rio de Janeiro, RJ, José Olympio.
- Passos, T. C. B. M.; Yazigi, L. & Claudino, A. M. (2008). Aspectos ideativos no transtorno da compulsão alimentar periódica: estudo com o Rorschach. *Psico-USF*, v. 13, n. 1, jan./jun., p. 69-74.
- Pereira, M. T. et al. (2011). Possíveis contribuições da educação infantil para o desempenho e a competência social de escolares. *Psicologia Escolar e Educacional* (Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, SP). Maringá. Vol. 15, n. 1, jan./jun., p. 101-109.
- Souza, C. C. (1982). *O método de Rorschach*. (3ª ed.). São Paulo, SP, T. A. Queiroz.



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



Zanolla, S. R. S. (2012). O conceito de mediação em Vigotski e Adorno. *Psicol. Soc.* vol.24, n.1, p. 5-14.



COMPREENDENDO A FUNÇÃO MATERNA DE ACOMPANHANTES DE BEBÊS PREMATUROS HOSPITALIZADOS¹⁰

Anaí Ramos Vieira (Universidade Estadual Paulista - Assis)

Camila Fernanda Sant'Ana (Universidade Estadual Paulista - Assis)

Camila Rippi Moreno (Universidade Estadual Paulista - Assis)

Maria Luísa Louro de Castro Valente (Universidade Estadual Paulista - Assis)

Helena Rinaldi Rosa (Universidade de São Paulo)

RESUMO

A pesquisa foi realizada junto às mães alojadas num hospital geral, que lá se encontram acompanhando seus bebês prematuros ou que necessitam cuidados ao nascer. O vínculo mãe-bebê, na maioria das vezes, começa a ser estabelecido ainda na gestação, quando a mãe idealiza sua criança e passa a desejar o melhor para o bebê que virá. Porém, após o nascimento, algumas crianças, por terem nascido prematuras ou com alguma complicação, precisam ser encaminhadas para a UTI neonatal e ficar sob cuidados médicos intensivos e a mãe não chega a escutar o choro do filho que acabou de nascer, sendo privada do primeiro contato, ainda na sala de parto. Assim, o contato físico com o bebê é postergado, gerando na mãe, que anseia cuidar do seu bebê, angústia e ansiedade. Diante da dificuldade da mãe cuidar do bebê nos momentos iniciais de sua vida, esse trabalho, de natureza qualitativa, teve o objetivo de compreender como essas mães percebem a maternidade nesta situação de não poderem exercer sua função de maternagem; espera-se fornecer indicativos para ações que visem o desenvolvimento de uma relação mãe-bebê saudável, num atendimento humanizado. Método: Foi empregado o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema com seis mães que se encontravam alojadas num hospital geral, junto com seus bebês prematuros ali internados, com dois desenhos: ser mãe e ser mãe de um bebê prematuro, além de entrevista semi estruturada com essas mães a respeito do histórico clínico do caso e de como estavam

¹⁰ **Apoio:** PROEX - Pro Reitoria de Extensão UNESP-Assis

vivenciando este momento e a sua permanência no hospital. Os resultados mostraram a dificuldade no vínculo com o bebê, sentimentos de impotência e pouco poder de intervir na realidade, forte presença da religiosidade como estratégia de enfrentamento da situação, ausência da figura paterna, bem como a repressão dos afetos, de forma que o medo e a ansiedade gerados ficassem menos evidentes. Conclui-se pela indicação de acompanhamento psicológico a essas mães, dando-lhes suporte emocional nesse difícil momento de modo a que possam lidar com os sentimentos desencadeados ali e favorecer sua relação com o bebê, sendo assim uma ação de profilaxia para a saúde mental tanto da criança como de sua família.

Palavras-chave: Avaliação psicológica. Alojamento conjunto. Maternidade.

A constituição da maternidade tem início antes da concepção, ela começa a se instituir desde as relações e identificações primárias, passando pelas demais fases da vida da mulher, como o brincar quando criança, a adolescência, o desejo de ter um filho, até o momento da gravidez. Neste período, a mulher é envolvida por complexos sentimentos, tais como amor, ódio, fantasias, expectativas em relação ao bebê, entre outros, que em conjunto com a capacidade inata do bebê, e o ambiente que os abrangem, serão determinantes para futura relação mãe e bebê. Desta maneira, a gestante passa a se relacionar de diferente forma com o seu próprio corpo, que se encontra em transformação, e com o ambiente, sendo que aspectos transgeracionais e culturais acerca das expectativas, tanto familiares quanto sociais, do papel feminino em relação ao momento da concepção e da função da maternidade irão contribuir para esse processo.

A este respeito, Sklus, Kennell e Klaus (2000) afirmam que o planejamento da gravidez, a sua aceitação, percepção dos movimentos do feto, fantasias a respeito do parto, nascimento, e os primeiros contatos com o bebê, constituem em importantes pontos para a formação do vínculo entre a díade.

A gestação é compreendida, por um grande número de autores, como um momento de preparação psicológica para a maternidade, no qual esta está se constituindo. Nesse período torna-se necessário que a mãe regreda psiquicamente, tornando-se sensível aos sentimentos e as necessidades de seu bebê, ou seja, se ligando a este. Winnicott (2000) denominou esse processo como maternagem primária, explicitando que este abrange mais do que cuidados instrumentais, como também o de conter a angústia e significar o mundo para o bebê, sendo

completado pela mãe ao final da gestação. Tal estado possibilita que a mãe possa se identificar com seu bebê, adaptando-se a suas necessidades e entendendo suas demandas, uma vez que essa comunicação é essencialmente não-verbal, caracterizada pelo olhar e pelo contato físico.

Constitui-se desta forma uma díade mãe-bebê em desenvolvimento, neste momento em que o bebê vive em uma situação de dependência total em relação à mãe. Ao atender as demandas de seu bebê, a mãe o seduz para a vida, através de gestos, sorrisos e vocalizações, que quando atendidas com sucesso, proporcionam um desenvolvimento físico e mental de forma sadia (Winnicott, 2000).

Ademais, a gravidez é um instante de importantes reestruturações na vida e nos papéis que a mulher desempenha, tais como futura mãe, esposa, filha, profissional, seu lugar em sua família de origem e de seu papel na sociedade, exigindo desta forma, inúmeras reformulações psíquicas e relacionais ocasionadas por essa nova identidade (Szejer & Stewart, 1997).

O casal de pais passa então a viver alterações a respeito de suas representações como casal, uma vez que torna-se necessário a inclusão do bebê, formando desta maneira uma tríade e uma nova relação conjugal. Desta forma, o nascimento é acompanhado por angústias que exigem por parte dos pais remanejamento psíquico, sendo o próprio confronto entre o filho real e o filho imaginário ocasionador de sentimentos de luto.

De acordo com Lebovici (1987), existem três modelos de bebês: o fantasmático, imaginário e o real. O bebê fantasmático reflete as fantasias inconsciente que estão presentes na mãe desde a infância. O bebê imaginário é constituído por fantasias diurnas de ambos os pais e é construído por ambos no decorrer da gestação. O bebê real é o bebê que nasce.

O luto vivido junto ao nascimento, no caso, o luto pelo bebê imaginário, pode incitar importantes focos conflitivos aos pais, os quais, se não elaborados, interferem na relação mãe e bebê. No caso de um nascimento de um bebê prematuro, ou de um nascimento acompanhado de malformação, ou doença grave, o bebê da incubadora não se assemelha ao bebê idealizado durante a gestação. Desta maneira, a prova imposta aos pais é maior, uma vez que, além do luto pelo bebê imaginário, concomitantemente existe o luto pelo bebê real, que corre risco de vida.

Segundo Caron (2000), o vínculo entre mãe e bebê, estabelecido pela preocupação materna primária, é rompido repentinamente em casos de internação na UTI Neonatal, e quando o parto é prematuro, esse ainda não se consolidou. Em situações como esta, a mãe é

separada do bebê, sendo necessário que essa se empenhe para se vincular a ele que nasceu antes. O bebê, por sua vez, muitas vezes não apresenta condições de sobrevivência sem a ajuda de tecnologia. Em outras palavras, mãe e bebê estão incompletos porque foram separados precocemente. Além disso, a relação íntima entre ambos é interrompida pelo trauma da hospitalização, e os instintos maternos são substituídos pelo discurso médico.

A hospitalização em uma UTI é um trauma para os pais e uma interrupção inesperada aos planos familiares, ocasionando as mais diversas reações aos pais, estando estas relacionadas com suas histórias de vida e a situação específica. Muitas vezes, os pais se apresentam com a autoestima diminuída, sentindo a doença ou o parto prematuro como falha deles, sentindo-se assim culpados pelos acontecimentos.

O sistema hospitalar nessas situações influencia de forma direta ou indireta na qualidade da relação que irá se estabelecer entre a mãe e seu bebê. É necessário que a mãe tenha nesse ambiente um espaço acolhedor e protetor para que ela possa, assim, acolher e proteger seu bebê.

Diante dessa dificuldade da mãe de cuidar do bebê nos momentos iniciais de sua vida, esse trabalho, de natureza qualitativa, teve o objetivo de compreender como essas mães percebem a maternidade nesta situação de não poderem exercer sua função de maternagem.

MÉTODO

Participantes

Participaram da pesquisa seis mães, alojadas no Setor específico, acompanhando seus bebês nascidos prematuramente internados na UTI do Hospital Regional de Assis. Suas idades variaram de 21 a 31 anos, somente uma não é casada e seu namorado faleceu em um acidente no quinto mês da gestação, uma delas está separada e as demais moram com o marido; em três casos o bebê é o primeiro filho, nos demais elas têm dois ou três filhos e uma delas tem uma situação socioeconômica diferenciada das demais, uma vez que a população atendida usualmente é rural e de baixa renda.

Material

Papel sulfite A4, lápis preto nº. 2 e uma caixa de lápis de cor com 12 cores, além da ficha com o roteiro de entrevista semiestruturada.

**Procedimentos**

Foi aplicado o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, proposto por Aiello-Vaisberg (1997), derivado do Procedimento de Desenhos-Estórias de Walter Trinca (1997), proposto pelo autor na década de 1970. Para complementar e aprofundar os dados, foi feita também uma entrevista semiestruturada com as mães, buscando coletar dados referentes ao nascimento, internação e o contato estabelecido entre mãe e filho. Segundo Minayo (2004), as informações obtidas em uma entrevista são aquelas que fornecem “fatos; idéias, crenças, maneira de pensar; opiniões, sentimentos, maneiras de sentir, maneiras de atuar ou comportamentos” (MINAYO, 2004, p. 108), dados estes que contribuíram para a análise dos dados.

Após a entrevista foram solicitados dois desenhos: a) ser mãe; b) ser mãe de um bebê prematuro. Esses desenhos tiveram o objetivo de serem disparadores para que os sujeitos da pesquisa fizessem associação livre para contar uma história que se referisse a cada desenho que produziram. Em seguida foi feito um inquérito com o objetivo de compreender questões que não ficaram claras para as pesquisadoras e, por fim, pediu-se que a participante atribuísse um título a cada história.

A escolha do Procedimento de Desenhos-Estória com Tema se deu porque este permite expressar de maneira mais primitiva os sentimentos e pensamentos e também explorar os sentimentos em relação à condição de hospitalização dessas mães, bem como analisar em profundidade a relação estabelecida entre a mãe e seu bebê prematuro e como se veem como mães diante da hospitalização do filho.

Aiello-Vaisberg (1997) propõe que a análise da técnica de desenhos-estórias com tema seja feita a partir de uma leitura transferencial, aquela “centrada na apreensão do que diz o material acerca da posição existencial do sujeito grupal frente ao objeto social em pauta” (p. 276), neste caso, questões referentes à maternagem. Ainda para a autora, essa análise deve acontecer em três etapas, sendo elas: 1) atenção flutuante, ou seja, ao fazer a leitura do material obtido, deixar emergir os conteúdos principais e que devam ser destacados e analisados; 2) levar em consideração o que foi elencado e utilizar a teoria psicanalítica para fazer uma análise teórica do conteúdo; 3) levantar hipóteses acerca da relação estabelecida entre o participante e o objeto social pesquisado. Com esse procedimento metodológico, buscou-se compreender a maneira como as mulheres se percebem enquanto mães e como lidam com o papel da maternidade.

A entrevista e a aplicação do procedimento foram individuais e realizados no setor de mães alojadas do hospital, durante sua estadia ali, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNESP/ Campus de Assis N^o 211.244).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados dos desenhos, histórias e entrevista foram analisados em conjunto, para cada caso, e foram estabelecidas algumas categorias de análise. Um ponto que se destaca é a dificuldade de estabelecer vínculo com este bebê internado, em conformidade com a literatura mencionada (Ismael, 2007; Ferrari, Picinini & Lopes, 2006; Santos, Faria & Vicente, 2007; Ferrari & Donelli, 2010; Araújo & Rodrigues, 2010; Costa, Mombelli & Marcon, 2009). No segundo desenho uma mãe desenha o bebê sozinho, sem ela. Em dois casos, o bebê não é desenhado, em outro está distante, ou ainda é desenhado na forma de um coração. Na segunda história da mãe que perdeu o namorado recentemente, ela relata: *“Era uma vez uma mãe que foi passear na praça achando que estava com o seu bebê. Chegando lá, percebeu que tinha esquecido ele no hospital.”* Pode-se levantar que, neste último caso, sua dificuldade está relacionada também ao luto pelo qual está passando, esta mãe mora com os pais e suas duas irmãs e diz que, desde que seu namorado faleceu, não consegue pensar em como vai ser criar a filha sozinha e continuar morando com os pais, *“Está sendo difícil aguentar essa barra sem ele.”*

Esses exemplos confirmam os já apresentados sobre como a impossibilidade de exercer a função de maternagem torna difícil o fortalecimento do vínculo, somando-se aos receios, ainda que nem sempre declarados, quanto ao futuro do bebê. Ferrari e Donelli (2010), no caso estudado por elas, também encontraram essa dificuldade de aproximar-se do bebê e apropriar-se dele, e discutem que tais dificuldades podem advir da impossibilidade de segurar o bebê no colo em função da realidade que os cuidados médicos impõem, mas também podem revelar a dificuldade de abrir mão daquele bebê sonhado, imaginado e idealizado, para colocar no seu lugar um bebê muito diferente e que talvez nem sobreviva.

Sentimentos de impotência e pouco poder sobre a realidade estão presentes em diversos indicadores, como ausência de mãos e pés, tamanho pequeno ou muito pequeno dos desenhos - com exceção de um caso, em que os desenhos foram grandes, com figuras

estilizadas (no centro da folha), revelando também seu distanciamento da situação. Também com exceção deste último caso, os desenhos foram feitos na metade inferior e, em geral, na metade esquerda da folha indicando, segundo van Kolck (1984), a orientação para o concreto dessas mães, sentimentos de insegurança e inadequação, bem como movimento regressivo.

O sentimento de tristeza e apreensão está presente em todas as verbalizações, de forma mais ou menos explícita: *“me senti triste porque queria ter meu bebê e ir para casa, mas não foi assim...”*; [ser mãe de um bebê prematuro] *“... é muito sofrido ...”* e *“ter um filho prematuro é horrível, porque você se sente longe dele, não consegue ajudar”*. Esses comentários confirmam os resultados obtidos por Costa, Mombelli e Marcon (2009) sobre os sentimentos das mães de medo, preocupação e impotência, assim como as afirmações de Ferrari e Donelli (2010) sobre a dificuldade de estabelecerem as primeiras identificações com seu bebê *“a fim de decodificar seus comportamentos e tecer hipóteses a respeito dos seus desejos e necessidades”* (Ferrari & Donelli, 2010, p. 112).

Ao mesmo tempo, sentimentos de esperança foram manifestados, ainda que por defesa ou negação, revelando o desejo e também o envolvimento destas mães: *“A minha filha é linda, parece uma boneca, quando engordar mais e crescer o quanto não conseguiu crescer na minha barriga vai ficar mais linda ainda!”* e *“Água mole em pedra dura tanto bate até que fura. Não vou deixar meu bebê escapar assim, lutei tanto para ter ele comigo que agora ele vai ficar”* (mãe que engravidou após muito tempo e diversas tentativas). Esperança por um lado e sofrimento e frustração, por outro, aparecem simultaneamente: *“Ser mãe de um bebê prematuro é muito difícil, mas cada dia é uma vitória e uma alegria também”*; e *“prefiro que ele fique quanto tempo precisar aqui para que saia forte e não precise voltar mais!”*, indicando o desejo de ir para casa. Nas entrevistas, a maioria das mães relatou estar dividida entre o bebê e a família no lar, o que foi também encontrado por Costa, Mombelli e Marcon (2009).

Uma das defesas observadas é a idealização da maternidade: uma das participantes relatou: *“Ser mãe é maravilhoso, a gente se divide, deixa de ser uma e passa a ser duas”* e disse que desenhou, no segundo desenho, o que estava sentindo no momento, muito angústia e tristeza, porque se sente incompleta, escreveu: *“ter um filho prematuro é horrível, porque você se sente longe dele, não consegue ajudar”*. Percebe-se a idealização como uma forma de diminuir os sentimentos de impotência e de receio pela vida do filho.

Quatro mães mencionaram Deus em seus relatos, indicando forte presença de convicções religiosas. Uma mãe, extremamente religiosa, relatou acreditar que, se ela e o



marido forem merecedores da misericórdia divina, o seu bebê irá sobreviver e vir a ser saudável. Escreveu para o primeiro desenho: *“A maternidade é uma coisa divina, Deus deu a nós mulheres a benção de carregar no ventre a preciosidade de uma vida”*. E no segundo: *“O meu filho está na UTI, hoje eu estou com ele, amanhã não sei como vai ser, se ele vai voltar para casa ou se vai para os braços do Senhor”*. Costa, Mombelli e Marcon (2009) também destacaram que a fé e a religiosidade são estratégias de enfrentamento bastante utilizadas por mães em alojamento conjunto pediátrico, constituindo uma forma de evitar sentimentos depressivos (Elkin et al., 2007, citados por Costa, Mombelli & Marcon, 2009).

Dois aspectos chamam a atenção pela sua ausência: primeiramente, em nenhum caso, nesta pesquisa, houve menção às questões institucionais, relação com a equipe e ao discurso médico como dominando a situação. Pode-se supor que tais aspectos nem puderam ser questionados pelas mães, em função de seus sentimentos de impotência e de fragilidade, levando-as a aceitar e se submeter à instituição, centradas nos cuidados com o bebê e muito pouco, em si mesmas.

Outro aspecto observado é que em nenhum caso a figura paterna foi sequer mencionada, exceto pela ausência, no caso do falecimento do pai; somente em dois dos 12 desenhos realizados, o pai estava presente. Em função do tamanho pequeno da amostra, as hipóteses para explicar esse fato ficaram restritas, podendo-se sugerir que nas famílias estudadas a figura paterna é mantida afastada dos cuidados com a criança, ao menos na fase inicial de sua vida.

Quanto ao uso da cor, considerado expressão da afetividade, este foi pouco frequente, apenas em dois desenhos a roupa era colorida. Uma hipótese é de que esta possa ser uma forma de enfrentamento da situação de estar com seu bebê internado, evitando o sofrimento gerado.

CONCLUSÕES

Este trabalho, de abordagem qualitativa e com apoio na teoria psicanalítica, buscou compreender a percepção e a vivência de maternidade de mães que se encontravam alojadas em um hospital porque seus bebês nasceram prematuros, impedindo que elas exercessem a função de maternagem. Os resultados indicaram a dificuldade no vínculo com o bebê, sentimentos de impotência e pouco poder de intervir na realidade, presença da religiosidade

como estratégia de enfrentamento da situação, ausência da figura paterna e a repressão dos afetos, de forma a vivenciarem com menos intensidade o medo e a ansiedade gerados. Os desenhos constituíram uma forma de expressão da angústia e do medo que elas estavam sentindo e na maioria das vezes tentavam disfarçar, o que se percebe pela diferença entre o primeiro e o segundo desenhos e o comportamento quando mudavam da primeira tarefa (ser mãe) para a segunda (ser mãe de um bebê prematuro), quando se mostravam menos solícitas e mais desconfiadas com a abordagem das aplicadoras.

Esses aspectos abordados vão ao encontro da literatura sobre o tema e indicam a necessidade de acompanhamento psicológico para essas mães, dando-lhes suporte emocional para que possam lidar com os sentimentos desencadeados pela internação do bebê e favorecer sua relação com ele, de modo que seu crescimento evolua com segurança, adotando condutas e procedimentos benéficos para o desenvolvimento saudável da gravidez, parto e nascimento.

Esse espaço possibilita que as mães elaborem estratégias de enfrentamento para lidar com o período de internação, objetivando a diminuição de danos psíquicos por parte destas e futuramente de seus bebês e favorecendo assim a prevenção da saúde mental por meio do fortalecimento do vínculo mãe-bebê

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiello-Vaisberg, T.M.J. (1997). Investigação das representações sociais. In.: Walter Trinca (org.). *Formas de investigação clínica em Psicologia: procedimento de desenhos-estórias: procedimentos de desenhos de famílias com estórias*. São Paulo: Vetor.
- Araujo, B.B.M.; Rodrigues, B.M.R.D. (2010). O alojamento de mães de recém-nascidos prematuros: uma contribuição para a ação da enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14 (2) 284-292.
- Costa, J.B.; Mombelli, M.A.; Marcon, S.S. (2009). Avaliação do sofrimento psíquico da mãe acompanhante em alojamento conjunto pediátrico. *Estud.psicol. (Campinas)*, 26 (3), 317-325.
- Ferrari, A.G.; Picinini, C.A.; Lopes, R.S. (2006). O narcisismo no contexto da maternidade: algumas evidências empíricas. *Psico*, 37 (3), 271-278.



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



- Ferrari, A. G.; Donelli, T. M. S. (2010). Tornar-se mãe e prematuridade: considerações sobre a constituição da maternidade no contexto do nascimento de um bebê com muito baixo peso. *Contextos Clínicos*, 3 (2), 106-112.
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Trad.de Francisco Vidal. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minayo, M.C.S. (2004). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec.
- Santos, S.M.R.; Faria, A.F.S.O.; Vicente, E.J.D. (2007). A representação social das mães e profissionais de saúde que cuidam do recém-nascido hospitalizado e a relação dos profissionais com essas mães. *Rev. HU*, 33 (1), 7-15.
- Sklus, M.H.; Kennell, J.H.; Klaus, P.H. (2000). *Vínculo: Construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artmed.
- Szejer, M. & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Trinca, W. (1997). *Formas de investigação clínica em psicologia*. São Paulo: Vetor.
- Van Kolck, O.L. (1984). *Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico*. São Paulo: EPU.
- Winnicott, D.W. (2000). *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.

**COSTURANDO TECIDOS E SUBJETIVIDADES: UMA PROPOSTA DE EXTENSÃO
ACADÊMICA EM INTERVENÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE EM COMUNIDADE**

Sandra de Freitas Pedrosa Nascimento (Universidade de São Paulo e Universidade de Taubaté)

Tereza Elizete Gonçalves (Universidade de Taubaté)

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo apresentar a experiência desenvolvida em uma comunidade ribeirinha e apontar a vulnerabilidade destas comunidades que ainda, desassistidas de políticas públicas mais expressivas, se vêm incapacitados para a inclusão no mercado de trabalho. A partir da constatação de habilidades dentre as moradoras da comunidade, da crescente ociosidade, decorrente da ausência de uma perspectiva de profissionalização, durante um período de seis meses, trabalhou-se a construção de vínculo e o levantamento de possíveis atividades que atendessem estas demandas. Objetivando criar soluções que propiciassem um espaço fortalecedor da capacidade de construção e criação de soluções para resolução de problemas da comunidade e maior cooperação entre os moradores, foi proposta uma intervenção oficina de costura como desdobramento das ações do Projeto Travessia: Das Oficinas de Leituras e Narrativas à Cultura e à Cidadania, no local. O sentimento de incapacidade, insegurança e descrédito que ali já estavam instalados dificultaram a adesão inicial à proposta. As reuniões aconteceram uma vez por semana e no início contamos com a adesão de três moradoras. Pensamos em oficinas com pequenos grupos e atividades que pudessem ser de rápida conclusão para que as moradoras pudessem perceber suas próprias habilidades de criação e assim aumentar a confiança e autoestima. Nos primeiros encontros foram realizadas oficinas de aplicação em tecido em camiseta com kits previamente preparados. No início de cada encontro era realizada uma leitura de um pequeno texto que servia como ponto de reflexão. Entretanto, começaram a surgir, timidamente, assuntos que expressavam as necessidades da comunidade e da cooperação entre elas. Houve um aumento da cooperação entre elas assim como um aumento na adesão por adolescentes, pré-adolescentes e inserção de uma criança. Percebeu-se um aumento



significativo na cooperação e vínculo entre eles, assim como a vontade de expressar, através de retalhos, alguns episódios de suas próprias vivências. As reuniões, também, propiciaram um espaço aberto, crítico e reflexivo que fortaleceram a capacidade de construção de novos saberes, de criação de resolução de problemas, habilidades sociais, autonomia contribuindo para a qualidade de vida e autonomia. Pôde-se perceber, que aos poucos, eles começam a expressar a vontade de mostrar para a comunidade, assim como para os moradores vizinhos as evoluções conquistadas e sua capacidade de criar através de exposição de seus trabalhos.

Palavras-chave: Protagonismo social. Oficinas de saúde. Comunidades ribeirinhas.

Para pensarmos sobre intervenções em comunidades desfavorecidas, especificamente as comunidades ribeirinhas vulneráveis e gravemente desassistidas de políticas públicas efetivas e mais expressivas refletiremos com alguns autores que trabalharam a construção das subjetividades, e as dificuldades refletindo-se na imagem do si mesmo e do outro. Deste modo esses indivíduos:

“(...) precisam inventar novamente novos ideais alteritários que lhes possibilitem pender para o pólo do outro e para relançar o seu desejo de maneira permanente, sem os quais esta abertura para o outro é quase impossível, pois o sujeito não pode encontrar suportes consistentes para reconhecer o outro na sua diferença e na sua singularidade” (BIRMAN, 2000, p. 104)

A anulação de si mesmo e do outro, o não reconhecimento da alteridade são amplificados num quadro de improdutividade e de ociosidade negativa. Esses indivíduos destas comunidades ribeirinhas por nós acompanhados através do projeto de extensão acadêmica que desenvolvemos no local, denominado Projeto Travessia: Das Oficinas de Leituras e Narrativas à Cultura e à Cidadania, mostram-se impedidos para o desenvolvimento de situações saudáveis que pudessem elevar-lhes o sentimento de dignidade. Fecha-se em torno desses moradores o círculo impeditivo e vicioso no qual mudanças significativas são anuladas.

A ociosidade pode tornar-se um agravante no crescente índice de violência, que hoje se enfrenta. Na busca de se fazer pertencente a um grupo ou à sociedade o indivíduo ocioso e mal assistido pelas políticas públicas locais torna-se insatisfeito, sente-se incapaz para a inclusão no mercado de trabalho, vindo a sofrer uma deterioração na qualidade de vida, saúde

física e emocional. O seu sentimento de valor diminui ainda mais quando a falha na escolarização e ineducabilidade justificam as ausências de oportunidades para a auto-realização.

Rauter (2000, p.268) afirma que o trabalho pode nos tornar agentes ativos no mundo em que vivemos e não apenas espectadores passivos ou submissos ao que ocorre fora de nós, e, assim, o trabalho e a arte podem ser “grandes vetores de existencialização”.

Os resultados são ainda mais catastróficos no que tange ao público juvenil, pois muitas ilusões e esperanças de mudança são destroçadas diante da ausência de horizontes futuros e de com maus manejos institucionais ou comunitários no presente.

Neste sentido, as violências se manifestam como sinais de impotência e como produtos da frustração individual e coletiva em comunidades caracterizadas pela agressão, seja ela, simbólica, física, cultural, psicológica, expressando-se entre os indivíduos e contra si mesmos. Birman (2000, p. 97) em seu texto sobre a Derrota da Intolerância afirma que “a violência assume as formas as mais grotescas na atualidade, se delineando com feições insólitas e inéditas” e que “a intolerância se funda, então, na impossibilidade de convívio do sujeito e do grupo social com a diferença do outro”.

Foi a partir da constatação de que, embora imersas nestas teias viciosas, as moradoras da comunidade, a qual nos propusemos a trabalhar, possuíam habilidades e saberes que poderiam levá-las à construção de suas próprias identidades e inclusão produtiva no entorno a que pertencem. Consideramos, então, oferecer às moradoras uma oportunidade de inserção através da literatura, cultura e arte, objetivando criar soluções que propiciassem um espaço fortalecedor da capacidade de construção e criação de soluções para resolução de problemas da comunidade e maior cooperação entre elas.

Durante alguns meses antecedentes no desencadear da ação foi realizado um levantamento espontâneo em termos de coleta de sugestões, através de conversar informais com as moradoras para que pudéssemos chegar a um consenso sobre as atividades que poderiam ser desenvolvidas e para aumentar o vínculo entre todos os possíveis participantes, com a finalidade de ampliar a adesão às oficinas. O sentimento de incapacidade, insegurança e descrédito que ali já estavam instalados, e pode se dizer enraizados, dificultaram a adesão inicial às oficinas de costura.

A metodologia das oficinas de costura foi pensada e utilizada como expressão subjetiva de arte e literatura, para muito além da produção artesanal de trabalhos manuais. O que

verificamos foi que a “linha” lançada na direção daqueles atores foi “fisgada”, para recorrermos a uma metáfora pesqueira, arte que dominam tão bem. Eles se dispuseram a ir ao desconhecido de si mesmos (mesmo sem o saberem conscientemente).

Visamos um trabalho relacionado à arte, na medida em que usaríamos tecidos para desenvolver a criatividade, expressar subjetividades e estabelecer relações de proximidades entre trabalho, entre os moradores e a reinvenção do próprio cotidiano, tentando diminuir a ociosidade e inatividade dentre eles. A literatura foi incluída a partir de textos e poemas que pudessem incentivá-las na criação dos projetos pessoais.

Objetivamos proporcionar às adolescentes e mulheres da comunidade o desenvolvimento de atividades de costura, descobrindo suas habilidades, criatividade e valores, resgatando sua autoestima, sua identidade na construção de sua cidadania. Promover o fortalecimento de vínculos comunitários levando ao protagonismo daquele agrupamento humano, para que possam juntos combater a exclusão social e fortalecer a socialização, alcançando melhoria na qualidade de vida e viabilizando trocas de experiências e coesão comunitária. Consequentemente, queríamos estimular a promoção da qualidade da saúde comunitária com o desenvolvimento de recursos internos, da vivência da partilha e do compartilhar fraternalmente com o vizinho uma tarefa construtiva. Ao lado desta significativa obra no coletivo, buscou-se incentivar a autonomia, o auto cuidado e a co-responsabilidade no respeito à identidade da comunidade.

As reuniões aconteceram uma vez por semana e na primeira delas contávamos apenas com três moradoras. A proposta inicial era formarmos grupos pequenos, de no máximo 5 pessoas e seriam oferecidos gratuitamente *kits* com materiais simples para atividades de rápida conclusão, para que os integrantes pudessem perceber suas habilidades e expressar sua criatividade evitando os riscos de desistências, ampliando os níveis de tolerância às dificuldades, crendo mais em suas capacidades e assim aumentando sua autoestima gradativamente. E assim foi realizada a atividade de aplicação de gravuras em camisetas e logo passaram para aplicações em toalhas, panos de pratos e outros artefatos.

Após a primeira semana aumentou a adesão e as discussões literárias tornaram-se mais subjetivas estendiam-se as suas vivências pessoais e dificuldades fora do contexto das oficinas. Começaram a surgir, timidamente, assuntos que expressavam as necessidades da comunidade e da cooperação entre elas. Cada encontro tinha uma disposição própria,

dependendo do número de componentes e de seus discursos expressos perante o grupo e a mediadora.

Pode-se, então perceber que as oficinas eram terapêuticas e estavam conseguindo estabelecer as mais profundas conexões e efeitos. Pensamos com Rauter (2000) que as oficinas funcionariam em seus efeitos terapêuticos como os referidos “vetores de existencialização”:

(...) caso consigam estabelecer outras e melhores conexões que as habitualmente existentes entre produção desejante e produção de vida material. Caso consigam conectar-se com o plano de imanência da vida, o mesmo plano com base no qual são engendradas a arte, a política e o amor. (Rauter, 2000, p. 270)

Verificamos uma esfera positiva dentre os efeitos do trabalho, com um morador estimulando o outro em espontâneas relações de ajuda, referências elogiosas as habilidades demonstradas por aqueles que até então foram considerados rivais em potencial. As oficinas de costura converteram-se em oportunidades vigorosas de crescimento pessoal e coletivo, em termos do convívio. Qual a margem para o pensar que encontrávamos dos sujeitos envolvidos para que se submetessem a um processo de transformação diante do que propunhamos?

Poderíamos considerar que os “pontos” aplicados nos tecidos, permitiram também outras cesuras, a regulação das tensões nos relacionamentos par a par. Os encontros passaram a ser ansiosamente aguardados e comentados por seus participantes com outros integrantes do Projeto Travessia que lá compareciam em dias alternativos das oficinas.

Como reflexão observamos um aumento da cooperação entre elas assim como um aumento na adesão por adolescentes, pré-adolescentes e uma criança. Percebeu-se um aumento significativo na cooperação e vínculo entre eles, assim como a vontade de expressar, através de retalhos, alguns episódios de suas próprias vivências. As reuniões, também, propiciaram um espaço aberto, crítico e reflexivo que fortaleceram a capacidade de construção de novos saberes, de criação de resolução de problemas, habilidades sociais, autonomia contribuindo para a qualidade de vida. Alguns temas, tais como: Saúde, meio ambiente, pluralidade cultural, educação para o consumo responsável, comércio justos foram recorrentes durante os encontros e puderam ser contextualizados, revelando as diferentes demandas de cada uma.

Facilitou-se o acesso às redes sociais aumentando o capital social, na medida em que começaram a sair para fazer as compras dos materiais necessários para a confecção das atividades e visitas a ateliers para que pudessem interagir com outras artesãs e trocar ideias, proporcionando uma fonte de renda e promovendo a inclusão social.

O psicólogo Mediador/ Facilitador do grupo nem sempre transitou no grupo com toda a clareza por entre as tramas que foram sendo estabelecidas- tecidas. Ao psicólogo caberia sempre pensar e significar os pedidos de adesão de novos interessados, tanto quanto de representar as ausências; considerar que os eventuais afastamentos daqueles que se sentiam incapazes para a tarefa maior, resultavam de ansiedades despertadas nesses momentos, que os conclamava a permanecerem ora sozinhos, mas também tecendo autorias no contexto do grupo. Para citar um exemplo dessas impossibilidades, , uma das mães vivia ameaçando desistir do *setting* estabelecido chegando tarde ou saindo mais cedo, apesar de seus combinados de estar presente na semana seguinte. Pensamos em oferecer-lhe outra técnica de trabalho para que ela pudesse permanecer, juntamente com as crianças menores que, curiosas, não se afastavam do local, mas que não foram incluídas nas atividades pelos riscos oferecidos no manejo com agulhas, ferro quente, cola, etc...

Nesta modalidade de trabalho abriram-se perspectivas importantes de reflexão para psicólogos que somos, atuando em espaços abertos e recorrendo a metodologias que não são convencionalmente apregoadas na literatura científica. Para tanto consideramos as diferenças de atuação da Psicologia na comunidade e da Psicologia em Comunidade. Se ambas buscam igualmente acessibilidade, justiça social e equidade, na segunda assertiva temos uma compreensão diversa do lugar que esses indivíduos podem e devem ter no contexto do trabalho oferecido. O lugar do profissional não é o de doador para aqueles " carentes", mas o de *revelador* de potências insondáveis, de *favorecedor*, em última instância.

Pensamos que uma atuação advinda de fontes de entendimento verticalizadas na relação com a comunidade, suscita dependências indesejáveis, fomenta rivalidades e disputas quanto a quem será o primeiro, ou o por vezes o único, a ser o beneficiado. Nós que atuamos há alguns anos nessa comunidade ribeirinha entendemos bem as sutilezas que cercam nosso proceder, ao enveredarmos pelo bairro disseminando condições de reflexão acerca de cidadania e inclusão social. Somos submetidos a duras provas quanto à coerência e consistência de nossos propósitos antes que os atores se engajem. E diante dessas aproximações e aceites, que são votos de confiança, não se pode falhar decepcionando



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



gravemente os que nos acompanham, sem que algum protesto se faça ouvir em meio à dor. Temos que ter em conta que não se trata de um mero aplicar conhecimentos científicos, mas de compartilhar histórias de vida, muito caras a quem as vivenciou. Sabemos que se lhes oferecermos um "pano de fundo" onde possam tecer novos enredos, com uma escuta respeitosa e sensível, far-se-á toda a diferença para essas pessoas.

Em suma somos profissionais da psicologia pensando sobre a saúde das relações entre as pessoas quando reunidas em âmbito escolar, comunitário ou institucional, mas fundamentalmente somos seres humanos irmanados à causa que os move.

REFERÊNCIAS

Andolpho, L. M.G. & Grubits, S. (2004). *Série saúde mental e trabalho*. (Vol. 2, 2ª ed.), São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Birman, J. (2000). A derrota da intolerância. In P. Amarantes (Org) *Ensaaios: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.

Rauter, C. (2000). Oficinas para Quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In P. Amarantes (Org) *Ensaaios: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.

**CUIDANDO DE QUEM CUIDA: REFLEXÕES SOBRE A RELAÇÃO PAIS E FILHOS
ADOLESCENTES A PARTIR DE UMA EXPERIÊNCIA EM INSTITUIÇÃO PÚBLICA**

Tatyana Valério Wilk (Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Bragança Paulista)

Tereza Elizete Gonçalves (Universidade de Taubaté)

RESUMO

A adolescência é uma fase de transição e de grandes transformações físicas, psíquicas e sociais, exigindo das famílias um empenho de adaptação às peculiaridades desta etapa. Os jovens ávidos por novas experiências passam por intensos períodos de angústia e dúvidas na busca de autonomia e de estabelecer sua identidade no mundo. Neste cenário é necessário que os pais também transformem seu olhar e sua postura no manejo dos filhos adolescentes, auxiliando-os na conturbada jornada do desenvolvimento. O trabalho institucional com grupos de pais se mostra um instrumento de prevenção de agravamentos à saúde dos jovens. No projeto desenvolvido na rede pública de saúde na cidade de Bragança Paulista, atendemos pais de adolescentes de 10 a 19 anos em ambulatório especializado. Temos por objetivo refletir sobre a relação pais e filhos nos dias atuais, analisar as dificuldades e angústias que os pais têm na criação de seus filhos, bem como, promover uma relação dialógica baseada no amor, respeito e na adequada transmissão de valores. O projeto consiste em realizar grupos de acompanhamento de pais, para discutir a relação com seus filhos, e vem sendo executado por psicólogos na função de mediadores. Constituímos grupos abertos, de oito participantes, frequência semanal e duração de uma hora e se referem a pais que levam seus filhos às consultas médicas com a hebiatra do programa. Estabelecemos uma roda de conversa em sala de espera, onde os pais expõem e trocam entre si suas experiências familiares. Os temas emergem e são revelados pelos monitores de acordo com a demanda de cada grupo. A maioria dos participantes é composta por mães com ou sem profissão extra lar, sendo reduzido o número de pais participantes. Tal distanciamento constitui uma queixa das mães, com relação à falta de participação dos pais na criação dos filhos, e do quanto elas sentem-se sobrecarregadas nessa tarefa de educar adolescentes. Elas têm que apresentar limites especialmente quanto ao uso razoável das redes sociais, orientar e oferecer modelos positivos

de atuação diante de condutas tais como preguiça, falta de higiene, desorganização, isolamento e contestação. Na ausência dos diálogos adequados, a intolerância e a violência irrompem gerando mais distanciamento. Este quadro cotidiano de mútua incompreensão leva os pais a se sentirem desorientados e perdidos na educação dos filhos. O trabalho parental grupal tem se mostrado um importante espaço de compartilhamento de dificuldades e fortalecimento dos papéis, de construção de novas formas de comunicação e convivência harmoniosa. Esses pais expressam suas angústias, medos, desafios e prazeres na criação dos filhos, refletem sobre como foi o próprio adolescer e sobre as pressões e perspectivas contemporâneas. Políticas públicas de assessoria psicoafetiva desenvolvidas por profissionais capacitados de psicologia, vem a desencadear e fortalecer os processos de resiliência dentre pais de adolescentes, fator fundamental para que eles se sintam mais preparados como família e mais especificamente sobre o papel dos pais na formação daqueles que deverão exercer seus direitos de cidadãos da mais plena forma possível.

Palavras-chave: Adolescência. Resiliência e Parentalidade. Promoção de Saúde.

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase de transição e de grandes transformações físicas, psíquicas e sociais, exigindo das famílias um empenho de adaptação às peculiaridades desta etapa. Os jovens ávidos por novas experiências passam por intensos períodos de angústia e dúvidas na busca de autonomia e de estabelecer sua identidade no mundo. Para Rosset (2009) a adolescência é o estágio para se definir que tipo de adulto se quer ser. E neste sentido, desenvolver flexibilidade e responsabilidade é importante para que realmente o adolescente cresça e busque uma autonomia segura, responsabilizando-se por suas próprias decisões, seguros das adequadas orientações dos pais.

Assim esta fase introduz no ciclo familiar vivencial uma redefinição dos papéis dos pais e dos filhos. É necessário que os pais também transformem seu olhar e sua postura no manejo dos filhos adolescentes, auxiliando-os na conturbada jornada do desenvolvimento.

O sistema familiar precisa passar por adaptações que envolvem profundas mudanças nos padrões de relacionamentos entre seus integrantes. Neste sentido os pais precisam estabelecer fronteiras flexíveis para os filhos, permitir que o adolescente se aproxime e mostre



sua dependência nos momentos que não consegue manejar sozinho algumas situações e se afaste e experimente gradativamente sua independência quando estiver pronto. (PRETO, 1995).

Entretanto as demandas do adolescente (maturação da sexualidade, busca da identidade, desenvolvimento da autonomia) tendem a gerar conflitos familiares, reativando questões emocionais não resolvidas entre pais e avós ou entre os próprios pais. A necessidade de autonomia e independência do adolescente pode despertar nos pais o medo da perda e da rejeição, principalmente se esses sentimentos fizerem parte de suas próprias adolescências. Assim o estresse e a tensão normais provocados pelos adolescentes em suas famílias tomam proporções maiores quando os pais sentem profunda insatisfação e precisam fazer mudanças em si mesmos. (PRETO, 1995)

A chave para o sucesso dos pais, nesta fase familiar, é a flexibilidade e a capacidade de suportar o crescimento, permitindo ao filho maior independência e desenvolvimento emocional. Entretanto na tentativa de resolver o conflito gerado e na busca de tentar prevalecer sua autoridade sentem-se perdidos na difícil tarefa de educar seus filhos adolescentes, por vezes puxando exageradamente as rédeas, por outras retraindo-se emocionalmente para evitar novos conflitos. Já os adolescentes num esforço para abrir seu caminho, recorrem a ataques de raivas, se retraem emocionalmente, buscam apoio em outros entes familiares, ou através das intermináveis insistências apresentam exemplos de amigos com mais liberdade.

Os filhos adolescentes trazem para a família novos valores com seus amigos e ideais de vida, porém muitas famílias por estarem fixadas em uma fase anterior de seus filhos, mostram-se fechadas ao novo, sentindo a situação como grande ameaça.

As mudanças físicas e sexuais que iniciam na puberdade têm grande efeito na vida do jovem e sua família. Muitos pais se sentem confusos e assustados quando os filhos expressam seus novos interesses sexuais. Os primeiros passam a controlar mais a vida e a intimidade dos filhos. Entretanto quando o adolescente encontra no lar um lugar aberto para compartilhar informações, as possibilidades são maiores de estabelecer limites reais, sensíveis e aceitar transgressões menores.

A capacidade de formular hipóteses intelectuais expande a criatividade e os sentimentos de domínio dos adolescentes. Na luta para obter uma autoimagem separada e positiva, de se descobrir e fixar um senso de eu, passam a experimentar novos papéis, estilos de cabelo, roupas, ideais. Algumas dessas experiências e papéis são consistentes com os valores

familiares, mas também pode desafiar e agredir os costumes da família. Os filhos muitas vezes discordam dos pais em suas ideias, crenças e valores e conseqüentemente cria conflitos e luta de forças intermináveis, em que ambas as partes saem cansados e feridos.

Adolescentes precisam de permissão e encorajamento para se tornarem mais responsáveis por si mesmos e assim gradativamente conquistarem sua autonomia, mostrando que não são mais tão dependente emocionalmente dos pais e consegue ter mais controle sobre as decisões de sua vida. Segundo a literatura, quando os adolescentes são encorajados a participarem das tomadas de decisões familiares, eles tendem a buscarem mais autonomia, bem como, tendem a seguir o modelo dos pais e buscarem amigos que os pais aceitem.

Neste sentido, Preto (1995, p. 229 apud Newman & Newman, 1979, p. 230) revela que “as mesmas condições para desenvolver um senso de independência também constroem um vínculo de proximidade e afeto entre pais e filhos.” Entretanto, percebe-se que para muitos pais não é tarefa fácil manter o controle e ser ao mesmo tempo apoiador e democrático frente às demandas adolescentes. Os pais sentem-se criticados e julgados por seus filhos, e acabam por ter atitudes ambíguas de ora ceder às insistências e ora revoltar-se e entrar em conflito direto com o adolescente, como se fossem eles mesmos adolescentes e tão reativos quanto os próprios jovens. Sendo assim entram em discussões intermináveis com os filhos, cada um defendendo seu ponto de vista, fechados para a escuta.

Em algumas famílias percebe-se uma inconsistência na fala dos pais, em termos de suas atitudes e conselhos, recusados pelos filhos por sua hipocrisia. A confiança tão necessária na relação fica prejudicada. Os filhos não confiam em seus pais como aqueles que sabem tudo (como os consideravam na infância) e em contrapartida os pais não se sentem seguros em confiar no crescimento emocional de seus filhos. Muitas vezes os pais desafiam os filhos com testes e provas de responsabilidade na resolução de problemas. Por vezes, na tentativa de querer ser bons pais, eles superam todas as necessidades e desejos de seus filhos, frustrando o desenvolvimento emocional dos jovens, pois impedem de que eles lutem por suas próprias conquistas. Quando os pais dão tudo para os filhos ou quando cedem sempre, eles estão tentando curar suas próprias dores com relação a sua infância ou adolescência, assim como, estão tentando garantir o afeto filial e provar suas competências. Respeitar os direitos do filho é diferente de achar que eles têm direito a tudo. É importante definir limites nos desejos, espaços e pretensões dos filhos, do contrário eles serão incapazes



de fazer escolhas e assumir as consequências de seus atos, exigirão somente bônus e os prazeres das situações, mas sem pagar o ônus e passar por frustrações. (ROSSET, 2009)

Em nome de serem bons pais, sacrificam as próprias crenças sobre o certo e o errado. Na atual sociedade muitos pais hesitam quanto à autoridade de limitar as ações dos filhos e cumprimento de regras de convívio.

Consideramos com Rosset (2009) que as tarefas de um adolescente funcional estão relacionadas ao estudar e/ou trabalhar (ações que preparam o jovem para o futuro) além de tomar parte das tarefas da casa; ter turma de amigos (oportunidade de inserir-se no mundo social, aprender assim a lidar com a lealdade, frustrações, limites, competências, conhecer novos valores); ter uma vida afetiva e/ou sexual saudável (aprender a lidar com a intimidade, ciúmes, parcerias). Ele terá que colocar em prática o que introjetou sobre relacionamentos a partir da relação dos pais e assim aprender novas formas de convívio social.

Diante do exposto acredita-se que o trabalho institucional com grupos de pais se mostra um instrumento de prevenção de agravamentos à saúde dos jovens, bem como, promover um diálogo aberto sobre as relações pais e filhos, e proporcionar um olhar diferente, com possibilidades de mudanças nas relações conturbadas de pais e filhos adolescentes. Desta forma, o objetivo deste estudo é refletir sobre essa relação nos dias atuais.

METODOLOGIA

Este trabalho institucional é um projeto denominado “Cuidando de quem cuida”. É realizado no Espaço do Adolescente, ambulatório especializado situado na rede pública de saúde da cidade de Bragança Paulista, interior de São Paulo. No Espaço do Adolescente são atendidos jovens dos 10 aos 19 anos por equipe especializada (médico hebiatra, ginecologista, psicólogos, psicopedagogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, dentistas e assistente social), que cuida da saúde integral do adolescente, como preconiza o Ministério da Saúde.

Neste contexto o projeto surgiu em 2011 da necessidade de dar espaço aos pais de adolescentes de refletirem sobre a relação pais-filhos nos dias atuais, analisando as dificuldades e angústias que os pais têm na criação de seus filhos, bem como, promover uma relação dialógica baseada no amor, respeito e na adequada transmissão de valores.



O mesmo consiste em realizar grupos de pais, tendo como mediadores os psicólogos da instituição. Os grupos são abertos, geralmente com oito participantes a cada encontro. Os participantes são pais que levam seus filhos às consultas médicas com a hebiatra e ginecologista. Os encontros são realizados em salão amplo do ambulatório nas segundas-feiras, tendo uma hora de duração. Os grupos têm o formato de uma roda de conversa, onde os pais expõem e trocam entre si suas experiências parentais e familiares. Os temas emergem e são revelados pelos monitores de acordo com a demanda de cada grupo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Percebeu-se que a maioria dos participantes do grupo é composta por mães com ou sem profissão extra lar, sendo reduzido o numero de pais participantes. Tal distanciamento constitui uma queixa das mães, com relação à falta de participação dos pais na criação dos filhos, e do quanto elas sentem-se sobrecarregadas nessa tarefa de educar adolescentes. Elas se incumbem das funções paternas tendo que apresentar limites, orientar e oferecer modelos positivos de atuação. O que acaba por ser uma tarefa difícil e desgastante para essas mães assumirem sozinhas a formação dos filhos. Como vimos a adolescência traz mudanças profundas ao ciclo familiar, em que são reativados questões emocionais não resolvidas entre pais e avós, ou entre o casal. Os pais passam a rever sua própria adolescência e o quanto conseguiram desenvolver uma autonomia emocional com relação a seus pais. Também nesta fase o casal entra na “meia idade” onde são chamados a fazer balanços sobre sua vida conjugal e individual.

Constatou-se que a maioria das mães mostra dificuldade em manter o “não” dito aos filhos, muitas cedem pela insistência típica da adolescência. A fase atual é de experimentação e intenso desejo de conquistar sua liberdade, porém os filhos requerem supervisão. Para Rosset (2009) no passado os pais tinham poucas duvidas quanto aos limites. Atualmente os pais evidenciam uma necessidade de serem amados e se sentirem competentes como pais, além de compensarem suas próprias insuficiências na criação; assim, se tornam invasivos e inseguros e superprotetores, vindo a frustrar o crescimento emocional desses jovens, pois impedem os mesmos de lutarem pelas próprias conquistas, ou de entrarem em contato com as frustrações necessárias da vida. Também para Rosset (2009) os cuidados sem limites aos desejos, espaço e pretensões dos filhos, não permitirão a introjeção de valores, regras,

respeito ao outro, formando-se sujeitos sem responsabilidades e inconsequentes. Resistirão ao bom exercício das próprias tarefas no lar sem a devida organização e manutenção do que lhes cabe.

As mães irritadas e angustiadas diante de comportamentos juvenis, tais como certo isolamento, uso excessivo das redes sociais e internet, abrirão uma guerra contra essas condutas. Este quadro cotidiano de mútua incompreensão leva-as a se sentirem desorientadas na educação dos filhos. Como dito acima sentem-se sobrecarregadas e sozinhas nessa missão de orientar e oferecer modelos positivos de atuação diante de condutas tais como preguiça, falta de higiene, desorganização, isolamento, contestação, assim como, regras e limites adequados.

Percebe-se que para muitos pais é difícil entender o que se passa na adolescência e o que é normal e esperado para fase. Neste sentido Aberastury & Knobel (1981) apontam características no processo da adolescência normal na luta pela separação progressiva dos pais, tais como: a busca de si mesmo e da identidade, uma tendência grupal e super identificação com o grupo de amigos, propensão a fantasiar, ideias e ideais; crises religiosas, prejuízos na localização temporal, excitação sexual manifesta, atitude social reivindicatória com tendências anti ou associais e contradições sucessivas e ainda constantes flutuações de humor e do estado de ânimo.

Com relação ao diálogo entre pais e filhos nos grupos que realizamos, observou-se existir mais uma questão de recomendações, ameaças e proibições em falas padrões, tais como: “não pode brigar na escola...” “Drogas vai estragar sua vida, olhe a vida de fulano...” “precisa estudar para ter um futuro...”. Esses sermões tomam o lugar das desejáveis tentativas de ouvir o que os filhos têm para dizer. Na ausência dos diálogos adequados, a intolerância e a violência irrompem gerando mais distanciamento. Nosso trabalho institucional considera tal como Rosset (2009, p. 267) que, trabalhar com as emoções dos adolescentes exige por parte dos pais a generosidade para acolher com empatia, com capacidade para ouvir e disposição para poder perceber as coisas pela ótica deles. Preto (1995) sugere que os pais desenvolvam a flexibilidade. Ao invés de se sentirem atacados ou ameaçados pelas críticas, precisam formular perguntas, ouvir explicações, compartilhar sentimentos, para assim negociarem diferenças conflitantes, regras e independência.

Os pais na tentativa de educar e criar os filhos dizem aos mesmos aquilo que acreditam ser benéfico para os adolescentes, ao invés de dizer como eles se sentem ao que se referem a

medos, incertezas e lutas. Sonham sua experiência pessoal mais profunda, tentando transmitir aos filhos como deveria ter sido e como querem que sejam para eles. (PRETO, 1995).

Nos grupos os pais começam a perceber o quanto suas posturas diárias, ou seja, suas ações influenciam na postura e ações de seus filhos e suas falas devem ser coerentes com seu agir. Muitos pais são agressivos e desrespeitam seus filhos, mas querem que estes sejam dóceis, obedientes e que os respeitem. Estas inconsistências entre fala e atitudes acabam por gerar outros conflitos.

Conforme os autores estudados, a tolerância e a flexibilidade devem substituir a prepotência, a violência na definição das fronteiras familiares. Ter autoridade não significa anular a escuta, o diálogo e ser autoritário. Os padrões de relacionamentos utilizados em ciclos anteriores, não são mais adequados em nossos diferentes círculos de convívio, quanto mais no trato familiar com adolescentes que necessitam de uma boa base afetiva para crescer num mundo relacional de instantâneas transformações. Trata-se de um conforto poder enfrentar as revoluções afetivas, relacionais especialmente provocadas pelos avanços tecnológicos com tomada de decisões, autonomia madura, apoiando-se na proximidade que o círculo familiar proporciona e no afeto mútuo, o verdadeiro antídoto para as inevitáveis crises.

Nos grupos institucionais também surgem àquelas mães que conseguem ter bom diálogo e transmissão adequado de regras e valores, auxiliando seus filhos adolescentes em suas dificuldades. Mostram postura firme na educação dos mesmos, sabendo que regras são necessárias, bem como, o amor e o respeito. Estas conseguem incentivar seus filhos a buscar maturidade, incentivando-os a estudar, trabalhar e conquistar seus objetivos. Elas servem de bom exemplo para outras mães do grupo que têm dificuldades de relacionamento com seus filhos. Este se mostra um momento produtivo na dinâmica horizontal que instituímos, pois outras mães acolhem esses depoimentos como modelos dos quais podem se aproximar, não se tratando de “conselhos” dados por técnicos detentores de um saber que muitas vezes se encontra distante da realidade delas.

Quando os adolescentes encontram no lar um espaço aberto para compartilhar informações, no qual os pais estão fortalecidos, abertos às diferenças e preparados para rever seus conceitos valores diante das demandas destes, abre-se um campo de possibilidades bastante fecundo. Apoiados pelos modelos próximos porque são humanos, os adolescentes não se afastam, mas os mantêm internamente como alguém a seguir e se lembrar em

momentos de dificuldades que a vida de qualquer um mostra ter. Conflitos, dores e dificuldades são comuns, o desafio para quem ama nesses círculos familiares é o de superá-los sem grandes impasses e rupturas. Nosso trabalho é de fazê-los deixar que o possível se instale e que a vida faça o seu trabalho e não seja obstruída pelas neuroses e angústias impeditivas.

CONCLUSÃO

Percebeu-se neste trabalho que muitas vezes existem dificuldades dos pais em transformarem o próprio olhar, devido às dificuldades com sua própria adolescência e relação com os pais/avós, ou devido dificuldades na relação conjugal, e consequentemente não conseguem enxergar as necessidades de desenvolvimento deste “novo” filho, tais como: autonomia, maturação sexual, estabelecimento da identidade. O diálogo fica prejudicado, a intolerância emerge causando distanciamento no relacionamento.

A maturação sexual, a construção da identidade e a conquista da autonomia por parte do filho adolescente traz grande ameaça à estrutura familiar já estabelecida. Esta fase desencadeia sentimento de perda e medo do abandono, à medida que os filhos fortalecem suas alianças fora de casa. Conforme vão conquistando sua independência, os pais sentem que não são mais necessários como antes. Considerar que a natureza de seus cuidados precisa mudar é tarefa difícil para muitos dos pais atendidos no grupo.

As famílias com filhos adolescentes experimentam intensas mudanças em sua estrutura e organização, gerando sentimentos de confusão, dúvidas e angústias. E toda mudança envolve a aceitação da perda. Na relação pais e filhos adolescentes a perda é de ambos os lados. Os pais que precisam lidar com a perda do filho dependente, e o filho adolescente que precisa lidar com a perda do seu eu infantil e da família como fonte primária de amor. Pais que conseguem desenvolver sentimentos de respeito e compartilhamento para com os filhos mostram maior eficiência em ajudar os filhos a passarem pela adolescência. Geralmente são pais que têm suas identidades mais estruturadas e maior clareza de seus valores, competências e incompetências e assim conseguem ser menos reativos às demandas dos adolescentes.

O trabalho parental grupal tem se mostrado um importante espaço de compartilhamento de dificuldades e fortalecimento dos papéis, de construção de novas formas de comunicação e convivência harmoniosa. Esses pais expressam suas angústias, medos, desafios e prazeres na



criação dos filhos, refletem sobre como foi o próprio adolescer e sobre as pressões e perspectivas contemporâneas. E neste sentido, a formação em psicologia nos dá base para entender as psicodinâmicas das relações pais e filhos, auxiliando-os nesta travessia. Um profissional que se especializa em mediação de conflitos, em grupos como estes, questionador na busca de aprimoramento quanto à relação família, adolescência o tornará mais capaz de contribuir com políticas públicas de promoção e prevenção aos agravos à saúde.

Políticas públicas de assessoria psicoafetiva desenvolvidas por profissionais capacitados de psicologia, vem a desencadear e fortalecer os processos de resiliência dentre pais de adolescentes, fator fundamental para que eles se sintam mais preparados como família e mais especificamente sobre o papel dos pais na formação daqueles que deverão exercer seus direitos de cidadãos da mais plena forma possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberastury, A.; Knobel, M. (1981). *Adolescência Normal: um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre: ArteMed.
- Berthoud, C. M. E., & Cervený, C. M. O. (Eds.). (1997). *Família e Ciclo Vital nossa realidade em pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Preto, N. G. (1995). Transformação do sistema Familiar na Adolescência. In Carter, B. & MacGoldrick, M. (Eds.), *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para terapia familiar*. (2ªed.). (pp. 223-247). Porto alegre: Artmed.
- Rosset, S. M. (2009). Famílias com adolescentes. In Osorio, L. C. & Valle, M. E. P. (Eds.), *Manual de Terapia Familiar* (pp. 263-272). Porto Alegre: Artmed.



DA PROMOÇÃO DE SAÚDE À REDUÇÃO DE DANOS NO CONSUMO E ABUSO DE ÁLCOOL

Claudia Fabiana de Jesus (Prefeitura Municipal de Taubaté)

RESUMO

Introdução: O consumo do álcool é um tema atual da saúde pública e há diversas modalidades de práticas nesta área. No que se refere a intervenções ao consumo e abuso do álcool é comum práticas focadas na abstinência da substância psicoativa e a práxis voltadas ao modelo biomédico e na patologia, contudo, há as estratégias de redução de danos e as ações promotoras de saúde as quais são mais raras na saúde coletiva. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi descrever o atendimento psicológico de um idoso a partir das estratégias de redução de danos e de promoção de saúde e o intuito desta pesquisa foi discutir o caso clínico a partir das mudanças da posição subjetiva do paciente. **Metodologia:** O trabalho se refere a estudo de caso, de caráter exploratório. O atendimento psicológico era individual e, posteriormente, passou a ser quinzenal. A abordagem utilizada se refere à psicanálise e a redução de danos. O tempo da sessão variou conforme a demanda e a partir do manejo do profissional. **Resultados:** O paciente mudou sua posição subjetiva, falando de si, sem estar relacionado a abstinência ou não do álcool. O paciente traz questões ligadas a seus medos, a solidão, a espiritualidade e questões ligadas à morte. Ele traz assuntos ligados ao relacionamento com a esposa e com os filhos, bem como, ao campo profissional e a aposentadoria. O paciente traz reflexões acerca de ser idoso, do auto-cuidado e sobre a sua saúde. Ele não ficou fixado às queixas, dá foco no presente e desloca do ser “alcoolista” para um sujeito que apresenta desejos, escolhas e se responsabiliza pelas mesmas. O processo do atendimento se dá pela via da subjetividade e da responsabilidade de suas escolhas. A partir de ações que promovem saúde o paciente deslocou do discurso da doença, focou em sua singularidade, reduzindo danos e se permitiu assumir os seus próprios desejos. **Considerações finais:** Evidencia que tanto a psicanálise como a redução de danos implica o paciente em seu discurso, em seus atos e na direção do tratamento, não como um dever, mas como uma escolha. Salienta-se a construção de uma demanda de tratamento do próprio sujeito. Pontua-

se a importância dos profissionais estarem mais abertos a abordagens citadas neste trabalho pois são concepções contrárias ao do discurso biomédico e de um controle social pois na prática de saúde pública se percebe escasso trabalho que prioriza a subjetividade e a singularidade, baseada na ética do desejo do paciente e em ações singulares promotoras de saúde. Assim, ressalta a importância de mudanças no manejo do próprio profissional para que este possibilite espaço analítico ao paciente.

Palavras-chave: Álcool. Redução de Danos. Promoção de Saúde.

INTRODUÇÃO

Este trabalho se refere a um estudo de caso de um paciente que faz tratamento no centro de atenção psicossocial com histórico de abuso do álcool e que participou dos grupos terapêuticos e dos atendimentos individuais da equipe multiprofissional e esteve em acompanhamento em média dois anos e oito meses no serviço. Sabe-se da importância do dispositivo do atendimento psicológico individual para alguns casos em pacientes acompanhados em Centro de Atenção Psicossocial Álcool ou outras Drogas - CAPSad e do trabalho baseado em redução de danos.

O presente caso se refere a um paciente nascido em 1943, setenta anos, estudou até o 4º ano do ensino fundamental, aposentado em metalurgia, não tem religião, casado, tem dois filhos, uma filha casada, um neto de 2 anos. Mora com a esposa e um filho de 33 anos com deficiência mental. Em relação aos familiares do paciente, teve dois irmãos e o pai que faziam uso do álcool, os quais são falecidos.

A busca pelo tratamento no CAPSad ocorreu pela filha do paciente e a queixa foi que o pai fazia uso do álcool desde a adolescência. A. compareceu ao serviço devido à insistência da família. O paciente fazia uso do álcool desde os quinze anos e ele relata uso compulsivo durante os anos que trabalhava. A. consumia pinga e fazia uso de cerveja de cinco a sete latas, diariamente.

O paciente realizou triagem em setembro de 2010 e ele participou de diversos grupos no CAPSad. A participou do grupo acolhimento durante dois meses, o grupo motivação por seis meses e foi para o grupo manutenção em maio de 2011 ficando o período de um ano e sete meses. Iniciou o atendimento psicológico individual em fevereiro de 2013 o qual continuou,

quinzenalmente. De forma geral, ele estava em acompanhamento no serviço em média de dois anos a nove meses.

O paciente relatou que durante toda sua vida parou de beber por quatro anos devido ao quadro de pneumonia, tuberculose e cirrose.

No início do tratamento o quadro clínico do paciente foi grave e passou pelo clínico geral e pelo psiquiátrico, com diagnóstico de CID 10, F.10.2. e F.32. Passou a fazer uso de medicações como amato, neozine, cloridrato de bupropiona. A. no início do tratamento apresentou-se quieto, lentidão na fala e nos movimentos, com questões clínicas significativas como diabetes e hipertensão.

Nos dois primeiros meses melhorou seu quadro clínico, passou pela crise de abstinência e estabilizou sua saúde e sua alimentação. Seu relacionamento familiar estava mais estável e apresentou maior autonomia. O paciente durante o tratamento passou por diferentes especialidades como os médicos, consulta de enfermagem, nutricionista, terapia ocupacional e reavaliações constantes.

Participou do grupo motivação, no qual se trabalhou os prejuízos causados pelo uso do álcool, estratégias de enfrentamento, fatores de risco e de proteção ao uso do álcool, além de busca pela abstinência. O paciente não trazia demanda, ficava quieto calado e não se colocava, afirmava que tudo estava bom e que não tinha problema. Não participava efetivamente do grupo.

Nas reavaliações o paciente afirma que ficou no máximo abstinente entre seis meses a sete meses no início do tratamento e percebia a ausência de demanda. No decorrer do tempo do tratamento ele relatou uso da cerveja e não abstinência. No atendimento em grupo verificou que ele não tinha aproveitamento no grupo, sem crítica, não participava e afirmava o seu desejo de beber moderadamente. No grupo manutenção demonstrava sua timidez e dificuldade de convivência no grupo. Mantinha o uso de cerveja, ambivalência quanto a ficar abstinente do álcool e relatava seu desejo em saber beber. Foi sugerido atendimento individual diversas vezes mas, ele não aceitava.

Durante o grupo manutenção o paciente pedia para reduzir os dias de seu tratamento, queria alta e observava a oscilação entre a parada da medicação com o uso do álcool e a falta de interesse do paciente no grupo. Saiu do grupo manutenção em janeiro de 2013 e iniciou atendimento individual, cujo foco no serviço é a intervenção breve.



OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi descrever o estudo de caso de um paciente idoso com histórico de abuso do álcool que está em atendimento psicológico, com foco na intervenção breve e que a abordagem utilizada não centrou na abstinência. O intuito desta pesquisa foi discutir as mudanças a partir da redução de danos e da mudança da posição subjetiva do paciente.

METODOLOGIA

O paciente está em atendimento psicológico desde início de 2013, com um total de dezesseis encontros semanalmente, posteriormente, passou a ser quinzenalmente. O tempo da sessão variou conforme a demanda, não baseando no tempo cronológico mas no tempo emocional e no manejo do profissional diante de cada sessão. A abordagem utilizada se refere a psicanálise e a redução de danos. O trabalho se refere a estudo de caso, com cunho qualitativo e de caráter exploratório.

DESCRIÇÃO DOS ATENDIMENTOS E RESULTADOS

O paciente foi acolhido e se pontuou o objetivo da intervenção breve e o espaço individual. Realizou dezesseis encontros semanalmente e, posteriormente, as consultas são quinzenais.

A. no primeiro atendimento já trouxe assuntos ligados a sua infância, falecimentos dos pais e dos irmãos. O foco do atendimento individual não foi à questão da abstinência e sim, de sua subjetividade.

O paciente afirma que está aderindo mais ao atendimento individual pois pode falar com mais naturalidade o que pensa e diferencia do grupo no que se refere a dicotomia certo e errado e relaciona com sua infância, na igreja, no confessionário, se pecou ou não, se bebeu ou não. Ele relaciona o uso do álcool com medo, timidez e insegurança. Relata sobre o histórico de seu casamento e o relacionamento com a esposa. Traz assuntos ligados ao

nascimento do filho, sua deficiência mental e sentimentos de culpa. Fala do nascimento da segunda filha e o nascimento do neto.

Traz a reflexão sobre a compreensão do lugar que o álcool ocupa em sua vida, como por questões emocionais, em se soltar e não pensar em nada. Afirma que bebia mais quando estava trabalhando e traz aposentadoria como uma época melhor neste sentido.

Traz assuntos ligados a sua faixa etária, o ser idoso. Relata que se preparou para a velhice e vê os pontos positivos em sua vida. Percebe-se mudança de posição subjetiva em olhar as partes positivas e não ficar preso às queixas. Deslocou a queixa do álcool para outras áreas da vida. Traz sobre o viver cotidiano, desde o paradoxo, da dialética entre o tédio, a mesmice e as surpresas boas da vida. Relata que seus medos vêm diminuindo, como medo de pessoas mortas e medo “de tudo”.

O paciente está falando mais de si, de sua singularidade e se coloca mais. Fala de sua solidão e que a esposa não o consegue compreender-lo, como sua opinião e ideias. Relata que não está pensando muito e buscando viver mais o dia a dia de cada vez. Se sentia reprimido, fazia tudo certinho e a reflexão acerca de se desequilibrar e “explodir” diante desta situação e relaciona com o álcool. Trabalhou-se sobre responsabilidade e escolha.

Traz sua experiência como pintor nas igrejas e toda representação para ele. Trabalhou em fábrica mais de vinte e cinco anos, se aposentou e foca o campo do trabalho. Relata que trabalhou no que não gostava e como forma para amenizar isto a meta era aposentar. Relembra os piores momentos e quando se aposentou não quis trabalhar em mais nada. Nesta época o abuso do álcool era maior e fala que, hoje apesar das dificuldades, afirma que é melhor época e se sente melhor. Ele relata que não traz tantas questões porque está vivendo o cotidiano e valorizando o jogo de futebol, o respeitar o seu ritmo, ver o neto andar, etc.

Relata acerca de assuntos ligados a religião e afirma que, para ele não tem significado. Apresenta uma visão mais crítica a respeito dos sacrifícios na igreja e relaciona com sua vida e escolhas no passado e no presente. Está em uso da cerveja e tem ciência dos danos que pode ocorrer. Traz assuntos ligados ao falecimento do irmão, o qual desistiu de sua vida, ficou doente e faleceu. Correlaciona com perspectiva de vida que não era chegar aos setenta anos e se sente bem. Traz assuntos ligados ao papel de ser pai e o orgulho acerca dos filhos.

A demanda do atendimento se referiu ao auto-cuidado e acerca do processo de saúde e de doença. Ele relata sobre indisciplina e o viver de forma “certa”. Refere ao seu irmão, que viveu certo, disciplinado e faleceu com câncer. Retoma o seu irmão pois este assunto o



mobiliza e compartilha seus sentimentos. Traz questões referentes ao falecimento dos pais e dos dois irmãos, traz suas emoções e afirma que acaba morrendo aos poucos. A demanda se refere à perda dos familiares. Ele liga aspectos de vida, da morte e relaciona com o sentido da vida no presente e o viver cotidiano. Traz aspectos de sua timidez e seu sofrimento. Relata sobre sua auto-imagem, se vê como intolerante, ríspido, não tem paciência, é rígido, não sabe pedir desculpas e focou a importância de se conhecer. Fala que tem mais consciência e vem buscando demonstrar em atitudes e nem tanto em palavras. Assume que, quando vem ao atendimento, pensa no que terá para falar e quando vê conversa mais do que imaginava.

O paciente discute sobre a família, esposa e filha as quais sabem do uso da cerveja e estão lidando melhor com isto, sem tanto conflito. Para ele já melhorou muito e ele traz questões acerca de ter um padrão de uso “moderado”. O assunto trazido foi timidez e a aceitação da mesma, do seu jeito de ser sem precisar mudar a partir do uso do álcool para fugir dos problemas, tendo satisfação do jeito que pode. Traz mais assuntos do filho e sobre suas rotinas. Questionado sobre o retorno ao grupo ele afirma que não quer, não tem sentido e ele optaria por psicoterapia individual.

A. conta o seu histórico na sua casa atual e que já morou quando criança no mesmo bairro. Fala que fez poucas mudanças no âmbito de moradia e tem tendência a não mudar isto. Traz assuntos ligados a vizinhança, aspectos de sua parte em ajudar, colaborar com vizinhos e seu papel como amigo e se sente bem ajudando os demais. Traz assuntos ligados a dinheiro, controle e afirma que tem desapego em relação a questões financeiras. Afirma que as experiências da vida, a visão sobre o tempo o auxiliou a ser mais desapegado. Relata sobre o desenvolvimento do filho que tem deficiência e o seu processo de aceitação e chega até o momento presente, na relação com o filho, trazendo aspectos positivos e o que é possível em relação a esta questão. Relata que está bem consigo e não há outras demandas.

O paciente traz assuntos ao auto-cuidado, busca da saúde, foi fazer os exames e irá marcar o médico. Trabalhou-se aspectos da saúde física. Assume que tem dificuldades de se cuidar, mas que está melhorando. Relembra sobre doenças causadas pelo uso do álcool. Trabalhou-se a respeito de ter uma vida mais qualificada. Fala que engordou mais e está se sentindo bem. Percebe-se mudanças em sua posição subjetiva diante da vida, vendo mais os pontos positivos, vendo mais satisfação no dia a dia e fala que está mais leve.

Passou no clínico geral e trabalhou-se aspectos da manutenção do auto-cuidado. Traz assuntos ligados a influência do outro em sua vida e sua crítica em relação a isto. Paciente

afirma saber o que é bom ou não para ele, mesmo sendo idoso. Ele afirma que as coisas estão como estão pois estão boas e ele não quer mudar. O papel do idoso, segundo ele, é desvalorizado como se não tivesse a opinião e a mesma não fosse importante. Relata que ele, atualmente, não faz tudo o que sugerem a ele e sim, o que tem mais sentido para ele.

O paciente, também, passou no psiquiatra e receitou nova medicação, sertralina e o paciente solicita o atendimento com a nutricionista e assim, percebe-se maior investimento no seu auto-cuidado. Relata que apesar de não está tudo “perfeito”, está melhor que antes quando trabalhava não gostando do serviço e bebia em maior quantidade. Assume que é retraído, muitas vezes, emerge a tristeza mas, atualmente, não sofre tanto com o estado de humor. O que ele não gosta é que todos querem que ele fique alegre, querem que ele seja de um jeito que ele não é e ele precisa respeitar o jeito que ele é. Expõe seus sentimentos, mostrando mais seus pensamentos e ideias e mudando de posição subjetiva.

Passou o atendimento individual a ser quinzenalmente. A. fala espontaneamente que está fazendo uso da cerveja e se discutiu a respeito do limite. Para ele o limite de hoje é diferente de anos atrás. Refletiu sobre os danos e o descuido com a saúde, no campo alimentar. Trabalhou-se acerca da redução de danos, valorizou as ações promotoras de saúde e a importância da motivação para as mudanças que ele deseja realizar.

O paciente traz a demanda de falar sobre ser idoso. Relata que se questiona em vir ao serviço pois não quer mudar as coisas, é uma pessoa realizada, casa, família, filhos e neto. Não está motivado em se abster do álcool e orientado quanto a redução dos danos. Agendado psiquiatra, nutricionista e reavaliação com a técnica.

O psiquiatra sugere a continuidade do paciente no serviço para reavaliação da medicação psiquiatra e A. concorda em comparecer aos atendimentos individuais, quinzenalmente, e ele afirma que quer continuar vindo aos atendimentos individuais porque é melhor do que não vir mais.

O paciente vem, atualmente, expressando o conflito entre corpo e mente e afirma que a mente gosta do álcool e o corpo sofre, demonstrando a dicotomia. Percebe que nos atendimentos individuais há possibilidades dele falar de suas contradições sem ficar com receio de certo e errado, sem ter que atingir um resultado como um reflexo de uma sociedade de produção, sem ter que se fixar na categoria “alcooolista”. Ele se sente acolhido para além de ter que trazer uma resposta ou de estar num comportamento esperado.



DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O período de abstinência nos atendimentos individuais do paciente não foi mais e nem menos em relação ao período que estava frequentando os grupos, a não ser no início do tratamento que o período de abstinência durou um tempo maior. A questão é que as mudanças se observam no campo da posição subjetiva e que o paciente pode falar mais de si, sem estar relacionado à abstinência ou não do álcool.

Até mesmo na área de tratamento em dependência de drogas se foca muito na abstinência e se foca a busca por resultados, uma lógica mercantilista. Especificamente, neste trabalho, se prioriza o atendimento com o paciente naquilo que ele deseja trazer para o atendimento e, se verifica uma abertura dele em falar de si e dá maior expressão nas suas emoções. Quando ele afirma que quer continuar nos atendimentos e que é válido a conversar em si não é algo que se desconsidera pois para o paciente é importante que se interesse pelo o que ele tem a dizer independente dos resultados ou de atingir as expectativas de um serviço de saúde, de estar ou não abstinente.

O álcool pode estar ligado, dentre tantas questões, ao tamponamento de angústias e depressões, fatores estes difíceis de serem expressos pelo paciente em grupos e com o atendimento individual a partir do enfoque psicanalítico, pode diminuir a resistência, tirar o tamponamento e falar de suas dores emocionais. O espaço individual com esta abordagem proporcionou dar voz ao paciente e ele se autorizar a falar de si sem a expectativa alheia de atingir ou não a abstinência. O foco não é a abstinência e, sim o paciente em sua singularidade a partir da demanda própria que não era o álcool, considerando como base a redução dos danos e ações promotoras de saúde de maneira subjetiva.

O atendimento individual vai além de protocolos e de busca de resultados e sim, a valorização do paciente em falar em nome próprio a partir de sua demanda, de conhecer, de se apoderar e de assumir suas escolhas.

É importante pontuar que na ciência biomédica predomina o desejo de sutura do sujeito, redução do corpo ao organismo e busca por tirar o sintoma e na psicanálise, o desejo se refere a soltura, de abertura ao sujeito e à subjetividade.

O trabalho se baseia na redução de danos, fato este que o próprio paciente trouxe como demanda. No decorrer do tratamento se observou a busca pela abstinência e, mais

especificamente, no grupo o paciente por meio da identificação grupal se cobrava para estar dentro da norma e nem por isto ele conseguiu atingir a abstinência. Com o passar do tempo, verificou-se, que a indicação seria trabalhar com a redução de danos e isto foi de forma mais eficaz quando ele passou a ser atendido individualmente a partir da abordagem adotada.

Há eventos significativos que antecederam a redução de danos no Brasil como em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, foram lançadas as bases para o Sistema Único de Saúde, inclusive como movimento social. Em 1988, houve a Assembleia Nacional Constituinte e no texto legal da Constituição, o Artigo 196 diz que saúde é direito de todos. Em 1989, houve a primeira experiência de Redução de Danos no Brasil. Em 1994, há o primeiro programa de redução de danos que consegue se instituir e permanecer em Salvador dentro da Universidade Federal da Bahia. Em 2002, há a lei da Reforma Psiquiátrica o que reforça conceitos importantes na redução de danos. (Brasil, 2004).

Redução de danos é um paradigma que constitui um outro olhar sobre a questão das drogas e álcool, instituindo novas tecnologias de intervenção comprometidas com o respeito às diferentes formas de ser e estar no mundo, promovendo saúde e cidadania. Redução de danos é um conjunto de estratégias de promoção de saúde e cidadania construídas para e por pessoas que usam drogas, que buscam minimizar eventuais consequências do uso de drogas lícitas ou ilícitas, sem colocar a abstinência como o único objetivo do trabalho em saúde e serve para aqueles que apresentam dificuldades em ficar abstinentes ou para aquelas pessoas que não desejam se abster. Por fim, a redução de danos, também, pode designar uma política pública igualmente centrada no sujeito e constituída com o foco na promoção de saúde e cidadania das pessoas que usam drogas, respeitando a premissa de que saúde é um direito de todos. Assim, a redução de danos se apresenta com uma perspectiva de que ela é, sim, uma possibilidade clínica e política. (Brasil, 2004).

A estratégia de redução de danos no Brasil iniciou, principalmente, com as trocas de seringas em 1989, uma visão sanitarista viabilizada pelo programa nacional de DST/AIDS (Landi-Filho, 2009). De modo sucinto a redução de danos é uma estratégia da saúde pública que busca reduzir os danos à saúde em consequência de práticas de risco. Volta-se para o sujeito que faz abuso de drogas e não a substância, uma vez que essa é inerte e o sujeito traz no abuso de drogas um comportamento que deve ser o nosso foco terapêutico (Brasil, 2001). A redução de danos é uma prática crescente na atualidade, devido à dificuldade de controle de oferta das drogas ilícitas em países menos desenvolvidos. Trata-se de uma estratégia realista,

pois o consumo de álcool faz parte de muitas sociedades, com seus efeitos positivos e negativos. Esta estratégia tem como uma de suas características ser isentas de julgamento, aqueles que têm e/ou causam problemas relacionados ao álcool e/ou outras drogas, ou seja, não devem ser condenados e fortalece a autonomia. Fomenta a responsabilidade individual juntamente com medidas baseadas em controle externo. O empoderamento dos indivíduos faz dessa política uma prática inclusiva pois em vez de falar “sobre” os indivíduos e comunidades que enfrentam problemas relacionados ao álcool, envolvendo-os na elaboração de políticas e intervenções criando sinergia (Landi-Filho, 2009).

Quando se fala em álcool é necessário avaliar o contexto e não somente a substância em si. No que se refere a idoso e uso do álcool é fundamental avaliação mais cuidadosa para não correr o risco de verdades absolutistas, simplistas e midiáticas e cada caso deve ser avaliado, individualmente. Em alguns casos beber moderadamente pode ajudar os idosos a viverem mais. Foi o que concluiu um estudo realizado pela Faculdade de Saúde Pública da Grã-Bretanha, segundo os pesquisadores, algumas doses por semana podem reduzir em até 23% as chances de morte entre os que passaram dos 65 anos. Os cientistas acompanharam 2.000 aposentados com 65 anos ou mais durante 15 anos. Como já esperavam, detectaram que o cigarro constituiu o principal fator de morte no grupo. Durante a pesquisa, porém, houve uma surpresa: os pesquisadores descobriram que os idosos que bebiam moderadamente viveram mais do que os outros. Ao examinar o estilo de vida dos homens que morreram durante o estudo, os pesquisadores descobriram que 59% deles não consumiam álcool. Já entre os que bebiam moderadamente, o índice caiu para 46%. (Lima, 2011). De qualquer modo, as evidências, segundo os pesquisadores, apontam que a bebida, se consumida moderadamente, pode sim fazer bem à saúde. O recente estudo é mais um dentre os que buscam relacionar a bebida à uma vida mais longa e pesquisas anteriores já haviam concluído que o consumo moderado de álcool pode diminuir o risco de infartos.

Pacientes tratados por doenças que requerem a contra-indicação do consumo do álcool (doenças do fígado e do pâncreas, inflamação da mucosa, doenças da laringe, traquéia e brônquios e doenças do sistema imunológico, etc.) fazem parte de uma categoria que também inclui um grupo muito específico. Indica-se a tolerância zero em casos onde o uso de álcool traga danos a terceiros, como bebida e direção, bebida e manuseio de maquinário técnico ou industrial e gestantes ou lactantes. Outra situação onde se poderia aplicar a tolerância zero

seria em casos onde os consumidores potenciais de álcool não são ainda, capazes de tomar decisões conscientes, como crianças e jovens (Brasil, 2004).

Para a maioria das sociedades, o modelo da abstinência não é uma opção viável como política nacional, visto que o álcool está arraigado em muitos eventos sociais e tem um papel importante na socialização. No fim das contas, a decisão pessoal de se abster deve ser respeitada sempre. No entanto, quando esse comportamento se torna uma espécie de crença, quando as pessoas começam a pregar que sua opção é a melhor para todos, então a situação deve ser revista. Os aspectos positivos e negativos do álcool devem ser reconhecidos na sociedade e em instituições de tratamento, ampliando conceitos, não focando somente a busca pela abstinência e sim, priorizando o próprio ser humano.

A partir do início do atendimento individual com o paciente que se estabelece um novo vínculo analítico. Verifica-se mudanças subjetivas pois no primeiro encontro ele não fala do álcool, ele traz assuntos ligados a sua infância e o falecimento dos pais e ele afirma a “leveza” que é não precisar dizer se bebeu ou não bebeu, correlacionando com sua infância que tinha que confessar se errou ou não, se pecou ou não.

O paciente traz questões ligadas a seus medos, timidez e sentimentos de insegurança. Ele fala de sua solidão, de espiritualidade e de questões ligadas a morte. A. se dispõe a falar de sua auto- imagem e de como vem lidando com isto.

Ele traz assuntos ligados ao relacionamento com a esposa, com a filha e com o nascimento do neto, bem como, com o nascimento do filho que apresenta deficiência mental, expressando sentimentos de culpa, suas dificuldades e as superações. Também, discute sobre sentimentos em relação ao campo profissional e a aposentadoria.

Diante das demandas não deixa de falar do álcool, de seu desejo em beber moderadamente, de suas preocupações com sua saúde, bem como, os seus limites.

O paciente traz reflexões acerca de ser idoso, sobre o cotidiano, sobre o auto-cuidado, sobre a saúde e sua responsabilidade, bem como, o momento atual. Ele não traz mais indiferença em sua fala e não fica preso às queixas, nem a discurso pronto. Ele expressa os seus medos, fala do que o fez sofrer, fala do que não gosta e do que gosta e, verifica-se que traz assuntos positivos de sua vida, valorizando fatores construtivos no momento presente, com certa dose de otimismo. A. não fica em seu discurso preso ao passado ou com um discurso nostálgico, ele dá foco no presente e vem focando questões de não deixar ninguém falar por ele e dele ter opinião própria.

O paciente está aberto ao espaço individual correndo risco em falar daquilo que ele não sabe que poderá falar e se arriscando ao novo. Verifica-se, que o paciente pode desenvolver a sinceridade consigo mesmo sendo verdadeiro naquilo que é, focando que “não precisa mais ficar mentindo”. Reforça a individualidade do paciente e não o rótulo do paciente dependente do álcool. O processo de análise se dá pela via da subjetividade e da responsabilidade de suas escolhas.

Diante das reflexões acerca de si A. afirma desejar viver cada dia de uma vez e se trabalha a partir da demanda subjetiva e ele denota mais segurança em assumir os seus próprios desejos.

Em intervenções no campo de álcool e drogas muito, freqüentemente, não se escuta o paciente e sim se fala por ele. Observa-se, de forma geral, uma terapêutica informativa e educativa e não há espaço para o sujeito. O álcool toma sentido na cena e assume um poder que gera impotência e o indivíduo se resume no alcoolista e se vê a heterogeneidade do campo das toxicomanias (Conte, 2000).

A abordagem da saúde pública voltada para os dependentes de álcool e outras drogas acompanhou os avanços promovidos pela reforma psiquiátrica e pelo movimento da luta antimanicomial, o que significou o reconhecimento de direitos e deveres dos doentes, junto a eles, os dos toxicômanos. Tenório (2001) pontua que a confusão que pode ocorrer na saúde pública quando se mescla clínica e política define-se na ideia de acesso aos direitos, que são entendidos como dever do Estado. Ao invés do trabalho, que cria condições para que o sujeito exercite o cuidado de si e a desejar um projeto de vida, o Estado impõe-lhe o acesso a seus direitos como um dever. Verifica-se, assim, a necessidade de revisar este paradigma da clínica na saúde pública.

Uma forte influência da psicanálise nesta área auxilia a problematizar práticas de anulamento subjetivo, questionar os ideais de abstinência e as formas de abordar as toxicomanias que agravam o sofrimento psíquico e aumentam a vulnerabilidade frente ao gozo do Outro que aprisiona. Ao falar-se de abstinência na perspectiva psicanalítica, para a clínica das toxicomanias, trata-se de remeter à posição que o próprio analista ocupa e que coloca em jogo na direção do tratamento. Diversos psicanalistas aprofundaram este tema, entre eles Melman (1992) e Conte (2001). Pontua-se a aproximação entre a reforma psiquiátrica e a psicanálise, considerando que há em comum a recusa ao achatamento do sujeito a uma passividade que pede assistencialismo, ou a um sujeito-corpo, que pede resposta

medicamentosa, e, ainda, um sujeito ideal, que apela por felicidade no reencontro com um objeto harmônico, ao preço de não se envolver com seus conflitos psíquicos. As diferenças ficam por conta da ética, dos objetivos das intervenções e a que se voltam.

No campo da reforma psiquiátrica prioriza-se a ética do cuidado, voltada especialmente a um sujeito psicossocial e de cidadania, visando, entre outros objetivos, à sustentabilidade da existência, o reconhecimento em uma reinserção social, como o resgate de direitos. Na psicanálise, o que rege é a ética do desejo, voltada ao sujeito do inconsciente, que, no entanto, para ser acessado, precisa situar-se em relação a sua existência, para vir a demandar algo. Quanto às diferentes concepções, na clínica das toxicomanias, reconhecem-se as primeiras formulações freudianas ligadas à regressão/fixação, passando pela busca do prazer através do encontro com um objeto ideal e as formulações quanto à defesa até chegar-se a uma concepção de um gozo insuportável, ao qual o uso intensivo expõe o sujeito se trabalha o inconsciente a partir de uma perspectiva da responsabilidade (Forbes, 2012).

A maioria das práticas dominantes (cognitivo comportamental, psiquiátrica e religiosa) reúnem-se na noção de objeto “adequado” e na equivalência com a abstinência das drogas, fortalecendo a instância da vontade para colocar em prática um plano terapêutico que o sujeito recebe e de que pouco participa, e sem tocar nas origens do conflito toxicomaniaco. A noção freudiana de objeto perdido coloca-se em oposição a estas práticas citadas, por caracterizar-se por uma relação que apresenta conflitos do sujeito com seu mundo. Foi com base na constatação da pouca eficácia dos tratamentos pela abstinência e dos altos custos das políticas repressivas, com pouca resolutividade, que a concepção da redução de danos passou a ser utilizada em saúde pública. (Conte, 2000).

De acordo com Brasil (2001) as pesquisas constataam que o dependente de drogas, álcool, quando orientado sem preconceitos, consegue assumir o cuidado de si, de forma responsável no uso de drogas. Dentre os usuários de drogas injetáveis, 60% pararam de compartilhar agulhas e seringas, apesar de não deixarem de usar drogas injetáveis. Isto assinala o quanto é fundamental desenvolver políticas sociais e de investimento voltadas aos usuários e/ou dependentes de drogas.

Ressaltar uma escuta que não se prenda ao fenomenológico do mundo das drogas pois se prioriza a singularidade e subjetividade. A construção, obra do psicanalista, é sempre inexata, nos diz Melman (1992), podendo ser uma intervenção útil do psicanalista, pois auxilia

a desvelar os significantes que entrelaçam a história de um sujeito e não apenas a história do consumo de drogas.

A redução de danos, como concepção que flexibiliza as abordagens voltadas ao sujeito envolvido com as drogas, não promete um objeto harmônico ou a recuperação de um sujeito ideal. Ao contrário, valoriza a singularidade e o tempo do sujeito, não impondo ideais pré-formatados ou impossíveis.

A escuta analítica tem uma importante função na clínica das toxicomanias e, para efetivar esta função, precisa-se reconhecer as especificidades quanto à linguagem, à transferência, ao sintoma e ao gozo implicados. Esta escuta pode abrir vias, escavar algo entre a necessidade e a demanda que vislumbre um lugar para o sujeito (Conte, 2000).

Talvez um dos problemas sobre o qual se possa refletir aqui é a difícil vinculação do toxicômano em análise, sem o trabalho preliminar sobre a demanda porque senão o paciente pode ficar preso as expectativas do serviço, do profissional, do fazer o certo e, assim, vestir uma roupagem do bom paciente e não ter o engajamento ao tratamento ou ficar num pacto perverso.

Evidencia-se que tanto a psicanálise como a redução de danos está na tentativa de implicação do paciente em seu discurso, em seus atos e na direção do tratamento, não como um dever, mas como uma escolha. Pontua-se a importância dos profissionais estarem mais abertos a abordagens citadas neste trabalho pois são concepções contrárias ao do discurso biomédico e de um controle social pois na prática de saúde pública se percebe escasso trabalho que prioriza a subjetividade e a singularidade, baseada na ética do desejo do paciente. Assim, ressalta a importância de mudanças no manejo do próprio profissional para que este possibilite espaço analítico ao paciente.

A atuação do profissional não é convencer o paciente e o profissional não está no lugar da verdade absoluta e assim, na psicanálise a responsabilidade é o ponto chave da clínica. É por esta via que se trabalha com o paciente a responsabilidade do que ele traz para a sessão, a responsabilidade do que ele deseja mudar ou não e a responsabilidade pelas escolhas. Segundo Forbes (2012) a passagem da primeira clínica para a segunda clínica aumenta a importância da reflexão acerca da responsabilidade, bem como, da consequência.

REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. (2001). *Psicanálise e redução*. Coordenação Nacional de DST e Aids. Manual de redução de danos. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). *Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde.
- Conte, M. (2000). *A clínica psicanalítica com toxicômanos: o corte & costura no enquadre institucional*. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (Org). (2011). *Álcool e Outras Drogas*. Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. – São Paulo: CRPSP.
- Forbes, J. (2012). *Inconsciente e Responsabilidade: Psicanálise do século XXI*. Barueri, S.P: Manole.
- Landi-Filho, D. L. (Org). (2009). *Redução de danos e saúde da família: conhecimento de profissionais de saúde em três regionais do DF/Brasil*. Comissão de ciência e saúde. Brasília.
- Lima, M. G. (2011). Comportamentos relacionados à saúde e qualidade de vida em idosos: um estudo de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, 45 (3), 485-493.
- Melman, C. (1992). *Alcoolismo, delinquência, toxicomania: uma outra forma de gozar*. São Paulo: Escuta.
- Ogden, J. (2000). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Tenório, F. (2001). *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

DEPRESSÃO COM SINTOMAS PSICÓTICOS: CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E SINTOMATOLOGIA

Luís Sergio Sardinha (Universidade do Grande ABC)

Débora Cristina das Virgens (Universidade do Grande ABC)

RESUMO

Atualmente a depressão vem chamando a atenção devido a sua grande incidência e gravidade. Apesar disto poucos estudos abordam a questão dos sintomas psicóticos que podem ocorrer em episódios depressivos. O presente trabalho objetivou compreender questões relacionadas a depressão com sintomas psicóticos, principalmente seus critérios diagnósticos e sintomatologia, dentre outras questões, para assim contribuir com estudos relacionados ao tema. O método utilizado para a realização da pesquisa foi de revisão bibliográfica, passando por três etapas: a primeira se constituiu de levantamento das obras relativas aos termos, a segunda foi a seleção das obras por meio de análise textual e por fim foi realizada uma análise interpretativa e problematização. Os principais resultados encontrados na pesquisa foram que a depressão atinge grande parte da população, mas os sintomas psicóticos necessariamente não estão presentes. A população atingida pelos sintomas psicóticos apresenta maior cronicidade e menos respostas ao tratamento o que causa na maioria dos casos o suicídio relacionado aos delírios e alucinações gerados pelo quadro psicótico. Já a definição de critérios para um primeiro episódio psicótico é bastante complexa. Existem discussões variadas na literatura, relacionadas aos limites de tempo e de duração dos sintomas além da probabilidade de se incluir os sintomas prodrômicos juntamente com os sintomas da fase aguda, para a definição de primeiro episódio psicótico. Diferentes estudos de suma importância para se obter uma melhor percepção da incidência, particularidade clínica e prognóstico dos transtornos mentais, incluindo a depressão, no geral associados ao primeiro episódio psicótico, incluíram uma população bastante heterogênea, baseada na primeira admissão hospitalar ou no primeiro contato com serviço de saúde. Em geral a depressão vem sendo associada à mortalidade, pois é maior a probabilidade de pacientes gravemente deprimidos se suicidarem, por outro lado existem divergências quanto a associação da presença de sintomas psicóticos e suicídio em



pacientes com depressão pela difícil análise após alta hospitalar e tratamento descontinuados. Quanto a incidência dos sintomas psicóticos, verificou-se que eles ocorrem em cerca de 15% de todos os pacientes com depressão e aparecem em mais de 25% dos pacientes deprimidos admitidos em hospitais. Estudos apontaram que, indivíduos com depressão associados a sintomas psicóticos apresentam, um transtorno de curso mais severo e períodos de intercrises mais curtos, mesmo que estes sintomas apareçam nas crises mais intensas, pois nos episódios seguintes, os indivíduos podem apresentar um risco maior dos sintomas psicóticos retornarem. Além de exibirem uma menor resposta ao tratamento e uma maior cronicidade, apresentando ideação delirante incongruente com o humor. As principais conclusões são que o diagnóstico da depressão com sintomas psicóticos é difícil de ser realizado, pois pode ser confundido com outros transtornos mentais o que explica os poucos estudos sobre este transtorno. Porém não se pode deixar de lado a gravidade deste transtorno que atinge um grupo expressivo da população, causando grande sofrimento para o indivíduo e para a sociedade. Outros estudos devem ser realizados devido à importância do tema.

Palavras-chave: Depressão. Suicídio. Sintomas psicóticos.

INTRODUÇÃO

A depressão é considerada um transtorno do humor que está diretamente ligada ao afeto e geralmente caracteriza-se por sentimentos de tristeza ou vazio, além de perda ou diminuição da capacidade de experimentar prazer nas atividades em geral e redução do interesse pelo ambiente. Com frequência a depressão está associada à sensação de fadiga ou perda de energia, caracterizada pelo cansaço exagerado (Del Porto, 1999). Conforme a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (OMS) (1993), outros sintomas também são comuns como, concentração, atenção, autoestima e autoconfiança reduzidas, ideias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, ideias ou atos autolesivos ou suicídio, sono perturbado e apetite diminuído.

Segundo Del Porto (1999) dos sintomas citados acima as ideias de suicídio geralmente são bastante frequentes e temíveis, pois indivíduos com transtorno depressivo que apresentam ideias de suicídio geralmente, são motivados por distorções cognitivas, ou seja, o indivíduo



percebe as dificuldades como algo definitivo o que faz com que não suporte este estado emocional. Estes pensamentos podem variar de uma vontade remota de querer morrer até planejar sua morte de forma cuidadosa e detalhada. Já Gabbard (2006) aponta que, o suicídio está relacionado de forma bem acentuada, aos transtornos depressivos maiores e as motivações que levam o indivíduo ao suicídio são variadas e na maioria das vezes obscuras.

A depressão é entendida, como um transtorno que debilita o indivíduo tanto quanto as doenças coronarianas além de mais debilitante do que o diabetes melito ou a artrite. Está associada à alta mortalidade, pois 15% dos pacientes gravemente deprimidos se suicidam (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) da American Psychiatric Association (APA) 2002; STAHL,1998 *apud* Bahls, 2000).

Numa visão psicodinâmica Abraham (1924- 1927 *apud* Gabbard, 2006) aponta que indivíduos com depressão na vida adulta, provavelmente passaram por danos a sua autoestima na infância fazendo com que, quando passado por um desapontamento parecido na vida adulta, os sentimentos negativos relacionados as figuras, que o prejudicaram no passado e no presente se misturam devido á privação de amor que pode ser real ou imaginário. No início da psicanálise quando Freud se dedicou ao estudo da melancolia, concluiu que, as neuroses desencadeadas na vida adulta resultava de traumas vividos na infância, e a gravidade dos danos decorrentes do trauma, variava de acordo com a vulnerabilidade de cada indivíduo. A depressão ou melancolia seria então causada por vários fatores, mas principalmente por perda de um ente querido ou representante deste (Delouya, 2000). Tomando- se como base a grande incidência e gravidade da depressão nos dias atuais, o presente artigo tem como objetivo, abordar a depressão em seu curso mais severo: a depressão com sintomas psicóticos, para assim contribuir com estudos relacionados ao tema que até o momento é pouco abordado.

MÉTODO

O método utilizado para a realização da pesquisa foi de revisão bibliográfica seguindo as diretrizes sugeridas por Severino (2002) passando por três etapas. A primeira constituiu-se de levantamento inicial das obras relativas aos termos, a segunda foi a seleção das obras por meio de análise textual e por fim foi realizada uma análise interpretativa e problematização.

Para o levantamento inicial das obras relativas ao tema, houve buscas em vinte e cinco



artigos científicos extraídos do Google Acadêmico e quatro livros sendo que, dois destes livros foram utilizados ao decorrer da graduação, um foi retirado da biblioteca da Universidade do Grande ABC (UniABC) e outro da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS). Em seguida, na seleção das obras por meio da análise textual, destes vinte e cinco artigos foram utilizados dezesseis, pois abordaram mais o tema sendo que, os critérios utilizados para a escolha dos artigos e dos livros foram: selecionar materiais que abordassem uma visão geral da depressão, que explicassem os sintomas psicóticos e que abordassem a depressão com sintomas psicóticos. Em relação aos livros, os quatro selecionados foram utilizados na elaboração do trabalho.

Os termos de busca foram: depressão, epidemiologia da depressão, transtorno do humor, depressão com sintomas psicóticos, depressão psicótica e suicídio. O período revisado foi de: 1993 à junho de 2011 sendo que, as bases de dados utilizadas foram: Appsi, Bvsalud, Moreirajr, Scielo, Uaemex, Ufpr, Univale, Usp, e Weebmeeting.

DEPRESSÃO: BREVE HISTÓRICO E INCIDÊNCIA

Segundo a APA, 1994; Ruppe et al (1996 *apud*, Piccoloto, Wainer, Benvegnú, Juruena, 2000) o primeiro episódio depressivo, geralmente ocorre por volta dos 25 anos de idade, porém Gasquet (1994 *apud* Piccoloto *et al*, 2000) apontam que, a incidência de crianças e adolescentes com diagnóstico de depressão está aumentando de forma considerável. Uma avaliação feita por Emslie *et al* (1997 *apud* Piccoloto *et al*, 2000) com crianças e adolescentes internados com quadro de depressão maior nos períodos de um e cinco anos após a alta hospitalar, verificaram que, 98% destes indivíduos apresentaram remissão do episódio inicial, porém, 61% dos mesmos tiveram pelo menos uma recorrência durante o período de acompanhamento, 47,2% apresentaram o retorno dos sintomas até um ano após a alta e 69,2%, até dois anos após a saída do hospital, apresentando desta forma, episódios compatíveis a dos adultos.

Em mulheres, vários estudos epidemiológicos encontrados na literatura apontam que, tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento, o sexo feminino apresenta uma taxa de prevalência duas vezes mais do que em homens ao decorrer de toda a vida (Bahls, 1999; Andrade, Viana, Silveira, 2006; Angst *et al*, 2002 *apud* Justo; Calil, 2006). Segundo Wessman (1997 *apud* Fleck, Lafer, Sougey, Del Porto, Brasil e Juruena, 2003) esta

prevalência ocorre, em diferentes países, em comunidades e com pacientes que procuram serviços psiquiátricos.

De acordo com Hankin *et al* (1998 apud Piccoloto *et al*, 2000) a incidência de depressão no sexo feminino, começa a surgir a partir dos 13 anos de idade e se tornam mais evidentes aos 15 anos, sendo que, o primeiro episódio de depressão nas mulheres, na maioria das vezes está relacionado ao período pós- parto, e quanto mais grave e severo for o quadro maior será o prejuízo na cognição. (Akiskal, 1995; Paradiso e Robinson, 1998 apud Piccoloto *et al*, 2000; Andrade *et al*, 2006 e Veras; Nardi, 2008).

PRIMEIRO EPISÓDIO PSICÓTICO

Segundo Del Porto (1999) e Del-Ben, Rufino, Marques e Menezes (2010) historicamente, o termo psicótico tem recebido diversas definições. Nas classificações diagnósticas mais antigas, a definição de psicótico era muito abrangente, e focalizava na gravidade do prejuízo funcional, ou seja, um transtorno mental era chamado de psicótico se apresentasse um prejuízo na capacidade do indivíduo de atender às exigências da vida cotidiana. Atualmente, nas classificações diagnósticas (APA, 2000 apud Del-Ben *et al*, 2010) a definição do termo psicótico se restringe, basicamente, à presença notável de delírios e/ou alucinações e/ou discurso desorganizado e/ou comportamento desorganizado, contribuindo desta forma, para a falta de *insight* do paciente para com o problema, caracterizando um amplo comprometimento do juízo crítico da realidade (Carvalho, Costa e Bucher-Maluschke, 2007).

A instituição de critérios para se definir um primeiro episódio psicótico é também bastante complexa. Existem discussões variadas na literatura, relacionadas aos limites de tempo e de duração dos sintomas além da probabilidade de se incluir os sintomas prodrômicos juntamente com os sintomas da fase aguda, para a definição de primeiro episódio psicótico (Beiser *et al*, 1993; Jackson *et al*, 1994 apud Del-Ben *et al*, 2010).

A fase prodrômica é caracterizada por alterações que geralmente são observadas ou relatadas no estado mental ou no comportamento que antecedem o início dos sintomas psicóticos descritos acima. Para que estes sintomas prodrômicos sejam considerados parte de um episódio psicótico, não pode ocorrer sua remissão completa, ou seja, o indivíduo não pode retornar ao funcionamento considerado normal antes do aparecimento dos sintomas psicóticos (Singh *et al*, 2005 apud Del-Ben *et al*, 2010) porém, nem todos os pacientes que apresentam

sintomas da fase prodrômica desenvolverão um transtorno psicótico evidente e a validade em prever estes sintomas é bem variada entre estudos.

Os sintomas de fase prodrômica, independentemente de correr o risco ou não de desenvolver a psicose, podem preencher os critérios para a definição de transtorno mental (definido como síndrome ou padrão comportamental ou psicológico associado a sofrimento clinicamente significativo e prejuízo do funcionamento global). Em contrapartida, ainda existe muita controvérsia para a identificação e manejo de sintomas de fase prodrômica, pois, estudos relacionados a efetividade e eficácia de intervenções nesta fase são raros (Ruhrmann, Schultze-Lutter e Klosterkötter, 2010 *apud* Del-Ben, 2010).

De acordo com Kaplan e Sadock, (1995 *apud* Castro; Neto, 2004) os sintomas psicóticos ocorrem em cerca de 15% de todos os pacientes com depressão e aparecem em mais de 25% dos pacientes deprimidos admitidos em hospitais (Coryell et al, 1984; Spitzer et al, 1978 *apud* Castro; Neto, 2004).

Os critérios da APA (1994) para especificar a gravidade do quadro psicótico para episódio depressivo maior incluem aspectos congruentes e incongruentes com o humor (Meleiro, 2009). De acordo com Del Porto (1999), delírios depressivos considerados congruentes com o humor, geralmente são: de culpa, de punição merecida, de ruína e delírios de negação de órgãos e negação da morte.

Segundo Bleuler (1985 *apud* Del Porto, 1999), quando os delírios estão associados a temas de ruína, mostram-se como: ruína do corpo (a pessoa acredita estar com algum órgão "apodrecido"); ruína espiritual (delírios de culpa, com acusações de pecados cometidos); e ruína financeira (delírios relacionados a pobreza e miséria) e o tema de delírio associado a ruína se apresentará no indivíduo de acordo com as características de sua personalidade. Já os delírios chamados de incongruentes com o humor incluem, temas de perseguição, e delírios em que o indivíduo acredita estar sendo controlado por irradiação de pensamentos. Quando se tem um quadro em que os delírios incongruentes com o humor estão presentes considera-se um pior prognóstico e que na maioria das vezes estão relacionados ao estado conhecido como esquizoafetivos.

DEPRESSÃO COM SINTOMAS PSICÓTICOS

Kraepelin (1989 *apud* Del Porto, 1999) descreveu as formas mais severas de depressão com sintomas psicóticos ou depressão psicótica utilizando o termo "melancolia fantástica" sendo que, nesta forma incluía-se, intensos delírios e alucinações, que se alternavam a estados de violenta excitação com estados de estupor e leve obnubilação da consciência. Porém atualmente é difícil encontrar essa forma mais severa de depressão com sintomas psicóticos.

Segundo Meleiro (2009) atualmente a depressão com sintomas psicóticos ou depressão psicótica, pode ser caracterizada como um tipo de depressão grave em que ocorrem delírios e/ou alucinações que são características básicas dos sintomas psicóticos sendo que, neste transtorno o pensamento negativo torna-se amplamente delirante, convicto e sem modificação mesmo com claras evidências do contrário.

Tradicionalmente o pensamento delirante na depressão provém de quatro inseguranças básicas da humanidade: saúde, situação financeira, valor moral e relacionamento interpessoal (Del Porto, 1999; Meleiro, 2009) e as alucinações que acompanham os estados depressivos na minoria dos indivíduos, quando presentes, são em geral transitórias e não elaboradas e em sua maioria coerentes com o humor depressivo como, vozes que condenam o indivíduo. Todas essas experiências psicóticas são delírios ou alucinações afetivas genuínas, ou seja, próprias do quadro psicótico além de serem congruentes com o humor patológico predominante.

SUICÍDIO

Segundo Cassorla (1992, *apud* Barbosa, Santos e Peres, 2011) o suicídio poderia ser entendido como a morte que alguém provoca a si mesmo, de uma forma deliberada, intencional. Durkheim (2000) complementa esta ideia dizendo que o suicídio é um ato individual com características da sociedade que o produz, um ato complexo e indefinido fazendo com que o indivíduo renuncie à sua existência.

O suicídio pode ser entendido como uma falta de habilidade individual de se resolver problemas, relacionada a um estado de desequilíbrio emocional, em que o indivíduo encara os problemas como impossíveis de serem resolvidos, havendo um aumento da ansiedade e

tristeza. Portanto o suicídio pode ser considerado como, “uma auto eliminação consciente, voluntária e intencional, incluindo processos autodestrutivos inconscientes, lentos e crônicos” (Kovács, 1992, p.165 *apud* Barbosa *et al* , 2011).

Para Cassorla (1992, *apud* Barbosa *et al*, 2011) a maioria dos suicídios em indivíduos com quadros mentais ocorre geralmente na melancolia ou quando o indivíduo está frente à ameaça de desintegração psicótica. Porém, quando o indivíduo compreende que o ato em que está pensando cometer é um crime, desisti por algum tempo. Mas, depois, a tendência ao suicídio volta com maior força e as tentativas se repetem a pequenos intervalos. Na maioria das vezes, junto a este desespero geral, as alucinações e ideias delirantes estão presentes o que levam diretamente ao ato suicida (Durkheim, 2000, *apud* Barbosa *et al*, 2011).

Roose *et al* (1983 *apud* Castro; Neto, 2004) verificaram uma forte associação entre a presença de sintomas psicóticos e suicídio nosocomial (hospitalar) em paciente com depressão endógena ou seja de herança genética. No entanto, outro estudo encontrado na literatura sobre suicídio após alta hospitalar não aponta esta relação (Coryell, 1996, *apud* Castro; Neto, 2004).

Os tipos de suicídios que podem ser associados á depressão com sintomas psicóticos são de acordo com Durkheim (2000) o suicídio maníaco, suicídio impulsivo ou automático e o suicídio melancólico. No suicídio maníaco o indivíduo comete o suicídio para fugir de um perigo ou de uma vergonha imaginários, ou também para obedecer a uma ordem provida de delírios e alucinações. As ideias, os sentimentos mais diversos e contraditórios ocorrem em uma velocidade enorme nos maníacos (Durkheim, 2000 *apud* Barbosa *et al*, 2011). No suicídio impulsivo ou automático estão associadas às ideias delirantes do indivíduo. Não tem nenhuma razão de ser, nem na realidade nem na imaginação do indivíduo. No entanto, em vez de ser produzido por uma ideia fixa que o persegue durante um tempo e de forma gradual e que se apodera da vontade, resulta de um impulso brusco e irresistível. O suicídio impulsivo tende a alcançar seu objetivo por qualquer meio que lhe seja mais fácil e rápido (Durkheim, 2000 *apud* Barbosa *et al*, 2011). No suicídio melancólico, segundo Durkheim (2000 *apud* Barbosa *et al*, 2011), ocorre um estado geral de extrema depressão, de tristeza intensa, que faz com que o indivíduo não aprecie de forma sadia as relações que tem com as pessoas e as coisas que o cercam, pois a vida lhe parece aborrecida ou dolorosa.

CONCLUSÃO

A definição de critérios para um primeiro episódio psicótico é bastante complexa. Existem discussões variadas na literatura, relacionadas aos limites de tempo e de duração dos sintomas além da probabilidade de se incluir os sintomas prodrômicos juntamente com os sintomas da fase aguda, para a definição de primeiro episódio psicótico. Diferentes estudos de suma importância para se obter uma melhor percepção da incidência, particularidade clínica e prognóstico dos transtornos mentais no geral associados ao primeiro episódio psicótico, incluíram uma população bastante heterogênea, baseada na primeira admissão hospitalar ou no primeiro contato com serviço de saúde.

Sabe-se que a depressão está associada à alta mortalidade, pois 15% dos pacientes gravemente deprimidos se suicidam. Porém há divergências quanto a associação da presença de sintomas psicóticos e suicídio nosocomial, pois em um estudo encontrado na literatura, verificou-se uma forte associação entre a presença destes sintomas com o suicídio nosocomial em pacientes com depressão endógena. No entanto em outro estudo sobre suicídio após alta hospitalar, não foi apontada esta relação. O diagnóstico da depressão com sintomas psicóticos é difícil de ser feito pois pode ser confundido com outros transtornos mentais o que explica os poucos estudos sobre este transtorno. Porém não se pode deixar de lado a gravidade deste transtorno que apesar de atingir menos da metade da população causa grande sofrimento.

Quanto a incidência dos sintomas psicóticos, verificou-se que eles ocorrem em cerca de 15% de todos os pacientes com depressão e aparecem em mais de 25% dos pacientes deprimidos admitidos em hospitais. Estudos apontaram que, indivíduos com depressão associados a sintomas psicóticos apresentam, um transtorno de curso mais severo e períodos de intercrises mais curtos, mesmo que estes sintomas apareçam nas crises mais intensas pois nos episódios seguintes, os indivíduos podem apresentar um risco maior dos sintomas psicóticos retornarem. Além de exibirem uma menor resposta ao tratamento e uma maior cronicidade, apresentando ideação delirante incongruente com o humor.

Conclui-se por fim que a depressão atualmente atinge grande parte da população e apesar dos sintomas psicóticos não aparecerem em grande parte desta população, ele parece causar, na população atingida, cronicidade e menos respostas ao tratamento o que causa na

maioria dos casos o suicídio relacionado aos delírios e alucinações gerados pelo quadro psicótico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, L. H. S. G. de; Viana, M. C; Silveira, C. M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de psiquiatria clínica*, v.33, n.2, p. 43-54.
- Bahls, S. C. (1999). Depressão: Uma Breve Revisão dos Fundamentos Biológicos e Cognitivos. *Interação em Psicologia*, v.3.
- Bahls, S. C. (2000). Uma visão geral da doença depressiva. *Interação em Psicologia*, v. 4.
- Berlinck, M. T; Fédida, P. (2000). A clínica da depressão: questões atuais. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 3, n. 2.
- Carvalho, I. S; Costa, I. I; Bucher- Maluschke, J. S. N. F. (2007). Psicose e Sociedade: interseções necessárias para a compreensão da crise. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, v. 7, n. 1.
- Castro, A, P, W, de; Neto, F, L. (2004). Continuação do antipsicótico em depressão psicótica. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v 31, n. 6.
- Del- Ben, C. M; Rufino, A. C. T. B. F; Azevedo- Marques, J. M de; Menezes, P. R. (2010). Diagnóstico diferencial de primeiro episódio psicótico: importância da abordagem otimizada nas emergências psiquiátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 32, s.2.
- Delouya, D. (2000). *Depressão*. 1.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 21, n.1, p. 06-11.
- Fleck, M. P. A. de; Lafer, B; Sougey, E. B; Del Porto, J. A; Brasil, M. A; Juruena, M. F. (2003). Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. *Revista Brasileira Psiquiatria*. v.25, n2.
- Gabbard, G. O. (2006). *Psiquiatria Psicodinâmica*. 4.ed. Porto Alegre: Artmed.
- Justo, L. P; Calil, H. M. (2006). Depressão – o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Revista de Psiquiatria Clínica*. v. 33, n.2.
- Lima, M. S. de. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. v. 21, s.1.



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



Manual Resumido de normas básicas da American Psychological Association (APA) para trabalhos científicos do CESUCA, 2012. *Revista Saúde Mental em Foco do CESUCA*.

Organização Mundial de Saúde – OMS – (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento – CID-10* (D. Caetano, Trad.). Porto Alegre: Artmed Editora.

Piccoloto, N; Wainer, R; Benvegnú, L; Juruena, M. (2000). Curso e Prognóstico da Depressão: revisão comparativa entre os transtornos do humor. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v.27, n.2.

Severino, A. J. (2000). *Metodologia do Trabalho Científico*. 21. ed. São Paulo: Cortez.



DESENVOLVIMENTO LOCAL SUSTENTÁVEL E QUALIDADE DE VIDA: UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO

Renato Batuíra Ribeiro Pinto (Universidade de Taubaté)

Guilherme Donegatti de Carvalho (Universidade de Taubaté)

Adriana Leonidas de Oliveira (Universidade de Taubaté)

RESUMO

As concepções acerca do desenvolvimento local apresentam pontos ora convergentes, ora divergentes tanto no Brasil quanto no debate internacional. A mobilização dos atores locais, a formação de redes entre organismos e instituições locais e uma maior cooperação entre empresas situadas em um mesmo território, são instrumentos que têm possibilitado aos territórios novas formas de intersecção produtiva e uma atenuação das desigualdades sociais. Essas formas intermediárias de coordenação por serem egressas do território, não substituem a atuação do mercado ou a ação estatal, mas sobrepõem-se a estas na medida em que o território elabora, a partir de suas instituições próprias e de seus organismos específicos, uma estratégia de desenvolvimento local. Diante dos diferentes condicionantes que podem levar uma localidade a se desenvolver em todos os aspectos, este artigo discute os indicadores de desenvolvimento local e relacioná-lo as temáticas de desenvolvimento local sustentável e qualidade de vida da população. A qualidade de vida se constitui em um dos objetivos a ser alcançado pelas pessoas na atual sociedade. Cada vez mais, valoriza-se a qualidade de vida, em detrimento do aumento do tempo de vida, em condição limitada ou incapacitada. Tal anseio é comum a populações de municípios de qualquer porte demográfico e econômico. Paralelo a este anseio está o desenvolvimento local que envolve o crescimento urbano e por consequência, a exploração dos recursos naturais para a modificação do ambiente urbano. Para que possa ser uma alternativa complementar global de desenvolvimento do país, é necessário que existam: uma estratégia nacional de desenvolvimento que compreenda a sua necessidade e uma política pública consequente, que estimule a diversidade econômica e a complementaridade de empreendimentos, de sorte a gerar uma cadeia sustentável de iniciativas. Para tratar este tema adotou-se o delineamento de pesquisa bibliográfica que

buscou discutir o conceito de qualidade de vida numa perspectiva biopsicossocial, tendo como fonte de pesquisa importantes bases de dados nacionais. Considerou-se no processo de análise que o desenvolvimento local não se limita ao espaço estático onde se localiza o município, mas é fruto da dinâmica de expansão tanto da área urbana, quanto rural traduzindo-se em resultados positivos tanto para a própria cidade quanto para seus habitantes. Os resultados revelam que uma vez intensificada a ação do homem sobre o meio ambiente, a qualidade de vida tende a ficar comprometida. Pode se concluir que diante do inevitável crescimento urbano e econômico, é imprescindível saber utilizar os recursos naturais de maneira consciente. Isso implica não somente preservá-los, mas, em buscar alternativas para um desenvolvimento local sustentável.

Palavras-chave: Desenvolvimento local sustentável. Qualidade de vida. Indicadores.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos as discussões envolvendo o desenvolvimento local ganharam corpo devido à necessidade de se reconhecer que cada localidade possui suas características próprias e, por conseguinte, seu desenvolvimento. Desse modo, discorrer sobre desenvolvimento local supõe trazer ao centro todos os condicionantes que contribuem para esse crescimento em nível local.

Dentre tantos está a qualidade de vida, pois, os condicionantes que levam a uma vida com qualidade estão intrinsecamente ligados ao desenvolvimento. Nesse sentido, a proposta do presente artigo é associar desenvolvimento local sustentável com a qualidade de vida, o qual pretende demonstrar que ao investir em desenvolvimento sustentável, o município contribui para a melhoria da qualidade de vida de seus habitantes.

MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica tendo como fonte de pesquisa importantes bases de dados nacionais, em especial a Scielo e o IBICT.

A pesquisa bibliográfica é aquela baseada em materiais já publicados, especialmente livros e artigos (Gil, 1991). Segundo a proposição de Gil (1991) a pesquisa foi realizada nas



seguintes etapas: (1) localização e obtenção do material; (2) leitura do material (leitura exploratória; leitura seletiva; leitura analítica e interpretativa; (3) tomada de apontamentos (4) redação do trabalho.

CONCEPÇÕES DE DESENVOLVIMENTO LOCAL

A teoria do desenvolvimento econômico local pode ser apresentada como o resultado da falência dos modelos tradicionais de desenvolvimento fundados seja na compreensão do Estado nacional como principal agente promotor do desenvolvimento, seja nas funções alocativas do mercado como facilitador do ótimo econômico (Muls, 2008).

Buarque (2006) concebe o desenvolvimento local como um processo endógeno de mobilização das energias sociais em espaços de pequena escala (municípios, localidades, microrregiões) que implementam mudanças capazes de elevar as oportunidades sociais, a viabilidade econômica e as condições de vida da população.

A mobilização dos atores locais, a formação de redes entre organismos e instituições locais e uma maior cooperação entre empresas situadas em um mesmo território, são instrumentos que têm possibilitado aos territórios novas formas de intersecção produtiva e uma atenuação das desigualdades sociais. Essas formas intermediárias de coordenação por serem egressas do território, não substituem a atuação do mercado ou a ação estatal, mas sobrepõem-se a estas na medida em que o território elabora, a partir de suas instituições próprias e de seus organismos específicos, uma estratégia de desenvolvimento local (Martins, Vaz & Caldas, 2010).

As pesquisas sobre desenvolvimento, marcadas durante muito tempo pela oposição entre a necessidade de uma intervenção estatal e o caráter auto-regulador do mercado, desembocaram, a partir do final dos anos 1990, em uma síntese que preconiza uma abordagem sistêmica e a consideração de variáveis institucionais (Boyer, 2001).

Fernandes e Sampaio (2006) ao discutir sobre os diferentes condicionantes que promovem o desenvolvimento local afirmam que o desenvolvimento não deve ser entendido, necessariamente, como crescimento ilimitado, uma vez que os ecossistemas possuem seus limites para fornecer a energia a esse crescimento.

Franco citado por Martins e colaboradores (2010) argumenta a favor do desenvolvimento local mostrando que na esfera local os problemas são mais bem identificados e, portanto, torna-se mais fácil encontrar a solução mais adequada.

Para este autor, todo estudo envolvendo o desenvolvimento local precisa considerar aspectos de fundamental importância, tais como: é uma via possível para a melhoria da qualidade de vida das populações e para a conquista de modos de vida mais sustentáveis; requer a presença de agentes de desenvolvimento governamentais, empresariais e da sociedade civil, exigindo a transferência de recursos exógenos e a mobilização de recursos endógenos, públicos e privados.

Ainda de acordo com Franco citado por Martins e colaboradores (2010) para que possa ser uma alternativa complementar global de desenvolvimento do país, é necessário que existam: uma estratégia nacional de desenvolvimento que compreenda a sua necessidade e uma política pública consequente, que estimule a diversidade econômica e a complementaridade de empreendimentos, de sorte a gerar uma cadeia sustentável de iniciativas.

Este desenvolvimento adequado conforme Muls (2008) requer investimento em vários tipos de capital (humano, social, natural, entre outros) de maneira equilibrada. Desse modo, se estará aumentando e democratizando o acesso às riquezas e ao conhecimento, incrementando o poder da população e proporcionando a participação nos bens e serviços públicos e no processo de tomadas de decisão da sociedade.

Ferreira, Meireles, Macedo e Barone (2011) consideram que algumas questões são quase obrigatórias para algum diagnóstico e/ou proposição de política quando se trata de desenvolvimento regional. Talvez, a mais importante para os autores seja a existência de conexões fundadas em um conjunto de virtudes socioeconômicas especiais no âmbito das relações sistêmicas presentes nas articulações socioprodutivas relevantes em *clusters* específicos.

Nessa linha de entendimento, Tenório (2004) complementa expondo que pensar o desenvolvimento local requer o envolvimento de diversas dimensões: econômica, social, cultural, ambiental e físico-cultural, político-institucional e científico-tecnológica. Implica considerar os diferentes aspectos de inter-relacionamento ativo dos diversos atores da sociedade. Nesse sentido importa, necessariamente, uma profunda transformação das relações sociais – não apenas dos processos gerenciais e técnicos de produção – incluindo

também a preservação ambiental, posto que a incorporação dessa dimensão às estratégias, programas e projetos de desenvolvimento tem como objetivo assegurar melhores condições materiais e a sustentabilidade do território, segundo as suas condições e vocações.

Em relação ao desenvolvimento local Martins (2002), compreendem que é possível distinguir duas abordagens em função do foco dos discursos e práticas: social e competitiva. No primeiro caso, o combate à exclusão social aparece como o eixo norteador e as ações tendem a focar os pequenos empreendimentos e os segmentos que estão à margem do grande mercado. Neste sentido, os autores ressaltam que quando se fala em desenvolvimento de forma concreta, é necessário lembrar que este é constituído de desenvolvimento humano, social e sustentável, onde se busca a melhoria da vida das pessoas e da sociedade como um todo, pensando no presente e no futuro, levando, assim, ao desenvolvimento sustentável. Já no segundo, o foco é a inserção competitiva da cidade/região no mercado e as ações tendem a se dirigir, preferencialmente, para os grandes e médios empreendimentos.

Para Ferreira e colaboradores (2011) o conceito de local não é sinônimo de pequeno e não alude necessariamente à diminuição ou redução. Pelo contrário, a maioria dos setores que trabalha com a questão considera que o local não é um espaço micro, podendo ser tomado como um município ou, inclusive, como uma região compreendendo vários municípios.

DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

O desenvolvimento sustentável preocupa-se com uma melhor condição de vida para todos, levando em consideração uma qualidade ambiental. O mesmo acredita na humanização do ser humano e não nas riquezas, as quais devem ser eliminadas, pois são elas que corrompem o ser humano, que acredita que o poder, o dinheiro, o progresso são as únicas coisas importantes em suas vidas, das quais não deve abrir mão, não se preocupando com os valores que deviam estar incrustados em seu ser, valores estes, de justiça, igualdade, fraternidade, preservação, entre outros (Hoffmann & Calgaro, 2009).

O princípio de sustentabilidade surge no contexto da globalização como a marca de um limite e o sinal que reorienta o processo civilizatório da humanidade. A crise ambiental veio questionar a racionalidade e os paradigmas teóricos que impulsionaram e legitimaram o crescimento econômico, negando a natureza. A sustentabilidade ecológica aparece assim como um critério normativo para a reconstrução da ordem econômica, como uma condição

para a sobrevivência humana e um suporte para chegar a um desenvolvimento duradouro, questionando as próprias bases da produção (Leff, 2004).

Este conceito surgiu num contexto de controvérsia sobre as relações entre crescimento econômico e meio ambiente, exacerbada principalmente pela publicação do relatório do Clube de Roma que pregava o crescimento zero como forma de evitar a catástrofe ambiental (Nalini, 2001).

O referido conceito emerge deste contexto como uma proposição conciliadora, onde se reconhece que o progresso técnico efetivamente relativiza os limites ambientais, mas não os elimina e que o crescimento econômico é condição necessária, mas não suficiente para a eliminação da pobreza e disparidades sociais (Junior & Gomes, 2010).

Nos últimos anos, a noção de desenvolvimento sustentado envolve diferentes interesses e múltiplas recomposições; contribuindo para que uma mesma denominação abrigue diferentes conceitos e práticas “No entanto, todas as definições carregam a noção de que o desenvolvimento sustentável é composto de três dimensões: econômica, social e ambiental ou ecológica” (Claro, Claro, & Amancio, 2008).

Tais dimensões se fundem nos interesses dos gestores que implantam políticas de sustentabilidade, nos mais diferentes segmentos, ressaltando que as empresas mais reconhecidas enfatizam com maior frequência que trabalham sob a denominação “politicamente correta”. Nesse caso, poder-se-ia dizer que seus interesses na maioria dos casos envolveria as dimensões econômica e social.

De acordo com Jacobi (2001) a problemática da sustentabilidade assume neste novo século um papel central na reflexão sobre as dimensões do desenvolvimento e das alternativas que se configuram. O autor ressalta que o quadro socioambiental que caracteriza as sociedades contemporâneas revela que o impacto dos humanos sobre o meio ambiente tem tido consequências cada vez mais complexas, tanto em termos quantitativos quanto qualitativos.

De acordo com Bonavides (2007) a busca de um novo paradigma de concepção do desenvolvimento, com base em processos de produção que mantenham a sustentabilidade apoiada nos recursos materiais e humanos, tem sido banalizada pelos discursos vazios das autoridades mundiais.

Cavalcanti (1994) cita que a economia não pode ser vista como um sistema dissociado do mundo da natureza, pois não existe atividade humana sem água, fotossíntese ou ação



microbiana no solo. A comparação, nesse contexto, do sistema econômico com um mecanismo não é das mais felizes, pois isto lhe retira o sentido da irreversibilidade própria das mudanças qualitativas que o processo econômico desencadeia e o afasta de sua dimensão ecológica.

Segundo Martins (2002) a atual tendência em se pensar e planejar o desenvolvimento é dotá-lo de um caráter mais humano, no sentido de considerar o homem simultaneamente como sujeito e beneficiário. Para ele, trata-se de um pressuposto óbvio, isto é, que as pessoas devem participar ativamente e não apenas serem beneficiárias do desenvolvimento local.

Desenvolvimento local conforme Buarque (1999) é um processo endógeno registrado em pequenas unidades territoriais e agrupamentos humanos capaz de promover o dinamismo econômico e a melhoria da qualidade de vida da população. Representa uma singular transformação nas bases econômicas e na organização social em nível local, resultante da mobilização das energias da sociedade, explorando as suas capacidades e potencialidades específicas. Para ser um processo consistente e sustentável, o desenvolvimento deve elevar as oportunidades sociais e a viabilidade e competitividade da economia local, aumentando a renda e as formas de riqueza, ao mesmo tempo em que assegura a conservação dos recursos naturais.

Sustentabilidade e desenvolvimento local estão associados à concepção de inovação que procura articular a racionalidade das ações econômicas com a seleção de opções tomadas pelos agentes que conformam a rede sociotécnica em sua contínua interação contextual. Tanto quanto os especialistas, os leigos são agentes essenciais para a prática inovativa, pois é também através de sua atuação que projetos tecnológicos ganham consistência e viabilidade (Freitas, *et al.*, 2012).

Diante dos conceitos de sustentabilidade e desenvolvimento local os produtores rurais estão buscando estratégias para se adequarem a este paradigma e se adequarem teórica e praticamente na busca de uma produção que garanta a continuidade dos recursos naturais. Esta nova maneira de conceber a produção, contribui para a melhoria da qualidade de vida.

DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL E QUALIDADE DE VIDA

Conforme destacado anteriormente, o desenvolvimento local sustentável se reflete de maneira positiva na qualidade de vida das pessoas. A qualidade de vida é uma noção eminentemente humana e abrange muitos significados que refletem conhecimentos,

experiências e valores de indivíduos e coletividades. Minayo, Hartz e Buss (2000) conceituam o termo como sendo a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. Tais significados refletem o momento histórico, a classe social e a cultura a que pertencem os indivíduos.

De acordo Monteiro, Braile, Brandau e Jatene (2010) nos últimos 40 anos multiplicaram-se as interrogações acerca do bem-estar do homem no trabalho e o termo Qualidade de Vida (QV). Frequentemente utilizado para explicar esse bem-estar, o termo QV tornou-se cada vez mais popular, sendo usado de maneira desgastada e até banalizada.

Apesar de não haver definição consensual, existe razoável concordância entre os pesquisadores acerca do constructo Qualidade de Vida, cujas características são: subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade. A subjetividade refere-se à percepção do indivíduo quanto ao seu estado de saúde e funcionalidade, levando-se em conta seu impacto na totalidade da vida. A multidimensionalidade reconhece que a qualidade de vida é composta por diferentes dimensões e dentre elas estão as dimensões físicas, psicológica e social. Estas dimensões de acordo com Arellano (2008) podem ser positivas, como a mobilidade, ou negativas, como a dor, caracterizando, assim, a Qualidade de Vida como um construto bipolar. A mutabilidade, por sua vez, parte do pressuposto que a avaliação da QV pode mudar, em função do tempo, local, pessoa e contexto cultural (Arellano, 2008; Kluthcovsky & Takayanagui, 2007).

No tocante à relação entre desenvolvimento local sustentável e qualidade de vida destaca-se que o primeiro é o processo de mudança social e elevação das oportunidades da sociedade, compatibilizando, a preservação ambiental, a qualidade de vida e a equidade social o qual parte de um compromisso com o futuro e a solidariedade entre as gerações.

Na visão de Castro e Morrot (2006), a aplicação do conceito de desenvolvimento sustentado representa estratégia semelhante à medicina ou odontologia preventiva. Procura-se antever a incidência de determinado problema com o estabelecimento de estratégia proativa “À semelhança dos resultados espelhados pela área de saúde, os custos globais tornam-se gradativamente menores em função do aumento progressivo da produtividade e da redução dos gastos em ações acauteladoras e corretivas” (Castro & Morrot, 2006).

Em outras palavras, quando as ações de desenvolvimento local se baseiam na sustentabilidade, os resultados podem ser percebidos na melhoria de vida das pessoas em todos os aspectos, pois, se não há produção movida por produtos químicos,

consequentemente o meio ambiente não será agredido e nem tampouco os alimentos possuirão alto teor de produtos e agrotóxicos, tão prejudiciais à saúde.

Do mesmo modo, o desenvolvimento local sustentável pautado em práticas naturais sem qualquer intervenção de elementos tóxicos tanto nos ambientes rurais, quanto urbanos se torna eixo norteador de práticas que reconhecem a natureza como elemento vital ao homem, sendo necessário refletir sobre a importância de mudança de postura frente ao meio ambiente, pois, mesmo localidades de pequeno porte correm o risco de se tornarem foco de poluição e degradação.

Diante dessa possibilidade é importante lembrar que a eficiência e o crescimento econômicos constituem pré-requisitos fundamentais, sem os quais não é possível elevar a qualidade de vida com equidade, de forma sustentável e continuada, representando uma condição necessária, embora não suficiente do desenvolvimento sustentável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O artigo discutiu sobre sustentabilidade, destacando que este conceito somente pode ser colocado em prática, quando se tem consciência do uso adequado do solo, com vistas a uma produção sustentável que, além de favorecer maior qualidade de vida às pessoas, também, cumpre o dever da função social de cuidar do meio ambiente. Nesta pesquisa considerou-se que o desenvolvimento local sustentável é condição básica para garantir qualidade de vida.

A pesquisa mostra que o paradigma da sustentabilidade é condição necessária para que a qualidade de vida de uma população. Isso significa romper com os modelos vigentes que investem maciçamente na implantação de tecnologias no campo, associadas à inserção cada vez mais contínua de produtos químicos em nome da melhoria do processo de produção.

Contudo, esta melhoria implica não somente no desgaste do solo e comprometimento dos próprios alimentos, como também das pessoas que farão uso deles. Nessa perspectiva, buscou-se demonstrar que a conservação ambiental é condicionante decisivo da sustentabilidade do desenvolvimento e da manutenção no longo prazo, na qual não se possível assegurar qualidade de vida as gerações futuras e equidade social de forma sustentável e contínua no tempo e no espaço.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bonavides, P. (2007). *Do Estado Liberal ao Estado Social*. 8. Ed. São Paulo: Malheiros.
- Boyer, R. (2001). Estado, mercado e desenvolvimento: uma nova síntese para o século XXI? *Economia e Sociedade*, 12, 1-20.
- Buarque, S. C. (2006). *Construindo o desenvolvimento local sustentável*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Buarque, S. C. (1999). Metodologia de planejamento do desenvolvimento local e municipal sustentável. *Projeto de Cooperação Técnica INCRA/IICA PCT*, INCRA/IICA.
- Castro, A. G. D. & Morrot, S. (1996). Perspectivas de desenvolvimento sustentável para o setor florestal na América Latina. *Estud. Av.*, 10(27).
- Cavalcanti, C. (1994). Breve introdução da economia da sustentabilidade. *INPSO/FUNDAJ, Instituto de Pesquisas Sociais, Fundação Joaquim Nabuco, Ministério de Educação, Governo Federal*, 262.
- Claro, P. B. D. O, Claro, D. P. & Amancio, R. (2008). Entendendo o conceito de sustentabilidade nas organizações. *R. Adm.*, 43(4), 289-300.
- Fernandes, V. & Sampaio, C. A. C. (2006). Formulação de estratégias de desenvolvimento baseado no conhecimento local. *RAE eléctron*, 5(2), Art. 11.
- Ferreira, M. T. D. S., Meireles, S. S. D., Macedo, M. A. S. & Barone, F. M. (2011). Análise do desenvolvimento de Arranjos Produtivos Locais (APLs): um estudo de caso do município de Paraty (RJ). *Rev. Adm. Pública*, 45(2), 517-539.
- Freitas, C. C. G., Maçaneiro, M. B., Kuhli, M. R., Segatto, A. P., Doliveira, S. L. D. & Lima, L. F. D. (2012). Transferência tecnológica e inovação por meio da sustentabilidade. *Rev. Adm. Pública*, 46(2), 363-84.
- Gil, A. C. (1991). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Hoffmann, E. W. & Calgaro, C. (2009). *Função social da propriedade e sustentabilidade*. Recuperado em 8 junho, 2014, de <http://www.boletimjuridico.com.br/doutrina/texto.asp?id=1394>.
- Kluthcovsky, A. C. G. C. & Takayanagui, A. M. M. (2007). Qualidade de vida: aspectos conceituais. *Revista Salus*, 1(1), 13-15.
- Leff, E. (2004). *Saber ambiental*. Rio de Janeiro: Vozes.



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



- Martins, R. D., Vaz, J. C. & Caldas, E. D. L. (2010). A gestão do desenvolvimento local no Brasil: (des)articulação de atores, instrumentos e território. *Revista de Administração Pública*, 44(3), 559-90.
- Martins, S. R. O. (2002). Desenvolvimento Local: questões conceituais e metodológicas. *Revista Internacional de Desenvolvimento Local*, 3(5), 51-59.
- Minayo, M. C. D. S., Hartz, Z. M. D. A. & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.
- Monteiro, R., Braile, D., Brandau, M. R. & Jatene, F. B. (2010). Qualidade de vida em foco. *Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.*, 25(4), 568-574.
- Muls, L. M. (2008). Desenvolvimento local, espaço e território: o conceito de capital social e a importância da formação de redes entre organismos e instituições locais. *Revista Economia*, 9(1), 1-21.
- Nalini, J. R. (2001). *Ética Ambiental*. Campinas: Millennium.
- Tenório, F. G. (2004). *Tem razão a administração? Ensaio de teoria organizacional*. 2. ed. Ijuí: Ed. Unijuí.

DOENÇA RENAL CRÔNICA E QUALIDADE DE VIDA: ESTUDO COM PACIENTES IDOSOS QUE REALIZAM HEMODIÁLISE

Fernanda Glaucia Carvalho Camara (Universidade de Taubaté)

Adriana Leonidas de Oliveira (Universidade de Taubaté)

RESUMO

A doença renal crônica é caracterizada pela falência parcial ou total das funções renais, que demanda a realização da hemodiálise. Esse fato abala consideravelmente o indivíduo e o proporciona a sensação de perda e enfrentamento da morte. A doença renal é uma patologia que atinge pessoas em todo o mundo, fazendo-se presente também na velhice. O idoso por si só já se encontra em uma fase de adaptação e perdas decorrente da terceira idade, fator este que pode afetar consideravelmente o seu estado emocional. Quando este se depara com a notícia da perda de sua função renal, há muitas outras mudanças em sua vida, devido à necessidade de adaptação aos procedimentos que acompanham essa nova fase, a mudança de sua rotina de vida, o convívio social, e conseqüentemente, a sua qualidade de vida é modificada. Frente à nova situação o idoso deve reorganizar toda sua vida e tem que viver com algumas restrições. O objetivo do presente trabalho foi caracterizar a qualidade de vida de idosos que estão passando pelo tratamento de hemodiálise. A qualidade de vida é compreendida, a partir da definição da Organização Mundial de Saúde, como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Foi realizada uma pesquisa exploratória e de campo. Para coleta de dados foi utilizado como instrumento a Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-OLD, desenvolvida pelo Grupo Estudos de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS). Esta foi aplicada em um instituto renal em pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, que realizam hemodiálise. Participaram do estudo 20 idosos, da faixa etária entre 60 e 77 anos de idade. Resultados revelaram que o escore total médio dos participantes atingiu o valor de 3,4, indicando que a população estudada encontra-se no nível médio de satisfação. O domínio “Morte e Morrer” apresentou-se acima da média, com o valor 3,8. Isso indica que mesmo diante da morte, a maioria da população



estudada não a teme, sendo este um fator favorável e que contribui para a qualidade de vida. O domínio abaixo da média foi “Autonomia”, com o valor de 2,9. Isso representa que a população estudada não está satisfeita com seus direitos e sua vontade não está sendo respeitada; sentem necessidade de produzir suas atividades corriqueiras da maneira que atinjam a satisfação. Pode-se concluir que os idosos que se sentem em algum momento de sua vida independentes mantêm uma boa média de qualidade de vida relacional, produtiva e com o mínimo de privação.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Idoso. Doença renal crônica.

INTRODUÇÃO

Para se alcançar uma vida longa, não se pode deixar de pensar em qualidade de vida, tema este que está sempre em evidência, principalmente quando se trata de pessoas com mais de 60 anos e que necessitam de um nível de atenção mais acentuado. É impossível falar de idoso sem nos referirmos em saúde e qualidade de vida. O avanço tecnológico proporcionou uma maior longevidade, tendo como consequência o aparecimento de maior número de doenças crônicas, independente de raça, razão social e idade, mesmo seguindo cuidados com a alimentação, e com o bem-estar físico e mental.

Estudos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) apontam como vêm crescendo o índice de população idosa e esta aumentará progressivamente no decorrer dos anos. Diante destas informações cresce o interesse de profissionais em estudar o tema na busca de contribuir com informações através de pesquisas e trabalhos que possam favorecer uma velhice mais digna e saudável.

O idoso por si só já se encontra em uma fase de adaptação e perdas decorrente da terceira idade, fator este que afeta consideravelmente no seu estado emocional. Quando este se depara com a notícia da perda de sua função renal, há muitas outras mudanças em sua vida, devido à necessidade de adaptação aos procedimentos que acompanham essa nova fase, a mudança de sua rotina de vida, o convívio social e consequentemente a qualidade de vida é modificada. Frente à nova situação o idoso deve reorganizar toda sua vida e tem que viver com algumas restrições.

A doença renal crônica é caracterizada pela falência parcial ou total das funções renais, que demanda a realização da hemodiálise, fato esse que abala consideravelmente o indivíduo e o proporciona a sensação de perda e enfrentamento da morte.

O procedimento de hemodiálise priva o idoso de realizar atividades do seu dia-dia, devido à dependência da máquina que passa a desenvolver a função dos rins. Esse fator causa no paciente um sentimento de perda de valores, pois o faz dependente da máquina e de seus familiares devidos aos cuidados específicos do tratamento, tais como alimentação, cautela nas atividades, necessidade de respeitar horários, e de se privar de lazer nos dias de procedimento.

Nesta pesquisa estudamos a qualidade de vida de idosos que estão em tratamento de hemodiálise e analisamos cada indivíduo diante de sua realidade, a fim de alcançar maior compreensão e poder de alguma forma contribuir com essa população.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Caracterizar a qualidade de vida dos idosos que realizam hemodiálise.

Objetivos Específicos

Verificar a qualidade de vida em relação aos seguintes domínios: funcionamento sensório, autonomia, atividades passadas, presente e futuras, participação social, morte e morrer e a intimidade.

REVISÃO DA LITERATURA

Campos (1995) menciona que o homem sempre lutou contra a doença e a morte na busca da preservação de sua espécie, em décadas e culturas diferentes se adaptava de diversas formas para combater a doença e evoluindo conforme o surgimento de medicamentos e profissionais de saúde que contribuíam em acessar as informações para o avanço da sobrevivência. Acrescenta que:

A doença impede o indivíduo de trabalhar, de se divertir, tira-o do convívio familiar e dos amigos, isola-o. Cada um vive a sua dor; por mais que os outros se esforcem para

compreendê-los, ninguém sentira o que sente. A experiência de estar doente é sentida de uma forma sempre única, pela pessoa. (Campos, 1995, p. 42).

Nesse sentido, o autor cita como a medicina ocidental trata a esta questão, muitas vezes, cuida da doença em si, do órgão prejudicado, fazendo a dualização corpo-mente, deixando de lado a história pessoal, familiar e social do indivíduo enfermo. No entanto relata que temos que entender, o ser é único e seu modo de existir e adoecer atende as características próprias, de maneira original e individual.

O mesmo autor comenta que na busca de uma qualidade de vida agradável, ou uma velhice saudável, nota-se que com o passar dos anos, o avanço tecnológico proporcionou uma maior longevidade e como consequência desta, maior incidência de doenças crônicas. Mesmo seguindo cuidados com a alimentação, bem-estar físico e mental as doenças crônicas vem cada vez mais se tornando presentes na sociedade. Aponta que as doenças crônicas, consideradas incuráveis e permanentes, exigem que o indivíduo ressignifique sua vida e existência, adaptando as novas limitações e condições geradas pela doença.

As doenças crônicas se caracterizam por provocar certas alterações na vida do indivíduo deixando-o incapaz de realizar tarefas corriqueiras ou se adaptar na sociedade devido a algumas restrições, sejam estas físicas ou até mesmo por diversas internações. Aqui podemos citar a Insuficiência Renal Crônica que de acordo com Camon:

[...] é uma doença definida como a perda definitiva das funções renais, devendo o paciente seguir um rigoroso tratamento constituído por dieta específica, constante controle médico e, em geral, tratamento hemodialítico. (Camon, 1995, p. 55).

Barros (1999) comenta sobre a função dos rins e a determina como um órgão de constante importância no organismo, o meio interno reage às alterações que surge dentro do nosso corpo e os rins participa na forma de manutenção interna do organismo. O mesmo é responsável por controlar as variações ou eliminar o excesso de substância, como excesso de sódio e a falta de líquido. Desta forma para a realização de tantas funções e necessário que as células trabalhem de acordo com multiplicidade, qualquer desfecho do ambiente externo ou interno resulta no mal funcionamento, causando assim as primeiras características de insuficiência renal. A insuficiência renal pode ser diagnosticada em crônica e aguda.

Helito e Kauffman (2006) esclarecem dois grupos onde o paciente pode ser diagnosticado dentro do quadro da doença renal, sendo estas a Insuficiência renal aguda (IRA), que o paciente apresenta um comprometimento nas funções renal de forma aguda, não sendo de caráter patológico e sim uma insuficiência secundária seguida de infecções, hemorragias e outras mais. A Insuficiência Renal Crônica (IRC), o paciente apresenta um distúrbio na função renal, assim diminui a taxa de filtração do glomerular de maneira progressiva, tornando necessário o uso da hemodiálise. O autor menciona as principais doenças que se concretiza na realização deste.

As falências renais são determinadas por doenças restritas aos rins (primárias) ou por doenças sistêmicas que, entre outros distúrbios, leva a comprometimento renal (são as chamadas insuficiências renais secundárias). As principais causas de IRC secundária são o diabetes e a hipertensão arterial, e as principais causas de IRA secundária são os estados de choque, infecções e o uso de drogas nefrotóxicas. (Helito & Kauffman, 2006, p.153).

Meleti (2002) contribui em uma reflexão introdutória a respeito da importância do atendimento a pacientes renal crônico, explica que os rins desempenham um papel vital em nossas vidas assim como o coração e os pulmões de tal forma que o seu não funcionamento resulta em insuficiência renal crônica e parti da mesma definição descrita por Camon.

A insuficiência renal crônica é uma doença definida como a perda definitiva das funções renais, devendo o paciente seguir rigoroso tratamento constituído por dieta específica constante controle medico e, em geral o tratamento dialítico. (Meleti, 2002, p.54).

A autora descreve que até a década de 60 pouco poderia se oferecido a esses pacientes que por alguma causa apresentou a perda da função renal, mas neste período com o avanço da medicina surgem duas possibilidades de tratamento para auxiliar o paciente renal crônico, o inicio a hemodiálise, onde a maquina realiza a função renal filtrando o sangue e na impossibilidade continuidade do tratamento, fato que pode ocorrer por vários fatores uma alternativa seria o rim artificial, e por ultimo a transplante renal, que é um método cirúrgico que introduz o rim de um doador compatível.

Indubitavelmente esse avanço da medicina representado por essas duas técnicas muito tem ajudado o paciente renal crônico. Apesar desse sucesso, no entanto, ambos os procedimentos acabam por impor a esse paciente serias limitações físicas, sócias e psicológicas. (Camon, 2003, p.115)

Nesse sentido, o autor ressalta que o regime de hemodiálise leva o paciente a um estado estressante por estar caracterizado a dependência total de uma máquina podendo resultar em alterações no estado de saúde por várias restrições.

Segundo Helito e Kauffman, a hemodiálise é o método mais comum de se tratar a insuficiência renal, esse procedimento desde a década de 60 vem sofrendo alterações e modificações na busca de se aperfeiçoar e por consequência desta, hoje pode-se oferecer um procedimento eficaz e menos doloroso aos pacientes que dele necessitam. A diálise é um procedimento considerado como uma terapia de substituição da função renal, dessa forma assume a função dos rins mantendo o paciente vivo.

Esse procedimento não é irreversível, uma vez que se inicia o tratamento de hemodiálise, esse pode ser temporário levando em conta a situação e agravamento da doença.

Machado e Car (2003) esclarecem o avanço do procedimento, relatando desde o surgimento da hemodiálise, podendo assim comparar claramente esse avanço. Os primeiros procedimentos de hemodiálise foram realizados, na década de 40 em pacientes com insuficiência renal aguda e a partir de 1963 a ser utilizada como procedimento terapêutico para pacientes com insuficiência renal crônica. E por consequência do aumento populacional como cita que em 1983 no Brasil 6.663 pessoas estavam doentes e em tratamento dialítico sendo que 63,0% destas pessoas tinham mais de 55 anos de idade. No ano de 1987, a população brasileira foi estimada em 135,6 milhões onde 78,2 pessoas encontravam-se em procedimento de diálise em cada milhão de brasileiros. Com o esses dados surge à iniciativa e o avanço no tratamento, e outras possibilidades como o transplante renal ou rim artificial, que atualmente proporciona a vida.

Baron (2001, p. 376) aponta que o tratamento dialítico ou o transplante renal proporciona um melhora qualidade de vida a esses pacientes e com isso um âmbito psicossocial, sendo estes participar de grupos familiares, festas, e convívio social. Esses métodos utilizados para tratamento proporciona o alto índice de sobrevivência de pacientes renais crônicos e o transplante renal desvincula o paciente do convívio da máquina, porém não o deixa banido das restrições e nem da possibilidade de retornar a hemodiálise, deve-se manter os cuidados com a alimentação e supervisão constante para observar, prevenir e diagnosticar caso ocorra à rejeição do órgão.

Meleti (2002), conclui que ao falarmos de pacientes sobre a realização de hemodiálise estamos falando de um indivíduo ao qual sofre um regime terapêutico severo, sendo este a

prática da hemodiálise provavelmente 3 vezes por semana, pelo período aproximado de 4 horas por sessão, assim identificasse o estado estressor físico como psicológico, pois os tornam pacientes determinados como dependentes de uma máquina, cientes que qualquer interferência ou problema com a máquina pode resultar em sua morte e resume [...] podemos dizer que em cada sessão de hemodiálise há um confronto direto da vida com a morte. (p.119).

Machado e Car (2003) discorrem sobre como esse procedimento afeta a vida do indivíduo, de tal forma que chega a privá-lo de suas atividades satisfatórias.

A condição crônica e o tratamento hemodialítico são fontes de estresse e representam desvantagem por ocasionar problemas: isolamento social, perda do emprego, dependência da Previdência Social, parcial impossibilidade de locomoção e passeios, diminuição da atividade física, necessidade de adaptação à perda da autonomia, alterações da imagem corporal e ainda, um sentimento ambíguo entre medo viver e de morrer. (Machado & Car, 2003, p. 02).

A condição a qual o doente se encontra, afeta de forma direta tais fatores, desta forma pode-se analisar que um acompanhamento psicoterápico e uma adequação familiar contribuam para a vida desses indivíduos, visto que a vida cotidiana do mesmo muda de maneira considerável ressaltando a aqui a importância do convívio social e necessário que se preserve a autonomia dentro dos parâmetros impostos pelo profissional responsável pelo caso.

O procedimento dialítico segue certas reações, que mantêm o paciente indisposto, tais como vômitos, enjôos, mal estar e etc. Essas alterações físicas afetam diretamente no estado emocional, pois exigem adaptações e limitações nos dias de procedimento, o que pode afetar a qualidade de vida.

Conforme esclarecem Bertan e Castro (2009), a qualidade de vida é um conceito que vem sendo estudado ao longo do tempo, e engloba vários conceitos de definições perante as áreas da Psicologia, Medicina da saúde e Ciências Sociais. Passou a ser aplicada de forma sistemática no sistema de saúde a partir da década de 70. Parte da definição estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que conceitua a qualidade de vida, no bem estar físico, mental e social do ser humano e conclui:

Está relacionado à percepção individual da pessoa sobre sua saúde, conforme suas exigências culturais, sistemas de valores, metas, expectativas e preocupações. Diagnóstico correto, tratamento adequado e, principalmente a satisfação do paciente são considerados fatores integrantes da qualidade de vida (Berdan & Castro, 2009 p.01).

Citam que a partir dessas mudanças de paradigmas começa a se pensar no entendimento sobre saúde – doença, como antes se pensava só na doença e negligenciava os aspectos socioeconômicos, psicológicos e sociais esse foi o ponto de partida para começar a conceituar o termo qualidade de vida como sendo um aspecto global quando se trata de saúde. Quando pensamos em qualidade de vida segundo as mesmas autoras, não devemos esquecer-nos de pensar em prevenção e promoção, tratamento e reabilitação em saúde. Um dos primeiros estudos sobre qualidade de vida realizou-se com pacientes com insuficiência renal crônica, e assim sucessivamente crescendo o estudo nas diversas áreas que se pode analisar a qualidade de vida.

Para Vecchia et al., (2005) o conceito de qualidade de vida perante o idoso está relacionada à autoestima e ao bem-estar pessoal “[...] o idoso tem que se fazer amado, admirado e respeitado na coletividade em que ele vive e , para que isso aconteça, tem que se atualizar, saber o que esta acontecendo fora de seu mundo particular [...]” , embora não se estipule uma idade correta para o inicio da velhice, deve-se respeitar o idoso mantendo-o na sociedade, deixar com que o mesmo possa realizar e expressar o que sente respeitando seus limites e engloba diversos aspectos para obter uma qualidade de vida considerável, como o desempenho das capacidades funcionais, o nível socioeconômico em que se encontra o individuo, estado emocional atual, a maneira em que o individuo encontra-se inteirado na sociedade, desempenho e habilidade intelectual, como trabalho o auto cuidado, a maneira que se realiza o suporte familiar e como o mesmo se identifica neste, o próprio estado de saúde em que se encontram, os valores que atribui a culturais, religião e preceitos éticos, dentro de todos estes aspectos inclui o estilo de vida ao qual esse individuo esta inserido, a satisfação com que realiza seus trabalho profissional ou ate mesmo atividades do dia-a-dia.

Fleck (2000) cita o conceito para qualidade de vida segundo a Organização Mundial de Saúde, que esclarece este termo como não tendo uma definição especifica. Mas na busca de um critério para a criação de um instrumento que avaliasse este tema. Reuniram diversos especialistas da área da saúde caracterizou-se como [...] a percepção do individuo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Definido este conceito a OMS cria a escala de qualidade de vida WHOQOL- BREF, que procura medir a qualidade de vida propondo um questionário que engloba o ser físico, psíquico, social e ambiente e WHOQOL-OLD, que procura medir a qualidade de vida dos idosos acima de 60 anos, que engloba os

domínios funcionamento sensório, autonomia, atividades passadas, presente e futuras, participação social, morte e morrer e a intimidade.

MÉTODO

Tipo de Pesquisa

De acordo com os objetivos desta pesquisa, considerou-se adequado realizar um estudo exploratório, pois segundo Gil (1996) esta pesquisa visa com maior objetivo uma familiaridade com o problema, através desta abordagem pode-se interrogar de forma direta e bastante flexível o comportamento dos indivíduos ao qual nós propomos a conhecer.

Este estudo exploratório caracterizou-se como de campo, que proporciona ao pesquisador um bom conhecimento sobre o assunto, e caracteriza-se pela capacidade de obter informações ou conhecimento acerca de um problema para o qual se procura respostas, coletando-se informações junto à realidade investigada (Lakatos & Marconi, 2003).

Área de Realização

A pesquisa se desenvolveu em um Instituto de Nefrologia, localizado na cidade de Taubaté, no Vale do Paraíba estado de São Paulo.

População e Amostra

A amostra desta pesquisa foi composta por 20 idosos, que realizam o procedimento de hemodiálise, para a substituição de sua função renal, independente do tempo de tratamento, sexo e condição socioeconômica. O único critério utilizado para montagem da amostra foi ter idade igual ou superior a 60 anos. Foi composta uma amostra por acessibilidade, com as seguintes características: em relação à faixa etária, a amostra contou com participantes entre 60 e 77 anos, com o tempo de tratamento entre 1 mês $\frac{1}{2}$ à 16 anos, sendo 09 homens e 11 mulheres.

Instrumento

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado a escala de qualidade de vida WHOQOL-OLD. O WHOQOL-OLD é um instrumento desenvolvido pelo Projeto WHOQOLOLD, pelo grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde. O grupo desenvolveu e

testou a avaliação da qualidade de vida para pessoas mais velhas. Consiste em 24 itens atribuídos em seis domínios. Para todos os domínios, o escore dos valores possíveis pode variar de 4 a 20, sendo que os escores das seis facetas podem ser combinadas para produzir um escore geral para qualidade de vida em adultos idosos. O instrumento não possui nota de corte e quanto mais alto o escore mais alta a qualidade de vida. Pode se também obter média, sendo que a média máxima a ser obtida é 5,0.

Procedimento de Coleta de Dados

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e da autorização do Instituto de Nefrologia para a realização deste trabalho, teve início a aplicação da escala de qualidade de vida WHOQOL-OLD. O primeiro contato com os pacientes se concretizou através de uma prévia apresentação e esclarecimento sobre a pesquisa e assim solicitando o consentimento para a participação deste trabalho. Aos que concordaram em participar da pesquisa foi entregue uma via perante assinatura o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A aplicação do instrumento foi individual, em única sessão e levou em média 22 minutos.

Procedimento de Análise dos Dados

O questionário do WHOQOL-OLD foi analisado para que pudéssemos identificar o Ranking Médio (RM). Para estabelecer um resultado que se determina a análise utilizou a escala Likert, proposta para correção de 05 pontos que mensura o grau de satisfação dos participantes.

Através deste ranking, ocorreu a verificação quanto à satisfação e insatisfação. As questões avaliadas com pontuações menores de 03 foram consideradas indicação de insatisfação e maiores de 03 como satisfação. O valor exato 03 é considerado como ponto médio de satisfação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos Quadros 1 e 2 apresentamos a média geral da amostra estudada e a média por domínios. No Quadro 3 os dados comparativos de todos os participantes.

WHOQOL-old – Total da população	3,4

Quadro 1- Resultado total da população

WHOQOL-old -old Ranking Médio Final/ Domínios					
Funcionamento Sensório (FS)	Autonomia (AUT)	Ati. Pass. Pré. Fut. (PPF)	Part. Social (PSO)	Morte e Morrer (MEM)	Intimidade (INT)
3,7	2,9	3.3	3.2	3,8	3,3

Quadro 2 Resultados do Woqol-old Ranking Médio Final/Domínios

Dados			Domínios					
Participantes	Idade	Tempo de Tratamento	F.S	AUT	P.P.F	P.SO	MEM	INT
P1	60	1 ano	2,0	2,5	2,5	1,7	4,0	3,0
P2	60	6 ½ anos	4,0	3,5	3,2	2,5	4,2	3,5
P3	60	1 ano	2,7	2,2	3,0	2,5	1,5	3,2
P4	60	6 anos	3,5	2,2	3,2	3,5	3,0	2,2
P5	60	16 anos	4,5	4,0	2,5	3,3	3,7	2,5
P6	62	4 anos e 11 meses	3,0	4,0	3,2	3,0	4,2	3,5
P7	62	7 anos	3,7	1,5	4,0	4,0	3,5	4,0
P8	63	14 anos	5,0	2,2	3,0	2,0	3,7	4,0
P9	64	6 anos	3,7	3,2	3,5	3,0	2,7	3,2
P10	66	6 anos	2,5	1,7	3,2	3,7	4,2	1,7
P11	68	13 anos	4,5	3,0	3,0	3,2	4,2	3,7
P12	68	6 anos	3,7	3,0	3,5	3,5	4,7	4,0
P13	68	4 anos	3,2	3,2	3,7	3,5	3,7	3,2
P14	68	6 meses	4,7	3,7	2,7	3,5	4,0	4,0
P15	72	3 anos	4,5	3,2	4,2	4,0	5,0	3,5
P16	74	1 ½ anos	4,2	3,0	3,2	3,0	3,7	4,0
P17	75	1 ano	3,5	2,5	3,0	3,5	3,5	3,5
P18	75	8 anos	4,0	5,0	4,2	3,0	4,2	2,5
P19	77	1 ano 24 dias	5,0	1,7	3,5	3,7	4,2	3,5
P20	77	10 meses	3,0	3,0	3,7	3,7	4,7	4,2
RM	-	-	3,7	2,9	3,3	3,2	3,8	3,3
Total	3,4							

Quadro 3- Comparativo entre pacientes

Em relação à aplicação do Instrumento WHOQOL-old, obtivemos os resultados dos escores individuais totais apresentados entre 2,5 e 4,0, o que significa que alguns pacientes encontram-se um ponto abaixo da média de satisfação, e outros um ponto acima. Destes identificamos que 04 participantes encontram-se no nível abaixo, 15 participantes na média e 01 com alta satisfação de qualidade de vida.

O resultado total dos participantes proporcionou o valor de 3,4, indicando que a população estudada encontra-se no nível médio de satisfação. A aplicação da escala ocorreu de forma satisfatória atendendo a necessidades dos participantes, que em alguns casos tiveram dificuldade de entendimento devido à idade avançada e pouco conhecimento e não alfabetização.

A escala WHOQOL-old proporcionou o resultado por domínios. Fazendo uma comparação dos domínios podemos concluir qual o mais afetado ou beneficiado quando se trata de qualidade de vida dos idosos. O domínio Morte e Morrer apresentou-se acima da média, com o valor 3,8. Isso indica que mesmo diante da morte, a maioria da população estudada não a teme, sendo este um fator favorável e que contribui para a qualidade de vida.

O domínio abaixo da média foi Autonomia, com o valor de 2,9. Isso representa que a população estudada não está satisfeita com seus direitos e sua vontade não está sendo respeitada. Sentem necessidade de produzir suas atividades corriqueiras da maneira que atinjam a satisfação.

Comparando esses dados entre si, observamos que os pacientes com menos tempo de tratamento apresentam dados que se aproximam dos pacientes que estão há mais tempo em tratamento. Dessa forma podemos interpretar que a maneira como o indivíduo aceita essa nova condição de vida e se adapta a ela influencia sua qualidade de vida de forma positiva. Em relação à idade, observa-se que pacientes mais novos, almejam a cura e se adaptam com mais facilidade, sem se entregar à dependência como os de mais idade, que mantém o ritmo sem perspectiva de cura.

Observando esses dois critérios, podemos constatar que os pacientes com mais idade e menos tempo de tratamento apresentaram escores acima da média no requisito intimidade. Já os pacientes com idade inferior e um maior tempo de tratamento apresentaram um nível acima da média no requisito funcionamento sensório.

A seguir faremos a comparação dos resultados obtidos na presente pesquisa com pesquisa de Teixeira et al. (2010) sobre idosos com sintomas de zumbidos. Analisando estes dados com os resultados da qualidade de vida da população idosa com sintomas de zumbido, podemos observar que atingimos os mesmos resultados nestes domínios, sendo Morte e morrer com o valor de 3,8. O classificado como abaixo da média foi o de Atividades passadas, presentes e futuras com o valor de 2,3, indicando a falta de expectativas para realizar as atividades e vontade de buscar novas alternativas de lazer. No quadro dos idosos que realizam

hemodiálise esse critério obteve um resultado acima da média (3,3) mostrando que mesmo realizando os procedimentos dialíticos em media 3 vezes por semana, ainda buscam realizar e planejar atividades diante de seus limites.

Obtivemos os mesmos resultados para os domínios sobre autonomia (2,9), indicando como os idosos sentem dificuldades de realizar e tomar decisões por si próprias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a análise do contexto abordado, vimos a qualidade de vida dos idosos portadores de Insuficiência Renal Crônica, que realizam o procedimento de hemodiálise como meio de sobrevivência.

As doenças renais crônicas consistem na perda parcial ou total das funções renais, desta forma a hemodiálise torna-se indispensável, pois realiza a função dos rins, que debilita em vários fatores a rotina diária de seus dependentes, fatores estes, importantes para se preservar uma qualidade de vida considerável como o psíquico, social, autonomia e relações parentais.

Pode-se observar que conforme os pacientes se socializam com os procedimentos e coordenam suas atividades com o procedimento dialítico apresentam um índice considerável de qualidade de vida. Pode-se analisar a importância que se faz ao idoso poder tomar suas próprias decisões, prevalecendo sua autonomia.

Através desta pesquisa podem-se observar as principais características que propiciam um nível de qualidade de vida sem prejuízos aos idosos, como o funcionamento sensorio. Poucos participantes citaram o funcionamento sensorio debilitado. A autonomia apareceu presente em todos os participantes como ponto negativo e de alto valor para a qualidade de vida. As atividades presentes, passadas e futuras teve divergências entre os participantes para o termo futuro, sendo que as expectativas e planos não ocorrem, vivendo assim dia após dia. A participação social foi o domínio em que a maioria citou ter deixado de lado por ter o compromisso de realizar o procedimento de hemodiálise em dias alternados, restringindo algumas atividades. A morte e morrer foi mencionada como algo não pensado e não temido. Alguns, devido à situação, relatam manter a intimidade com certos cuidados. A maioria disse que não a mantém devido à idade e não pela doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baron, M. *Transplante: Doar e receber*. Recuperado em 15 de agosto, 2011, de <<http://www.hse.rj.saude.gov.br/revista/transp.html>>.
- Barros, E. (1999). *Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento*. (2a ed.). Porto alegre: Artmed.
- Bertan, F. C. & Castro, E. K. (2009). *Qualidade de vida e câncer: revisão sistemática de artigos brasileiros*. Recuperado em 24 de outubro, 2011, de <<http://132.248.9.1:8991/hevila/Revistapsico/2009/vol40/no3/12.pdf>>.
- Ministerio da saúde- SAUDE, Conselho Nacional. Decreto nº 93933 de 14 de janeiro de 1987. Recuperado em: 26 out. 2010 de <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>>
- Camon, A. & Augusto, V. (1995). *Doente, a psicologia e o hospital*. (3a ed.). São Paulo: Pioneira.
- Camon, A. (2003). *E a psicologia entrou no hospital*. São Paulo: Pioneira.
- Campos, T. C. P. (1995). *Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU.
- Fleck, M. P. A. *O instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial de saúde whoqol-old*. Recuperado em 23 de abril de 2010, de <<http://www.ufrgs.br/psiq/WHOQOL-OLD%20Manual%20Portugues.pdf>>.
- Gil, A.C. (1996). *Métodos e técnicas de pesquisa*. (4a ed.). São Paulo: Atlas.
- Helito, A.S. & Kauffman, P. (2006). *Saúde entendendo as doenças a enciclopédia medica da família*. São Paulo: Nobel.
- Marconi, M.A., & Lakatos, E. M. (2003). *Técnicas de pesquisa: planejamentos e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. (2a ed.). São Paulo: Atlas.
- Machado, L. R. C.; Car, M. R. (2003) A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica: entre o inevitável e o casual. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v.37(3), Sept.
- Meleti, M, R. (2002). *O paciente em hemodiálise- livro a psicologia no hospital*, São Paulo: Pioneira Thomson.



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



Teixeira, A. R. et al. (2010). Análise da qualidade de vida de idosos com sintomas de zumbido.

Arq. Int. Otorrinolaringol, São Paulo, 14 (1), p. 54-59, jan/fev/mar. 2010. Recuperado em:

13 jun 2011 de <http://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/pdfForl/14-01-07.pdf>

Vecchia, R. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. (2005) *Rev.*

Bras.epidemiol, São Paulo, 8 (3), p. 246- 252, Sept. 2005.

EDUCAÇÃO INFANTIL – ESPAÇO DE SAÚDE E EDUCAÇÃO

Elisete Gomes Natário (Universidade de Taubaté e Universidade Metropolitana de Santos)

Maira Viana de Lima Silva (Universidade de Taubaté)

RESUMO

A família e a escola emergem como duas instituições fundamentais para desencadear os processos evolutivos das pessoas, atuando como propulsoras ou inibidores do seu crescimento físico, intelectual e social. A educação infantil tem como foco a integração da saúde e a educação. Para tanto a família e escola têm que ser parceiras. O objetivo geral deste estudo foi investigar a importância do acompanhamento dos pais na educação infantil, na opinião das educadoras de uma instituição infantil pública da cidade de Taubaté – SP. Os objetivos específicos foram: investigar as sugestões das educadoras da escola pública em como favorecer o acompanhamento dos pais na educação infantil dos filhos e levantar as atividades que os pais mais participam na educação infantil, segundo a opinião das educadoras. Participaram todas as educadoras (n=6) de uma instituição infantil pública que responderam, individualmente, a um questionário semi-aberto no próprio local de trabalho. Os resultados mostraram que todas as educadoras consideram importante o acompanhamento dos pais devido ser: auxiliar no desenvolvimento cognitivo e emocional (40%), os pais serem os responsáveis pela educação (10%), início do letramento (10%). Em relação às sugestões de como facilitar o acompanhamento dos pais na vida escolar de seus filhos, as respostas foram: horários flexíveis agendados para entrevistas, reuniões (50%), promover mensagens, lembretes ressaltando a importância do comparecimento dos pais (37,05%), e que não há sugestão (12,5%). Com relação às atividades que os pais mais participam foram: festa junina (50%), tarefas (33,33%), festas de fim de ano, dias dos pais ou mães (16,66%). Verificou-se que somente a metade dos participantes sugeriu de atividades que proporcionam interação, troca de ideias, entre elas reuniões de pais, entrevistas – espaços estes importantes para integrar o cuidar e o educar, ou seja, a saúde e a educação. E, também, não ocorreu sugestões de como mostrar aos pais a importância da agenda como meio de comunicação com a escola, a acompanhamento das atividades em casa. Cabe ressaltar a importância de se

investigar as dificuldades que os pais para acompanhar a vida escolar dos filhos do ponto de vista dos pais e educadores. Estes pontos refletem o quanto à educação e a saúde não podem ser projeto apenas de uma instituição, mas sim social, em que os responsáveis possam ter condições e amparo legal para acompanhar o desenvolvimento e aprendizagem escolar dos filhos. E a escola, por sua vez, deve investir no acompanhamento dos pais mostrando e viabilizando os meios de interação entre a escola e a família para uma parceria em prol do desenvolvimento infantil.

Palavras-chave: Saúde. Educação. Parceria Família-escola.

Eixo temático: Educação. Saúde. Políticas Públicas.

A criança tem direito de viver experiências prazerosas nas instituições, o respeito à dignidade e aos direitos da criança, como brincar, ter acesso aos bens socioculturais, atendimento aos cuidados essenciais associados à sobrevivência e ao desenvolvimento.

A educação deve capacitar as crianças a terem confiança em si própria e a sentirem-se aceitas, ouvidas, cuidadas e amadas oferecendo segurança para a formação pessoal e social (Brasil, 1998).

As instituições de educação infantil devem propiciar um ambiente no qual as crianças se sintam protegidas e acolhidas, para que possa se desenvolver ampliando o conhecimento acerca de si mesmas e do meio na qual estão inseridas. Este ambiente de desenvolvimento e acolhimento deve ser desenvolvido em parceria com as famílias, pois são as famílias que melhor compreendem as necessidades físicas e emocionais de seus filhos.

Neste sentido é importante que os educadores tenham o envolvimento dos pais neste processo, pois a escola é a referência da vida extra familiar da criança. É na escola que a criança terá a oportunidade de praticar o que aprendeu em casa com a família e de desenvolver habilidades para lidar com novas situações, nesta fase ela só encontrará esse ambiente favorável de desenvolvimento dentro da escola e na família.

Polônia e Dessen (2005, p. 304) afirmam que “a família e a escola emergem como duas instituições fundamentais para desencadear os processos evolutivos das pessoas, atuando como propulsoras ou inibidores do seu crescimento físico, intelectual e social”. Ambas devem

dividir e partilhar suas responsabilidades no que diz respeito à educação e a socialização das crianças (Bhering & Nez, 2002).

No Brasil, como lembra Faria Filho (2000) tem crescido o número de pesquisas para entender a relação família-escola, no entanto existem poucas pesquisas sobre a relação família-escola na educação infantil e como os pais acompanham a vida escolar de seus filhos.

A família e a escola são parceiras concomitantes no desenvolvimento da criança não tendo uma mais responsabilidade que a outra, mesmo que os espaços físicos sejam diferentes para o mesmo objetivo o desenvolvimento físico, intelectual e social da criança.

Segundo Gaspar (2004, p. 87), “muitos educadores consideram as relações com os pais um dos aspectos mais difíceis do seu trabalho; os educadores de infância fazem geralmente julgamentos negativos sobre as competências dos pais.” No entanto, os professores muitas vezes desconsideram que os pais, independente de sua classe social, possuem conhecimentos, cultura, acesso a TV, revistas e outros meios de promover cultura e informação para seus filhos. Não há dúvida que os pais podem se tornar envolvidos com a vida escolar dos seus filhos, independentes de seu nível sócio-econômico e cultural.

Este estudo refere-se ao acompanhamento dos pais na vida escolar das crianças como comparecimento em datas comemorativas, em reuniões escolares, acompanhamento de tarefas e da agenda escolar, dentre outras ações.

O objetivo geral deste estudo foi investigar a importância do acompanhamento dos pais na educação infantil, na opinião das educadoras de uma instituição infantil pública da cidade de Taubaté – SP. Os objetivos específicos foram: investigar as sugestões das educadoras da escola pública em como favorecer o acompanhamento dos pais na educação infantil dos filhos e levantar as atividades que os pais mais participam na educação infantil, segundo a opinião das educadoras.

MÉTODO

Participaram seis professoras de uma escola de educação infantil pública da região do centro da cidade de Taubaté – SP. Todas trabalhavam com crianças de três a cinco anos de idade. A escolha da instituição foi feita por acessibilidade.

O Instrumento utilizado foi o questionário semi-aberto elaborado com base na literatura.

Procedimento de coleta de dados

A fase de coleta de dados foi iniciada após aprovação do projetos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade (CEP/UNITAU nº.557/11). Para acessar os participantes, inicialmente a pesquisadora dirigiu-se às gestoras da escola, explicando o objetivo deste estudo e pedindo a autorização para sua realização por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido à Instituição. Após esta autorização, em uma reunião de HTPC – Hora de Trabalho Pedagógico Coletivo foi explicado aos professores o objetivo da investigação e para quem tivesse disponibilidade para participar da pesquisa, para ler e responder o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes e em seguida foi realizada a aplicação do questionário individual.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A opinião das educadoras da escola pública no que se refere à importância do acompanhamento dos pais na educação infantil foram: desenvolvimento cognitivo e emocional (40%), os pais são os responsáveis pela educação (10%), início do letramento (10%), como mostra a Tabela 1. Estas respostas contemplam as ideias de Carvalho (2000), quando diz que o sucesso escolar depende do apoio e do investimento que as famílias fazem nos seus filhos, apoiando tanto nas dificuldades pessoais quanto nas dificuldades escolares.

Tabela 1 - A importância do acompanhamento dos pais na vida escolar dos filhos na educação infantil na opinião das educadoras

Respostas	Frequência*	Porcentagem
Desenvolvimento cognitivo e emocional	4	40%
Os pais são responsáveis pela educação	1	10%
Início do letramento	1	10%
Resposta indefinida (<i>É necessário que tenha essa troca, Comentários dos pais sobre a escola</i>)	2	20%
Resposta ampla (<i>É o começo de tudo, É a base</i>)	2	20%
TOTAL SIM	10	100%

* Cada participante poderia dar mais de uma resposta.

Verifica-se que as respostas concentram-se no desenvolvimento da criança, a diferença é que as educadoras da escola pública foram mais específicas no tipo de desenvolvimento – cognitivo e emocional. O que está de acordo com a proposta da educação infantil em que a



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



escola deve proporcionar um ambiente que possibilite o desenvolvimento físico, intelectual e social da criança (Brasil, 1998).

As opiniões das educadoras da escola pública em relação às sugestões de como facilitar o acompanhamento dos pais na vida escolar de seus filhos, com relação às reuniões escolares foram: horários flexíveis agendados (50% das respostas), promover mensagens, lembretes ressaltando a importância do comparecimento (37,05% das respostas), e uma resposta foi que não há sugestão devido o horário já foi mudado (12,5%), conforme demonstra a Tabela 2. Conforme diz Bhering; Nez (2002), a forma tradicional, reuniões e eventos continuam sendo a maneira mais utilizada nas escolas brasileiras para envolvimento dos pais. Sendo as reuniões uma das principais portas que a escola tem aberta para a participação dos pais, é importante que as mesmas aconteçam em horários que os pais possam participar.

Tabela 2 - Sugestões das educadoras da escola pública em como favorecer o acompanhamento dos pais na educação infantil dos filhos, segundo a opinião das mesmas

Respostas	Frequência*	Porcentagem
REUNIÕES ESCOLARES:		
Horários flexíveis, agendados	4	50%
Promovendo mensagens, lembretes ressaltando a importância do comparecimento	3	37,5%
Não há, o horário já foi mudado	1	12,5%
TOTAL	8	100%
ACOMPANHAMENTO DA AGENDA:		
Mandar recados diários, avisá-los, ensinando-os a criar o hábito de conferir a agenda	4	57,14%
Não há o que fazer, é sinal de desinteresse	2	28,57%
Mostrar aos pais a importância da agenda	1	14,28%
TOTAL	7	100%
DATAS COMEMORATIVAS:		
Mostrar aos pais que ao vir ele valoriza seu filho, e que a criança se frustra quando ele não vem	4	50%
Enviar convite, pedir que compareça	2	25%
Procurar encaixar essas datas no horário dos pais	1	12,5%
Não sei o que fazer	1	12,5%
TOTAL	8	100%
ACOMPANHAMENTO DAS ATIVIDADES EM CASA:		
Explicar a importância do auxílio dos pais, e ensina-los a criar um ambiente agradável	2	33,33%
Demonstrar mais interesse nas tarefas, pois ajuda a promover o letramento	2	33,33%
Dar tempo para que seja entregue	1	16,66%
Não manda, pois são do integral	1	16,66%
TOTAL	6	100%
OUTRAS:		
Mais reuniões	1	25%
Ter os pais mais presentes	1	25%
Enviar textos informativos, relacionado à faixa etária da criança	1	25%
Pensar em qualidade, e não em quantidade de tempo em relação aos filhos	1	25%
TOTAL	4	100%

* Cada participante poderia dar mais de uma resposta.

31 de julho a 2 de agosto de 2014

Departamento de Psicologia – Universidade de Taubaté
Taubaté/SP

367

No item acompanhamento da agenda, as opiniões das educadoras em relação às sugestões para facilitar o acompanhamento dos pais na educação infantil foram mais da metade das respostas (57,14%) - a escola mandar recados diários aos pais e avisá-los, ensinando-os a criar o hábito de conferir a agenda, 28,57% das respostas afirmam que não há o que fazer e 14, 28% alegam que a escola deve mostrar aos pais a importância da agenda, conforme demonstra a Tabela 2. Segundo Cavalcante (1998), Bhering e Blatchford (1999), a agenda é um meio de comunicação com os pais, o que é importante ressaltar é que este sistema de comunicação deve ser claro, pois, é ela que estará sempre no centro de qualquer negociação.

No item datas comemorativas, metade das respostas das educadoras (50%) optou por mostrar aos pais que ao vir ele valoriza seu filho, e que a criança se frustra quando ele não vem, (25%) enviar convite pedindo que compareçam, (12,5%) procurar encaixar essas datas no horário dos pais, (12,5%) não sabem o que fazer, conforme demonstra a Tabela 2. Estas ideias vão de encontro com os resultados das pesquisas de Freitas, Maimoni e Siqueira (1994) e de Maimoni e Miranda (1999 apud Maimoni & Bortone 2001, p. 38), que definiram que um pai envolvido é aquele que participa das atividades associadas à vida escolar do filho. Já para Steinberg, Dornbush e Darlyng (1992 Maimoni & Bartone, 2001, p.38), um pai envolvido é aquele que participa da programação da escola, assiste às atividades esportivas e extracurriculares do filho.

No item acompanhamento das atividades em casa, (33,33%) das respostas focaram em explicar a importância do auxílio dos pais e ensiná-los a criar um ambiente agradável, (33,33%) demonstrar mais interesse nas tarefas, pois ajuda a promover o letramento, (16,66%) dar mais tempo para que sejam entregues e uma educadora afirmou que não manda, pois os alunos são do integral, conforme demonstra a Tabela 2.

Estas sugestões são pertinentes e vão ao encontro de Freitas, Mainomi e Siqueira (1994) e de Mainomi e Miranda (1999 apud Maimoni & Bartone, 2001), Steinberg, Dornbush e Darlyng (1992 apud Maimoni & Bartone, 2001), quando afirmam considerar que um pai envolvido seja aquele que auxilia nas tarefas de casa quando é solicitado, acompanha tarefas e trabalhos escolares, verifica cadernos com as lições da escola, verifica se o filho fez as tarefas, estabelece horários de estudo, informa-se sobre matéria e provas, entre outras.

No item outras sugestões às educadoras se dividiram proporcionalmente iguais (25% das respostas) em quatro itens, sendo eles: mais reuniões, ter os pais mais presentes, enviar textos

informativos relacionados à faixa etária da criança, pensar em qualidade e não em quantidade de tempo em relação aos filhos, conforme mostra Tabela 2. Estas sugestões corroboram com as ideias de Bhering e Nez (2002), quando afirmam que a forma tradicional, reuniões e eventos continuam sendo a forma mais utilizada nas escolas brasileiras para envolvimento dos pais.

As respostas das educadoras da escola pública com relação às atividades que os pais mais participam foram: festa junina (50%), tarefas (33,33%), festas (16,66%), conforme Tabela 3. Entretanto se juntarmos as respostas festa junina com festas, teremos a soma de mais da metade do número de respostas, confirmando o que dissera Bhering e Nez (2002), que a forma tradicional, reuniões e eventos continuam sendo a forma mais utilizada nas escolas brasileiras para envolvimento dos pais.

Tabela 3 - Atividades que os pais mais participam na educação infantil, segundo a opinião das educadoras

Respostas	Frequência*	Porcentagem
Festa Junina	3	50%
Tarefas	2	33,33%
Festas	1	16,66%
TOTAL	6	100%

* Cada participante poderia dar mais de uma resposta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se que na opinião das educadoras é importante os pais acompanharem a vida escolar dos filhos na educação infantil, por ser a forma de acompanharem o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança. No entanto, a atividade que os pais mais participam, segundo as educadoras é a festa junina.

As sugestões das educadoras em relação às ações que a escola possa promover para facilitar o acompanhamento das crianças foram: ter horários flexíveis para atendimento dos responsáveis, mostrar aos pais a importância da agenda, com relação às datas comemorativas: relatar aos pais a importância que a presença deles tem para os filhos, em relação as atividades em casa: enfatizar aos pais a necessidade que eles estejam auxiliando as crianças também nestas atividades.

É importante refletir que a relação família-escola é mais do que a participação em atividades da escola, deve ser um relacionamento em espiral, engrenado entre educadores e

pais - a família e a escola passam a ser complementares e não mais distintas - trabalhando juntos com o objetivo comum de cuidar e educar a criança.

Para concluirmos gostaríamos de ressaltar que a escola faz parte da vida cotidiana de cada família. Todavia é sabido que existe uma deficiência na comunicação entre família e escola, uma melhor definição de seus papéis e importância no desenvolvimento integral da criança. Pois tanto a família quanto a escola têm papéis fundamentais na vida da criança é possível e imprescindível que haja essa interação de forma harmônica, pois família e escola devem andar juntas, sendo ambas fundamentais para o desenvolvimento da criança.

REFERÊNCIAS

- Bhering, E. & Siraj-Blatchford, I. (1999). A relação escola-pais: um modelo de trocas e colaboração. *Cadernos de Pesquisa*, 106, 191-216.
- Bhering, E. & Nez, T. B. (2002). Envolvimento de pais em creche: possibilidades e dificuldade de parceria. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18 (1), 63-73.
- Brasil. Ministério da Educação e do Desporto (1998). Secretaria de Educação Fundamental. *Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil* / Ministério da Educação e do Desporto, Secretaria de Educação Fundamental. — Brasília: MEC/SEF.
- Faria Filho, L. M. (2000). Para entender a relação escola-família uma contribuição da história da educação. *São Paulo em Perspectiva*, 14 (2), 44-50.
- Gaspar, M. F. R. F. (2004). *Projeto mais-pais factores socioculturais e interpessoais do desenvolvimento numérico de crianças em idade pré-escolar: o nome dos números e o envolvimento dos pais*. Fundação Calouste Gulbenkian Fundação para a Ciência e a Tecnologia. Ministério da Ciência e do Ensino Superior.
- Maimoni, E.H. & Bortone, M. E. (2001). Colaboração família-escola em um procedimento de leitura para alunos de séries iniciais. *Psicologia Escolar e Educacional*, 5(1), 37-48.
- Maimoni, E. H. & Miranda, A.A.B. (1999). Uma proposta de avaliação do envolvimento dos pais na vida escolar dos filhos. *Anais do IV Mostra de Ciências Humanas e Artes (CD-room)* Viçosa, MG.
- Polonia, A.C. & Dessen. M.A. (2005). Em busca de uma compreensão das relações família e escola. *Psicologia Escolar e Educacional*, 9 (2), 303-312.



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



Steinberg, L., Lamborn, S.D.; Dornbush, S.M. & Darling, N. (1992). Impact of parenting practices on adolescent achievement: authoritative parenting, school involvement, and encouragement to succeed. *Child Development*, 63, 1266-1281.

ELEMENTOS PSICODINÂMICOS DA AUTOPERCEPÇÃO DE ADOLESCENTES COM OBESIDADE E SOBREPESO POR MEIO DO DESENHO DA FIGURA HUMANA¹¹

Vanesca Bueno Yokota (Universidade de Taubaté)

Paulo Francisco de Castro (Universidade de Taubaté e Universidade Guarulhos)

RESUMO

O presente trabalho busca analisar os aspectos psicodinâmicos relacionados à autopercepção observados em adolescentes com obesidade e sobrepeso, a partir das respostas dadas no inquérito do Desenho da Figura Humana. A obesidade é considerada uma epidemia mundial, e o Brasil apresenta um aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade. Na fase da adolescência ocorre o luto pelo corpo de criança e, devido a essas mudanças corporais, ocorrem mudanças psicológicas e uma nova relação com o mundo. Essa transformação corporal traz para o adolescente uma mudança na identidade, para que seja possível adaptar-se ao mundo com essa nova imagem de corpo. Essas mudanças quando associadas ao excesso de peso, trazem consequências para a imagem corporal do adolescente. Os seres humanos estabelecem uma relação entre corpo e as representações internas das vivências psíquicas, que resultam em sua imagem corporal, que está em movimento constante. Participaram do estudo doze adolescentes, com idade entre 11 a 17 anos, com o diagnóstico de obesidade ou sobrepeso de qualquer tipo, não foram consideradas outras variáveis por não estarem diretamente relacionadas ao foco da pesquisa. Todos foram submetidos à aplicação inicial do Desenho da Figura Humana - DFH e participaram de dez sessões de oficinas expressivas com foco de trabalho sobre a autopercepção, após os atendimentos, o DFH foi reaplicado. Os dados obtidos no inquérito das duas aplicações foram comparados, indicando, em síntese os seguintes resultados: Redução de movimento, que pode estar associado a melhor elaboração interna dos conteúdos psicológicos. Idade superior à do adolescente, revelando desejo de crescimento e amadurecimento. Convívio com pai e mãe, relação próxima com figuras parentais, principalmente aproximação da figura materna, revelando certa dependência e valoração positiva da mãe nas relações familiares. Busca de uma profissão,

¹¹ **Apoio:** PIC/Unitau - Programa de Iniciação Científica da Universidade de Taubaté.

indicando necessidade de identificação profissional e definição vocacional. Atribuição de inteligência, força e saúde ao personagem desenhado, indicando autoavaliação positiva. Redução de ênfase nos cabelos, o que pode representar certa tendência à organização de conteúdos sexuais. Valorização do corpo e da autoimagem dos desenhos e deles próprios. Diante dos resultados expressos, observou-se que a participação das oficinas expressivas contribuiu positivamente para que os adolescentes com obesidade e sobrepeso pudessem desenvolver algumas estratégias para articulação de seus conteúdos psicológicos. Além disso, a maior parte dos dados interpretativos dos adolescentes corresponde às características esperadas para esse momento do desenvolvimento psicológico, típicos da fase de transição que atravessam. Pela importância do tema, estudos mais amplos são necessários para que se possa traçar direções e estratégias para o cuidado psicológico dos adolescentes com quadros de elevação de peso.

Palavras-chave: Avaliação Psicológica. Obesidade Infantil. Desenho da Figura Humana.

Eixo Temático: Estratégias de diagnóstico aplicadas à Psicologia da Saúde.

INTRODUÇÃO

Informações colhidas por meio de pesquisa realizada por inquérito telefônico que monitora os fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis, são organizadas pela VIGITEL. Os dados são divulgados no site do Ministério da Saúde, com periodicidade anual. A conclusão dos dados de 2011, afirma que a situação atual de homens e mulheres com sobrepeso e obesidade nas capitais, encontra-se em uma situação preocupante (Brasil, 2011).

Serrano, Vasconcelos, Silva, Cerqueira e Pontes (2010) fazem uma relação entre obesidade e problemas emocionais em adolescentes, e afirmam que a insatisfação corporal e baixa autoestima decorrentes do excesso de peso podem levar à ansiedade, depressão, compulsão e bulimia.

Segundo Stenzel (2002), as preocupações relacionadas ao engordar são características dos adolescentes, independente de apresentarem ou não problemas de peso. Isso ocorre devido à representação social negativa criada ou reproduzida pelo adolescente, como a

exclusão social, o individualismo, as assimetrias nas relações, entre outros. O relacionamento social do adolescente está baseado na relação inclusão/exclusão e, de acordo com esses critérios, a condição corporal magreza/obesidade passa a ter a função inclusão/exclusão nesse meio social, passando a definir papéis, a impor limites, e até mesmo a revelar capacidade ou incapacidade.

OBJETIVO

Analisar os aspectos psicodinâmicos sobre a autopercepção observados em um grupo de adolescentes com obesidade e sobrepeso, por meio das respostas expressas no inquérito do Desenho da Figura Humana.

MÉTODO

A pesquisa foi realizada com doze adolescentes, com idade entre 11 a 17 anos, com o diagnóstico de obesidade ou sobrepeso de qualquer tipo, confirmado por médicos e nutricionistas. Não foi considerado critério de exclusão o nível socioeconômico, escolaridade ou sexo dos participantes. Não participaram da amostra adolescentes portadores de deficiência mental e/ou física.

Para a realização do presente trabalho foi utilizado o Desenho da Figura Humana (DFH), segundo o sistema de correção e interpretação proposto por Machover (1978). O desenho da figura humana pode ser utilizado em diagnósticos psicológicos com o objetivo de determinar o nível intelectual do sujeito, ou com o objetivo de estabelecer a relação do sujeito com o próprio corpo. No caso de investigação da personalidade, é um teste projetivo que se refere simbolicamente a um conteúdo consciente ou inconsciente do EU (Paín, 1992).

De acordo com Hutz e Bandeira (2000), Karen Machover forneceu, a partir de uma série de observações clínicas, os resultados de caráter projetivo da representação gráfica da figura humana desenhadas por crianças e adultos que apresentavam problemas psicológicos.

Van Kolck (1984), afirma que, de forma geral, o grafismo pode ser usado como forma de comunicação, funcionando como expressão do desenvolvimento geral. Segundo a autora, além do desenho possuir um valor terapêutico, possui um lugar de destaque no diagnóstico psicológico, e mostra-se como um instrumento importante, sendo empregado para avaliar



desenvolvimento mental e aptidões específicas. Os aspectos projetivos do desenho possibilitam-nos identificar os componentes mais profundos e inconscientes porque seu conteúdo simbólico é menos reconhecido pelo sujeito.

O desenho permite verificarmos aspectos como a adaptação, expressão, projeção e introjeção, relacionados ao indivíduo. De acordo com a autora, o ângulo adaptativo demonstra se o sujeito se apresenta adequado à tarefa proposta, o ângulo expressivo é demonstrado através da forma do desenho, o projetivo pode ser verificado através da atribuição de qualidades às situações e objetos, expresso no conteúdo e no modo como o sujeito trata o tema proposto (Van Kolck, 1984).

Em relação ao adolescente, a autora, afirma que o desenho assume um aspecto “secreto”, sendo comum esconder do adulto sua produção gráfica. A autora explica que os desenhos possuem características diferentes e afirma que as produções gráficas realizadas durante um exame psicológico podem ser agrupadas em quatro grandes conjuntos, distribuídos entre dois extremos, sendo o das situações muito estruturadas e as que apresentam uma estrutura mínima.

Machover (1978), afirma que sujeitos jovens e em desenvolvimento tendem a variar as projeções dos desenhos de acordo com a mudanças ocorridas em sua personalidade. A autora explica que o indivíduo ao desenhar expõe conteúdos a seu respeito, e esse aspecto expressivo mostra onde está o conflito, essa informação é passada por meio da distribuição de energia gráfica, indicado pelas omissões, rasuras ou sombreados, distúrbio de linha, perspectiva e deve ser interpretado de acordo com a parte do corpo que foi desenhada. Em relação aos adolescentes, a autora explica que sua personalidade infantil cristalizada experimenta muita reorganização, e a oscilação de muitas personalidades que se espera, manifesta-se numa variação de projeções do desenho.

Ao analisar um desenho, pode-se considerar os seus aspectos gerais, seus aspectos estruturais ou formais e também analisar seu conteúdo. Em toda interpretação de desenhos existe um princípio básico de representação, sendo o indivíduo representado pelo desenho e o ambiente representado pela folha de papel (Van Kolck, 1984).

Segundo Vagostello e Tardivo (2008, p. 524) “a representação da figura humana, nas técnicas projetivas, é considerada uma expressão da autopercepção, a representação direta e imediata do indivíduo e dos aspectos mais conscientes da sua personalidade, reconhecidos a partir da própria imagem corporal.”

Os testes foram aplicados duas vezes: a primeira aplicação ocorreu no momento inicial da coleta de dados, antes de qualquer procedimento a ser aplicado. Após a avaliação inicial, os adolescentes participaram de dez sessões de oficinas expressivas, com foco no trabalho e vivências relacionadas à autopercepção, por meio de desenhos, atividades em argila e vivências sobre o tema, após as dez sessões o DFH foi reaplicado para verificação de possíveis mudanças.

RESULTADOS

Foram destacadas as respostas emitidas diante do inquérito da aplicação do Desenho da Figura Humana, a partir da proposta de Machover, analisando-se os aspectos psicodinâmicos apresentados pelos participantes nas duas aplicações, com vistas à verificação de mudanças decorrentes das oficinas expressivas. Os resultados obtidos são expressos a seguir:

Tabela 1. Presença de movimento

Presença	1ª aplicação	2ª aplicação
Movimento	9	5
Sem movimento	3	7

Observando-se a Tabela 1, verifica-se que na primeira aplicação do instrumento, nove sujeitos responderam no inquérito do DFH que a pessoa do desenho estava realizando uma tarefa que necessitava de movimento, enquanto na segunda aplicação, apenas cinco sujeitos responderam dessa forma. Essa diminuição na frequência da resposta de movimento pode estar relacionada com a elaboração interna e articulação dos conteúdos.

Constata-se também que na primeira aplicação três indivíduos responderam que a pessoa do desenho não precisava de movimento para a realização de uma tarefa. Já na segunda aplicação, sete colaboradores responderam desta maneira.

Tabela 2. Idade da figura desenhada

Idade	1ª aplicação	2ª aplicação
Mais velha que o sujeito	7	9
Mais nova que o sujeito	2	1
Mesma idade que o sujeito	3	2

Na Tabela 2, nota-se que na primeira aplicação, sete participantes afirmam que a idade da pessoa do desenho é superior a deles, enquanto na segunda aplicação, nove sujeitos



alegam este fato, segundo Van Kolck (1984, p.22) pode-se interpretar como “índice de desejos, desejo de crescer, identificação estreita com as figuras paterna e materna, papel influente de pai ou mãe dominantes”. Na primeira aplicação, três sujeitos apresentaram em seu tema a figura mais jovem, que pode ser interpretado como uma fixação emocional ou alguma forma de reagir a uma situação presente que leva o indivíduo a pensar em situações mais felizes, anteriores em sua vida. Três sujeitos na primeira aplicação e quatro sujeitos na segunda aplicação tiveram seu tema classificado como figura de idade aproximada, e não há o que interpretar.

Tabela 3. Aspectos relacionais observados nos desenhos

Convivência	1ª aplicação	2ª aplicação
Mora sozinho (a)	3	2
Mora com os pais (ou família)	8	9
Mora com outros	1	1
Sozinha	2	2
Com outras pessoas	8	8
Às vezes sozinho (a), às vezes com outras pessoas	2	2

Observa-se na Tabela 3, que oito sujeitos na primeira aplicação e nove sujeitos na segunda aplicação, responderam que a pessoa do desenho mora com os pais ou com a família, o que demonstra dependência afetiva do núcleo familiar, fato que pode ser explicado pela idade dos participantes, por serem adolescentes. Para a questão, preferem estar sozinha ou com outras pessoas, oito sujeitos na primeira aplicação e oito sujeitos na segunda aplicação do instrumento, responderam que a pessoa do desenho prefere estar com outras pessoas. Para Klajner (2005, p.37), “a partir da superproteção, estabelece-se a “dependência afetiva” através da qual os jovens passam a depender eterna e progressivamente da superoferta perene de terceiros para serem felizes porque nunca chegam a adquirir “competência” suficiente para se suprirem por meio de suas próprias iniciativas.”

Tabela 4. Ligação emocional

Ligação	1ª aplicação	2ª aplicação
Pai	1	2
Mãe	8	8
Aos dois	2	1
Nenhum deles	1	1

No Tabela 4, observa-se que oito sujeitos na primeira aplicação e oito sujeitos na segunda aplicação, responderam que estão mais ligados à figura materna, representando a

importância dessa figura na articulação dos relacionamentos dos adolescentes, fato que também pode estar associado à idade dos participantes do estudo.

Tabela 5. Atividade e produtividade

Atividade e Produtividade	1ª aplicação	2ª aplicação
Trabalha	3	5
Não trabalha	9	7

A Tabela 5 apresenta as respostas sobre o trabalho da pessoa do desenho, observa-se que três sujeitos, na primeira aplicação, indicaram que a pessoa do desenho trabalha, enquanto cinco sujeitos na segunda aplicação apresentaram essa resposta. Esse aumento na frequência da resposta indica identificação pessoal.

Ainda, nove sujeitos na primeira aplicação afirmaram que a pessoa do desenho não trabalha, ao passo que na segunda aplicação, sete sujeitos fizeram tal afirmação.

Tabela 6. Expectativas apresentadas

Expectativas	1ª aplicação	2ª aplicação
Pretende ter uma profissão	8	8
Já é o que gostaria de ser	1	3
Sentimentos (livre, feliz)	3	1

A Tabela 6 apresenta as respostas sobre o trabalho da pessoa do desenho, observa-se que oito sujeitos na primeira aplicação indicou que a pessoa do desenho quer ter uma profissão, do mesmo modo, oito sujeitos na segunda aplicação apresentaram essa resposta. Esse item demonstra a projeção profissional dos adolescentes. Segundo Bohoslavsky (1987, p. 58) “as ocupações que fazem parte do espaço psicológico da pessoa é sempre um “eu queria ser como fulano, que possui estas ou aquelas virtudes e que estabeleceu esta ou aquela relação comigo”. Assim como o ideal do ego se estabelecerá em termos de relações, carregadas afetivamente, com pessoas que desempenham papéis ocupacionais.”

Tabela 7. Imagem expressa

	1ª aplic.	2ª aplic.		1ª aplic.	2ª aplic.		1ª aplic.	2ª aplic.
Inteligência			Força			Saúde		
Sim	9	8	Sim	8	7	Sim	9	7
Não	0	0	Não	2	2	Não	0	1
Parcial	3	4	Parcial	2	3	Parcial	3	4

Observa-se na Tabela 7 que, nove sujeitos na primeira aplicação e oito sujeitos na segunda aplicação do instrumento responderam que a pessoa do desenho é inteligente. Enquanto oito sujeitos na primeira aplicação do instrumento e sete sujeitos na segunda aplicação do instrumento responderam que a pessoa do desenho é forte. Na questão sobre a saúde da pessoa do desenho, nove sujeitos na primeira aplicação e sete sujeitos na segunda aplicação responderam que o sujeito tem boa saúde, esses itens representam autoavaliação positiva diante da imagem que os adolescentes possuem de si mesmos. Percebe-se que houve pequena diminuição na incidência da resposta afirmativa, o que pode estar relacionado a melhor capacidade de introspecção e de auto inspeção dos participantes, levando-os a reflexão mais concreta de suas características pessoais.

Tabela 8. Avaliação positiva de autoimagem corporal

Item	Desenho		Pessoal	
	1ª aplic.	2ª aplic.	1ª aplic.	2ª aplic.
Cabelos	6	3	3	2
Mãos/braços	3	3	4	4
Barriga/cintura	2	2	-	-
Cabeça	1	2	2	1
Olhos	0	2	3	1
Tronco	0	1	-	-
Nenhuma	0	1	-	-
Perna	-	0	1	3
Corpo	-	-	-	1

Obs.: Foram oferecidas mais de uma resposta para os itens.

Observa-se na Tabela 8, que trata da autoimagem positiva de partes do corpo, que a resposta cabelo para o item, teve a maior frequência, sendo que seis sujeitos ofereceram essa resposta na primeira aplicação do instrumento e três sujeitos na segunda aplicação ofereceram essa resposta. O cabelo representa a esfera geral da sexualidade, necessidades sexuais, possivelmente vitalidade sexual (Van Kolck, 1984, p.28). Machover (1978, p.358) confirma essa representação do item, segundo a autora, “o cabelo se relaciona com as necessidades sensuais e, de forma indireta, talvez, à vitalidade sexual”.

No item, qual a melhor parte de seu corpo, a maior incidência de respostas foi mãos e braços, sendo que quatro sujeitos na primeira aplicação e na segunda aplicação. Van Kolck (1984, p.36) esclarece que as mãos juntamente com os braços, representam “funções no desenvolvimento do ego e adaptação social”.

Tabela 9. Avaliação negativa de autoimagem corporal

Item	Desenho		Pessoal	
	1ª aplic.	2ª aplic.	1ª aplic.	2ª aplic.
Barriga/gordura/tamanho	3	1	8	6
Pés/pernas	4	3	3	3
Cabeça/rosto/partes do rosto	4	3	1	2
Mãos	1	1	-	-
Bumbum	-	1	-	-
Joelho	-	1	-	-
Nenhum	-	2	-	-
Cabelo	-	-	-	1

Observa-se na Tabela 9, que apresenta dados de autoimagem negativa do corpo, que oito sujeitos na primeira aplicação e seis sujeitos na segunda aplicação do instrumento, indicaram que a barriga seria a pior parte do corpo do sujeito por causa do tamanho ou da gordura, enquanto três sujeitos na primeira aplicação e um sujeito na segunda aplicação atribuíram esse item na questão referente ao sujeito do desenho. Destaca-se que os colaboradores da presente investigação apresentam obesidade ou sobrepeso e isso pode indicar que a insatisfação corporal tenha uma representação de aceitação social. Segundo Stenzel (2002), as preocupações relacionadas ao engordar são características dos adolescentes, independente de apresentarem ou não problemas de peso. Isso ocorre devido à representação social negativa reproduzida pelo adolescente, como a exclusão social, o individualismo, as assimetrias nas relações, entre outros. O relacionamento social do adolescente está baseado na relação inclusão/exclusão e, de acordo com esses critérios, a condição corporal passa a ter a função inclusão/exclusão nesse meio social, passando a definir papéis, a impor limites, e até mesmo a revelar capacidade ou incapacidade.

Tabela 10. Desejos expressos

Desejos	1ª aplicação	2ª aplicação
Não sofrer preconceitos	1	0
Emagrecer	3	1
Ser feliz / busca de felicidade / carreira	4	6
Conhecer famosos	1	0
Objetos/ bens materiais	3	5

Observa-se na Tabela 10, que quatro sujeitos na primeira aplicação e seis sujeitos na segunda aplicação, responderam que o maior desejo da pessoa do desenho está relacionado à

felicidade ou carreira, indicando valorização de aspectos subjetivos e de crescimento, de certa forma, típicos da adolescência.

Tabela 11. Avaliação de qualidades e defeitos

Item	Qualidades		Defeitos	
	1ª aplic.	2ª aplic.	1ª aplic.	2ª aplic.
Características psicológicas	14	17	7	8
Características físicas	5	7	8	5

Obs.: Alguns sujeitos emitiram mais de uma resposta para o item.

Pela Tabela 11, percebe-se que características psicológicas foram as mais incidentes, nas três melhores qualidades e nos três principais defeitos da pessoa do desenho, sendo que na primeira aplicação responderam, respectivamente, 14 e sete sujeitos, enquanto na segunda aplicação as respostas foram de, respectivamente, 17 e oito colaboradores. Embora os participantes estivessem em um grupo para obesidade, nota-se que questões de ordem psicológica prevalecem sobre as físicas na percepção dos adolescentes.

Tabela 12. Percepção da figura desenhada

Percepção	1ª aplicação	2ª aplicação
Positiva	5	9
Negativa	6	2
Nula	1	1

Observa-se na Tabela 12, que na primeira aplicação, cinco sujeitos responderam que as pessoas falam positivamente sobre a pessoa do desenho, enquanto na segunda aplicação, nove indivíduos responderam desta forma. No entanto, houve participantes que afirmaram que as pessoas falam de forma negativa da pessoa do desenho, sendo seis sujeitos na primeira aplicação e dois na segunda. Ainda, apenas dois participantes responderam que as pessoas não falam nada sobre a pessoa do desenho, sendo um na primeira aplicação e um na segunda. Prevalecem aspectos positivos associados e projetados ao desenho, onde observa-se aumento de percepções positivas depois da vivência das oficinas.

Tabela 13. Identificação com a figura humana desenhada

Identificação	1ª aplicação	2ª aplicação
Sim	6	9
Não	4	2
Mais ou menos	2	1



Pela Tabela 13, verifica-se que a maioria dos participantes afirmou que gostariam de serem parecidos com a pessoa do desenho, sendo seis sujeitos na primeira aplicação e nove na segunda. Observa-se ainda que quatro indivíduos, na primeira aplicação, e dois sujeitos, na segunda aplicação, responderam que não gostariam ser parecidos com a pessoa do desenho. Ainda, dois sujeitos, na primeira aplicação, e um indivíduo, na segunda, afirmaram que gostariam mais ou menos de se parecerem com a pessoa do desenho. Houve discreto aumento da identificação positiva com a figura desenhada, revelando que as oficinas podem ter despertado uma identificação positiva e possibilidade de autoinspeção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se a partir das observações dos inquéritos do DFH, que os adolescentes com obesidade ou sobrepeso apresentam identificação com os pais, pai ou mãe, sendo que nesta pesquisa a presença da figura materna destaca-se na valoração positiva com maior frequência. A identificação também aparece na atividade profissional que os sujeitos pretendem ter e que faz parte das preocupações da adolescência.

Os aspectos inconscientes observados sobre autovalorização como pessoa do desenho inteligente, forte e possuir boa saúde, demonstram que eles possuem autovalorização pessoal positiva, contrário às respostas onde a questão era sobre si mesmo, comparando o item qual a pior parte da pessoa do desenho com qual a pior parte de seu corpo, observa-se que o estigma pode ser social, visto também que apenas três sujeitos desejavam emagrecer, quando as perguntas incitavam respostas inconscientes dirigidas à pessoa do desenho.

A diminuição na frequência da resposta de movimento pode estar relacionada com a elaboração interna e articulação dos conteúdos.

A diminuição da resposta cabelo para o item pode indicar que as vivências propostas durante o intervalo entre as aplicações, colaboraram para a articulação de conteúdos sexuais, adquirindo outra representação corporal. Outro aumento foi sobre o que acreditam que as pessoas acham da pessoa do desenho, o que pode indicar que a preocupação em ser aceito pelo outro diminuiu de intensidade, corroborando com essa afirmação, observa-se que aumentou a frequência dos sujeitos que gostariam de ser parecidos com a pessoa do desenho, ou seja, com a representação simbólica de si mesmos.

Estudos mais amplos, com amostras maiores e a inclusão de outros quadros de obesidade são importantes para que seja possível a identificação de aspectos psicodinâmicos nos adolescentes, com vistas à qualidade de vida dos mesmos.

REFERÊNCIAS

- Bohoslavsky, R. (1987). *Orientação vocacional: a estratégia clínica*. (7ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Brasil (2011). Ministério da Saúde. *Portal da Saúde*. Recuperado em 01 de novembro de 2012 de portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Abr/10/vigitel_100412.
- Hutz, C.S. & Bandeira, D.R. (2000). Desenho da Figura Humana. In: J.A. Cunha e cols. *Psicodiagnóstico-V*. (pp. 507-512). Porto Alegre: Artmed.
- Klajner, H. (2005). *Autoestimulação e adolescentes: Prevenção de distúrbios comportamentais saúde física e mental*. São Paulo: Marco Zero.
- Machover, K. (1978). O traçado da Figura Humana: um método para estudo da personalidade. In H.H. Anderson & G.L. Anderson, *Técnicas projetivas do diagnóstico psicológico*. (pp. 345-370). São Paulo: Mestre Jou.
- Paín, S. (1992). *Psicometria genética*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Serrano, S.Q., Vasconcelos, G.L., Silva, G.A.P., Cerqueira, M.M.O. & Pontes, C.M. (2010). Percepção do adolescente obeso sobre as repercussões da obesidade em sua saúde. *Revista da Escola de Enfermagem - USP*, 44 (1), 25-31.
- Stenzel, L.M. (2002). *Obesidade: o preço da exclusão*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Vagostello, L. & Tardivo, L.S.P.C. (2008). As técnicas gráficas com figuras humanas no atendimento de crianças vítimas de violência doméstica. In: L.S.P.C. Tardivo & C.A. Gil (Org.), *Apoiar: novas propostas em psicologia clínica*. (pp. 523-528). São Paulo: Sarvier.
- Van Kolck, O.L. (1984). *Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico*. São Paulo: EPU.

ESCALA SOBRE FELICIDADE APLICADA A HABITANTES DO AMAZONAS – CONTRIBUIÇÃO PARA VALIDAÇÃO¹²

Suely Aparecida do Nascimento Mascarenhas (Universidade Federal do Amazonas)

Fabiana Soares Fernandes (Universidade Federal do Amazonas)

Iolete Ribeiro da Silva (Universidade Federal do Amazonas)

Gloria Fariñas León (Universidade de Havana – Cuba)

Gisele Cristina Resende Fernandes da Silva (Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto e Faculdade Martha Falcão)

Lerkiane Miranda de Moraes (Universidade Federal do Amazonas)

RESUMO

Introdução: A palavra felicidade origina-se do latim “felicitas”. Em geral, estado de satisfação de alguém com sua situação no mundo. O conceito de felicidade é mundano e humano, nasceu na Grécia antiga onde Tales julgava feliz “quem tem corpo são e forte, boa saúde e alma bem formada”. A boa saúde, a boa sorte na vida e o sucesso da formação e desenvolvimento individual, que constituem os elementos da felicidade, são inerentes à situação do homem no mundo e entre os outros homens. Já Demócrito definia a felicidade como a “medida de prazer e a proporção da vida” que seria manter afastado dos defeitos e dos excessos em suma do ponto de vista dos filósofos clássicos a felicidade pode ser entendida como o sistema dos prazeres particulares, em que se somam também os passados e os futuros. Nesta perspectiva a felicidade associa-se ao conceito de saúde entendida como o bem estar físico, mental e social. Por outro lado, pode ser incluída no campo da psicologia da saúde em interação com a psicologia positiva. Como avaliar o fenômeno psicológico felicidade? A psicologia visando ampliar a oferta de instrumentos que possam apoiar o diagnóstico e avaliação de fenômenos psicológicos tem aportado nos últimos anos diversos instrumentos com esta finalidade. **Objetivo:** O presente trabalho objetiva apresentar indicadores psicométricos especificamente a fiabilidade e validade da escala sobre felicidade aplicada a habitantes do Amazonas na perspectiva de contribuir para a validação do instrumento ao contexto nacional. **Metodologia:** as

¹² **Apoio:** FAPEAM - Fundação de Amparo a pesquisa do Amazonas.



informações apresentadas neste trabalho foram obtidas a partir de parte da parte quantitativa do banco de dados de uma investigação mais ampla realizada ao abrigo do projeto de pesquisa associado ao mapeamento do contexto sócio-educativo e avaliação do bem-estar subjetivo, bem-estar psicossocial, resiliência, otimismo, felicidade, esperança, saúde e representações sobre o meio ambiente, cidadania e inclusão sócio econômica de habitantes do Amazonas (CNPq/FAPEAM). Participantes: a pesquisa contou com a participação voluntária e anônima de $n=1320$ habitantes do Amazonas de diversas localidades (Manaus, Humaitá, Lábrea, Manicoré, Benjamin Constant), que após serem informados dos objetivos da pesquisa observando procedimentos éticos vigentes responderam ao instrumento. Dos participantes 58,3% são sexo feminino e 41,7% do masculino, com faixa etária entre 18 e 87 anos; $M=25,28$; $DP=9,73$. Instrumento: Foi aplicada a Escala Sobre a Felicidade, constituída por 18 itens organizados em Escala Libert de 5 pontos. 1. Totalmente em desacordo e 5 Totalmente de acordo. Resultados: da realização da apuração do coeficiente de fiabilidade do instrumento junto à amostra com apoio do programa estatístico SPSS, obteve-se o Alpha de Cronbach 0,913. Indicador estatístico potente para demonstrar a qualidade e fiabilidade do instrumento no que se refere ao propósito de avaliação psicológica do fenômeno estudado. Conclusão: considerando o indicador de fiabilidade obtido acima de 0,70, conclui-se pela adequação do instrumento para avaliar o fenômeno psicológico a que se propõe: felicidade. A continuidade da pesquisa aportará outros indicadores associados ao fenômeno psicológico felicidade incluindo dimensões de cunho histórico, cultural e contextual importantes para melhor compreensão do constructo.

Palavras-chave: Psicologia da Saúde. Felicidade. Avaliação psicológica.

Eixo temático: Estratégias de diagnóstico aplicadas à Psicologia da Saúde.

INTRODUÇÃO

A psicologia científica situa-se na busca de um quadro harmônico entre mente e corpo, indivíduo e sociedade. Tem dimensão cognitiva uma vez que se situa no campo do espírito que se nutre de componentes intelectuais. A felicidade pode estar ancorada na maneira de ver a vida e os acontecimentos que nos acometem. Estaria a felicidade associada a aspectos

culturais? Se sim, exigiria um aprendizado e uma adaptação à realidade circundante (LEGRENZI, 2002).

A palavra felicidade origina-se no latim “felicitas”. Num primeiro sentido, o termo conota a ideia de sorte favorável, como quando dizemos que alguém teve a felicidade de encontrar uma pessoa honesta, com a qual pode realizar projetos ou negócios. Nesta acepção, ela seria o resultado de fatores puramente aleatórios. Num sentido mais amplo, o termo conota a ideia de plena satisfação, implicando, negativamente, a ausência de sofrimentos físicos ou morais, e, positivamente, uma sensação de alegria, de paz e de plenitude interior. Neste sentido, todo homem tem na vida momentos de felicidade, ou mesmo períodos mais longos, nos quais ele desejaria que o tempo parasse, para que aquela sensação se transformasse numa situação definitiva. Nestes termos, é possível intuir a felicidade em seu sentido mais preciso: ausência de todo mal, fruição de todo bem de que a natureza humana é capaz e certeza absoluta da permanência definitiva desse estado. É esta plenitude a felicidade que todo ser humano procura obscuramente por meio de esforços e trabalhos (Ávila, 1982). A felicidade é um conceito social e culturalmente muito diversificado e transcultural. Sendo um campo rico para a pesquisa em psicologia interessada neste objeto (Oliveira, 2010).

A felicidade é o polo oculto que magnetiza o dinamismo da humanidade. Toda ação humana, mesmo os gestos mais simples é atravessada por este magnetismo. Se este terminasse o ser humano perderia o sentido de viver e seria prostrado no tédio e na apatia. A felicidade é o que todos buscam, adotando, porém, caminhos diversos para alcançar. Muitos supõem obter a felicidade por meio das riquezas, por suporem que o dinheiro compra tudo e que a felicidade seria uma mercadoria como outra qualquer. Outros entendem que ela pode ser encontrada na honra, na glória, no poder, no prestígio. Sendo a felicidade um paradoxo, sempre desejada, todavia, nunca conquistada plenamente (Ávila, 1982).

No que se refere a pesquisas no domínio da psicologia positiva e da saúde a felicidade revisadas, para os menos favorecidos economicamente, o dinheiro pode comprar felicidade, mas para os mais bem instalados na vida, mais dinheiro, não significa mais felicidade necessariamente (Balanchó, 2013). Ser ou não ser feliz é o centro psicoemocional da vida social e pessoal. É um sentimento fundamental no contexto pessoal, familiar, laboral, social, político, desportivo e em outras manifestações socioculturais (Oliveira, 2010).



OBJETIVO

O presente trabalho objetiva apresentar indicadores psicométricos especificamente a fiabilidade e validade da escala sobre felicidade aplicada a habitantes do Amazonas na perspectiva de contribuir para a validação do instrumento ao contexto nacional, por outro lado, também tem como propósito registra alguns indicadores descritivos encontrados pela pesquisa sobre o sentimento de felicidade dos participantes.

MÉTODO

As informações apresentadas neste trabalho foram obtidas a partir de parte da parte quantitativa do banco de dados de uma investigação mais ampla realizada ao abrigo do projeto de pesquisa associado ao mapeamento do contexto sócio-educativo e avaliação do bem-estar subjetivo, bem-estar psicossocial, resiliência, otimismo, felicidade, esperança, saúde e representações sobre o meio ambiente, cidadania e inclusão sócio econômica de habitantes do Amazonas (CNPq/FAPEAM). O projeto observou procedimentos éticos vigentes sendo aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da UFAM.

Participantes

A amostra analisada neste trabalho é composta por $n = 1320$ habitantes residentes no Estado do Amazonas, localizado na Região Norte do Brasil. Destes habitantes, residentes nos Municípios de Humaitá, Manicoré, Lábrea, Benjamim Constant, Tabatinga e Manaus.

Com relação à idade esta amostra é composta por 65.3 % de Jovens Adultos (com idades entre 18 e 25 anos); 34.6 % Adultos (com idades entre 26 a 60 anos) e 0.1 % na Terceira Idade (acima de 61 anos). Sendo 57.9% do sexo feminino e 42.1% do sexo masculino. No que se refere à etnia, 24.8% se declararam branco, 10.2% negro, 25.1% indígena, 30.0% pardos e 9.8% não declararam sua etnia. Faixa etária entre 18 e 87 anos; $M = 25,28$; $DP = 9,73$.

No que se refere ao indicador de cidadania Escolaridade temos 2.2% sem estudo, 19.1% possuem Ensino Fundamental incompleto, 10.2% Ensino Fundamental completo, 23.7% Ensino Médio incompleto, 15.3% Ensino Médio completo, 24.3% Ensino Superior incompleto, 3.1% Ensino Superior completo e apenas 2% da amostra possuem Pós-graduação.



Com relação à renda familiar temos 33.2% não possuem renda fixa, 26.7% tem renda familiar até 01 salário mínimo, 22.8% renda familiar de 02 a 03 salários mínimo, 5.2% de 03 a 05 salários mínimo, e apenas 1.8% possui renda familiar acima de 05 salários mínimo. Com base na classificação de nível socioeconômico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, 59.9% da amostra pertence à classe econômica baixa, ou seja, tem renda mensal entre zero e dois salários mínimo.

Instrumento

Foi aplicada a Escala Sobre a Felicidade, constituída por 18 itens organizados em Escala Libert de 5 pontos. 1. Totalmente em desacordo e 5 Totalmente de acordo (Oliveira, 2010; Adaptada por Mascarenhas, 2011).

Procedimento de coleta, tratamento e análise de dados:

Os sujeitos foram escolhidos de maneira aleatória e participaram anonimamente e voluntariamente da investigação após serem informados dos objetivos, sendo observados os procedimentos éticos vigentes. A coleta foi realizada no primeiro semestre de 2013, sendo esta realizada pelos pesquisadores e acadêmicos participantes do projeto. Para o tratamento e análise dos dados recorreu-se ao programa estatístico SPSS para Windows versão 15.0, observando objetivos da investigação e aporte teórico específico do tema em estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da realização da apuração do coeficiente de fiabilidade do instrumento junto à amostra com apoio do programa estatístico SPSS, obteve-se o *Alpha de Cronbach* 0,913. Indicador estatístico potente para demonstrar a qualidade e fiabilidade do instrumento no que se refere ao propósito de avaliação psicológica do fenômeno estudado. Também realizamos a análise descritiva dos dados apurados e verificamos boas medidas da população amostral em estudo. Por outro lado, podemos afirmar que os indicadores psicométricos verificados junto a esta amostra são considerados positivos para os padrões da investigação nas ciências humanas. De acordo com a experiência em pesquisa na área, coeficientes de *alpha* superiores a 0,70, na avaliação de atitudes e fenômenos psicossociais e afetivos complexos, conferem elevada fiabilidade às escalas utilizadas.

Na tabela 1, verificamos resultados estatísticos que evidenciam boas medidas associadas ao fenômeno psicológico felicidade apurados pela aplicação da *Escala Sobre Felicidade* em estudo, a habitantes do Amazonas de diferentes contexto socioeconômicos e culturais. Os indicadores revelam boas medidas de felicidade no momento da participação na pesquisa. E por outro lado, a boa fiabilidade do instrumento em causa para medir o fenômeno felicidade.

Tabela 1:Estadísticos descritivos média e desvio padrão Escala Sobre Felicidade aplicada a habitantes do Amazonas

Itens	N	Min.	Máx.	M	DP
1.Sinto-me bem comigo mesmo/a	1320	1,00	5,00	4,0840	1,11256
2.Tenho um bom conceito de mim mesmo/a	1320	1,00	5,00	4,1793	1,02978
3.Aceito-me como sou	1320	1,00	5,00	4,2120	1,08153
4.Relaciono-me bem com as pessoas	1320	1,00	5,00	4,2073	1,01598
5.Faço amigos facilmente	1320	1,00	5,00	4,2074	1,07799
6.Gosto de me sentir livre	1320	1,00	5,00	4,3231	1,09463
7. Controlo o ambiente onde vivo	1320	1,00	5,00	3,6727	1,26888
8.Aceito o meu passado	1320	1,00	5,00	3,7225	1,37112
9.Sei viver o momento presente	1320	1,00	5,00	4,1566	1,06326
10.Tenho projetos para o futuro	1320	1,00	5,00	4,4959	,95925
11.Espero evoluir cada vez mais	1320	1,00	5,00	4,6167	,83387
12.Sinto-me uma pessoa feliz	1320	1,00	5,00	4,3007	1,01402
13.Luto pelo meu bem-estar	1320	1,00	5,00	4,4354	,90792
14.Considero-me uma pessoa alegre	1320	1,00	5,00	4,3060	1,01429
15.Sinto-me satisfeito com a vida	1320	1,00	5,00	3,9587	1,22388
16.Tenho conseguido atingir meus objetivos	1320	1,00	5,00	3,9571	1,13828
17.Considero-me uma pessoa cheia de esperança	1320	1,00	5,00	4,4641	,91957
18.Sou bem humorado/a	1320	1,00	5,00	4,2434	1,04213
N válido segundo lista	1320				

Fonte: Base de dados Pesquisa/ LAPESAM, CNPQ-FAPEAM, 2014.

Para avançar na análise do fenômeno em estudo realizamos a análise dos indicadores de média e desvio padrão dos itens que caracterizam a Escala Sobre Felicidade (Tabela 1), tendo constatado que os itens 7, 8, 15 e 16 situam-se abaixo de 4,0. Os demais itens da escala pontuaram acima de 4,0. O que sugere uma robusta percepção de felicidade por ocasião da participação na pesquisa dos habitantes do Amazonas.

Em suma, da análise dos dados apurados, ponderamos que os indicadores de média e desvio padrão obtidos com a aplicação da *Escala Sobre Felicidade*, revelam pontuação elevada. O que pode comprovar a hipótese de que a felicidade é uma construção pessoal que pode ocorrer em circunstâncias limitantes.

Todavia, entendemos que a oportunidade de escolarização bem como acesso a bens e serviços públicos ainda limitados neste cenário nacional que é a Amazônia, exercem influência sobre o desenvolvimento pessoal e a construção das condições pessoais para a conquista de objetivos, e consequentemente, sentimentos positivos associados ao fenômeno psicológico conhecido como felicidade. A continuidade da pesquisa ampliará a oferta de informações sistematizadas sobre a temática favorecendo a melhor compreensão do fenômeno em estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu verificar que a ESF - Escala Sobre Felicidade constitui um instrumento válido para diagnóstico e avaliação dos fenômenos felicidade em diferentes contextos.

Suas características psicométricas apresentam-se válidas. Por tais características a escala pode ser utilizada para medir o fenômeno psicológico felicidade.

Considerando a importância da construção de instrumentos para medir fenômenos psicológicos que exercem efeitos sobre a saúde psicossocial das pessoas, interessamo-nos em empreender este estudo e dar continuidade à investigação para conhecer os efeitos do sentimento felicidade sobre o exercício da cidadania e a inserção socioeconômica dos habitantes do Amazonas-Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ávila, F. B. (1982). *Pequena enciclopédia de moral e civismo*, Rio de Janeiro, FENAME.
- Balancho, L. S. (2013). *Felicidade na pobreza, um olhar da psicologia positiva*, São Paulo, Juruá.
- Legrenzi, P. (2002). *A felicidade. Os obstáculos estão na mente e não no mundo*. São Paulo, Loyola/Paulinas.
- Mascarenhas, S. A do N. (Coord.). (2011). Projeto de pesquisa: *Mapeamento do contexto sócio-educativo e avaliação do bemestar subjetivo, bem-estar psicossocial, resiliência, otimismo e esperança de povos e comunidades tradicionais do Amazonas, analisando seus efeitos sobre o exercício da cidadania*, CNPq.
- Oliveira, B. de. (2010). *Psicologia positiva, uma nova psicologia*. Porto: Livpsic.

ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO: INTERVENÇÕES PSICOEDUCATIVAS EM UM GRUPO DE AGENTES DE SEGURANÇA¹³

Luana Barbosa de Moraes (Universidade de Taubaté)

Anna Silvia Féres Leite (Universidade de Taubaté)

Camila Dorazzio de Souza Barbosa (Universidade de Taubaté)

Lúcia Andréia Gomes de Souza (Universidade de Taubaté)

Mariana Marques da Silva (Universidade de Taubaté)

Nancy Julieta Inocente (Universidade de Taubaté)

RESUMO

A característica essencial do *Transtorno de Estresse Pós-Traumático* é o desenvolvimento de sintomas característicos após a exposição a um extremo estressor traumático, envolvendo a experiência pessoal direta de um evento real ou ameaçador que envolve morte, sério ferimento ou outra ameaça à própria integridade física; ter testemunhado um evento que envolve morte, ferimentos ou ameaça à integridade física de outra pessoa; ou o conhecimento sobre morte violenta ou inesperada, ferimento sério ou ameaça de morte ou ferimento experimentados por um membro da família ou outra pessoa em estreita associação com o indivíduo.. Os agentes de segurança são, neste contexto, vulneráveis ao desenvolvimento do estresse pós-traumático, visto que estão constantemente à mercê de situações de risco, como violência e rebelião. O objetivo deste estudo foi fornecer informações psicoeducativas aos agentes de segurança. Os materiais utilizados foram palestras psicoeducativas abordando os seguintes temas: habilidades sociais, ansiedade no trabalho, depressão no trabalho e alcoolismo no trabalho e estresse ocupacional e estresse pós-traumático. Foram convidados palestrantes, especialistas na área, que desenvolveram os seguintes temas: alcoolismo e uso de drogas lícitas e ilícitas e medicalização. Foram realizados 28 encontros semanais com três horas de duração cada um, nos quais foram trabalhados as rotinas e o cotidiano de cada agente. Concluiu-se, a partir das palestras e intervenções realizadas, que os encontros foram produtivos, ao proporcionar mudanças comportamentais no ambiente de trabalho. Sugere-se, a partir das mudanças

¹³ **Apoio:** PIBIC – Universidade de Taubaté

observadas, a continuidade nas intervenções psicoeducativas para que as medidas preventivas sejam efetuadas.

Palavras-chave: Agentes de Segurança. Estresse Ocupacional. Intervenção Psicoeducativa.

INTRODUÇÃO

Agentes de Segurança e o Transtorno do Estresse Pós-traumático

No Brasil a pena exclusiva de tirar a liberdade foi estabelecida em 1830, por meio do código criminal do Império, trazendo consigo a pena de prisão com o trabalho. O preso penitenciário era obrigado a desempenhar uma atividade e a pena de prisão mais simples, o condenado permanecia sem a liberdade pelo tempo estipulado nas sentenças em prisões públicas, próximo ao local onde foi praticado o crime (Gomes, 2006).

A prisão pode ser caracterizada como uma instituição total de residência e trabalho, na qual um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados pela sociedade por um expressivo período de tempo leva uma vida fechada e governada por um conjunto de atividades determinadas e exigidas por quem detém a autoridade para o cumprimento dos propósitos da organização (Goffman, 1987).

Segundo Coyle (2002), dentre as profissões que permeiam nossa sociedade, pouco se sabe sobre as penitenciárias, os agentes de segurança, o trabalho que eles realizam, de que forma os serviços são executados, denotando assim que os serviços penitenciários não são vistos com consideração pública, o que contribui para baixa-estima do servidor .

Para um melhor esclarecimento sobre a profissão do agente de segurança são indispensáveis alguns apontamentos sobre as condições em que estão submetidos estes profissionais. Existem muitas referências que mostram a insegurança nos como a superlotação, condição sanitária incipiente, alimentação inadequada fornecida aos reclusos e servidores, os precários serviços prestados pelo médico, judiciário, educacional e profissional e a violência presente no corpo carcerário fazem parte desse universo. Estas condições põem em evidência que o agente segurança em meio à violência, eles se descobrem despreparados frente essa brutalidade. Somam-se a estes fatores, baixos salários, péssimas qualidade de trabalho, número precário de servidores comparados aos números de elementos reclusos, regime de trabalho fatigante e instigante do descontrole emocional. Coyle (2002) adverte que, os

ministros do governo e os administradores penitenciários mais graduados deveriam estabelecer um programa de educação da população para a educação da sociedade sobre o importante papel que os servidores penitenciários desempenham ao salvaguardarem a sociedade civil.

Frente a tais condições os agentes de segurança ficam suscetíveis a desenvolver o Estresse Pós-traumático.

O Transtorno do Estresse Pós-traumático (TEPT) é um importante problema de saúde. Ainda, é controvertido o tempo de duração dos sintomas exigido para que o diagnóstico seja estabelecido, ainda gera muita controvérsia entre os estudiosos da área.

O conceito de trauma psíquico foi introduzido pelo médico alemão Eulenberg, em 1878, a reação de gritos e medo que ocorre após um grande trauma e os efeitos adversos decorrentes de experiências traumáticas foram descritos inicialmente em indivíduos que haviam participado de guerras. Relatavam sensação de fraqueza, palpitações e dor no peito, que ficou conhecida como coração irritável, síndrome do esforço ou síndrome de Da Costa. A ocorrência de sintomas semelhantes em soldados da I e da II Guerra Mundial gerou, por parte de pesquisadores da área, aumento de interesse por traumas de guerra (Ito & Roso, 1998).

Experiência como um acidente, agressão, assalto, ameaça, sequestro ou violação, a vivência deste tipo de eventos implica um período de readaptação à rotina diária, que é variável em cada pessoa. O desejável é que mais cedo ou mais tarde haja recuperação da estabilidade emocional, no entanto se isso não acontecer é possível que a pessoa venha a sofrer de perturbação do Stress Pós-traumático (PPST ou PTSD - Post Traumatic Stress Disorder). No entanto, não são somente as vítimas diretas destes eventos que podem sofrer desta perturbação. Uma pessoa que assista a eventos potencialmente traumáticos, situações que são avaliadas como constituindo uma ameaça para a vida ou como causadoras de lesões graves, também pode sentir dificuldades em libertar-se da ansiedade, e, sintomatologia associados àquilo que testemunhou.

No entanto, sua categorização como entidade diagnóstica ocorreu somente em 1980 na 3ª. Edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais. Para o diagnóstico, observa-se a ocorrência de um grave estresse traumático como fator etiológico desencadeante, sendo que após a exposição a esse evento traumático inicia-se uma série variável de sintomas característicos e perturbações de natureza psicológicas, sociais e biológicas (Ito, L.M. & Roso, M.C., 1998).

Indivíduos que foram expostos a eventos traumáticos têm um risco aumentado de desenvolver transtorno de estresse pós-traumático (14% a 25% dos casos), depressão maior (26% dos casos), transtorno do pânico e de ansiedade generalizada e abuso de substâncias. Eles também podem apresentar sintomas somáticos e doenças físicas, particularmente hipertensão, asma e dor crônica (Berlim , Perizzolo, & Fleck,. 2003).

A importância da identificação de comorbidades em indivíduos com Transtorno do Estresse Pós-traumático fica evidente quando ocorre a depressão maior, que aumenta o risco para comportamento suicida. Além disso, os indivíduos com esse tipo de comorbidade são subjetivamente mais angustiados, sofrem maior incapacitação e apresentam menor remissão dentro dos seis primeiros meses de seguimento quando comparados aos indivíduos com TEPT puro (Berlim , Perizzolo, & Fleck,. 2003).

A prevalência do transtorno varia de 1,3 a 9 % na população geral, já em populações de risco, as taxas variam de 3 a 58% (Rangé & Masci, 2001).

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV-TR, 2002), elaborado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), o Transtorno do Estresse, Pós-traumático tem como característica o desenvolvimento de sintomas específicos a seguir à exposição a um estressor traumático externo, implicando em uma experiência pessoal direta, observação ou conhecimento de um acontecimento como a morte, ameaça ou ferimentos, envolvendo uma resposta de medo intenso, incapacidade de obter ajuda ou horror. Os sintomas resultantes da exposição ao trauma extremo incluem o reexperienciar persistente do acontecimento, evitamento persistente dos estímulos associados com o trauma e embotamento geral da reatividade, e sintomas persistentes de aumento de ativação. A duração dos sintomas é um aspecto bastante importante para que não se confunda com outras perturbações, como é o caso da perturbação aguda de estresse em que os sintomas duram apenas 4 semanas após o evento desencadeador. Se os sintomas se prolongarem para mais do que um mês provavelmente está desenvolvendo o Transtorno do Estresse, Pós-traumático.

O início da doença é subdividido pelo DSM-IV em: agudo, quando os sintomas se iniciam nos primeiros 3 meses após o trauma; crônico, quando a duração é superior a 3 meses; de início tardio, quando a instalação dos sintomas se dá 6 meses após a ocorrência do trauma.

O tempo de duração dos sintomas exigido para que o diagnóstico seja estabelecido, ainda gera muita controvérsia entre os estudiosos da área. Sabe-se que o PTSD tem um curso flutuante, que pode ser influenciado pela natureza e duração do trauma, por fatores de personalidade, pelo

suporte social disponível ao indivíduo, pelas circunstâncias que sucedem o evento traumático e pelo abuso de substâncias psicoativas. Em geral, sintomas como memórias e imagens intrusas surgem logo após o trauma e tendem a desaparecer com o tempo. O risco de cronificação do problema aumenta significativamente, quando os sintomas principais persistem por mais de 3 meses (Resnick e cols., 1991, citado por Ito & Roso, 1998).

Situações traumáticas, de ameaça e medo ativam alterações biológicas no organismo que visam preparar o indivíduo para o enfrentamento desta situação de ameaça. Eliciam um conjunto de sintomas ao que se denomina cascata de respostas biológicas e psicológicas, resultantes da ativação de sistemas cerebrais de respostas neuroquímicas perante ameaças diversas (Ito & Roso, 1998).

Parece haver uma predisposição biológica individual que facilitaria o surgimento ou a cronicidade dos sintomas da doença. A amígdala é descrita como a primeira área do cérebro a estimular as respostas neurobiológicas frente ao medo e ameaças da integridade do indivíduo. Essa predisposição ao estresse também envolveria respostas neuroendócrinas, do sistema nervoso simpático (SNS) e parassimpático, bem como alterações do Eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal (HPA) (Ito & Roso, 1998).

Quanto à etiologia do Transtorno do Estresse Pós-traumático, para a teoria da aprendizagem de Mowrer (1960), um estímulo discriminativo adquire, por condicionamento respondente, propriedades aversivas e é eliminado ou afastado pela resposta emitida, isso a reforça negativamente, aumentando a probabilidade de que uma resposta semelhante venha a ser emitida no futuro em condições análogas. Essa teoria é conhecida como teoria de dois fatores de Mowrer, por referir-se à ocorrência de dois processos: o primeiro relacionado ao condicionamento respondente, ou seja, em que há pareamento de estímulos (S-S, sendo S neutro/discriminativo, -S aversivo/ansiedade) e o segundo, o condicionamento operante, que envolve comportamentos que operam no ambiente e o modificam. Assim, por condicionamento operante, respostas de esquiva são reforçadas e aumentam de frequência porque evitam uma ocorrência do estímulo aversivo (Rangé, 1995).

Marks & Tobena (1990) entendem que as respostas de esquiva não são reforçadas somente por evitarem o estímulo aversivo. Também são reforçadas e, portanto, aumentam de frequência, se forem capazes de preventivamente eliminar sinais que indiquem que o estímulo aversivo irá ocorrer ou proporcionar alívio mediante a identificação de sinais de segurança que indiquem que o estímulo aversivo não irá ocorrer. A esquiva pode ser ativa, quando a situação ou estímulo aversivos

são evitados através de uma ação, ou passiva, quando a ação é interrompida ou adiada para evitar a situação aversiva.

OBJETIVO DO ESTUDO

O objetivo deste estudo foi fornecer informações psicoeducativas aos agentes de segurança. Os materiais utilizados foram palestras psicoeducativas abordando os seguintes temas: habilidades sociais, ansiedade no trabalho, depressão no trabalho e alcoolismo no trabalho e estresse ocupacional e estresse pós-traumático.

INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA

Foram realizados 28 encontros semanais com três horas de duração cada um, nos quais foram trabalhados as rotinas e o cotidiano de cada agente. E, a partir da demanda trazida por eles, eram discutidos os principais tópicos causadores de estresse e do estresse pós-traumático. A intervenção foi composta de :

A)Atendimento em grupo: o trabalho grupal propicia a reintegração social, pois os pacientes sentem que podem contar com o suporte dos demais membros e que não mais enfrentam o problema sozinhos. Compartilhando as experiências traumáticas, o enfoque deixa de ser exclusivamente interno e passa a considerar a necessidade de ajuda das demais pessoas.

b)Apoio social: formação de redes sociais entre os participantes para estimular o apoio emocional;

c)Habilidade de Relaxamento: para o controle da resposta fisiológica e emocional com o ensino da respiração diafragmática controlada e relaxamento muscular profundo. Eram realizados exercícios de relaxamento ao final de cada encontro com o objetivo de ensiná-los a concentrarem-se, diminuir a ansiedade e adquirirem autocontrole.

d)Treinamento de Habilidades Sociais: refere-se à expressão, pelo indivíduo, de atitudes, sentimentos, opiniões, desejos, respeitando a si próprio e aos outros, existindo, em geral, resolução dos problemas imediatos da situação e diminuição da probabilidade de problemas futuros (Caballo,1996). Para Del Prette e Del Prette (2011, o Treinamento em Habilidades Sociais: é um conjunto de atividades planejadas que estruturam processos de aprendizagem, mediados ou conduzidos por um terapeuta ou coordenador, visando: ampliar a

frequência e /ou melhorar a proficiência de habilidades sociais já aprendidas, mas deficitárias; ensinar habilidades sociais novas significativas; diminuir ou extinguir comportamentos concorrentes com tais habilidades.

Foram convidados palestrantes, especialistas na área como: psicólogo e psiquiatra que desenvolveram os seguintes temas: alcoolismo e uso de drogas lícitas e ilícitas e medicalização.

Participaram, em média, seis agentes de segurança em cada encontro. Por meio dos relatos dos participantes, foi possível perceber que as informações proporcionaram mudanças paulatinas de comportamentos.

Os agentes de segurança que necessitaram de acompanhamento psicoterápico e foram encaminhados para atendimento psicológico. Os que necessitavam receberam atendimento psiquiátrico.

CONCLUSÃO

Os agentes de segurança são, neste contexto, são vulneráveis ao desenvolvimento do estresse pós-traumático, visto que estão constantemente à mercê de situações de risco, como violência e rebelião. Neste sentido, vários eventos estressores estão presentes na jornada diária dos agentes de segurança, necessitando medidas que promovam a saúde ocupacional .

Concluiu-se que, a partir das palestras e intervenções realizadas, que os encontros foram produtivos, ao proporcionar mudanças comportamentais no ambiente de trabalho. Sugere-se, a partir das mudanças observadas, a continuidade nas intervenções psicoeducativas para que as medidas preventivas sejam efetuadas, principalmente aos que iniciam as atividades profissionais para evitar o estresse pós-traumático crônico no ambiente de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Psiquiátrica Americana. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM- IV TR, APA)*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Berlim, M.T. , Perizzolo, J. & Fleck, M.P.A. (2003). Transtorno de estresse pós-traumático e depressão maior. *Rev. Bras. Psiquiatr.* v.25 supl.1 São Paulo jun.



- Caballo, V. E. (1996). O treinamento em habilidades sociais. Em V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Santos Livraria Editora.
- Coyle, Andrew. (2002). *Administração penitenciária: uma abordagem de direitos humanos*. Brasília: Centro Internacional de Estudos Penitenciários.
- Del Prette, A. & Del Prette, Z. (2011). Enfoques e modelos de treinamento em habilidades sociais. Em: Del Prette, A. & Del Prette, Z. (Orgs.). *Habilidades Sociais: intervenções efetivas em grupo*.
- Goffman, E. (1987). *Manicômios, prisões e conventos*. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1987.
- Ito, L.M. & Roso, M.C. (1998). Transtorno do estresse Pós-traumático. Em Ito, L.M. e col. *Terapia cognitivo-Comportamental para Transtornos Psiquiátricos*. Porto Alegre: Artmed, 1998.
- Marcelino, D. & Gonçalves, S.P. (2012). Perturbação pós-stress traumático: características psicométricas da versão portuguesa da Posttraumatic Stress Disorder Checklist- Civilian Version (PCL-C). *revista de psicologia* ;30(1):71–75.
- Rangé, B. (org.) (1995). – *Terapia Comportamental e Cognitiva de Transtornos Psiquiátricos*. Editorial Psy, Campinas.
- Rangé, B., Masci, C. (1995). Transtorno de estresse pós-traumático. In: B. Rangé Org). (2001). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Vieira, R. M. & Gauer, G.J.C. (2003). Transtorno de estresse pós-traumático e transtorno de humor bipolar. *Rev. Bras. Psiquiatr.* v.25 supl.1 São Paulo jun.

EXPERIÊNCIA DE ESCUTA PSICOLÓGICA NA CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS

Stéfanie de Paula Sales Pinheiro (Universidade Estadual de São Paulo – Assis)

Bianca Paes (Universidade Estadual de São Paulo – Assis)

Vanessa Sabino da Silva Dantas (Universidade Estadual de São Paulo – Assis)

Meirize Picoli (Universidade Estadual de São Paulo – Assis)

Maria Luisa Louro de Castro Valente (Universidade Estadual de São Paulo – Assis)

Helena Rinaldi Rosa (Universidade de São Paulo)

RESUMO

O papel do psicólogo no contexto hospitalar vai além das expectativas de cura, pois ele contribui de maneira relevante na relação do paciente consigo mesmo, com a sua doença e com a equipe. Estar doente nem sempre é fácil de ser elaborado psiquicamente. Assim, busca-se ver a pessoa como um todo, com foco no sujeito e não somente na doença, atentando ao discurso do paciente e à sua vivência subjetiva da doença. O objetivo deste trabalho é realizar uma escuta clínica e psicológica aos pacientes internados, investigando os motivos da internação e seus impactos neles e em seus familiares, oferecendo também um espaço de fala e de reflexão, entrando em contato com os sentimentos, desejos e fantasias que surgem durante o período da internação. Tem também como objetivo, introduzir o contato de alunos na prática da psicologia hospitalar, preparando-os para uma postura profissional técnica, científica, ética e crítica. Método: Utiliza-se um roteiro de entrevista semiestruturado que, além de coletar dados objetivos do paciente, explora os motivos da internação, a história pregressa da doença e da sua vida, relações de trabalho, vinculações familiares e avaliação do quadro atual. Posteriormente, são realizados acompanhamentos semanais durante a internação. Duas estagiárias compareceram ao hospital semanalmente, por quatro horas. Resultados e Discussão: No período de agosto a novembro de 2013 foram realizadas 44 entrevistas, sendo 35 pacientes e 9 acompanhantes. É importante ressaltar que em alguns casos o acompanhante estava presente no momento da intervenção psicológica e participava da mesma, falando da trajetória da doença e da história de vida do paciente junto com ele e,

dessa forma, expressando o seu ponto de vista e sua angústia diante da internação. Pode-se supor que a situação de hospitalização é vivida de forma muito particular por cada indivíduo e que os significados destes processos estão ligados ao suporte familiar recebido e às crenças e valores que dependem também de fatores como idade, escolaridade, momento da vida produtiva e da gravidade da enfermidade. Conclui-se que o trabalho da Psicologia na Clínica Médica permite que os pacientes sejam ouvidos a partir de uma escuta diferenciada por parte do estagiário para que, assim, possam deixar o hospital fortalecidos e preparados para o enfrentamento da doença, o que vem a reforçar a importância da presença desse profissional na equipe, em prol da recuperação da saúde. Além disso, busca-se também com o projeto alcançar um olhar diferenciado em relação ao hospital, deixando de ser apenas um local de sofrimento, para um ambiente de recuperação e de saúde.

Palavras-chave: Psicologia da Saúde. Psicologia Hospitalar. Clínica Médica.

Sabe-se que o papel do psicólogo no contexto hospitalar vai além das expectativas de cura, pois ele contribui de maneira relevante na relação do paciente consigo mesmo, com a sua doença e com a equipe, buscando ver a pessoa como um todo, com foco no sujeito e não somente na doença, neste período de sua vida que nem sempre é fácil de ser elaborado psiquicamente, atentando ao discurso do paciente e a sua vivência subjetiva da doença.

A partir disso, o presente trabalho apresenta a Clínica Médica do Hospital Regional de Assis, bem como seu funcionamento e o estágio que foi realizado pelas estudantes de psicologia da UNESP – Assis no ano de 2013. O trabalho esteve sob supervisão das professoras do curso de graduação em Psicologia da Unesp – campus de Assis, Dra. Maria Luisa Louro de Castro Valente, Dra. Helena Rinaldi Rosa e Dra. Mary Yoko Okamoto. Foi desenvolvido por docentes do curso de psicologia e executado pelos alunos dos quarto e quinto anos do curso, que se distribuem nas diversas clínicas do hospital: Psiquiatria, Médica, Cirúrgica, Gestação de Risco, Mães Alojadas e, no ano de 2013, também na sala de espera da UTI. As atividades realizadas no ano de 2013 tiveram início em agosto, após a preparação teórica dos alunos, e foram finalizadas em dezembro.

A Clínica Médica foi o primeiro setor do HRA que se interessou em desenvolver seu trabalho nos moldes da Clínica Ampliada, conceito de trabalho em saúde proposto pela Política Nacional de Humanização do SUS (PNH). Durante cinco anos os funcionários do setor

participaram de cursos de capacitação coordenados pela assistente social que também pertencia ao quadro de funcionários da época.

HOSPITALIZAÇÃO

Entende-se por hospitalização o confinamento de um paciente na instituição hospitalar (Romano, 2003). De acordo com Angerami-Camon (2003), uma doença nunca é a mesma para diferentes pessoas; assim sendo, ela não é exclusiva em suas manifestações e igualmente provoca reações singulares em cada paciente, que também é diferente e único. Nesse sentido, observamos que a situação de hospitalização é vivida de forma muito particular por cada indivíduo. Desse modo, o significado tanto do processo de adoecimento quanto o de hospitalização são construtos subjetivos e singulares a cada paciente. Segundo Albernaz (2003), Eksterman (1994) e Romano (2003) os significados destes processos estão ligados à constituição familiar, cultural e emocional, a crenças e valores e dependem também de fatores como a idade, sexo, escolaridade, momento da vida produtiva, caráter da enfermidade e o suporte de pessoas afetivamente significativas.

Segundo Lopez (1998), quando um indivíduo está hospitalizado, existe uma ruptura com seu ambiente habitual que altera os seus costumes, os seus hábitos e, em geral, a sua capacidade de auto-realização e de cuidado pessoal. Essa outra forma de viver dentro do ambiente hospitalar demanda um novo ritmo de vida, pautado na doença e no tratamento que pode ser encarado de maneira positiva ou negativa. Observamos, ao realizarmos esse trabalho, que as reações decorrentes da hospitalização variam de paciente para paciente e estão relacionadas aos sentimentos que a mesma suscita em cada um.

CARACTERIZAÇÃO DA CLÍNICA MÉDICA

O setor da Clínica Médica oferece atendimento a diversos quadros clínicos, tais como problemas cardiorrespiratórios, vasculares, tumores, problemas renais, de fígado, estômago, intestino e pâncreas, entre outros. Um dado que chamou a atenção no ano de 2013 foi a grande presença de casos de hipertensão arterial (HAS), sendo elaborados folhetos sobre a precaução e tratamento da doença, principalmente para os pacientes da clínica médica. O setor é caracterizado por um grande fluxo e rotatividade de pacientes e profissionais que

abrangem especialidades médicas diversas, como infectologia e oncologia, além dos internatos de medicina, estagiários de cursos de graduação em fisioterapia, enfermagem, psicologia e terapia ocupacional.

Há 32 leitos, distribuídos em número de quatro por cada quarto do hospital; de um lado do corredor ficam apenas os leitos masculinos e do outro lado, os leitos femininos. Cada médico, de especialidade específica, fica responsável por um quarto, diariamente. A consulta médica, o banho e os outros procedimentos ocorrem no período da manhã, sendo este um período mais atribulado para os pacientes. À tarde, como não há tantas intervenções médicas e de procedimentos de enfermagem, apenas o controle de medicamento, os pacientes costumam dormir mais.

Os procedimentos de encaminhamentos e internações são realizados, em sua maioria, por meio da Central Regional de Regulação de Vagas, em Marília, que recebe os encaminhamentos provenientes do Pronto Socorro ou Unidade Básica de Saúde de cada um dos 25 municípios que compõe a DIR VIII de Assis (Direção Regional de Saúde) e verifica se há vaga disponível para o caso. Entretanto o HRA recebe também internações diretamente do Pronto Socorro Municipal de Assis e/ou encaminhamentos realizados por médicos que trabalham no hospital e em seus consultórios particulares, porém estas internações também são comunicadas à Central de Vagas. É importante lembrar que também ocorrem transferências internas de pacientes, como os que saem da UTI ou que são deslocados de outras clínicas, como da clínica cirúrgica para a clínica médica.

Sobre os atendimentos

A intervenção do psicólogo no contexto hospitalar em conjunto com outros profissionais da saúde que atuam nesta instituição é de grande importância para a promoção da saúde social, emocional e física do paciente. Para Chiattonne (1984), o papel do psicólogo no hospital pode revitalizar vidas que muitas das vezes agonizam dentro do hospital. Em concordância, Angerami-Camon (1984) relata que é inegável o conforto que o psicólogo traz aos pacientes hospitalizados, visto que a sua ação busca a diminuição das angústias e dos sofrimentos provocados pelo processo da hospitalização. Este pensamento reafirma a importância da inserção deste profissional nos atendimentos diários dos serviços em hospital geral.

De acordo com a observação e a experiência dos estagiários, o contato entre os profissionais de várias áreas dentro do Hospital facilita o trabalho com o paciente,

proporcionando diferentes subsídios para atender esta demanda e, favorecendo o processo de alta, bem como o tratamento integrado, ampliando o auxílio prestado ao doente e à sua família. O diálogo frequente das estagiárias de psicologia com a equipe, conquistado vagarosamente, proporcionou melhor interação com o ambiente, maior contato com o trabalho destes profissionais, favorecendo melhor aprendizado e atendimento ao paciente.

Segundo Tonetto e Gomes (2007), um ponto importante sobre a organização ou mobilização da equipe de saúde do hospital está associado à complexidade da demanda. Os profissionais, ao se depararem com seus próprios limites, encontram nos demais profissionais, com outras formações, subsídios para a compreensão e atendimento do caso em questão. Assim, o trabalho do psicólogo no hospital, priorizando a escuta e a subjetividade, auxilia no tratamento dos pacientes, como também na interação com os profissionais atuantes dentro do mesmo. No entanto, de acordo com estes autores, o psicólogo pode ainda enfrentar algumas dificuldades de inserção e interação dentro da equipe médica multidisciplinar, cada vez mais consolidada devido ao crescimento do modelo psicossocial de saúde, que visa o bem estar físico, mental e social do paciente.

Dessa forma, os objetivos desse trabalho consistem no contato com o paciente para a compreensão do caso e a intervenção psicológica no momento da internação; fornecer uma escuta clínica e psicológica aos pacientes internados e seus acompanhantes e, também, introduzir os alunos na prática da psicologia hospitalar, colocando-os em contato com o funcionamento desta instituição e realizando, assim, aprendizagem significativa para a sua formação, principalmente no tocante a uma postura profissional técnica, científica, ética e crítica.

MÉTODO

Para cada clínica do hospital foi elaborada uma entrevista semiestruturada de avaliação psicológica, que abrange as especificidades dos usuários deste setor. A abordagem segue uma perspectiva psicanalítica, tendo como base os pressupostos dos conteúdos inconscientes. Na Clínica Médica, a entrevista é orientada para a psicodinâmica da estrutura intrapsíquica e do funcionamento interpessoal, ao estar atento ao que está implícito na comunicação. Procurou-se, ainda, abordar assuntos do cotidiano do paciente, como trabalho, atividades sociais, relacionamento com a família, amigos, colegas de profissão, a relação e as fantasias

que o paciente estabelece com a doença em sua origem e desenvolvimento, as formas de tratamento, os sentimentos vivenciados tanto na doença como na internação e o estado emocional durante esta.

Em cada atendimento realizado, buscou-se oferecer um acolhimento e uma escuta diferenciada. Inicialmente, ao abordar o paciente, é dada a possibilidade de escolha quanto à intervenção psicológica. Alguns pacientes, ou por estarem cansados, ou por não quererem conversar, não aceitam o contato com a estagiária, pedindo para voltar em outra ocasião. Com aqueles que aceitam conversar, a escuta é voltada à história de vida do paciente, seus familiares e acompanhantes e também à equipe que trazia questões e levantava possíveis conflitos nas relações imbricadas do ambiente hospitalar.

As entrevistas não são realizadas em um local específico, sendo que a abordagem para a mesma acontece no leito do paciente, ou mesmo nos corredores do hospital, podendo ocorrer junto aos acompanhantes, quando necessário e/ou possível.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta o número de atendimentos realizados em 2013, na Clínica Médica, pelas duas estagiárias do setor.

Tabela 1. Distribuição da população atendida por sexo, em número e em porcentagem

Estagiária	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Total
A	8	5	4	5	22
B	8	7	1	6	22
Total	16	12	5	11	44

Foram realizadas 44 entrevistas realizadas e atendidos 35 pacientes, além de 9 acompanhantes, atendidos ou pelas impossibilidade de comunicação com o paciente ou por trazerem sua própria demanda. Porém, essa conversa era geralmente ao lado do leito do respectivo paciente de quem se falava na entrevista, portanto, o mesmo ouvia e participava de certa forma da intervenção, neste sentido pode-se falar que a interação com ele não foi direta, mas não foi inexistente. É importante ressaltar também que, muitas vezes, o acompanhante estava presente no momento da intervenção psicológica e participava da mesma, falando da

trajetória da doença e da história de vida do paciente junto com ele e, dessa forma, expressando o seu ponto de vista e sua angústia diante da internação.

A Tabela 2 apresenta a distribuição de pacientes por sexo.

Tabela 2. Distribuição da população atendida por sexo, em número e em porcentagem

Sexo	Número	%
Feminino	18	51,4
Masculino	17	48,6
TOTAL	35	100

A tabela 2 indica que não há diferença entre o número de atendimentos de homens e de mulheres.

A Tabela 3 apresenta a distribuição da população por faixa etária.

Tabela 3. Distribuição da população atendida por faixa etária em número e em porcentagem

IDADE	NÚMERO	%
21-30 anos	8	22,8
31-40 anos	4	11,4
41-50 anos	2	5,7
51-60 anos	9	25,7
61-70 anos	3	8,6
71-80 anos	5	14,3
81-90 anos	4	11,4
TOTAL:	35	100

Nota-se a partir da tabela que a faixa etária mais presente entre os pacientes entrevistados foi a de 51-60 anos e a menos presente foi a de 41-50 anos. Sabe-se que na Clínica Médica comumente há predominância de internações de pessoas idosas, devido a doenças crônicas que vão se agravando com o passar do tempo e à menor resistência às doenças. Contudo, por ser um setor do hospital que abarca um leque diversificado de enfermidades, encontravam-se, em menor quantidade, pessoas jovens. Nestas, as internações foram devidas a quadro clínico já avançado, tais como linfoma, diabetes, AIDS sem uso correto de medicamento, entre outros. Diante destas ocorrências, quando as estagiárias se deparavam com pessoas hospitalizadas de idades menos avançadas, preocupavam-se e se interessavam em saber o motivo da hospitalização; levando em consideração que o procedimento da internação ocorre em última instância, quando o médico e sua equipe se deparam com o fato

de a pessoa estar com a saúde muito prejudicada ou com alerta para algo mais grave e complexo.

Nas avaliações realizadas, buscou-se caracterizar o estado emocional do paciente no momento da entrevista, que é apresentado de forma sintética na Tabela 4; as categorias criadas referem-se a:

Um estado positivo, de bem estar, tranquilidade e conformidade com a doença e a necessidade de internação;

Estados considerados não tão positivos, tais como ansiedade, depressão, ou mesmo preocupações;

Casos em que o entrevistado revelava muita angústia e tristeza de se encontrar na situação de internação;

Paciente que se encontravam tensos e nervosos com a internação, demonstrando irritabilidade e intolerância;

Na categoria “outros” incluem-se casos em que não foi possível avaliar o estado emocional do paciente.

Tabela 4. Estados Emocionais no momento da entrevista

	Número	%
Positivo	13	37,1
Ansiedade, Depressão	05	14,3
Angústia, Tristeza	10	28,6
Tensão, Nervoso	05	14,3
Outros	02	5,7
Total	35	100

Observa-se que, apesar de a maioria dos pacientes encontrar-se, no momento em que ocorreu a primeira avaliação, em um estado emocional considerado positivo, de tranquilidade e de aceitação da doença e do tratamento, o número de pacientes avaliados negativamente (ansiedade, depressão, angústia, tristeza, tensão, nervoso) foi maior (20). Pode-se supor que a situação de hospitalização é vivida de forma muito particular por cada indivíduo e que os significados destes processos estão ligados a diversos fatores. Pode-se também levantar a hipótese de que a escuta dos estagiários ainda não se instalou adequadamente, o que pode levar a interpretações eventualmente equivocadas.

DISCUSSÃO

A experiência do estágio no contexto hospitalar foi algo inovador, pois a partir dele, foi possível observar a prática das Políticas Públicas no campo da saúde. O trabalho nesta clínica caracterizou-se pela autonomia e liberdade oferecida às estagiárias nos atendimentos realizados. Trabalhar no ambiente hospitalar, juntamente com as supervisões teóricas, trouxe um grande enriquecimento profissional.

O trabalho do psicólogo neste novo espaço ainda está em construção, visto que a entrada da Psicologia no campo da saúde no Brasil é relativamente recente, pois ocorreu somente a partir de 1990 (Sousa & Coleta, 2012), e fez com que as estagiárias adaptassem sua escuta à diferença de espaço e tempo, treinando a capacidade de captar as manifestações mais sutis de sofrimento psíquico dos entrevistados. Outro fator é a variedade de patologias encontradas na Clínica Médica, o que fez com que as alunas se adequassem aos mais diferentes tipos de sentimentos e mecanismos de defesa encontrados, desde esperança, diante de uma patologia menos complexa (pneumonia), até muita angústia e negação, perante um caso de câncer terminal ou sequela grave de AVC, por exemplo.

A partir disso, foi possível refletir que uma integração efetiva da equipe é imprescindível para perceber o ser humano como um todo, pois muitas vezes o modelo hegemônico acaba fragmentando-o em seus mais variados âmbitos: biológico, psicológico e social. A ruptura entre mente, corpo e sociedade faz com que se perca a dimensão biopsicossocial que a natureza humana engloba. A qualidade do atendimento ao usuário pode ser melhorada se as relações profissionais se estreitarem e, para isso, é preciso muito diálogo para a construção desse novo olhar que a saúde pública necessita. Essa foi uma das dificuldades encontradas pelas estagiárias, que geralmente se sentiam como um corpo estranho ao hospital. A assistente social da clínica e até alguns médicos vieram solicitar ajuda a elas em vários casos. Por isso, ressalta-se a relevância das estagiárias manterem interação com os médicos e enfermeiros, para assim compreenderem melhor a doença e as necessidades de cada paciente entrevistado.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o papel do psicólogo no contexto hospitalar transcende a filosofia da cura, pois ele pode fazer muito no âmbito da relação do usuário consigo mesmo e com seu sintoma. Logo, ele participa junto com o paciente da travessia da experiência do adoecimento como ouvinte privilegiado, não como guia, utilizando como método o campo das palavras. Ele vai além da cura ao considerar que o sujeito excede os sintomas e a causa da doença pois, no tocante a ela, permanece também a angústia, os traumas, as desilusões, os medos, as consequências reais ou imaginárias, ou seja, as marcas da doença.

Segundo Speroni (2006, s/p.), o lugar do psicólogo no hospital “consiste, portanto, essencialmente em um lugar de escuta, mas de uma escuta diferenciada e privilegiada, na medida em que é a porta de entrada para um mundo de significados e sentidos”. Busca-se, assim, que os pacientes sejam ouvidos a partir de uma escuta diferenciada por parte do estagiário para que possam deixar o hospital fortalecidos e preparados para o enfrentamento da doença e a recuperação da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Angerami-Camon, V. (1984). *Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo no contexto hospitalar*. São Paulo: Traço Editora.
- Angerami-Camon, V. (2003). *E a psicologia entrou no hospital*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Albernaz, M.L.(2003). *O processo de subjetivação no espaço hospitalar: uma reflexão sobre a necessidade de humanização*. Monografia, UniCEUB, Brasília.
- Chiattonne, H.B.C. (1984). *Relato de experiência de intervenção psicológica junto a crianças hospitalizadas*. In.: Valdemar Angerami-Calmon (org.). *Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo no contexto hospitalar*. São Paulo: Traço Editora.
- Eksterman, A. (1994). Abordagem psicodinâmica dos sintomas somáticos. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28 (1), s/p.
- Lopez, M.A. (1998). *Hospitalização*. Trad. Maria Teresa Ramalhal Teixeira. São Paulo: MC Graw-Hill. Redondo de La Cruz, Maria Jesus.



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



Romano, B.W. (2003). *Princípios para a prática da psicologia clínica em Hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Sousa, A. A. % Coleta, M.F.D. (2012). O Bem-Estar no Trabalho de Psicólogos em Serviços de Saúde Pública. *Psicol. Cienc. prof.* , 32 (2), 404-421.

Speroni, A. V. (2006). O lugar da psicologia no hospital geral. *Rev. SBPH*, 9 (2), 83-97.

Tonetto, A. M. & Gomes, W.B.A. (2007). A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. *Estudos de Psicologia*, 24 (1), 89-98.

HANSENÍASE, REABILITAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA SOB A PERSPECTIVA DA INCLUSÃO

Flávio Arce Silva (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul)

Sandra Letícia Romano Insfran (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul)

Rosely dos Santos Madruga (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul)

RESUMO

A hanseníase como uma doença milenar traz consigo marcas do preconceito, da discriminação e exclusão social desde sua gênese. Os estigmas presentes a datar de tempos bíblicos ainda permanecem na concepção em torno da doença, levando os indivíduos vitimizados, em sua grande maioria, a uma perda gradativa da autoestima, do contato social, do autocuidado e em casos mais extremos a perda do sentido da vida. Dados da Secretaria de Saúde do Estado do Mato Grosso do Sul informam que no ano de 2012 foram registrados 657 casos de pessoas atingidas pela hanseníase, destes em Campo Grande 103 pessoas. Muitas delas ficarão incapacitadas para o mundo do trabalho, excluídas da sociedade, da convivência com amigos e muitas vezes familiares, por medo ou desconhecimento, se afastam da pessoa em momentos que mais necessitam. Este trabalho tem o objetivo de apresentar o projeto em andamento “hanseníase, reabilitação e qualidade de vida sob a perspectiva da inclusão”, que realiza semanalmente atendimento psicossocial às pessoas com hanseníase que estão em tratamento no setor de dermatologia do Hospital Universitário/UFMS no ano de 2014. Desenvolver autoconfiança, empoderamento da pessoa com hanseníase auxiliando-a na compreensão de poder usufruir dos benefícios, dos privilégios, dos direitos que a pessoa que não tem hanseníase usufrui, principalmente o de ir e vir. Como método de intervenção está o processo fundamental de escuta baseado na condução de uma entrevista semiestruturada, que visa identificar as histórias de vida dos pacientes, seus sucessos, insucessos, desafios, lutas, dificuldades e vitórias no que concerne a superação do preconceito, estigma e autossegregação, e a orientação aos familiares e cuidadores a conviver melhor com a pessoa acometida pela doença. Há também a orientação e encaminhamentos terapêuticos, à assistência jurídica e geração de renda como suportes para reabilitação e inclusão do paciente

no retorno à vida comunitária; resultado da criação e formação constante de redes de apoio. Entre as redes está a constituída em parceria com a Associação Brasileira de Acompanhamento Psicossocial para Integração Dignidade e Avanço Econômico (ABRAPSI-IDEA) e a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Na presente ação verifica-se a importância de uma escuta sensível, de uma postura ética, na promoção de saúde e bem-estar e na elaboração de uma relação saudável possibilitando ao paciente dar sentido ao que vivencia assumindo suas novas situações de vida. Constatou-se também, a necessidade de criação de oficinas psicopedagógicas objetivando desenvolver as potencialidades e capacidades da pessoa com hanseníase e a prática de um trabalho multidisciplinar no ambiente hospitalar como suporte para compreensão de um sujeito biopsicossocial.

Palavras-Chave: Hanseníase. Atendimento psicossocial. Inclusão.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium leprae* também conhecido como bacilo de hansen, nome dado em homenagem a seu descobridor, o médico norueguês, Amaneur Hansen. A transmissão do bacilo ocorre através das vias respiratórias (secreções nasais, gotículas da fala, tosse, espirro) pela pessoa que não está em tratamento e é cessada após setenta e duas horas do início do procedimento medicamentoso que é oferecido gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O contingente populacional que contrai a doença é baixo devido a diversos fatores entre os quais estão os ligados à genética humana (Brasil, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde os sintomas da hanseníase demoram cerca de 2 a 5 anos para se manifestar, levando muitas vezes a um diagnóstico tardio e consequentemente caracterizando um estágio avançado da doença, podendo até produzir incapacidades na pessoa (Brasil, 2008). Existem diversos sinais e sintomas dermatológicos e neurológicos que facilitam o diagnóstico, uma vez que o bacilo se instala principalmente nos nervos periféricos e na pele, entre eles estão: sensação de formigamento, físgadas ou dormência nas extremidades; manchas brancas ou avermelhadas, geralmente com perda da sensibilidade ao calor, frio, dor e tato; diminuição da força muscular (dificuldade para segurar objetos) entre outros.

Durante o tratamento pode ocorrer no paciente certas reações causadas tanto pelo medicamento quanto pelo próprio organismo, como o escurecimento da pele nos locais das manchas e o seu ressecamento; pode haver períodos em que apareçam caroços dolorosos no corpo ou dores nos nervos, febre e inchaços. As reações são as principais justificativas para a interrupção do tratamento, uma vez que evidencia na pele, este como um órgão de grande destaque no indivíduo, marcas do procedimento. A consequência do aparecimento de sinais na pele leva a pessoa portadora do bacilo, em geral, a um isolamento social, que possui um caráter histórico em torno da doença (Brasil, 2008).

A hanseníase como uma doença milenar trouxe consigo, ao longo do processo histórico do ser humano, marcas do preconceito, da discriminação e exclusão social desde sua gênese. Os estigmas presentes datam de tempos bíblicos e ainda permanecem no imaginário social. Tempos em que o preconceito e a discriminação eram muito presentes e que desencadearam numa política sanitária de isolamento compulsório como medida para controlar o contágio da doença; isolaram as pessoas em hospitais colônias, afastando-as de seus familiares, amigos, trabalho, comunidade e como fato, famílias foram destruídas, filhos separados de seus pais e casas foram incendiadas, além da rejeição social sofrida pelos doentes (Brasil, 2008).

Na atualidade observa-se ainda os diversos comportamentos citados em torno da hanseníase, portanto, este trabalho visa apresentar o projeto em andamento “hanseníase, reabilitação e qualidade de vida sob a perspectiva da inclusão”, como forma de intervenção no que tange a hanseníase e seus estigmas, oferecendo um panorama das atividades desenvolvidas, a metodologia utilizada, os resultados e posteriormente uma consideração final.

PROJETO HANSENÍASE, REABILITAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA SOB A PERSPECTIVA DA INCLUSÃO

Compreendendo que Universidade Federal de Mato Grosso do Sul constitui um lócus de produção, disseminação e divulgação do conhecimento no cenário da educação de nível superior, ela tem se mostrado comprometida, principalmente, no atendimento das necessidades sociais como forma de aplicar o conhecimento produzido. Assim propõe-se uma intervenção, através do projeto apresentado, no âmbito da saúde e educação com os pacientes portadores de hanseníase, para promover a saúde e bem-estar além da preocupação em não criar, favorecer ou ampliar rótulos, estigmas, bem como não difundir preconceitos.

O projeto apresentado visa oferecer um atendimento psicossocial às pessoas atingidas pela hanseníase e que estão em tratamento no setor de dermatologia do Hospital Universitário/UFMS. Ele surge da necessidade de dar voz e escutar os anseios dos pacientes, proporcionando-lhes um ambiente em que possam ser acolhidos, “com tudo que este traz de tenebroso ou sublime, deixando-o depositar no chão sua bagagem, que se tornou pesada de tanto ser carregada nas costas” (Juliano, 1999 apud Vavassori, 2010).

A hanseníase por ser uma doença, sobretudo, dermatológica (Brasil, 2008), fica muito visível as reações provocadas na pele pelo medicamento e/ou organismo, isso prejudica as relações interpessoais das pessoas portadoras do bacilo de hansen, pois ainda há uma ignorância social a respeito da doença, provocando em alguns casos uma perda gradativa da autoestima, do contato social, do autocuidado e em casos mais extremos a perda do sentido da vida. Em casos mais graves há um comprometimento dos movimentos e da sensibilidade, as chamadas sequelas, que as tornam incapacitadas para o mundo do trabalho e portanto, excluídas do convívio social.

Entendemos que é uma doença crônica, incapacitante, que causa desvantagem em grande parte dos casos diagnosticados, devido a demora em tratar-se, assim, consideramos a hanseníase em alguns casos uma deficiência na maioria física e desta forma foco da educação especial. Assim, os termos utilizados deficiência, incapacidade e desvantagem são referidos abaixo: deficiência como a perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. Representa a exteriorização de um estado patológico, refletindo um distúrbio orgânico, uma perturbação no órgão. Ainda de acordo com a Convenção Interamericana para a Eliminação de todas as Formas de discriminação em relação a pessoa com deficiência, o termo “deficiência” significa uma restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social. Como citado deficiência não é o contrário de eficiência. O contrário de eficiência é ineficiência e a deficiência por sua vez, indica apenas uma falta, uma limitação em relação ao ambiente externo, e não especificamente da pessoa. Incapacidade é compreendida como restrição, resultante de uma deficiência, da habilidade para desempenhar uma atividade considerada normal para o ser humano. Surge como consequência direta ou é resposta do indivíduo a uma deficiência psicológica, física, sensorial ou outra. E por fim, desvantagem é caracterizada como prejuízo para o indivíduo, resultante de uma deficiência ou uma

incapacidade, que limita ou impede o desempenho de papéis de acordo com a idade, sexo, fatores sociais e culturais. Representa a socialização da deficiência e relaciona-se às dificuldades nas habilidades de sobrevivência (Amiralian et al., 2000).

Portanto, o objetivo do atendimento psicossocial é desenvolver autoconfiança, empoderamento da pessoa com hanseníase auxiliando-a na compreensão de poder usufruir dos benefícios, dos privilégios, dos direitos que a pessoa que não tem hanseníase usufrui, principalmente o de ir e vir. A pessoa com hanseníase precisa ser aceita, tratada, cuidada e acolhida de forma digna como todo e qualquer cidadão, conforme a Constituição Federal de 1988 que defende em seu artigo 1º a dignidade da pessoa humana como alicerce para um Estado de direito e democrático como é o Estado brasileiro (Brasil, 2013).

Segundo dados da Secretaria de Saúde de Mato Grosso do Sul (2012) no ano de 2012 foram registrados 657 casos de pessoas atingidas pela hanseníase no estado, destes na capital, Campo Grande, foram constatados 103. Assim fica evidente a importância dessa intervenção neste âmbito, uma intervenção que ultrapassa a constituição biológica, uma intervenção pautada na multidisciplinaridade, compreendendo o sujeito como um ser biopsicossocial, tendo como campo de atuação o hospital universitário/UFMS.

MÉTODO

Os atendimentos são realizados uma vez por semana, toda sexta-feira, com os pacientes que estão em tratamento no setor de dermatologia do Hospital Universitário/UFMS. Como método principal de intervenção está o processo fundamental de escuta, de uma escuta empática que se propõe como efeito facilitador do processo autoexploratório e de mudança do doente. De acordo com Primo e Armani (2014) “a escuta é se colocar de forma ativa junto ao paciente que fala, é estar atento ao que ele realmente fala, seja através de palavras, expressões corporais ou até mesmo através de seu silêncio”.

A escuta empática, a sensibilidade, a compreensão, o sigilo, o respeito e principalmente a capacidade de intervenção entre psicólogo e paciente caracteriza um vínculo que permite o psicólogo compartilhar e trilhar a estrada no campo das alegrias, dúvidas, medos, incertezas e tantos outros sentimentos refletem na vida do paciente. Os atendimentos, por vezes, permitem um aconselhamento, este compreendido como uma ação educativa, preventiva, de apoio,

situacional, voltada para solução de problemas cujo objetivo é facilitar a pessoa obter uma realização adequada (Primo & Armani, 2014).

Durante os atendimentos são realizadas entrevistas semiestruturadas. Entrevista é entendida como o estudo e a utilização do comportamento total do indivíduo em todo o curso da relação estabelecida com o técnico, durante o tempo que essa relação durar (Bleger, 1993). Elas visam identificar as histórias de vida dos pacientes, seus sucessos, insucessos, desafios, lutas, dificuldades e vitórias no que concerne a superação do preconceito, estigma e autoss segregação. Há também durante os atendimentos a orientação aos familiares e cuidadores a conviver melhor com a pessoa acometida pela doença.

Outro método utilizado são os encaminhamentos terapêuticos, à assistência jurídica e geração de renda como suportes para reabilitação e inclusão do paciente no retorno à vida comunitária; estes são resultados da criação e formação constante de redes de apoio, caracterizando um dos objetivos do projeto. Há a proposta de criação, para o segundo semestre de 2014, de grupos para que os pacientes possam compartilhar suas experiências, ajudando uns aos outros no processo de tratamento, a experimentar e dar sentido ao que vivencia (Rosenberg; 1987 apud Primo & Armani; 2014).

RESULTADOS

O projeto iniciou em março de 2014 e durante o mês de início até junho foram atendidos cerca de 40 pessoas, no qual o atendimento é pautado na qualidade, e portanto, foram encaminhados aproximadamente 10, pois o encaminhamento depende sobretudo da aceitação do mesmo. Durante o período de 3 meses de atuação desse projeto, na realização de atendimentos em uma sala no setor de dermatologia do HU/UFMS, foi possível observar um significativa melhora da condição emocional e física dos pacientes, segundo o discurso relatado pelos médicos. Portanto, atingi-se um dos objetivos do projeto que é promover a saúde e qualidade de vida e assim cumpri-se, também, uns dos princípios fundamentais presentes no código de ética profissional do psicólogo que é “promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuir para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (CFP, 2005).

No período de execução do projeto foi estabelecida uma rede de construída em parceria com o Laboratório de Educação Especial (LEE) da Universidade Federal de Mato Grosso do

Sul (UFMS) e a Associação Brasileira de Acompanhamento Psicossocial para Integração Dignidade e Avanço Econômico (ABRAPSI-IDEA), para auxiliar nos atendimentos das necessidades dos pacientes de hanseníase, realizando, quando necessário, os devidos encaminhamentos do acionamento desta rede de apoio constituída.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No projeto apresentado a principal forma de intervenção foi e ainda é a escuta, e o objetivo principal, conforme exposto, é o fomento da discussão em torno da hanseníase, compreendendo que os estigmas da doença, produtos do processo histórico, precisam ser quebrados. É necessário o rompimento das fronteiras do silêncio como forma de isolamento e exclusão; é necessário dar voz e ouvir as queixas, as melhoras, as alegrias, tristezas, raiva e amor dos pacientes. Acreditamos que quanto maior o conhecimento social a respeito da hanseníase menor serão os pré-conceitos, as discriminações.

Assim este projeto é apenas um passo na promoção da dignidade da pessoa humana com hanseníase, é preciso muitas lutas, muitas intervenções para que se alcance um nível de equidade social. Portanto, este projeto constitui uma das ferramentas para o cumprimento dos direitos humanos e por fim esclarecemos que deixar de ouvir o que as pessoas atingidas pela hanseníase tem a nos dizer, não propiciar meios para a condução de um diálogo para a construção de políticas que observem as pessoas com hanseníase, quem são, o que almejam, o que fazem, seus sonhos, suas perspectivas e potencialidades, é uma violação de direitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amiralian, M., Pinto, E., Ghirardi, M., Lichtig, I., Masini, E. & Pasqualin, L.(2000). Conceituando Deficiência. *Revista de Saúde Pública*, 34, 97-103. Recuperado de: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v34n1/1388.pdf>
- Bleger, J. (1993). A entrevista psicológica: seu emprego no diagnóstico e na investigação. In: *Temas de psicologia: entrevistas e grupos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. (2008). *Hanseníase e direitos humanos: direitos e deveres dos usuários do SUS/Ministério da Saúde*. Brasília: Editora MS.



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



Brasil. Senado Federal. (2013). *Constituição Federal de 1988*. Recuperado de http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf.

Conselho Federal de Psicologia - CFP. (2005). *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Brasília.

Primo, R. & Armani, M. (2014). *Orientação e Aconselhamento*. MS.

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. (2012). [Planilha Indicadores COAP HANSENIASE2012\(1\)](#). Recuperado de:

<http://www.saude.ms.gov.br/control/ShowFile.php?id=140535>.

Vavassori, M. (2010). *Acolhimento e Frustração: Tramas da Terapia Gestáltica*. Comunidade Gestáltica – clínica e escola de psicoterapia, Florianópolis.



HERANÇA TRANSGERACIONAL: A CIRCULARIDADE E A CONCENTRAÇÃO DO TRAUMA

Maria Emília Sousa Almeida (Universidade de Taubaté)

RESUMO

O trauma de caráter transgeracional pode ser propagado de duas formas básicas. Na circularidade do trauma, sua trama é transmitida para todos os membros da família. Na confluência traumática sobre um membro específico, constitui-se o trauma do absoluto, no qual há o sobre-investimento de ódio e horror nas representações: *ser abandonado, rejeitado, não-amado*, entre outras. Dois históricos clínicos são apresentados de modo a se pensar suas especificidades. Conceitos de alguns pensadores têm permitido à autora pensar essas questões.

Palavras-Chave: Representações. Afetos. Circularidade do Trauma. Concentração do Trauma.

Eixo temático: Pesquisa e Intervenção em Psicologia da Saúde

INTRODUÇÃO

Na composição de uma família crivada por um trauma ancestral, há a questão da formação do eu em sua relação com outros eus. Para discutir a formação do eu no que tange ao seu apoio sobre o eu de outras pessoas em face da sucessão familiar, parte-se de conceitos axiais sobre essa questão.

Freud (1926) considera que o desamparo se refere ao estado do bebê que depende completamente de outrem para a satisfação de suas necessidades. Ele exerce uma influência substantiva na formação do psiquismo, que se estrutura graças à relação com o outro. No adulto, o estado de desamparo constitui o paradigma das situações traumáticas. O desamparo articula-se à inexorável necessidade do homem de ser amado.



O eu incipiente do bebê se estrutura a partir de seu apoio no eu da figura primordial que cuida dele. Esse cuidado e esse apoio podem falhar, de modo a surgir o desamparo. Este pode abranger as 'falhas' da figura materna no cuidado à criança em termos de diferenciação entre elas. No adulto, o desamparo se desvela como falta de cuidado para consigo, reduzida força pessoal para ser a si mesmo e parca sustentação de seu eu em si, no sentido de diferenciar seu desejo do outro e de assumi-lo em sua unicidade. Falta-lhe ter identidade e existência próprias. Assim, ele tem dificuldade de se cuidar, de ser responsável por si e de se 'auto-sustentar' psíquica e financeiramente. A seguir, ele busca um par para cumprir essas funções em seu lugar. Por sua vez, o sujeito não fica satisfeito com os cuidados de seu consorte para com ele.

Frente ao desamparo humano, a formação de um agregado familiar visaria sustentar, ajudar e proteger seus membros em suas vidas diárias. Todavia, a *étayage* do 'eu' de um indivíduo no eu de outro e o apoio deste sobre o eu de outros pode ter impactos nocivos na família. Nesta, seus pais e seus antepassados influenciam o psiquismo do herdeiro. Este, por sua vez, faz uma escolha de um objeto secundário de amor/consorte que se coadune com a trama familiar. Assim como seus parentes próximos foram engolfados pelos conflitos traumáticos de suas famílias, seus descendentes primários/filhos também o serão.

A clínica transgeracional dá a conhecer duas formas de difusão do trauma e de conformação do grupo familiar atingido por ele. São elas: sua incidência sobre os vários membros da família – que atua de modo circular – e sua convergência sobre um membro que recebe conteúdos traumáticos de ambos os ramos dela. Em geral, as famílias primam pela repartição de 'porções' do trauma entre os seus membros. Aquelas cujos vínculos se baseiam na primazia do amor sobre o ódio tendem a ser desse tipo. As famílias em que há predomínio do ódio tendem a concentrar o trauma num membro. Nesse contexto, o termo 'circular' designa uma forma fixa e rígida de veiculação do trauma, a despeito da idéia de movimento livre que ele encerra. Em geral, tão-somente o trabalho de análise permitirá fazer circularem novos conteúdos psíquicos nesse grupo.

A esse respeito, retoma-se Bateson (2000) que aponta a causalidade circular, na qual as manifestações psicopatológicas são derivadas da interação entre a mãe e o bebê. Ela constitui um jogo interacional, em que um e outro se influenciam mutuamente. Transportada para as relações entre os vários constituintes do grupo familiar em suas diferentes faixas etárias, essa

causalidade circular pode paralisar a autonomia do eu de seus membros em torno de certas feridas traumáticas.

Traumas numa família podem gerar um circuito de idéias e afetos primevos, transmitidos de modo circular dentre sua geração viva: dos ‘antigos’ para os ‘novos’. Assim, em seus diferentes componentes ‘circulam’ variadas facetas do trauma familiar. Nesse caso, partes invariantes das feridas da família são delegadas a todos os seus membros e parcelas variadas delas são legadas para esse ou para aquele integrante.

Nessa trama circular, há uma intrusão e uma extrusão do trauma do ‘ancestral’ no psiquismo de seus ‘próximos’ na família. A intrusão e a extrusão estabelecem uma ‘identificação circular’ do eu ao outro e um submetimento do eu individual ao ‘eu atávico’ da família. A identificação circular designa as identificações projetivas cruzadas entre os membros da família, articulados patologicamente em seus diferentes estratos geracionais: ascendentes terciários/bisavôs, ascendentes secundários/avôs e ascendentes primários/pais, sujeito, seu objeto secundário de amor/consorte, seus descendentes primários/filhos e demais parentes que travem um convívio bastante próximo entre si. Aspectos do eu do sujeito estão misturados, fragmentados, identificados e projetados em outros eus/objetos de seu amor. Por sua vez, cada um desses eus identifica-se com os demais, projeta fragmentos de si neles e ali os controla. Nessa identificação, parcelas da identidade de cada sujeito ficam encasteladas nas identidades de outros familiares. Desse modo, mantém-se a circularidade de uma espécie de ‘eu familiar’, por meio de sua fragmentação nos eus individuais. Essa circularidade ‘esvazia’ o eu do indivíduo da possibilidade de ele desenvolver uma identidade autônoma e diferenciada da dos demais, de tal modo que seu desejo possa se desenvolver em sua singularidade.

A circularidade do *pathos* atávico em uma família é propagada em três planos: de uma geração ancestral ‘morta’ para uma viva; entre sua geração viva – pais-filhos, avós-netos, tios-sobrinhos, entre outros – e, por fim, ela se enclausura nas psiques individuais. Essa difusão circular do padecimento na família depende da formação de um pensamento circular, fechado e em curto-circuito. O pensamento circular se assenta em proto-representações e em afetos relativos ao trauma da família. As proto-representações estão contidas nas construções verbais dos pais e dos demais parentes, em suas reações, em suas histórias míticas e nos dramas encenados por eles. Em especial, as frases reativas aos eventos traumáticos propagam as proto-representações. Seu destinatário tem grande dificuldade de discriminar seus conteúdos, sem reconhecer *patterns* familiares repetitivos há várias gerações.

A interdiscursividade circular de uma família revelada sob a forma de proto-representações está presente na frase: *‘filhos trocados por m... ainda saem caro’*. No sistema representacional do filho, a relação entre filhos e fezes, bem como a ideia de que ele merece ser trocado por elas incidem em seu consciente, residindo no inconsciente que ele vale menos que m.... No âmbito financeiro, *caro* remete conscientemente ao valor do dinheiro e, inconscientemente, ao alto preço afetivo dele/filho para seu genitor e, ainda, à sua preferência pelo dinheiro do que por ele/filho. Na esfera afetiva, *caro* designaria o ódio paterno a ele. A equação simbólica *filhos=fezes=dinheiro=ódio* retrata a fixação de seu pai na fase anal de desenvolvimento, na qual seus impulsos anal-sádicos estão exacerbados. O ódio de seu pai ao seu próprio pai, sua redução à condição de m... como filho, sua projeção em seu filho, duas gerações depois, e sua generalização para todos os filhos podem ser nela vislumbrados. O autoritarismo e a violência simbólica contidos nessa frase são deflagrados quando o filho diverge do pai, ao lutar por sua identidade. Logo, o tempo e o dinheiro despendidos por ele ao tentar desvendar a relação de seu pai com seu avô, dissolver seus efeitos perniciosos sobre si e elaborar seu sofrimento são grandes. Porquanto, fazer a passagem do domínio das proto-representações para o das representações gera muita dor psíquica. Atribuídas por seu pai a ele, suas auto-representações são: *ser pior que m..., ser não-amado, ser um nada na vida, não ter qualquer valor, ter ódio a si, ter ódio ao seu pai e ter ódio ao dinheiro*. A decodificação da referida construção verbal é impossível para seu emissário/filho dado seu precário desenvolvimento emocional-intelectual e o poder afetivo de seu emissor/pai para ele.

Igualmente os afetos que acompanham as proto-representações são indiferenciados, tanto por serem nomeados de modo obscuro, quanto por serem confundidos uns com os outros. Quando uma pessoa diz que está chateada, magoada ou aflita com um familiar, não fica claro se ela designa sua tristeza, sua raiva ou sua ansiedade para com ele. Contudo, mesmo quando os afetos são nomeados com clareza por ela – vergonha, raiva, tristeza – estes podem estar escamoteando os afetos axiais gerados por certos traumas ancestrais – ódio e horror – e mantendo-os inconscientes. Aqueles afetos são usados como disfarce contra estes outros mais disruptivos do labor representativo do sistema representacional. Sua função representativa é dirimida pela ação do ódio e horror, falhando no sentido de não representar tal trauma adequadamente e de não ser capaz de elaborar o sofrimento que ele determina. O sistema se torna prisioneiro de um pensamento em curto-circuito. Neste, a operação potencial

do pensamento de rever seus conteúdos e suas contradições, de superar feridas narcísicas e de elaborar o sofrimento fica estagnada diante do trauma.

As identificações circulares dos genitores com seus pais e outros parentes fazem com que essas proto-representações sejam diferencialmente projetadas em seus filhos e filhas. Assim, as identificações circulares comportam uma causalidade circular multiplicada ao infinito, que perpetua o sofrimento psíquico no tempo do sem fim.

Conjuntamente com as proto-representações e os afetos, certas representações geram inúmeros embates entre os psiquismos da família. Kaës et al. (1991) aponta as redes de representações que circulam no aparelho psíquico grupal e as flutuações das quantidades de excitação ligadas a elas.

Uma história clínica relativa à circularidade do trauma na família

Cotejo com uma história clínica marcada pela concentração do trauma no sujeito

Uma paciente tem seu psiquismo imbricado à malha de psiquismos da família. Em sua infância, moravam num mesmo terreno três sub-grupos de sua família. Numa casa de três quartos, moravam seu bisavô, seu avô e sua avó maternos, seus pais, seus três filhos e três irmãos de sua mãe. Durante sua infância, sua família mudava de uma cidade para outra e, a cada vez, eles perdiam os poucos bens que tinham. Eles foram despejados várias vezes e ela ficava 'sem nada'. Sua família foi agregada a de seu bisavô, devido as suas dificuldades financeiras. Dentre as três casas, a sua era a com mais paz e tranquilidade. Estas eram quebradas por seu pai e pelo tio-avô materno – que bebiam. Seu bisavô era seu porto seguro: calmo e tranquilizador em meio às 'guerras'. Quando seu pai foi trabalhar em outro país, o sofrimento de sua mãe foi intenso e também ela adoeceu, aos quinze anos. Quando ele desistiu de seu trabalho e voltou para casa, ambas ficaram 'curadas'. Atualmente, ainda há amor e carinho entre seus pais.

A paciente se sente desamparada, pois 'não teve mãe'. Sua mãe foi fraca e cheia de medo ao criar seus filhos, tendo protegido-os de forma insegura. Ela queria ter tido uma mãe forte, que tivesse impulsionado os filhos para a frente. Além disso, ela queria que sua mãe tivesse usado suas capacidades para crescer e que tivesse continuado a trabalhar. Sua mãe cobre as faltas da nora como mãe. Essa nora é agressiva, impaciente e mal-humorada para com suas filhas. A paciente cobre as faltas da cunhada com suas filhas. Atualmente, ela está casada, sendo que seu marido é o seu eixo de sustentação identitária e financeira: sua razão

de viver. Dados os conflitos entre os dois, ele saiu de casa. Seu medo de perdê-lo é violento: traz-lhe aflição e desespero. Essa possibilidade de perda retoma a 'perda' de seu pai. Ela tem muito medo de que ele exploda de tanto comer tenha um ataque cardíaco. Ela cobra a falta de cuidados dele quanto a ela. Os pais dela precisam da ajuda de seu marido para comer. Quando ele compra coisas para si, a mãe da paciente diz que isso é uma maldade. Ainda no que tange a dinheiro, um tio materno, que se distanciou do restante da família, enriqueceu. Ele é chamado de 'metido', arrogante e orgulhoso pela mãe da paciente.

A paciente quer ser mãe, pois ter um filho lhe permitiria ser feliz e ter valor na família. Ela se sente sem valor por causa da falta de dinheiro, da distância afetiva do marido e por não ter um filho. Ela saiu de uma profissão em que ganhava bem e optou por outra pouco rentável. Nesse trabalho, ela lida com muito sofrimento humano, não o concebe como trabalho e tem dificuldades de lidar com dinheiro. Num trabalho voluntário, ela escolhe cobrir as faltas de outras mães com seus filhos. Cataloga os sujeitos em sua relação com dinheiro em dois extremos: em um, quem ganha dinheiro é mercantilista, severo e general; em outro, está o voluntário que trabalha sem ganhar.

Tem muito medo de enlouquecer: medo de perder sua identidade e de perder sua razão. Perder a razão, por sua vez, remetia a ela ter raiva, de forma descontrolada. Essa raiva aparece face às relações familiares, nas quais ela se esquece de cuidar de si mesma. Indiretamente se lembra disso, ao cobrar com raiva a falta de cuidados do outro quanto a ela: em especial, do marido. Ela sente raiva da tristeza, da apatia e da morte em vida de sua mãe. Ora ela se sente um bebê; ora, uma velha. Sempre viveu entre velhos e suas histórias. O avô materno contava que eles moraram numa casa assombrada, de antigos escravos que arrastavam correntes. Certa vez, a família passava por um desfiladeiro e pessoas lhes jogaram pedras de cima. Sua mãe confirma essas histórias. As 'guerras' familiares e as referidas pedras reaparecem num sonho da paciente, no qual que seu marido explodiu numa guerra. Ela não sabe se ele explodiu por causa de uma bomba que veio de cima ou de uma pedra que estava embaixo dele.

Ela considera que sua mãe é inteligente. Seus irmãos seriam mais inteligentes que ela. Ela se desvaloriza para ser amada por eles. Quando ela os estimula a continuarem os estudos, ouve que ela *'tá se achando'* e que eles são *'muito melhores que muito enfermeirinho'* por aí: mesma fala de seu pai quanto a isso. Ela se magoa com isso, pois seu marido é enfermeiro. Quando ele compra um produto caro, ela ouve dos irmãos: *'tá podendo, hein'*. Seu marido é o

único que ajuda financeiramente os pais dela e, inclusive, chega a emprestar dinheiro para seus irmãos.

Determinados temas patológicos aparecem na família há décadas: gravidez fora do casamento; corpo abatido por doenças; mente acometida por padecimentos internos; repressão da feminilidade mediante vergonha, raiva, culpa e tristeza; reunião de sub-grupos familiares num mesmo local e dificuldades financeiras. Antes de se casar, seu pai engravida uma moça aos dezesseis anos. Os dois irmãos da paciente engravidam duas moças aos dezesseis anos. As enteadas e seus filhos se agregam a sua família, em sua adolescência, tal como sua família se agregou a de seu bisavô, em sua infância. Além disso, sua mãe foi uma secretária competente, que falava francês e inglês. Ela ficou impactada por outra secretária: muito bonita, exuberante na exposição de seus dotes físicos e sem vergonha de ser mulher, mas incompetente. Sua mãe parece ter tido depressão. Deixou de trabalhar para cuidar dos filhos, mas passaram fome. Sua prima teve depressão na adolescência ligada a seu corpo. A paciente teve depressão, em sua adolescência. Ela sente vergonha, culpa, raiva e tristeza por ser mulher, tal como sua avó materna e sua mãe. Sua mãe diz para ela que lhe passou o pior: doenças físicas. O câncer aparece – principalmente – no ramo materno. Porém, seu bisavô viveu até os 89 anos, sua avó está com 76 e sua mãe está com 56. Seu bisavô morreu de pneumonia. Como os membros acometidos pelo câncer têm uma longa vida, a ameaça de morte configura um sofrimento arrastado, que ‘assombra’ a família no tempo do *para sempre*. Ela se diferencia dessa amálgama patológica dos eus em sua família: ela não engravidou aos dezesseis anos, tampouco fora do casamento; seu marido não bebe; ela é a única a ter feito um curso superior e uma análise. Com sua análise, ela continua se diferenciando de sua família e tem distinguido seu desejo do de seu marido. Decide evitar uma gravidez, visto que ela e ele estão morando com os pais dela, por dificuldades financeiras. Sente-se feliz com sua recém-conquistada autonomia para dirigir, tendo orgulho de ter um eu próprio e de fazer algumas conquistas. Todavia, em seu conflito entre crescer e regredir, ela tem medo de ser criticada pela mãe – como seu tio o é – e, principalmente, tem medo de ser rejeitada e de perder o amor de seus pais. No início da análise, ela buscava manter a fusão com seus pais, para ser amada por eles. Também buscava se fundir ao marido, controlando-o pelo olhar, para se sentir segura e existir. Ela transitava entre o desejo de fusão total ou de ruptura total com os outros eus da família. Decide se ‘destacar’ dela, bem como não afundar junto com sua mãe ao tentar tirá-la de sua melancolia.

A seguir, apresenta-se um breve relato clínico a ser comparado com o primeiro.¹⁴ Um casal viveu certos traumas em sua infância, com pontos em comum. O marido sofreu graves perdas com a segunda guerra. Perdeu a prerrogativa de ser diplomata e viajar ao redor do mundo, garantida por uma companhia de navegação. Seu desejo de ser artista e de trabalhar no rádio foi reprimido pelo pai. As saídas decentes prescritas por seu pai para ele foram o trabalho e o casamento. A esposa passou por sérias perdas, devido à segunda guerra. Aos sete anos, sua família perdeu o patrimônio e a segurança financeira-afetiva. Todos tiveram que se mudar para outro país. Neste, sua irmã mais velha engravidou fora do casamento, numa pequena aldeia. O ódio, o horror e a vergonha de sua mãe foram desmesurados. Sua situação afetiva e financeira piorou ainda mais, pois seu pai constituiu nova família. Assim sendo, sua mãe chorava *'lágrimas de sangue'* e gritava: *'parentes, só meus dentes e ainda assim me doem'*. Funda-se a lei: *'mamãe tem razão'*.

No segundo país, a esposa trabalhou como costureira. Num terceiro, foi empregada e passou fome. Casou-se. Com o marido, construiu um bom patrimônio. Teriam trabalhado muito em prol dos filhos, mas geraram grande afastamento afetivo deles e entre si. A relação do casal com dinheiro é um fator relevante nesse processo. A despeito do patrimônio atual, a esposa usa roupas velhas, chamadas de trapos por ela. Utiliza louças quebradas e velhas, denominadas de cacarecos. Armazena roupas e louças melhores sem usá-las. Suas casas e seu carro são referidos como calhambeques. A contenção de prazeres e de gastos é a tônica dessa família. Uma relação espontânea e fluida com prazer é impedida pela esposa com seu horror de uma vida dissoluta. Seu legado psíquico mantém-na presa a uma catástrofe de perda sempre iminente. A lei de sua mãe desdobrou-se em sua relação árida de amor e de calor com seu marido e seus filhos. A agressividade metafórica das dentadas foi legada a eles, pois os crivou de críticas. Nunca os beijou.

A filha mais velha do casal foi a depositária-mor dos traumas de seus genitores. A identificação de sua mãe com sua própria mãe – no que se refere ao *ódio, horror e vergonha* relativos à filha mais velha – levou-a a projetar esse trauma na garota. Ela foi submetida a forte repressão de seu amor e de sua sexualidade. A identificação de seu pai com seu próprio pai

¹⁴ Este segundo caso constituiu a base para o artigo 'A força do legado transgeracional em uma família'. No artigo que ora se apresenta, ele serve como uma tela de juízo a ser cotejada com o primeiro caso. Aqui, ele se centra na filha mais velha do casal, cuja dinâmica não é investigada naquele artigo.

no tocante à repressão de seus desejos e seu ódio ao seu irmão mais velho também foram projetados em sua filha mais velha. A intensa repressão sexual da esposa favorecia a sua ida aos bailes após o casamento. Ela ia buscá-lo lá e o envergonhava em público, insistindo no fato de ele ter uma filha. Ele humilhava e envergonhava a filha em público. Quando ela era agressiva ante seu autoritarismo e sua agressividade, ele dizia: *‘filhos trocados por m..., ainda saem caro’*. Seu ódio à filha em sua infância foi contraposto por uma frase paradoxal ligada à beleza dela, em sua adolescência: *‘nenhum outro homem vai te amar mais do que eu, eles vão ter só desejo por você’*. Para piorar, ela herdou o mesmo nome de sua esposa odiada. Dessa saturação traumática resulta uma adulta infantilizada, que fez uma retirada do mundo dos vivos. Sua ligação com o mundo é a literatura, saída desértica de um eu quase morto. Sua compulsão à leitura não produz frutos: sua capacidade de escrever é nula. Suas dificuldades profissionais e financeiras são imensas. Sua dificuldade com homens – chega ao ponto de ela não ter tido namorado aos cinquenta anos.

DISCUSSÃO DOS CASOS

A família da primeira paciente tende a formar agregados de pessoas ou sub-grupos familiares reunidos num mesmo espaço físico. Seu eu confunde-se com os eus indistintos em sua família. Nesse encarrilhamento de eus, um membro mais velho ampara um mais novo, mas, ao ampará-lo, se desampara. A seguir, o mais velho demanda do membro amparado por ele ou de outro familiar que o ampare e cuide dele, formando uma corrente de ‘amparo’. Ao demandar que o membro mais novo o ampare, atribui-lhe funções que ele não está preparado para exercer, bem como lhe delega atributos e desejos que não são seus. Ao final desse processo circular, todos eles se sentem desamparados. A demanda da família de reunir agregados de pessoas no mesmo lugar subsume que o sujeito se constitui a partir de aglomerados de eus dos familiares.

O medo da paciente de perder sua identidade ocorria em face da indistinção dos eus de seus familiares. Tinha medo de perder o amor de seus pais, ao se diferenciar deles. Seu eu perdido nos eus de seu nicho de origem fazia com que seu olhar se impregnasse de controle sobre seu cônjuge. Dada a confusão dos eus nessa família, ‘explodir’ remete à falta de espaço mental para o sujeito ser a si mesmo.

No que tange ao medo de perder o amor de seus pais ao se distinguir deles, Freud (1923) considera que o superego se manifesta mediante a culpa e o medo de perder o amor dos pais, ao infringir suas regras.

A estirpe materna aparece com toda a sua força na produção e na propagação do trauma. Ícone de um poder matriarcal às ocultas, a figura materna falha em sua função como mãe, mas cobre as faltas de outra mãe. A mulher delega sua força ao homem, depende dele e busca uma fusão com ele – supostamente forte e protetor. Na prática, o poder masculino se mostra bastante falho. E, ainda, os filhos que se mantêm ‘unidos’ aos pais ficam ‘travados’, sem força pessoal e com muito medo de ir para o mundo. Essa ‘união’ abrange a demanda de que um membro deva cobrir as faltas afetivas e financeiras do outro, de tal modo que todos continuem pobres/faltantes.

Nessa família, há o pensamento circular: o corpo feminino eivado de doenças impregna-se de vergonha, culpa, tristeza e raiva; o terror de ter câncer impede a capacidade crítica de sua consciência de cotejá-lo com a duração real da vida de seu portador; a aflição e o desespero da paciente frente à ‘perda’ de seu marido retomam seu sofrimento e o de sua mãe quando da separação de seu pai; a equação simbólica *‘ter filho=ser feliz=ter valor’* dificultava seu acesso à idéia inconsciente de *‘ter um filho para completar o caos da circularidade geracional’* de sua família. A circularidade sustenta-se em: cuidado ao outro- descuido de si - desejo de amparo pelo outro - insatisfação com isso - maior desamparo - desejo de amparo por um objeto externo.

Dentre os estilhaços do trauma que ‘circulam’ nela à guisa de um curto-circuito do eu, há aqueles repassados para vários membros e outros disseminados para um deles. Na trama materna, a vergonha de ser mulher passou da avó para sua filha e neta. Além disso, sua mãe teria repassado o ‘pior’ tão-somente para ela. Falta às mulheres o corpo vivo, erótico e fecundo, bem como uma identidade própria. No filão paterno, seu pai e seus irmãos engravidaram suas namoradas na mesma idade e fora do casamento, ao passo que ela não o fez. Aos homens, falta reconhecer o poder das mulheres, sem ser superiores a elas. Comum a todos, seriam amaldiçoados, escravizados e presos por correntes. As faltas afetivas e financeiras são patognomônicas desse grupo.

Certas proto-representações aparecem na frase materna *‘eu te passei o pior’*, sob o contexto das doenças físicas repassadas a filha. Sua dificuldade de discriminar seus conteúdos e seus níveis de informação era considerável. Precisava distinguir se ‘o pior’ remetia à herança

biológica, à psicológica ou a ambas. No caso de sua herança biológica, as doenças maternas que a atingem não são graves. O pior remontaria, principalmente, à herança psíquica materna. Além disso, sua frase parece conter um lamento, em que se confundem sua tristeza, sua culpa, sua agonia e seu desgosto, bem como sua submissão a essa herança e a impotência de sua herdeira frente a ela. No nível da representação, designa à filha *ser a herdeira exclusiva da pior porção do legado materno, ser sua sucessora direta e ser prisioneira* das ranhuras patológicas de sua mãe. O ódio a esta seria o afeto central ligado a tais representações. A frase da paciente '*eu não tive mãe*' se aproxima mais diretamente do plano das representações: *ser abandonada, ser desamparada e ser órfã*.

O cunho de antiguidade e de modernidade no discurso da família aparece nas representações parentais e filiais sobre dinheiro, poder e relação eu-outro. '*Tá podendo, hein?*' – frase moderna de seus irmãos – alude às representações de *ser superior* e a *ser inferior* ao outro, bem como a *ser poderoso* e a *ser desfavorecido* quanto a dinheiro. Ora, *ser superior* e *ser inferior* ao outro também estão presentes na equação simbólica de sua mãe: '*ser rico = ser metido = ser orgulhoso*'. '*Tá se achando...*' remete a ela se considerar superior a eles no plano intelectual. Essa frase retoma aquela de seu pai ao '*ser melhor que muito enfermeirinho*'. Esta compara o eu ao outro quanto a *ser superior* ou a *ser inferior* a ele.

A paciente, no aspecto idade cronológica versus idade psíquica, se representa como: *ser bebê, ser criança, ser velha*. *Ser mulher* aparece em função de seu desejo de manter seu marido. No campo da díade mãe-filha e no do amparo-desamparo ela se representa como: *ser órfã* e *ser desamparada* por sua mãe, contrapostas a ela *ser a amparadora dos desamparados/sobrinhas e clientes* e a *ser a guardiã dos frágeis/idem*. No domínio financeiro, *ter dinheiro* confunde-se com *ser metida, ser orgulhosa e ser arrogante*. Na dimensão da autonomia de seu desejo, *ser autônoma* confunde-se com *ser má e ser odiada* pela mãe. *Diminuir seu valor* contrapõe-se a ela *destacar-se da família*.

Sua mãe poderia ser representada como a *amparadora das mães* e a *desamparadora da filha*. Ela *desamparava seu marido* – em suas demandas de tempo e espaço a dois – para *amparar sua desamparada mãe*. Ao fazê-lo, era vista como *boa e amada* por ela. Cobrir as faltas do outro no grupo é representado como *ajudar, ser bom e ser amado*. Todavia, esse eu ideal parece favorecer as idéias de *ser desamparado* e de *ser pobre*, mantidas graças à equação simbólica materna '*ser rico = ser metido = ser orgulhoso*'. Logo, sua filha representa as pessoas como *mercantilistas* ou *abnegadas*. A mulher representada como *inferior* ao homem

na família aparece na relação de sua mãe com seu pai, bem como dela com seu marido e com seus irmãos. Estes criticam-na ao entenderem que ela quer ser *superior* a ela; ela se representa como *inferior* a eles para ser amada por eles. Com relação à circularidade dos afetos, há a *vergonha*, a *culpa*, a *tristeza* e a *raiva* de ser mulher e de ter um corpo sexuado; o *terror* da mulher fraca de perder o homem forte; a *raiva* do homem com relação à superioridade da mulher e o *medo* de perder o amor materno ao descumprir seus ditames.

Dentre as racionalizações na família, a fusão com o outro é explicada em termos de ajuda a ele. Todavia, aquele que o faz, se enfraquece e busca força no outro – de preferência, em um homem – sobrecarrega-o ao fazê-lo e ameaça sua relação com ele. A cisão aparece em versões extremadas. Ajudar o outro é um ato de bondade, mas pensar em si é uma maldade. Em seus subterrâneos, ser boa é se fundir ao outro. Assim sendo, a paciente se sente má – ao se ‘descolar’ de seus pais. Também contribui para que ela oscile entre seus desejos de se fundir e de romper com seus objetos de maneira absoluta, bem como entre os de crescer e regredir, de se diminuir e de se destacar. Para resolver os embates do eu, contribui a prevalência do amor sobre o ódio na família.

O segundo caso revela o impacto da densidade do trauma ancestral no sujeito. Esta paciente foi submetida a uma efração traumática disruptiva da representabilidade de seu sistema representacional. Para isso, contribuiu maior investimento de ódio que de amor – de seus pais em relação a ela. Por conseguinte, seu sistema mobilizou uma carga bem maior de ódio que de amor dentre as defesas do eu. No âmago da constituição de seu eu e de sua relação com o outro imperou o ódio. Os vínculos de seu eu com o outro e o mundo sofreram um processo de desligamento quase total. Seu ódio a si e aos seus pais era revelado em: *ser abandonada*, *ser desamparada*, *ser rejeitada*, *ser um nada*, *ser um desastre na vida*, *ser pior que m...*, *ser sem valor*. Seu ódio, seu horror, sua vergonha e sua culpa de *ser mulher* impedem-na até hoje de formar uma parceria com homem. A catástrofe mental das perdas impediam-na de integrar os ganhos relativos às suas conquistas. O *impingement* de um paradoxo paterno em sua adolescência fundou uma contradição mental que a deixou ‘sem saída’. Ao afirmar seu amor – contrário às confusas percepções dela sobre seu ódio – seu pai posicionou-se acima de todos os homens. Designou-os como incapazes de amá-la e capazes tão-somente de desejo, sendo que o aspecto sexual desse desejo ficou nos estratos inconscientes do sistema. Se o pretenso amor paterno a feriu tanto e se o desejo sexual masculino é perigoso e deve ser temido, então ela deve evitar seu desejo por homens. A este

paradoxo paterno – alicerçado no ódio – juntaram-se o ódio e o horror maternos a sexualidade. Logo, o aprisionamento da paciente sob o absoluto está consolidado e seu sofrimento é atroz.

O absoluto constitui uma hipótese investigativa sobre um trauma ancestral. Ele é formado por representações sobre-investidas de ódio e horror: *ser abandonado, desamparado, rejeitado, fracassado, derrotado, devedor, não-amado, para sempre, sem lugar no mundo, sofrendo ao infinito, amaldiçoado ad aeternum*. E ainda *ser impossível* realizar seu desejo e *estar absolutamente proibido* de realizá-lo. Propaga um sofrimento transgeracional de quilate incomensurável que trava seu desejo. Em sua herança psíquica prevalecem elementos inertes e mortos que configuram uma mortalha em vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A constituição do eu a partir de sua *étayage* no eu do outro é um processo imanente ao seu desenvolvimento e parte irretorquível da engrenagem das gerações. *Ser forte, ser poderoso, ser bem sucedido, ser grande e ser o melhor* são representações solidárias à realização do desejo do sujeito, favorecendo a emancipação de seu desejo com relação ao de seus pais. *Ser fraco, ser desfavorecido, ser fracassado, ser pequeno e ser o pior* enfraquecem a autonomia de seu desejo e seu *punch* para efetivá-lo na vida adulta. As ideias do absoluto atestam esses efeitos em níveis mais destrutivos do eu.

A junção de dois membros – de famílias diferentes – submetidos a traumas severos favorece a confluência do trauma sobre seu filho. Caracteriza o absoluto, cujo sofrimento mental insere o herdeiro no tempo do *eterno*, do *para sempre* e do *infinito*. Assim, as possibilidades de mudança psíquica são alçadas à dimensão do *absolutamente proibido* e do *impossível*. Esses bloqueios à reconstrução do eu são muito maiores do que no trauma circular – dada a destrutividade do ódio no sistema de seu herdeiro.

A despeito de seu ódio contra sua fixação ao desejo parental, ele experimenta uma ausência de desejo próprio e um ‘vazio’ em sua potência de concretizá-lo no mundo das relações. Seu desejo não se sustenta nele, nem como elemento indissociável de seu eu e, tampouco, como movimento vetorizado do eu para os objetos de satisfação.

Em contrapartida, a auto-sustentação do eu do sujeito funda-se no uso de seus talentos e suas aptidões de forma criativa e dirigida aos seus objetos reais de satisfação. Uma análise



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



precisa partear o desejo do sujeito para além dos antigos escombros de seu eu no trauma do absoluto ou de sua indiferenciação de outros eus no trauma circular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, M.E.S. (2008). A força do legado transgeracional numa família. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10 (2), 12-23. <http://www.mackenzie.br/4774.html>.
- Bateson, G. (2000). *Steps to an ecology of mind*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bion, W. R. (1994). *Estudos psicanalíticos revisados*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (2006). O ego e o id. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. 19, p. 3-66. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (2006). Inibição, sintoma e angústia. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. 20, p.57-78). Rio de Janeiro: Imago.
- Kaës, R., Bleger, J., Enriquez, E., Fornari, F. & Fustier, P. (Orgs.) (1991). *A instituição e as instituições*. Estudos psicanalíticos. São Paulo, S.P: Casa do Psicólogo.

**INDICADORES PSICOMÉTRICOS DAS ESCALAS DE ESTRESSE, ANSIEDADE E
DEPRESSÃO/EADS21: UM ESTUDO COM HABITANTES DO AMAZONAS/BRASIL¹⁵**

Lerkiane Miranda de Moraes (Universidade Federal do Amazonas)

Suely A. do Nascimento Mascarenhas (Universidade Federal do Amazonas)

Gisele Cristina Resende Fernandes da Silva (Universidade de São Paulo)

José Luís Pais Ribeiro (Universidade do Porto - Portugal)

RESUMO

O estresse, a ansiedade e a depressão são doenças que afetam o bem-estar psicoemocional e consequentemente afeta “o organismo como um todo”, podendo comprometer o físico, o humor e em consequência o pensamento, a atenção e concentração, as quais são variáveis necessárias para o bom desempenho acadêmico no que diz respeito ao desenvolvimento das atividades de estudo-aprendizagem. Este trabalho é realizado ao abrigo de projetos de pesquisas que estão sendo desenvolvidos pelo Laboratório de Avaliação Psicopedagógica, Educacional, Histórico-Cultural e Social da Amazônia – LAPESAM. Tem como objetivo apresentar indicadores psicométricos sobre a fiabilidade e validade das escalas sobre estresse, ansiedade e depressão aplicada a habitantes do Amazonas na perspectiva de contribuir para a validação do instrumento ao contexto nacional. É uma investigação transversal, na perspectiva quanti-qualitativa. As informações apresentadas neste trabalho foram obtidas a partir de parte do banco de dados de uma investigação mais ampla realizada ao abrigo do projeto de pesquisa associado ao mapeamento do contexto socioeducativo e avaliação do bem-estar subjetivo, bem-estar psicossocial, resiliência, otimismo, felicidade, esperança, saúde e representações sobre o meio ambiente, cidadania e inclusão sócio econômica de habitantes do Amazonas (CNPq/FAPEAM) realizado com a participação, voluntária e anônima de n=1318 habitantes do Amazonas, localizado na Região Norte do País. Dos n=1318, 58,3% são do sexo feminino e 41,7% do sexo masculino. A idade dos participantes varia entre 18 e 87 anos M=25,28; DP=9,73. Foi aplicada a Escala de Estresse, Ansiedade e Depressão constituída por

¹⁵ **Apoio:** FAPEAM - Fundação de Amparo a pesquisa do Amazonas

21 itens. 7 itens medem o fenômeno da ansiedade, 7 itens avaliam o fenômeno da depressão e 7 itens diagnosticam o fenômeno do estresse. Os sujeitos avaliam a extensão com que perceberam o ocorrência dos fenômenos em análise, cujos sintomas foram experimentados na última semana, numa escala de 4 pontos. 1. Não aplicou-se nada a mim, 2. Aplicou-se a mim algumas vezes, 3. Aplicou-se a mim muitas vezes e 4. Aplicou-se a mim a maior parte das vezes. A fiabilidade das Escalas EADS-21 junto à amostra analisada (método alpha de cronbach) foi de 0,91, para a sub-escala que avalia o estresse, 0,86 para a sub-escala que mede o fenômeno da ansiedade e de 0,88 para sub-escala que avalia a depressão é de 0,90. Com relação à fiabilidade de medida dessas escalas junto a esta amostra pode-se afirmar que os mesmos são positivos para os padrões da investigação nas ciências humanas. Considerando o indicador de fiabilidade obtido, conclui-se pela adequação do instrumento para avaliar os fenômenos a que se propõe: estresse, ansiedade e depressão.

Palavras-chave: EADS-21. Psicologia da Saúde. Avaliação psicológica.

Eixo Temático: Estratégias de diagnóstico aplicadas à Psicologia da Saúde.

INTRODUÇÃO

Ao longo dos tempos as relações entre as dimensões afetivas negativas, ansiedade, estresse e depressão, têm sido consideradas importantes tanto do ponto de vista teórico como no da saúde mental e, por isso, constituem dimensões clássicas na psicologia e na psicopatologia. Estes fenômenos estão cada vez mais presentes no dia a dia das pessoas. São muitos os relatos de pessoas que por algum momento da sua vida já tenha vivenciado alguns dos sintomas causados pela ansiedade, estresse e depressão.

Este cenário estar ligado ao contexto de vida de cada ser humano, tendo em vista que, na sociedade atual as pessoas estão cada vez mais expostas a diversas situações as quais precisam se adaptar, tais como pressões e cobranças tanto da família quanto da sociedade. Essas expressivas mudanças passou a exigir do ser humano uma grande capacidade de adaptação física, mental e comportamental.

Esse novo modo de vida baseado na disputa diária para sobreviver nessa sociedade capitalista e com características bem marcantes de competitividade, injustiças sociais,



desigualdades sociais, preconceito, desempregos, entre outros, tem gerado males à saúde psíquica, sendo os principais e mais comum o estresse, a ansiedade e a depressão.

Tais fenômenos afetam o bem-estar físico e emocional, fazendo com que as pessoas afetadas por estas patologias sintam-se desmotivadas a realizar várias atividades, pois estes têm sua capacidade de ver o mundo alterado.

O bem-estar psicossocial que caracteriza a qualidade de vida é direito de todos, bem como, saúde. O estresse, a ansiedade e a depressão são doenças que prejudicam o bem-estar subjetivo e a qualidade de vida.

Respaldados nas alusões acima, partimos então de estudos realizados ao abrigo do Projeto de Pesquisa nº = 484218/2011-5 Edital Universal 14/2011/CNPq, uma iniciativa do Laboratório de Avaliação Psicopedagógica, Educacional Social e Histórico Cultural da Amazônia – LAPESAM-UFAM/FAPEAM/CNPq, para alcançarmos o objetivo de analisar os indicadores psicométricos das escalas de Ansiedade, Estresse e Depressão aplicadas a habitantes da Amazônia-Brasil, com o intuito de validação destas escalas para este contexto.

Estresse

A palavra estresse é uma expressão de origem inglesa que tem significado de esforço, tensão acentuada empregada em fisiologia e psicologia como sentido geral de sobrecarga imposta ao indivíduo, criando um estado de tensão exagerada. Considera-se estresse tudo o que é vivido com sobrecarga. É amplo o uso que se faz atualmente deste termo entendido atualmente como o somatório de todas as manifestações sem origem específica, incluindo as lesões e os fenômenos de defesa psicológica e emocional.

O estresse não pode ser considerado como um fenômeno psicológico da contemporaneidade, tendo em vista que, o mesmo, sempre existiu, desde a antiguidade; a diferença é que hoje, têm-se a consciência de seus efeitos positivos e negativos, nas pessoas, no contexto familiar, social e do trabalho.

O termo estresse foi utilizado pela primeira vez na área da saúde em 1926 por Selye para designar um conjunto de reações específicas que ele havia observado em pacientes sofrendo as mais diversas patologias. Em 1936, Hans definiu a reação do estresse como uma síndrome geral de adaptação e em, 1974, ele redefiniu estresse como uma resposta não específica do corpo a qualquer exigência (Selye, 1956).



As primeiras referências à palavra stress, com significado de "aflição" e "adversidade", são do século XIV. No século XVII, o vocábulo de origem latina passou a ser utilizado em inglês para designar opressão, desconforto e adversidade (Lipp, 1996).

Na sociedade contemporânea, este termo tem sido cada vez mais utilizado para caracterizar a extrema sobrecarga à qual está submetida à humanidade na atualidade: vulnerabilidade nervosa, esgotamento, propensão à neurose como consequência de pressão psicológica, desgosto, assédio moral, medo diante de acúmulo de acontecimentos trágicos divulgados pelos meios de comunicação em geral.

Apesar deste fenômeno não ser exclusivo do mundo contemporâneo, nunca se falou tanto em estresse como na sociedade de hoje. O mundo de hoje é realmente estressante. A competição feroz entre as empresas, a globalização, os programas de qualidade, produtividade e tantos outros deixam o indivíduo estressado (Marins, 2003).

Ansiedade

Sentir-se ansioso é uma experiência comum a qualquer ser humano. Quem já não se sentiu apreensivo, com palpitações, com respiração rápida, ou até mesmo inquieto? Segundo D'el Rey (2005), a ansiedade é uma resposta normal para diversos acontecimentos na vida: para um bebê ameaçado com o afastamento dos pais, para as crianças no primeiro dia de escola, entre outros. Deste modo, pode-se dizer que a ansiedade é uma acompanhante normal do crescimento, das mudanças, de experiências novas e inéditas, do encontro da própria identidade e do sentido da vida de uma pessoa.

A ansiedade é um sentimento vital associado a situações apuradas, tensões psíquicas, tendência ao desespero, relativa perda da capacidade volitiva de dirigir a vontade de realização das atividades em geral com equilíbrio emocional. Representa desta forma, um estado emocional que se caracteriza pela tensão, preocupação, nervosismo, inquietude interna e medo.

O Ser humano é dotado de um equipamento psicológico e biológico suficiente para fazê-lo sentir ansiedade diante de situações específicas e que exigem uma atitude mais incisiva e imediata, entretanto, assim que tal situação se resolve, é adequado que tudo volte ao normal, ou seja, que essa pessoa fique sem ansiedade (D'el Rey, 2005).

Este sentimento é considerado pela literatura como sentimento ou afeto originado pelo instinto de proteção contra o perigo que provoca uma perturbação de ânimo elementar. É um



sentimento que pode ter uma causa racional. Por exemplo: ansiedade e medo diante aproximação da realização de um concurso. A ansiedade é entendida como um fenômeno que se associa a estímulos neurais e dolorosos ou ameaçantes do ambiente.

Cabral (2006), considera ansiedade como uma característica biológica do ser humano, que antecede momentos de perigo real ou imaginário, marcada por sensações corporais desagradáveis, tais como uma sensação de vazio no estômago, coração batendo rápido, medo intenso, aperto no tórax, transpiração.

Para Andrade e Gorenstein (1998), a ansiedade é um estado emocional que faz parte do espectro normal das experiências humanas e apresenta componentes psicológicos e fisiológicos. Ela passa, porém, a ser patológica quando não existe um objeto específico ao qual se direcione ou quando é desproporcional à situação que a desencadeia. Deste modo, é válido afirmar que, uma pessoa que tenha uma reação ansiosa inadequada ou extrema e de longa duração a um determinado acontecimento pode estar sofrendo de algum tipo de transtorno de ansiedade.

Bernik (1999) afirma que quatro componentes estão presentes nas manifestações deste tipo de ansiedade, manifestações cognitivas (por exemplo, pensamentos de apreensão quanto a um desfecho negativo de uma situação), emocionais (por exemplo, vivência subjetiva de desprazer ou desconforto), comportamentais (inquietação, sobressaltos, evitação entre outros) e somáticas (por exemplo, hiperatividade automática, tensão muscular, entre outros).

Depressão

A depressão é um fenômeno psicológico que se caracteriza por estado de ânimo triste, deprimido, de mudanças contínuas no estado de humor, inibição do curso do pensamento, abalo na força de vontade, iniciativa, autoestima e autoconceito positivos necessários para a adoção de uma visão positiva do futuro.

O fenômeno da Depressão é definido como visão negativa de si, do mundo e do futuro, ou seja, depressão como perturbação da observação de si mesmo, da autovalorização e auto reforço (Dorsch, 2009).

Fédida (2001) considera a depressão como uma doença humana do tempo que afeta a representação e a ação, as potencialidades da linguagem, assim como a comunicação com os outros. Deste modo, na depressão, acontece uma diminuição do interesse global, ou seja,

poucas coisas interessam ao deprimido. Sendo assim, o indivíduo tende a prestar pouca atenção em quase tudo, consequentemente sua memória fica comprometida.

O estado psicológico depressivo caracteriza-se pela ocorrência de condição mental mórbida, com apresentação de sintomas como: cansaço, desânimo, fadiga associado com ansiedade, melancolia e tristeza contínua (Currás & Dosil, 2001).

A depressão afeta a forma como a pessoa se alimenta e dorme, como se sente em relação a si própria e como pensa sobre as coisas, porém não é sinal de fraqueza, de falta de pensamentos positivos ou uma condição que possa ser superada apenas pela força de vontade ou com esforço. Causando inúmeros danos na vida do sujeito tanto na vida pessoal quanto na vida profissional e social, visto que para exercer diversas atividades a pessoa tem que estar com seu bem-estar psicossocial em bom estado, a fim de poder ter o controle de suas emoções e etc.

MÉTODO

Participantes

A amostra analisada neste trabalho é composta por n= 1320 habitantes residentes no Estado do Amazonas, localizado na Região Norte do Brasil. Destes habitantes, residentes nos Municípios de Humaitá, Manicoré, Lábrea, Benjamim Constant, Tabatinga e Manaus.

Com relação à idade esta amostra é composta por 65.3 % de Jovens Adultos (com idades entre 18 e 25 anos); 34.6 % Adultos (com idades entre 26 a 60 anos) e 0.1 % na Terceira Idade (acima de 61 anos). Sendo 57.9% do sexo feminino e 42.1% do sexo masculino. No que se refere à etnia, 24.8% se declararam branco, 10.2% negro, 25.1% indígena, 30.0% pardos e 9.8% não declararam sua etnia.

No que se refere ao indicador de cidadania Escolaridade temos 2.2% sem estudo, 19.1% possuem Ensino Fundamental incompleto, 10.2% Ensino Fundamental completo, 23.7% Ensino Médio incompleto, 15.3% Ensino Médio completo, 24.3% Ensino Superior incompleto, 3.1% Ensino Superior completo e apenas 2% da amostra possuem Pós-graduação.

Com relação à renda familiar temos 33.2% não possuem renda fixa, 26.7% tem renda familiar até 01 salário mínimo, 22.8% renda familiar de 02 a 03 salários mínimo, 5.2% de 03 a 05 salários mínimo, e apenas 1.8% possui renda familiar acima de 05 salários mínimo. Com base na classificação de nível socioeconômico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-

IBGE, 59.9% da amostra pertence à classe baixa, ou seja, tem renda mensal entre zero e dois salários mínimo.

Instrumento

Os dados analisados neste estudo foram obtidos a partir da aplicação da ESCALA DIAGNÓSTICO: ESTRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO, (Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). As três escalas são constituídas por sete itens cada, no total de 21 itens. Cada item consiste numa frase, uma afirmação, que remete para sintomas emocionais negativos. Pede-se ao sujeito que responda se a afirmação se lhe aplicou “na semana passada”. Para cada frase existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo Likert. Os sujeitos avaliam a extensão em que experimentaram cada sintoma durante a última semana, numa escala de 4 pontos de gravidade ou frequência: “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim de muitas vezes”, “aplicou-se a mim a maior arte das vezes”. A EADS é dirigida a indivíduos com mais de 18 anos.

Procedimento de coleta, tratamento e análise de dados

Os sujeitos foram escolhidos de maneira aleatória e participaram anonimamente e voluntariamente da investigação após serem informados dos objetivos, sendo observados os procedimentos éticos vigentes. A coleta foi realizada no primeiro semestre de 2013, sendo esta realizada pelos pesquisadores e acadêmicos participantes do projeto. Para o tratamento e análise dos dados recorreu-se ao programa estatístico SPSS para Windows versão 15.0, observando objetivos da investigação e aporte teórico específico do tema em estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fiabilidade das Escalas EADS-21 junto à amostra em estudo (método *Alpha de Cronbach*) foi de 0,86 para a sub-escala que avalia o estresse, 0,88 para a sub-escala que mede o fenômeno da ansiedade e de 0,90 para sub-escala que diagnostica a depressão, no seu conjunto a confiabilidade do instrumento é de 0,95.

Os indicadores psicométricos verificados junto a esta amostra são considerados positivos para os padrões da investigação nas ciências humanas. De acordo com a tradição da pesquisa na área, coeficientes de *alpha* superiores a 0,70, na avaliação de atitudes e fenômenos psicossociais e afetivos complexos, conferem elevada fiabilidade às escalas utilizadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu verificar que a EAD21 constitui um instrumento válido para diagnóstico e avaliação dos fenômenos estresse, ansiedade e depressão em diferentes contextos.

Suas características psicométricas apresentam-se válidas. Por tais características a escala pode ser utilizada para medir os fenômenos psicológicos do estresse, da ansiedade e depressão.

Considerando a importância da construção de instrumentos para medir fenômenos psicológicos que exercem efeitos sobre a saúde psicossocial das pessoas, interessamo-nos em empreender este estudo e dar continuidade à investigação para conhecer os efeitos dos fenômenos ansiedade, estresse e depressão sobre o bem-estar psicológico dos habitantes do Amazonas-Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, L. H. S. G.; Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*.
- Bernik, M. A. (1999). Ansiedade normal e patológica. In: *Benzodiazepínicos: Quatro décadas de experiência*. São Paulo: Edusp.
- Cabral, A. & Nick, E. (2006). *Dicionário técnico de psicologia*, 14º ed. – São Paulo: Cultrix.
- Currás, C. F. & Dosil, A. M. (2001). *Dicionário de psicología e educación*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.
- D'el Rey, G. J. F. (2005). Quando a ansiedade torna-se uma doença. *Revista Integração*. São Paulo.
- Dorsch, F. (2009). *Dicionário de psicologia*, 4ª edição, Petrópolis, RJ: Vozes, tradução de Emmanuel Carneiro.
- Fédida, P. (2001). *Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia*. São Paulo: Escuta.
- Gable, R., Wolf, M. (1999). *Instrument development in the affective domain. Measuring attitudes and values in corporate and school settings*.
- Lipp, M. E. N. (1994). *Como enfrentar o stress*. (3ª ed.) São Paulo: Ícone.
- Lipp, M. E. N. (1996). *Stresse: conceitos básicos*. Campinas: Papirus.



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



Marins, L. (2003). *Livre-se dos "Corvos"*. São Paulo: Harbra.

Mascarenhas, S. A. N. , Morais, L. M. & Mota, F. G. (2013). Ansiedade, Estresse, Depressão e rendimento acadêmico no Ensino Superior. In: Mascarenhas, Suely A. do Nascimento (coordenadora). *Determinantes do rendimento e do bem estar psicossocial em contextos educativos formais*. Edições Loyola, São Paulo.

Mascarenhas, S.A.N. (Coord.). (2011). Projeto de *pesquisa Mapeamento do contexto sócio-educativo e avaliação do bemestar subjetivo, bem-estar psicossocial, resiliência, otimismo e esperança de povos e comunidades tradicionais do Amazonas, analisando seus efeitos sobre o exercício da cidadania*, CNPq/2011.

Selye, H. (1956). *Stress, a tensão da vida*. Edição original publicada por McGraw – Hill Book Company, Inc.

INSÔNIA EM PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS

Nancy Julieta Inocente (Universidade de Taubaté)

Clara Odília Inocente (Université de Lyon – France e Universidade de São Paulo)

Janine Julieta Inocente (Universidade de São Paulo)

Rubens Reimão (Universidade de São Paulo)

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo identificar a prevalência da insônia em professores universitários do Vale do Paraíba (SP). Trata-se de uma pesquisa descritiva. A amostra foi composta de 510 professores de ambos os sexos, que estavam em exercício profissional e que pertenciam às instituições de ensino superior localizadas em cidades paulistas do Vale do Paraíba (SP). Na coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: Questionário de Identificação da Amostra e Questionário de Sono do Adulto. Situações em que o distúrbio do sono mais frequente: os que fizeram tratamento psicológico, que não fizeram tratamento psiquiátrico, que tinham mais de 55 anos de idade, que eram do sexo feminino, viúvas, que trabalhavam de 11 a 20 horas por semana, que eram da categoria docente de mestre e professor adjunto, das áreas acadêmicas humanas e exatas, que tinham de 16 a 20 anos de serviço, do período de dedicação integral e com o título de bacharel e licenciatura. Quanto a duração de sono, 5, 2% menos de 5 hs, 33, 6% de 6 a 8 hs = 33, 6%, 23,3% de 8 a 9 hs., 5, 25% de 9 a 11 hs e 0,9% mais de 12 horas. Quanto à insônia, 61% apresentavam insônia inicial, que indicação de problema para adormecer; 48,8% com insônia intermediária com problema para permanecer adormecido e 54,1% com insônia terminal relacionado a acordar antes da hora. Conclui-se sobre a importância de intervenções dirigidas para a prevenção de distúrbios do sono.

Palavras-chave: Distúrbio do sono. Saúde Ocupacional. Professor universitário.

INTRODUÇÃO

O sono é um estado caracterizado por diminuição da consciência, dos músculos do esqueleto e redução do metabolismo (Sleepnet, 2004). O sono reparador é essencial para a saúde física, emocional e social. Uma noite não bem dormida produz alterações no humor, comportamento e atividades diárias. Hábitos de sono saudáveis podem fazer uma grande diferença na qualidade de vida e é muitas vezes referida como tendo boa higiene do sono.

A carência do sono produz mal-estar, mas também a insônia recorrente poderá afetar a totalidade do organismo, conduzindo a uma fadiga crônica, à vezes com graves consequências. A insônia é um sintoma que pode ser definida como dificuldade de iniciar e/ou manter o sono, despertar precoce e presença de sono não reparador. A insônia, geralmente, está associada aos transtornos como a depressão e ansiedade que afetam as relações familiares (Guerrero, Aguilar & Medina, 2010).

A insônia é o mais frequente de todos os distúrbios do sono na população geral (Inocente, 2005, Guerrero, Aguilar & Medina, 2010). A prevalência da insônia na população geral varia de 10% a 76,3%, conforme o critério conceitual utilizado (Inocente, 2005).

A insônia varia com a idade e gênero e sua prevalência é 1,5 vezes maior nos idosos que nos adultos jovens. As mulheres sofrem mais de insônia que os homens. Os sintomas diurnos comuns na insônia são: fadiga, cansaço fácil, ardências nos olhos, irritabilidade, ansiedade, fobias, incapacidade de concentrar-se, motivação, iniciativa, déficit de atenção e concentração, dificuldade de memória e aprendizagem, mal-estar e sonolência, dor de cabeça e tensão muscular, queda no rendimento escolar e profissional. (DSM-IV-TR, APA, 2002, AASM, 2005).

Distingue-se a insônia primária, quando há um único problema de sono e insônia secundária, quando há a manifestação secundária frente a uma enfermidade orgânica, enfermidade mental, outro distúrbio primário do sono, ou devido ao consumo de determinadas substâncias, drogas ou fármacos).

A Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono (2005 citada por Guerrero, Aguilar e Medina, 2010), organiza a insônia em vários tipos, como:

Insônia aguda: se relaciona com situação de estresse com duração de três meses, mais frequente em idosos e mulheres do que em homens; afeta de 15 a 29% da população

Insônia psicofisiológica: dificuldade de para conciliar o sono e/ou despertar, sono fragmentado com a duração de mais de um mês, mais frequente no sexo feminino decorrente de ansiedade, excessiva preocupação com o sono, excitação mental, pensamentos não controlados que mantêm o indivíduo desperto, incapacidade de relaxar; afeta 2% da população;

Pseudoinsônia: má percepção do sono em que o indivíduo julga que dormiu pouco, mais frequente em mulheres do que em homens; afeta 5% dos casos de insônia;

Insônia idiopática: trata-se de uma insônia crônica em que não se identifica um fator desencadeante, ocorre em 1 % da população dos adultos jovens;

Insônia causada por transtorno mental: é um sintoma de um transtorno mental e afeta 3% da população geral;

Insônia devido à inadequada higiene do sono: relaciona-se com as atividades diárias que impedem uma adequada qualidade de sono, geralmente, ligadas ao consumo de álcool ou cafeína antes de dormir, atividades físicas ou emocionais intensas, ambientes com muita luz, ruído ou temperatura inadequada; afeta 2% da população geral.

Insônia causada por drogas ou substâncias: resulta em inibição ou redução do sono devido ao consumo de cafeína, drogas, álcool, fármacos; afeta 0,2% da população geral;

Insônia causada por condições médicas: resulta de alguma alteração fisiológica ou enfermidade orgânica; afeta 0,5% da população geral.

O transtorno do sono, especificamente, a insônia tem custo social alto devido o aumento de risco de acidentes de trânsito e de trabalho, principalmente em trabalhadores noturnos, motoristas e professores (Inocente, Inocente & Reimão, 2001), contribuindo para o detrimento da qualidade de vida. O presente trabalho tem como objetivo identificar a prevalência da insônia em professores universitários do Vale do Paraíba (SP).

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva que tem como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre as variáveis (GIL, 1995).



A amostra foi composta de 510 professores de ambos os sexos, que estavam em exercício profissional e que pertenciam às instituições de ensino superior localizadas em cidades paulistas do Vale do Paraíba (SP).

Na coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: Questionário de Identificação da Amostra e Questionário de Sono do Adulto. Questionário de Dados de Identificação da Amostra (QDIA)

Questionário de Identificação da Amostra: para a identificação da amostra por intermédio dos seguintes dados: se fez ou não tratamentos psicológico e psiquiátrico, idade, sexo, estado civil, religião, número de filhos, origem étnica, disciplina lecionada, número de horas trabalhadas por semana, categoria docente, área acadêmica, tempo de serviço como docente, regime de trabalho e título acadêmico, pós-graduação em andamento, tipo de universidade em que leciona, (Inocente, 2000).

O Questionário de sono do Adulto; validado por Giglio, 1988, é formado por vinte perguntas relacionadas ao sono.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Campinas. Em seguida, entrou-se em contato com os coordenadores de Cursos das diversas instituições universitárias do Vale do Paraíba paulista, apresentando os objetivos de investigação. Após a autorização, no próprio local de trabalho, foram aplicados os instrumentos da pesquisa nos professores universitários. Para a análise estatística aplicada, contou-se com a ferramenta (programa do computador) STATISTICA, versão 5.0, da Stat Soft, Office 97.

RESULTADOS

O método de análise dos dados foi exploratório, usado para descobrir o que os dados estão dizendo, pelo uso da Estatística. O Questionário de Identificação da Amostra mostrou situações em que o distúrbio do sono foi mais frequente: os que fizeram tratamento psicológico, que não fizeram tratamento psiquiátrico, que tinham mais de 55 anos de idade, que eram do sexo feminino, viúvas, que trabalhavam de 11 a 20 horas por semana, que eram da categoria docente de mestre e professor adjunto, das áreas acadêmicas humanas e exatas, que tinham de 16 a 20 anos de serviço, do período de dedicação integral e com o título de bacharel e licenciatura.



Os resultados do Questionário de Sono do Adulto mostraram que a duração de sono da mostra pesquisada foi de 5, 2% menos de 5 hs, 33, 6% de 6 a 8 hs = 33, 6%, 23,3% de 8 a 9 hs., 5, 25% de 9 a 11 hs e 0,9% mais de 12 horas.

A insatisfação com o padrão de sono, esteve presente em 48,4%, com os professores relatando que tinham algum problema de sono (73,1%), apesar das condições em que dormiam serem satisfatórias (93,9%).

Quanto à insônia, a prevalência na amostrada estudada foi de 61% apresentavam insônia inicial, com indicação de problema para adormecer; 48,8% com insônia intermediária com problema para permanecer adormecido e 54,1% com insônia terminal relacionado a acordar antes da hora.

DISCUSSÃO

No presente estudo, a prevalência geral da insônia de 54,6 % entre professores universitários foi alta. De maneira semelhante, Inocente e colaboradores, (2001) avaliaram a insônia e qualidade de sono em 30 professores do ensino fundamental da cidade de São José dos Campos e obtiveram a prevalência de 30% professores insones.

Bulgari e Freitas (2001) delinearão os hábitos de sono de professores estabelecendo a relação com o desempenho profissional. A amostra foi constituída de 45 professores da educação infantil, do ensino fundamental, médio e superior. Os resultados indicaram que a média de sono do grupo foi de 6 horas e 30 minutos; 76,4% atribuíram a fatores externos (ruído, temperatura e luminosidade) as queixas relativas às poucas horas destinadas ao sono e a sonolência diurna foi o achado mais importante entre os transtornos do sono.

Santi e Oliveira (2004) avaliaram a qualidade de sono, o índice de ansiedade e qualidade de vida em 150 professores universitários. Os resultados indicaram 67% de prevalência dos transtornos, com baixo nível de higiene de sono e insatisfação com o sono. A insônia e a ansiedade foram os transtornos que mais acometeram os professores, mas eles mantiveram 72% de satisfação com o sono, indicando respostas contraditórias.

GIGLIO (1988) detectou, na sua pesquisa com a população adulta da cidade de São Paulo que, quanto à insatisfação para como os seus padrões de sono, ocorreu em quase um quarto de sua amostra de 1000 pessoas (25%). No presente estudo, a insatisfação com o padrão de sono foi de 48,4%, que é quase o dobro da insatisfação da população em geral.

O Distúrbio do Sono foi mais prevalente entre as professoras e segundo Reimão (1997), a insônia não é uma doença, e sim a manifestação de outras doenças e que a mulher sempre tem mais insônia do que o homem porque está mais sujeita à depressão.

Rossini (2002) adverte que, a insônia é uma diminuição total ou parcial da quantidade e ou da qualidade do sono, com o comprometimento da vigília e que apresenta um alto índice de prevalência na população geral, sendo fator de risco para a depressão.

Os Distúrbios do Sono precisam ser detectados, pois influenciam diretamente as flutuações do humor e são pistas essenciais nos diagnósticos para detectar o nível de depressão (Inocente & Reimão, 2001).

CONCLUSÃO

Conclui-se sobre a importância de intervenções dirigidas para a prevenção de distúrbios do sono em professores com a introdução de melhorias benéficas das condições de trabalho, não somente na perspectiva da produção e, também, na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AASM. (2005). *The International Classification of Sleep Disorders. Diagnostic and Coding Manual*. Westchester, IL: AASM.
- Associação Psiquiátrica Americana. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM- IV TR, APA)*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bulgari, M.L. & Freitas, M.L. (2001). Sono, professor e desempenho profissional. Em: R. Reimão, . (Org.). *Avanços em Medicina do Sono*. São Paulo: Associação Paulista de Medicina.
- Giglio, S.B. (1988). Estudo da ocorrência das queixas de insônia, de insônia excessiva diurna e das relativas às parassonias na população adulta da cidade de São Paulo. São Paulo. (Tese - Doutorado – Escola Paulista de Medicina).
- Guerrero, F. A., Aguilar, A.R. & Medina, G.M. (2010). Classificação Internacional dos distúrbios do Sono. In: *Sono & Saúde: interface com a Psicologia e a neurologia*. Em R. Reimão, L.H. Ribeiro do Vall, E.L. Ribeiro do Valle, S. Rossini. Editora Novo Conceito.



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



- Inocente, N.J. (2000). *Estados depressivos e situações de trabalho dos professores universitários*. Dissertação de Mestrado em Ciências Médicas - Universidade Estadual de Campinas.
- Inocente, J.J., Inocente, N.J. & Reimão, R. (2001). Estudo preliminar de qualidade de vida e insônia em professores do ensino fundamental. Apresentação na Sessão de Temas livres, *II Encontro Brasileiro de Pesquisadores de Qualidade de Vida*. Campinas: UNICAMP.
- Inocente, N.J. & Reimão, R. (2001). Transtornos do humor e insônia. Em: R. Reimão, (Ed.). *Avanços em Medicina do Sono*. São Paulo: Associação Paulista de Medicina.
- Inocente, N.J. (2005). *Síndrome de Burnout em Professores Universitários do Vale do Paraíba, (SP)*. Tese de Doutorado. Pós- Graduação de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.
- Reimão, R. (1997). *Durma bem: dicas para uma noite de sono feliz*. São Paulo: Atheneu.
- Rossini, S.R. (2002). Insônia crônica no idoso: a vigília infernal. Em: R. Reimão, (Ed.). *Tópicos selecionados de Medicina do Sono*. São Paulo: Associação Paulista de Medicina.
- Santi, M.A ; Oliveira, M.N. (2004). Sono, ansiedade e qualidade de vida. Em; R. Reimão. (Ed.). *Sono normal e doenças do sono*. São Paulo: Associação Paulista de Medicina.
- Sleepnet.(2004). Sleep Disorders Reseach. <http://sleepfoundation.org/sleep-tools-tips/healthy-sleep-tips>.

INVESTIMENTO EM SAÚDE: IFDM E DESENVOLVIMENTO EM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS GOIANOS DE PILAR DE GOIÁS E RIO VERDE, NO PERÍODO DE 2000 E 2010

Ronney Francisco de Miranda (Faculdade de Anicuns)

Quesia Postigo Kamimura (Universidade de Taubaté)

Rose M. Lima Campos (Universidade de Taubaté)

RESUMO

Este artigo apresenta um estudo realizado nos municípios goianos de Pilar de Goiás e Rio Verde, e, tem como objetivo a análise dos investimentos realizados em saúde pública no período de 2000 a 2010. A pesquisa é exploratória, com abordagem quati-qualitativa, usando como parâmetro o município de menor e o de maior Fundo de Participação dos Municípios (FPM) goiano. Seus resultados apresentaram o perfil de dois municípios dos quais se observou certa evolução no período avaliado. Com relação ao período analisado, observa-se que houve evolução na saúde pública de ambos os municípios, através dos investimentos realizados na área da saúde. Conclui-se, porém, que há necessidade de mais investimentos em saúde pública, com vistas a melhorar a qualidade de vida dos cidadãos de tais municípios goianos.

Palavras-chave: Desenvolvimento econômico. Saúde pública. Tributos.

INTRODUÇÃO

É indubitável a importância das receitas públicas como forma de efetivação de políticas públicas na consecução do bem comum, pois, para que o um país se desenvolva economicamente torna-se essencial a necessidade de atuação do Estado em políticas públicas de desenvolvimento, especificamente na área de saúde. Neste sentido, considera-se que o investimento em saúde deve ser prioritário e de caráter permanente.

A ideia de desenvolvimento econômico está relacionada ao direito à saúde, o qual é imprescindível para o desenvolvimento, considerando-o num sentido de crescer com qualidade de vida. Desta forma, todo Estado essencialmente Democrático que esteja se desenvolvendo deve levar a sério a questão da saúde pública.

A pesquisa se baseia em literatura econômica, tributária e de saúde pública. Quanto à técnica utilizada, a pesquisa se caracteriza como bibliográfica, englobando fontes primárias como leis e dados obtidos junto a índices de pesquisa, através de dados estatísticos. Quanto à natureza e objetivos, a pesquisa se classifica como exploratória e descritiva, uma vez que se que chegar à compreensão do necessário investimento em infraestrutura, especificamente na saúde pública, como um meio de investimento no desenvolvimento econômico.

Vale ressaltar que não é o intuito deste trabalho exaurir as espécies tributárias relacionadas ao investimento em saúde pública, mas tratar de forma genérica a existência e necessidades de se aplicar as receitas tributárias voltadas para aplicação em saúde.

Assim, o objetivo deste trabalho é analisar os investimentos realizados em saúde pública nos municípios goianos de Rio Verde e de Pilar de Goiás no período de 2000 a 2010.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Noção conceitual de desenvolvimento econômico

A palavra desenvolvimento perpassa pela ideia da interdisciplinaridade, uma vez que várias áreas do conhecimento a discute. Assim, os termos desenvolvimento econômico e crescimento econômico são bastante utilizados em várias áreas de estudos, como o direito, a história, a geografia, e principalmente a economia (Viera & Santos, 2012).

Segundo Oliveira (2002) é frequente encontrar-se na teoria econômica certa confusão entre os conceitos de crescimento econômico e desenvolvimento. Entretanto, é possível destacar que o crescimento é apenas uma parte do processo de desenvolvimento socioeconômico, enquanto o último é considerado um processo mais abrangente.

Assim, o crescimento de uma economia é analisado sob a ótica do aumento da receita, da força de trabalho e de investimento em tecnologia resultando no aumento da riqueza interna de determinado país, isto é, no Produto Interno Bruto (PIB).

Para Furtado (1964) a ideia de desenvolvimento está intrinsecamente relacionada ao desenvolvimento tecnológico. Portanto, para que haja desenvolvimento é necessária uma efetiva interação da tecnologia com os meios de produção, aumentando, desse modo, a produção.

Vieira e Santos (2012) afirmam que o desenvolvimento econômico perpassa pela ideia de uma melhor distribuição de poder econômico e social, constituindo, assim uma nova

economia política. Desse modo, o desenvolvimento econômico incide transformações pela mudança da distribuição do poder político considerando numa participação efetiva da sociedade e, conseqüentemente, faz agregar maior produção de recursos com sua distribuição em função de todos os atores envolvidos no processo.

Para Armatya Sen (2000), o desenvolvimento econômico vai além do aspecto numérico de crescimento. Inclusive, o aspecto econômico se relaciona com a ideia de direitos às liberdades e à própria democracia. Nesse sentido, o funcionamento regular de uma democracia e dos direitos políticos está relacionado à ideia da prevenção da fome. Ademais, na história mundial jamais se observou alguma epidemia de fome quando se vivenciou uma democracia efetiva, independentemente de se tratar de país rico ou pobre.

Assim, a concepção do significado de conceito de desenvolvimento faz depender dos valores histórico-culturais desenvolvidos em cada agrupamento social, não obstante conserve em seu âmago a conquista de padrões de vida superiores e acessíveis a número maior de pessoas.

A ideia de desenvolvimento não pode ser confundida com a ideia de progresso, pois o desenvolvimento no que se refere ao conceito é a virtualização residente num processo histórico-social (Jaguaribe, 1962).

Vasconcelos e Garcia (2008) afirmam que dentro ótica econômica, não há dúvida de que os recursos econômicos são limitados e as necessidades são infinitas. Desta forma, a disponibilidade de recursos materiais e financeiros propicia ao homem maior controle sobre o meio em que vive, possibilitando-lhe maior escolha em razão da liberdade.

A conceituação de desenvolvimento econômico não deve ser vislumbrada tão somente a partir do aumento no volume de bens e serviços. Pois o desenvolvimento vai além da disponibilidade de valores atribuídos a bens e serviços, devendo atender os anseios do homem, considerando-o feliz quando suas necessidades são atingidas. Desta forma, pode afirmar que a riqueza influir no amento da felicidade. (Lewis, 1960).

Desta forma, a noção de desenvolvimento é também afetada pela concepção da questão ambiental e conseqüentemente, da própria saúde.

O desenvolvimento que procura satisfazer as necessidades da geração atual, sem comprometer a capacidade das gerações futuras de satisfazerem as suas próprias necessidades, significa possibilitar que as pessoas, agora e no futuro, atinjam um nível satisfatório de



desenvolvimento social e econômico e de realização humana e cultural, fazendo, ao mesmo tempo, um uso razoável dos recursos da terra e preservando as espécies e os *habitats* naturais (Relatório Brundtland UN, 1987).

A saúde sob o enfoque da Constituição Federal de 1988 e de demais leis

Quando se fala em saúde não se pode olvidar que concepção da mesma, geralmente é analisada de forma incompleta. Um conceito desprovido de caráter científico tem-se que ter saúde é sinônimo de não estar com nenhuma doença. Entretanto, segundo a OMS Organização Mundial de Saúde tal conceito não considera tão somente a ausência de doença, mas outros aspectos tais como: relação social, religiosa, dentre outras.

Deste modo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades" (OMS, 2014).

Como um direito fundamental do cidadão, a Constituição Federal de 1988 deu nova forma à saúde no Brasil, estabelecendo o que a saúde representa, nos artigos 196 e 197:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (Brasil, 1988).

Assim, a saúde, que antes era dever constitucional somente da União, a partir da Constituição de 1988, esse dever passou a ser de todas as esferas dos poderes da administração pública. Portanto, o conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas econômicas e, mormente nas sociais. É concebida de forma integral a assistência, no sentido preventivo e curativo. A gestão participativa foi avaliada como importante inovação, para que cada esfera de governo mantivesse fundos financeiros para tal desiderato. (Brasil, 1988).

Para Rodriguez Neto (1994) a saúde deve ser considerada como um direito sobre o qual se tem a garantia do Estado e ajustado pelos princípios da equidade, universalidade, dentre outros, devendo ser organizado de forma descentralizada, em hierarquia e que promova a participação social.

O legislador foi preciso quanto o novo modelo como um estatuto da saúde, insculpidos nas Leis nº 8.080/90 e a nº 8.142/90. Através da lei nº 8.080/90 sedimentou-se as orientações constitucionais do Sistema Único de Saúde, estabelecendo em seu artigo 2º que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990). Já a lei nº 8.142/90 trata da participação comunitária na discussão das questões pertinentes à saúde com a criação das conferências e os conselhos de saúde em cada esfera de governo. A mesma Lei define também as transferências de recursos financeiros diretamente de fundo a fundo dispensando-se os convênios.

A Emenda Constitucional nº 29/00 definiu a forma de financiamento da política pública de saúde e vinculou a receita tributária na aplicação da saúde. Desse modo, restou assegurada na Constituição Federal a garantia do financiamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2000).

Visando a efetivação no cumprimento da EC 29/00 foi fixado um período de transição até 2004, cabendo ao governo federal a correção anual do orçamento da saúde com base na variação do PIB de cada ano que passar (Brasil, 2000).

No que tange aos Estados, os mesmos deveriam até 2004, estar aplicando pelo menos 12% da base vinculável da receita tributária. A regra para os municípios é semelhante, pois a partir de 2004 os mesmos deveriam aplicar os percentuais de pelo menos 15% da base vinculável da receita tributária (Brasil, 2004).

Não obstante o dispositivo constitucional, o Governo Federal e grande parte dos governos estaduais vem oferecendo resistências à aplicação de recursos na saúde na forma de vinculação prevista na Emenda Constitucional 29/2000. O Problema do financiamento das políticas de saúde ainda não está resolvido e pode estar requerendo maior probidade por parte dos agentes políticos.

ANÁLISE COMPARATIVA DE EVOLUÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NA SAÚDE ENTRE O MELHOR E O PIOR IFDM (ÍNDICE FIRJAN DE DESENVOLVIMENTO) MUNICIPAL DO ESTADO DE GOIÁS

ÍNDICE FIRJAN (FEDERAÇÃO DA INDÚSTRIA DO RIO DE JANEIRO) DO MUNICÍPIO DE PILAR DE GOIÁS NO ANO DE 2000

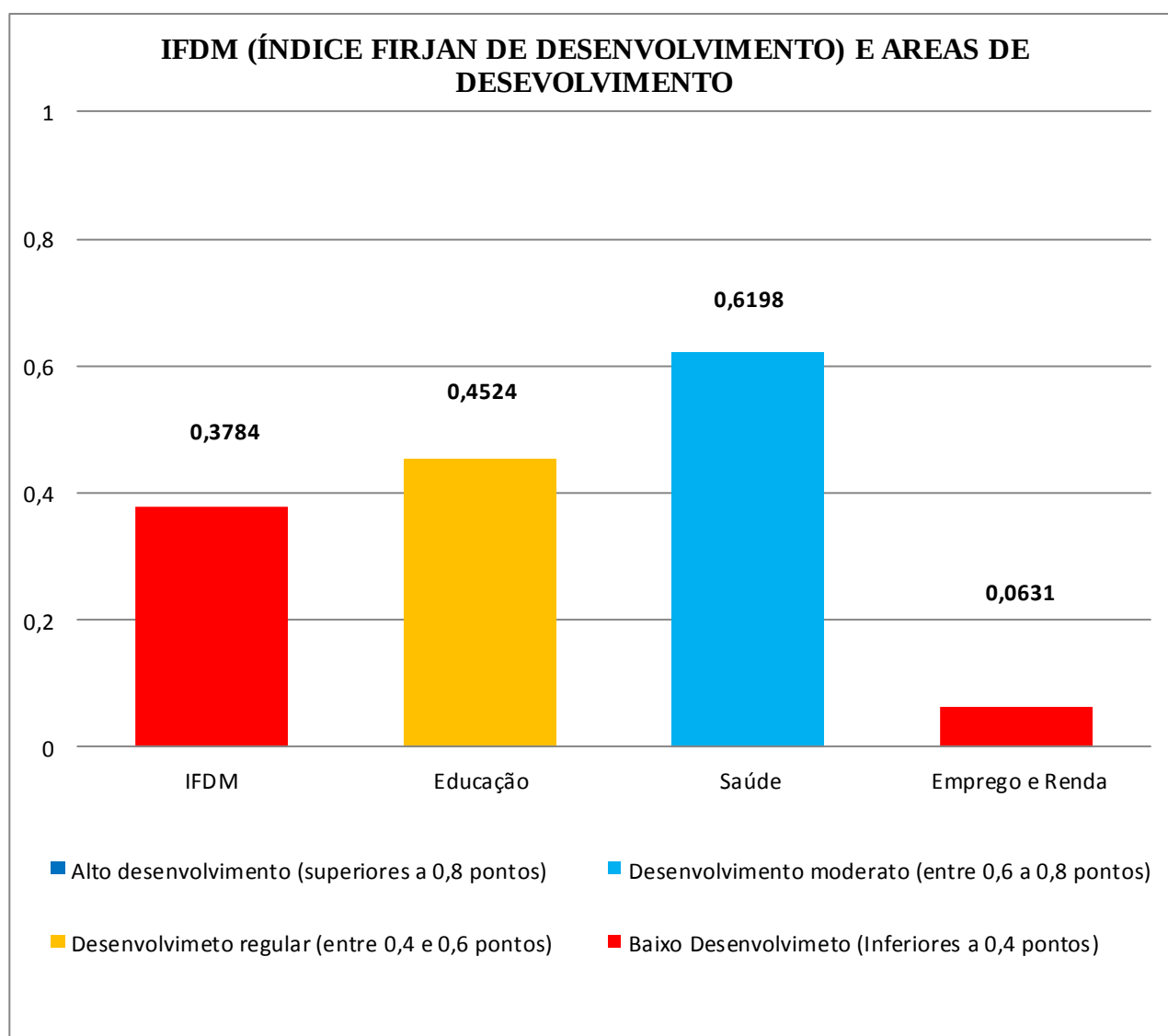


Figura 1: FIRJAN/IFDM

Fonte: Elaboração dos autores

Conforme os índices acima descritos, em relação ao município de Pilar de Goiás, observa-se que o investimento em saúde no ano de 2000 foi de 0,6198, sendo considerado um

desenvolvimento moderado. Embora o valor do índice seja considerado bom, ele está muito aquém do índice apresentado pelo município de Rio Verde, que possui o melhor índice do estado de Goiás.

ÍNDICE FIRJAN DE PILAR DE GOIÁS NO ANO DE 2010

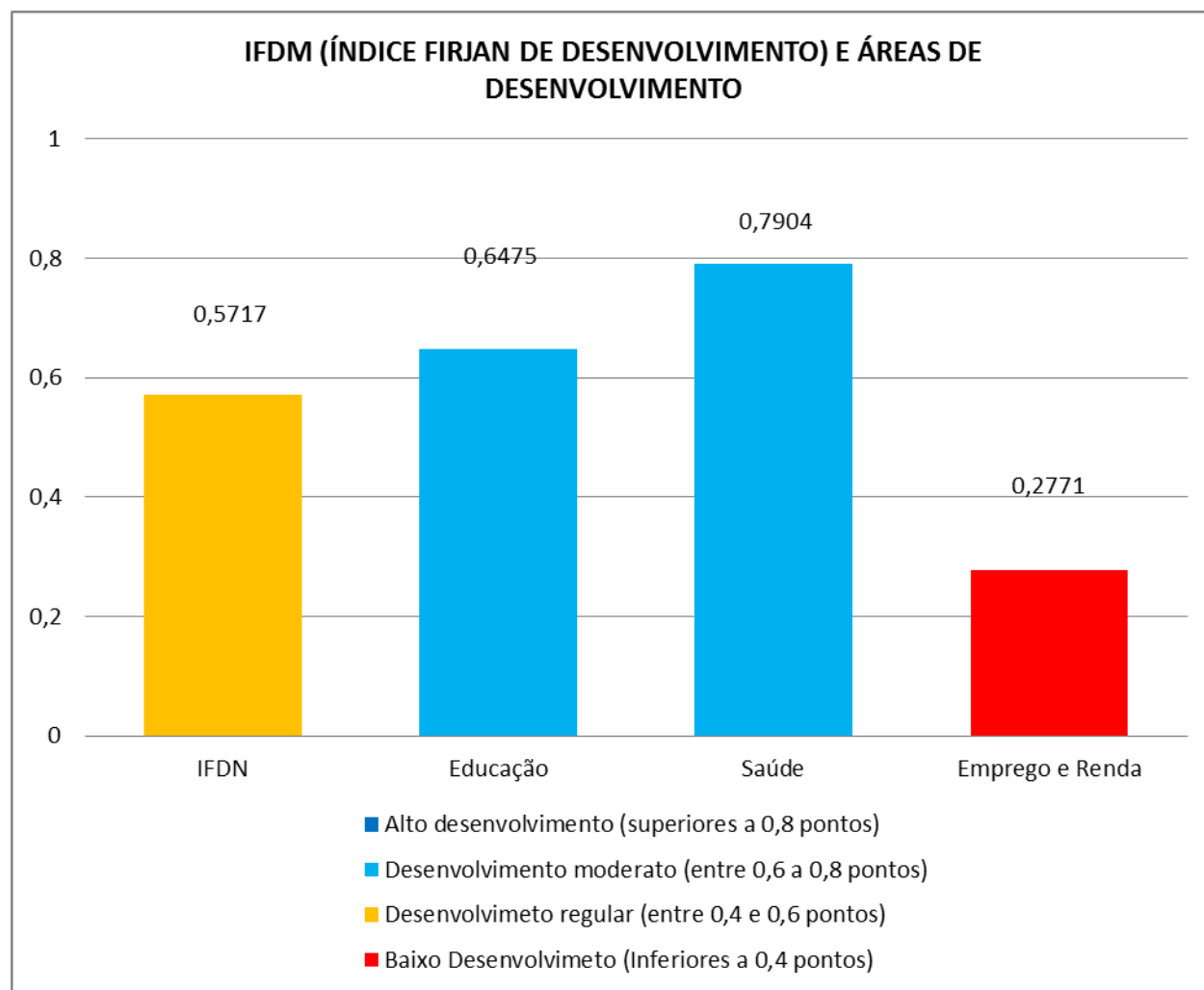
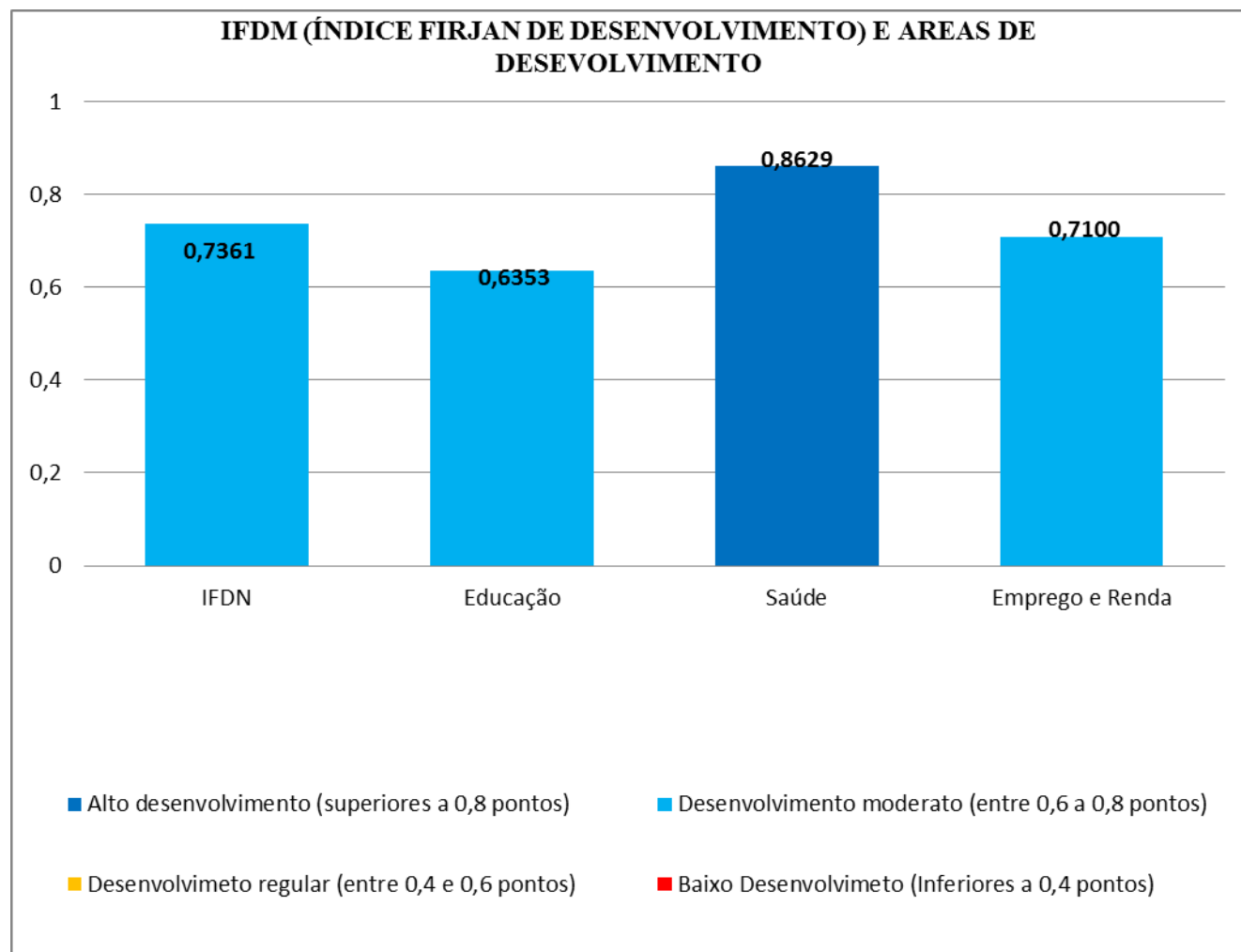


Figura 2: FIRJAN/IFDM

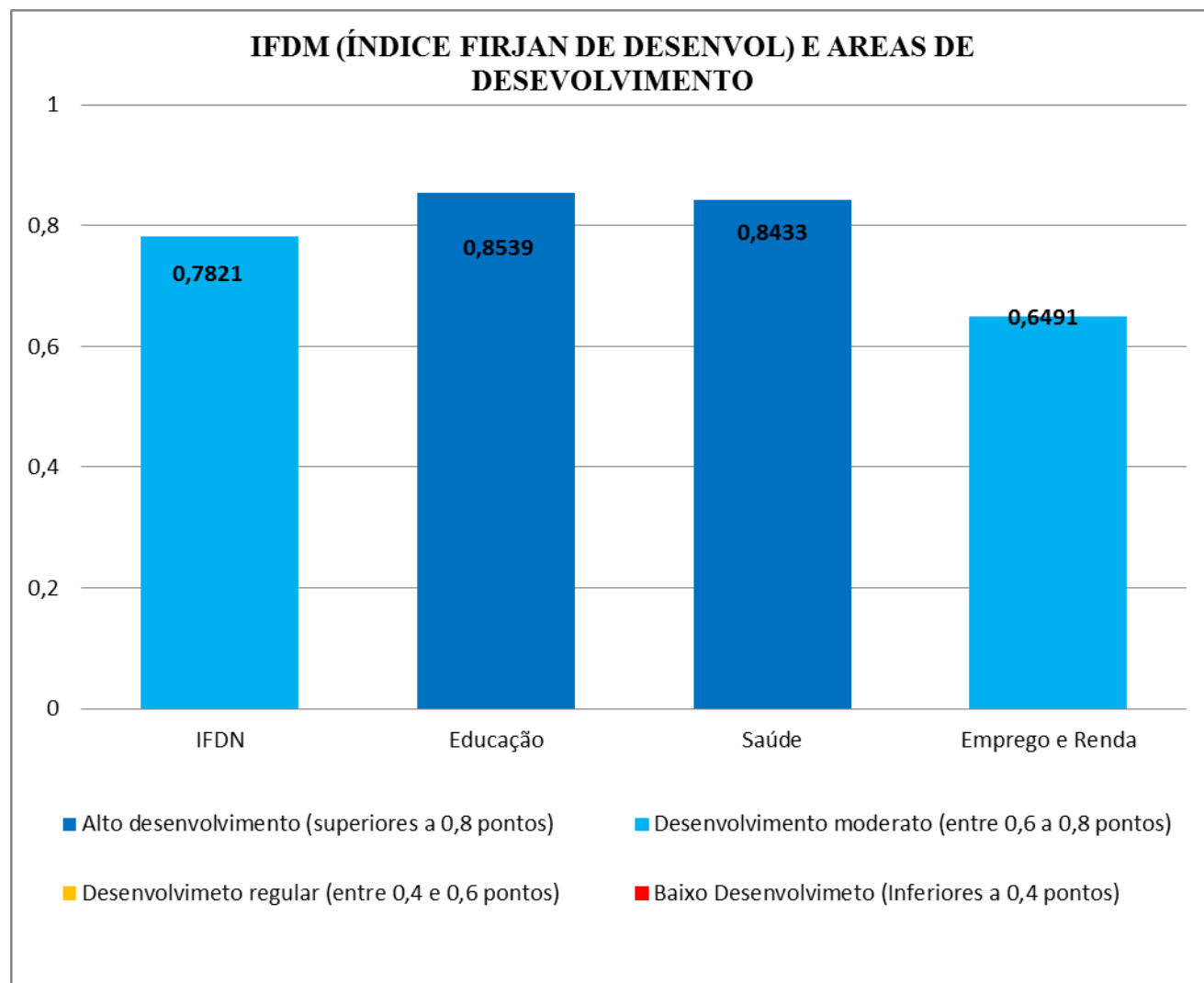
Fonte: Elaboração dos autores

Já no ano de 2010 o investimento em saúde no mesmo município foi de 0,7904, um percentual de desenvolvimento considerado, também moderado. Embora o desenvolvimento na área de saúde tenha alcançado um leve aumento em 10 anos, infere-se que o investimento nessa área continuou aquém do ideal.

ÍNDICE FIRJAN DE RIO VERDE NO ANO DE 2000

Figura 3: FIRJAN/IFDM

Fonte: Elaboração dos autores

Em relação ao município de Rio Verde, observa-se que o investimento em saúde em 2000 foi 0,7399, desenvolvimento considerado moderado. Com esse índice o município de Rio Verde está em uma posição de destaque se comparado ao município de pior IFDM de Goiás, que é Pilar de Goiás.

ÍNDICE FIRJAN DE RIO VERDE NO ANO DE 2010

Figura 4: FIRJAN/IFDM

Fonte: Elaboração dos autores

No ano de 2010 o investimento em saúde foi de 0,8185, considerado desenvolvimento moderado. Daí extrai-se que o desenvolvimento em saúde no município de Rio Verde no período de 10 anos teve uma leve queda, no entanto se manteve em um patamar de nível alto.

Comparando-se os dados dos referidos municípios goianos no âmbito do investimento em saúde, observa-se que no contexto nacional eles ainda têm muito que investir na área de saúde. Portanto, esses dois municípios, quanto ao de maior e o de menor IFPM (Índice Firjan de Desenvolvimento), estão com uma acentuada discrepância, sendo o reflexo de distinta

realidade de investimento em saúde nos municípios goianos, algo que precisa melhorar. Portanto, muito tem que se fazer para que tais municípios caminhem num sentido de desenvolvimento econômico ideal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo analisar os investimentos realizados em saúde pública nos municípios goianos de Rio Verde e de Pilar de Goiás no período compreendido entre 2000 a 2010.

A análise dos dados revela que quanto ao investimento em saúde nos municípios estudados houve aumento na aplicação de recursos na saúde no período estudado. Porém, a saúde como qualidade de vida deve ser implementada de forma mais incisivas e gradativas em nosso país e inclusive nos municípios goianos onde o IFDM (Índice Firjan de Desenvolvimento) é mais elevado.

Desta forma, depreende-se que o conceito de desenvolvimento na saúde é bem mais amplo do que crescimento econômico e que, portanto, dentro do desenvolvimento econômico não se tem somente valores econômicos, mas a necessária qualidade de vida como ícone imprescindível para um desenvolvimento econômico.

Neste aspecto ao mesmo tempo em que se verifica que a legislação brasileira e a Constituição Federal visa vincular o administrador público para que ele aplique recursos públicos em saúde, observa-se que no Brasil, de um modo geral, ainda, deixa a desejar.

Conclui-se, portanto, que o investimento em saúde não está diretamente relacionado com o aumento do IFDM, pois no município de Rio Verde houve aumento do índice Firjan, enquanto diminuição no desenvolvimento da saúde. Todavia o índice mais elevado trouxe a ideia de maior desenvolvimento da saúde. Assim, há necessidade de maiores investimentos em saúde no município de Pilar de Goiás para que haja maior desenvolvimento em saúde e consequentemente aumento no índice de desenvolvimento do município. Por outro lado o município de Rio Verde deve se atentar para que haja a manutenção do investimento mínimo para conservação no desenvolvimento em saúde, já que o mesmo não acompanhou o IFDM como um todo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexandre, R. (2011). *Direito Tributário Esquematizado* (5a ed.). São Paulo: Método.
- Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal.
Disponível em: <http://www.firjan.org.br/ifdm/> acesso em: 24. maio, 2014.
- Brundtlan, Comissão. "Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento: o nosso futuro comum. Universidade de Oxford. Nova Iorque, 1987. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6512/1/ulfc_tm_diogo_stilwell.pdf
- Grau, E.R. (...). *A Ordem Econômica na Constituição de 1988*. (14a ed.). São Paulo: Malheiros.
- Ferreira, M. J. (1963). Perspectivas atuais da saúde pública. *Rev. bras. Malar.*
- Furtado, C. (1974). *O mito do desenvolvimento econômico*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Jaguaribe, H. (1962). *Desenvolvimento econômico e desenvolvimento político*. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura.
- Lewis, W. A. (1960). *A Teoria do Desenvolvimento Econômico*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Nascimento, P. C. (1992). Democracia e saúde: uma perspectiva arendtiana. In: Fleury, S. (org.) *Saúde coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Oliveira, G.B. (2002). Uma discussão sobre o conceito de desenvolvimento. *Revista da FAE*, Curitiba, v.5, n.2, p.37-48, maio/ago.
- OMS. Disponível em <http://www.who.int/whr/en/index.html>. Acesso em 30/06/2014.
- Rodriguez Neto, E. (1988) A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: Ministério da Saúde - NESP. *Incentivo a participação popular e controle social no SUS: textos para Conselheiros de Saúde*. Brasília: MS.
- Sabbag, E. M. (2012). *Manual de Direito Tributário*. (4a ed.), São Paulo: Saraiva.
- Sen. A. (2000). *Desenvolvimento com liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Vasconcelos, M.A. & Garcia, M. E. (2008). *Fundamentos de Economia*. (3a ed.). São Paulo: Saraiva.
- Vieira, E. T. & Santos, M. J. (2012). Desenvolvimento econômico regional: uma revisão histórica e teórica. *Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional. G&DR*, 8 (2), 344-369.

**JUVENTUDE BRASILEIRA: ESTUDO SOBRE SENTIMENTOS E FATORES
RELACIONADOS À ESCOLA DE ADOLESCENTES DE BAIXA RENDA DA CIDADE DE
TAUBATÉ**

Guilherme Donegatti de Carvalho (Universidade de Taubaté)

Marilza Terezinha Soares de Souza (Universidade de Taubaté)

Adriana Leonidas de Oliveira (Universidade de Taubaté)

RESUMO

A adolescência é uma etapa crucial do processo de desenvolvimento humano, uma vez que nela ocorrem mudanças físicas, psicológicas e sociais, as quais transformarão o indivíduo para toda sua vida. A resiliência por sua vez corresponde a processos favorecedores do desenvolvimento sadio mesmo em ambientes não sadios. Este trabalho representa um recorte de pesquisa cujo objetivo foi realizar um levantamento sobre os dados bio-sócio-demográficos em uma amostra de adolescentes de baixa renda da cidade de Taubaté, e investigar os comportamentos de risco, fatores de risco e protetores presentes na vida desses adolescentes e suas famílias. Os participantes integrantes do estudo foram adolescentes, de ambos os sexos, da faixa etária entre 14 e 20 anos, estudantes de escolas públicas desta cidade. Atingiu-se uma amostra por acessibilidade de 73 adolescentes, de quatro diferentes escolas. A pesquisa caracteriza-se como descritiva e foi desenvolvida por meio do delineamento de levantamento. Para coleta de dados utilizou-se o Questionário da Juventude Brasileira – Versão II, desenvolvido por Dell’Aglío, Koller, Cerqueira-Santos e Colaça, (2009). Tal instrumento contempla o total de 77 questões agrupadas em 10 aspectos diferentes: Dados bio-sócio-demográficos, Família, Saúde e Qualidade de vida, Sexualidade, Acesso digital, Educação, Trabalho, Comportamentos de risco, Exposição a risco e Fatores de proteção. O material coletado foi analisado quantitativamente com auxílio do *software Microsoft Excel e SPSS 15.0*, mediante estatística descritiva dos dados e correlação entre variáveis em estudo. Resultados revelam o predomínio do sexo feminino (55,6%), de média de 17 anos, estudantes do segundo ano do ensino médio (47,2%) do período noturno (63,9%). A amostra é composta, em sua maioria (52,8%), de estudantes cuja repetência ocorreu ao menos uma vez (26,4%), se



estendendo até três vezes (5,6%). A repetência pode estar relacionada à expulsão de escolas, cujo percentual atinge 6,9% da população estudada, por motivos de brigas (5,6%) e faltas (1,3%). Apesar destes dados, os sentimentos com relação à atual escola são positivos, e representam fatores de proteção, já que os adolescentes relatam, em sua maioria, se sentirem bem na escola e por isso gostarem também de frequentá-la. Contudo, mesmo possuindo tais sentimentos ainda afirmam, em sua maioria, não poder confiar totalmente em seus colegas da escola, assim como contar totalmente com técnicos da escola. Tais sentimentos são fatores de risco e podem refletir em um panorama em que se pode indicar o mau desempenho acadêmico, como a falta de cuidados/apoio, altas/positivas expectativas dos professores e oportunidades para participação significativa do estudante no ambiente escolar. Da mesma forma a falta de escolas próximas aos bairros habitados pelos participantes da amostra, totalizando 29 localidades, pode representar fator relacionado ao desempenho acadêmico de forma geral. Esta análise contribuiu para a compreensão e discussão desta temática em âmbito acadêmico, além de possibilitar propor programas de promoção de saúde a partir das demandas específicas identificadas, favorecendo a melhoria da qualidade de vida e bem estar desta população. Acredita-se que o material obtido possa contribuir para proposição de programas de estágio da Universidade de Taubaté e políticas sociais dirigidas à população dessa faixa etária.

Palavras-chaves: Adolescência. Fatores de risco e proteção. Resiliência.

Eixo temático: Desenvolvimento regional, saúde e políticas públicas.

INTRODUÇÃO

Datado da década de 70, o conceito de resiliência origina-se das Ciências Físicas, sendo definido, portanto, como capacidade que um objeto possui de voltar rapidamente ao seu estado original depois de sofrer qualquer tipo de deformação, assim, remetendo a ideia de elasticidade e recuperação (Souza & Oliveira, 2011). A partir desse conceito, a Psicologia busca descrever os mecanismos que permitem os indivíduos serem maleáveis e plásticos, a ponto de se desenvolverem normalmente perante condições adversas (Lindstrom, 2001).



Os eventos adversos são definidos como fatores de risco, que se referem a condições, comportamentos, situações ou características de natureza psicológica, econômica, cultural, política e/ou social, que se fazem presentes na vida da pessoa ou sociedade, quer seja por sua ação extrínseca, quer por características intrínsecas, quando afetam negativa e significativamente o desenvolvimento humano (OMS, 2004). Por outro lado, os fatores de proteção referem-se às mesmas condições, comportamentos, situações ou características os quais influenciam o desenvolvimento humano, pela ação de vetores de cuidado e segurança (positivos).

Considerando que as situações adversas e negativas são inevitáveis na vida das pessoas, e estão constantemente presentes, torna-se importante o estudo da resiliência, bem como dos fatores de mediação, os quais não afetam ou influenciam o desenvolvimento humano de forma direta, mas que, quando na presença de ações e/ou omissões predispõem a pessoa a outro fator (risco e/ou proteção), potencializando-o ou enfraquecendo-o em uma dada situação. Apresentar definição de resiliência.

A escola, segundo Mahoney (2002 como citado em Dessen & Polonia, 2007) representa um contexto que propicia o desenvolvimento e aprendizagem para o indivíduo, sendo um local em que se aglomeram conhecimentos, atividades, regras, valores, assim como conflitos, problemas e diferenças. É descrita ainda como ambiente de desenvolvimento físico, psicológico, social e cultural já que constrói relacionamentos afetivos e possibilita a inserção dos indivíduos na sociedade.

Contudo, assim como em outras instituições e na família, a escola também pode construir situações de risco ao desenvolvimento saudável do indivíduo assumindo o estereótipo de mais um obstáculo no caminho para a vida adulta.

Considerando o conceito de resiliência, torna-se evidente a necessidade em se analisar o indivíduo de maneira global, ou seja, em interação com o meio, o qual nos apresenta uma gama muito diversificada de eventos, que promovem atitudes em resposta, assim como desperta diferentes formas de enfrentamento adotadas por pessoas diferentes, no decorrer de suas vivências.

Esse estudo teve por objetivo geral verificar as condições bio-psico-sociais de uma amostra de adolescentes de baixa renda da cidade de Taubaté, com ênfase nos aspectos relacionados à educação.

REVISÃO DA LITERATURA

O conceito de resiliência na perspectiva psicológica volta-se a aspectos positivos do indivíduo com relação às adversidades enfrentadas. Algumas capacidades são relevantes para este processo, advindas das experiências interacionais no âmbito pessoal, ou seja, entre sujeitos, família e o ambiente. Desta forma, segundo Silva (2003, p. 148), este fenômeno torna-se complexo a partir da interdependência dos múltiplos contextos ao qual o indivíduo interage direta ou indiretamente.

Masten e Coatsworth (1995), Luthar, Cicchetti e Becker (2000), citados por Silva (2003) conceituam resiliência como resultado desenvolvimentista esperado independente das situações aversivas. Estes autores salientam a necessidade de se haver duas condições essenciais: a primeira é a existência de uma ameaça/adversidade e a segunda corresponde à adaptação efetiva do objetivo à primeira condição. Esta perspectiva se mostra de certa forma otimista com o indivíduo, uma vez que ressalta sua capacidade em obter resultados positivos independente do experienciado. Para Zimmerman e Arunkumar (1994 como citado em Silva, 2003), justifica-se esta perspectiva devido à capacidade que o indivíduo possui de evitar reproduções de desajustes oriundos da infância. Nesta linha nota-se que seu cerne gira em torno da interrupção da situação aversiva para manutenção do padrão funcional adequado.

Estudos da *National Center for Health Statistics* [NCHS] (2004 como citado em Papalia, 2009, p. 415), apontam que “os adolescentes enfrentam hoje vários perigos para seu bem-estar físico e mental, que incluem altas taxas de mortalidade por acidentes, homicídios e suicídios”. Em todas as classes sociais, o uso de drogas, bebidas alcoólicas e atividades sexuais aumentam de frequência e/ou quantidade, entre adolescentes. Estes comportamentos de risco podem e quase sempre afetam a qualidade de vida destes jovens.

A escola como microssistema, segundo Poletto (2007) atua como promotor de resiliência a partir do momento em que busca desenvolver capacidades e potencialidades nos estudantes. Essa influência se torna ainda mais evidente em jovens de famílias menos favorecidas, uma vez que o acesso à informação é obtido muitas vezes por meio da escola, sendo ela responsável pelo fluxo de informação essencial para o desenvolvimento do indivíduo. A instituição de ensino pode ainda possibilitar relações positivas entre contextos e os sujeitos, dessa forma, acionando processos de resiliência e, portanto maior qualidade de vida.

A escola então se mostra fundamental no processo de formação e cidadania, aliada à família. Ambos possibilitam experiências que contribuem ou não na construção de sujeitos conscientes de suas capacidades e cientes de seus deveres e direitos na sociedade em que estão imersos.

MÉTODO

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa **descritiva**, com abordagem **quantitativa** cujo delineamento foi o **levantamento de dados**.

A população do estudo é de adolescentes da faixa etária entre 14 e 24 anos, estudantes de escolas públicas da cidade de Taubaté, de bairros considerados mais carentes por possuírem a média de renda mais baixa registrada, de acordo com levantamento realizado por Souza (2008) e do Núcleo de Pesquisas Econômico Sociais – NUPES da Universidade de Taubaté e com maior contingente de adolescentes compreendendo esta faixa etária. A amostra foi composta pelos alunos que cursam o Ensino Médio de quatro escolas públicas estaduais distintas.

Os participantes foram selecionados por acessibilidade, compondo uma amostra estratificada. Formou-se uma amostra com 73 estudantes.

Para conhecer as condições bio-psico-sociais dos adolescentes de baixa renda da cidade de Taubaté foi utilizado o Questionário da Juventude Brasileira – Versão II, desenvolvido por Dell’Aglio, Koller, Cerqueira-Santos e Colaça, (2009). O instrumento é composto por 77 questões, sendo algumas de múltipla escolha e outras em formato Likert de cinco pontos sobre intensidade e frequência e uma questão aberta para considerações do participante. Após aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNITAU (CEP/UNITAU), este foi aplicado nas escolas públicas da cidade de Taubaté dos bairros selecionados.

Os dados foram tabulados e analisados com auxílio do software *Microsoft Excel 2010* e *SPSS 15.0*, mediante estatísticas descritivas das variáveis relacionadas para análise.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra é composta por 55,6% do sexo feminino e 43,1% do sexo masculino de 43,1%. A faixa etária da amostra variou entre 14 e 20 anos, com predomínio de 16 (29,2%) e 17 anos (30,6%).

A maior parte da amostra corresponde ao 2º ano do Ensino Médio, constituindo 47,2% do total, com o restante sendo do 9º ano (oitava série) do Ensino Fundamental, 1º e 3º anos do Ensino Médio das escolas públicas, com porcentagens correspondentes de 2,8%, 18,1% e 31,9% respectivamente. Ainda investigou-se o turno escolar dos participantes, cuja predominância é o período noturno (63,9%) enquanto a minoria (2,8%) estuda no período vespertino.

Papalia (2009) afirma que a escola constitui, no desenvolvimento dos sujeitos, uma experiência fundamental, uma vez que é capaz de auxiliar na obtenção e organização de informações, aprendizagem de habilidades e potencialização das já existentes, proporcionar atividades motoras, entre outros. Marque (2001 como citado em Dessen & Polonia, 2007, p. 26), destaca a função desta instituição no século XXI como a de “estimular o potencial do aluno, levando em consideração as diferenças socioculturais em prol da aquisição do seu conhecimento e desenvolvimento global”. Dessa forma nota-se a importância dada às peculiaridades dos alunos, já que os conhecimentos adquiridos na vivência familiar podem e devem ser empregados como mediadores para a construção de novos e mais aprofundados conhecimentos, possibilitando o desenvolvimento a nível global do indivíduo.

Considerando a situação acadêmica dos participantes e levantando a questão da repetência dos anos escolares, a amostra contabiliza a porcentagem de 52,8% entre os alunos que já foram reprovados pelo menos uma vez, enquanto 44,4% relataram nunca terem sido reprovados, restando a parcela de 2,8% dos que não opinaram. O Gráfico 02 a seguir ilustra tais informações.

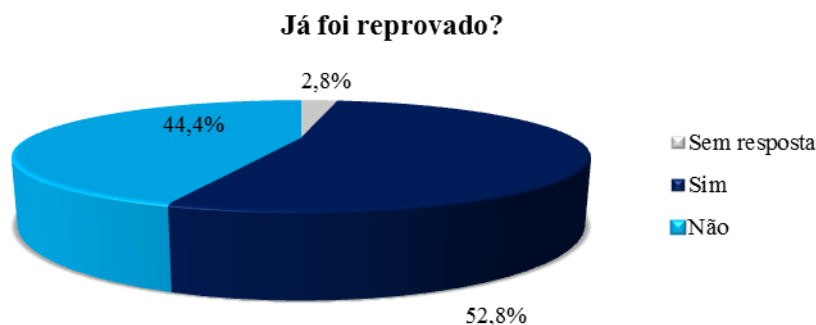


Gráfico 01 – Repetência escolar

Quando tratamos da repetência, constata-se que muitas vezes esta pode estar relacionada ao desinteresse, falta de motivação e/ou déficits cognitivos do aluno, muito embora tais relações possam ser errôneas, na maioria dos casos. Outro aspecto a ser considerado é que a repetência pode muitas vezes estar relacionada à evasão escolar. Desta forma, com relação ao abandono da escola, o *National Center for Health Statistics* (NCHS, 2004 como citado em Papalia, 2009) indica altas taxas de evasão de escolas de sujeitos que vivem em zonas de pobreza, nos chamados grupos minoritários, ou seja, indivíduos de baixa renda. Este estudo ainda cria hipóteses quanto à evasão destes alunos devido à qualidade das escolas se comparadas àquelas frequentadas por estudantes cuja renda é superior.

Souza e Cervený (2006) enfatizam que “os cuidados e apoio, altas e positivas expectativas dos professores para com a criança e oportunidades para participação significativa no ambiente escolar são fatores protetores que facilitam o desenvolvimento das habilidades da criança”. Portanto, devemos nos atentar também ao papel dos professores e membros da escola, nesta perspectiva.

Tais fatores podem ser analisados se considerado os sentimentos manifestados pelos estudantes com relação à escola. A maioria dos participantes (52,8%) apresentam respostas positivas (“concordo um pouco” ou “concordo totalmente”) com relação a afirmativa “eu me sinto bem quando estou na escola”, assim como, “gosto de ir para escola” (55,5%). Contudo os dados não são consistentes quando se refere aos sentimentos voltados aos professores e membros das instituições de ensino, como apresentados nos gráficos a seguir.



Gosto da maioria dos meus professores

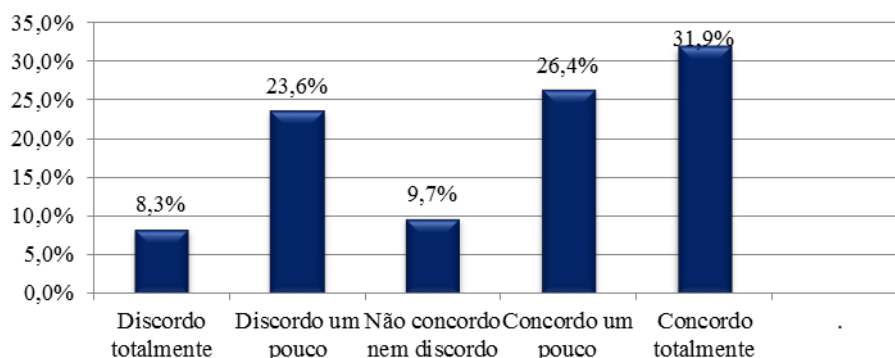


Gráfico 02 – Sentimentos com relação aos professores

Posso contar com meus professores

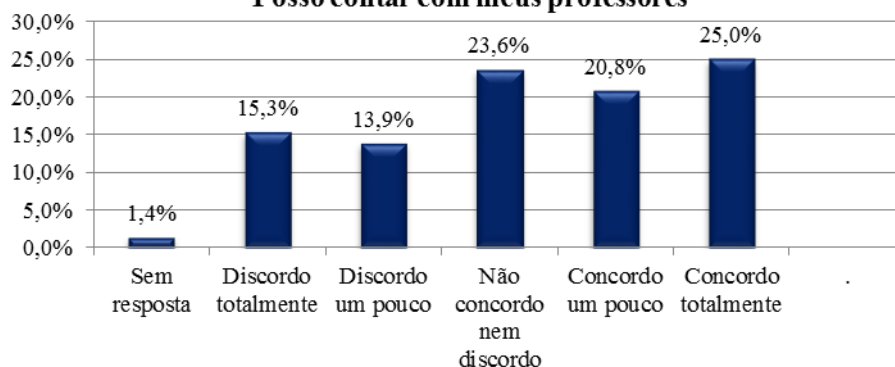


Gráfico 03 – Sentimentos de confiança com relação aos professores

Posso contar com técnicos da escola (orientador, coordenador)

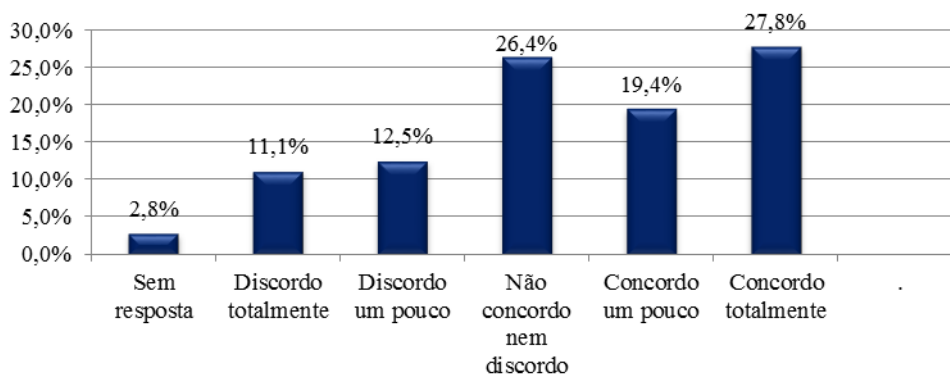


Gráfico 04 – Sentimentos com relação à equipe técnica da escola

Wang e Haertel (1995, como citado em Garcia, Brino, & Williams, 2009) afirmam que as experiências positivas na escola assumem extrema importância e refletem no desempenho

31 de julho a 2 de agosto de 2014

Departamento de Psicologia – Universidade de Taubaté
Taubaté/SP

acadêmico e no fortalecimento dos fatores de proteção. Dessa forma torna-se relevante o estudo das relações e sentimentos gerados por parte de díade estudantes-professores e outros membros da escola, os quais assumem o papel de autoridade no contexto escolar, principalmente na tarefa de preparação do aluno para superação das adversidades do mundo.

O estudo ainda identificou características auto valorativas da amostra, o que contribui com a função da escola. O total de 47 estudantes afirma “quase sempre” (12) e “sempre” (35) se sentirem valorizadas assim como outras pessoas, da mesma forma que a maioria (42) afirma “quase sempre” (13) e “sempre” (29) ter atitudes positivas com relação a eles mesmos. Wang e Haertel (1995, como citado em Garcia, Brino, & Williams, 2009), afirmam que as experiências positivas proporcionadas pela escola, seja pelos professores ou colegas, podem encorajar confiança, autonomia e iniciativa nos estudantes e dessa forma, atenuar os efeitos de risco encontrados dentro dos lares. Tais aspectos se tornam tão relevantes nesta amostra, já que, segundo Lipman (1994, p. 106, como citado em Halpern & Figueras, 2004), “crianças de famílias de baixa renda têm três vezes mais chance de apresentar baixo desempenho escolar e dificuldades sociais quando comparados com provenientes de famílias mais privilegiadas”.

Considerando as dificuldades sociais, nota-se nesta amostra que os sentimentos com relação à comunidade em que eles estão imersos não é positiva, uma vez que 47 indivíduos afirmam “nunca” (27) e “quase nunca” (20) sentirem confiança nas pessoas da comunidade, da mesma forma que não se sentem seguros neste ambiente, correspondendo a 31 opiniões (16 “nunca” e 15 “quase nunca”). Nesta perspectiva, Halpern e Figueras (2004) afirmam que, a existência de condições ambientais desfavoráveis, privação de estímulo físico e social e estresse podem comprometer a função cerebral caso já existam condições de predisposição, o que potencializa o risco de desenvolvimento de psicopatologias.

Outros autores citados por Garcia, Brino e Williams (2009), afirmam haver correlação entre o baixo rendimento escolar e comportamentos de risco, cuja incidência se torna maior no período da adolescência, momento de grande desejo por novas experiências. Com relação a estes comportamentos, nota-se, quando questionados com relação à expulsão de escolas, que 6,9% da amostra já foram convidadas a sair de alguma escola, apontando como motivos principais seu envolvimento em brigas (5,6%) e número de faltas superiores às permitidas (1,4%).

A escola, como fator de proteção, favorece o desenvolvimento da capacidade crítica dos alunos e permite possibilidades para melhores condições de vida já que integra o aluno no

mercado de trabalho, podendo ser fator de rompimento com o ciclo de pobreza (Garcia, Brino, & Williams, 2009). Considerando estas novas possibilidades, este estudo ainda identificou que os participantes apresentam grandes perspectivas (50%) em concluir o ensino médio, muito embora 27,7% apenas acreditam parcialmente que tenham chance de entrar em uma universidade, enquanto pouco mais de 26% julgam essa possibilidade como sendo alta, assim sendo uma oportunidade para novas expectativas.

Autores como Garcia (2001, como citado em Peltz, Moraes, & Carlotto, 2010) afirmam que a resiliência pode existir ser classificada em a acadêmica, emocional e social. Com relação a esta última, o autor afirma ser correspondente à presença de fatores sociais protetores, tais como grupos de amigos, sentimentos de pertencimento, bom vínculos com a escola, relacionamentos íntimos, entre outros, que possibilite uma vida saudável. Contudo, na amostra estudada, com respeito aos vínculos, um total de 52,8% dizem “discordar totalmente” (25%) e “discordar um pouco” (27,8%) com a afirmativa “confio nos colegas da escola”, assim como 19,4% afirmam “não concordar nem discordar”. Tal informação, aliada aos dados expostos indicam as condições em que as escolas destes estudantes estão imersos, assim como o fator de proteção que elas não representam.

A resiliência, para Calvatti, Muller e Nunes (2007), pode ser compreendida como um conjunto de processos que possibilita o desenvolvimento de uma vida sadia num ambiente não sadio, sendo este conceito representativo em sociedades “problemas”, ou em comunidades em que os fatores de risco predominam, havendo a necessidade de que o indivíduo desenvolva capacidades psicológicas frente às adversidades, sendo flexíveis e eficazes nos comportamentos de enfrentamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa pudemos identificar fatores de proteção e de risco que fazem parte do contexto escolar da amostra estudada e desta forma perceber a importância que se deve dar no reconhecimento dos mecanismos que proporcionam fatores de risco os quais atuam no desenvolvimento dos indivíduos, e assim eliminá-los ou atenuá-los em busca de uma condição saudável que se revelem nas competências/capacidades/habilidades individuais e interações sociais.

A escola mostra-se como agente de atenção às necessidades cognitivas, psicológicas, sociais e culturais de atuação formal e informal, que manifesta suas consequências na inserção de seus alunos e cidadãos no meio social como futuros personagens na história. Desta forma merece atenção e auxílio no cumprimento de suas funções.

Espera-se que a presente pesquisa possa trazer uma parcela de contribuição para a construção de um conhecimento contemporâneo nesta área da Psicologia. É necessário destacar que literatura brasileira sobre o tema resiliência ainda é escasso, dificultando a comparação com outros estudos empíricos nacionais, o que revela a importância da continuidade de pesquisa dessa temática em nosso contexto.

Finalmente se espera que os resultados gerados por esta pesquisa possam contribuir para proposição de programas de estágio da Universidade de Taubaté e para o desenvolvimento de políticas públicas dirigidas à população especificamente desta faixa etária.

REFERÊNCIAS

- Dessen, M. A., & Polonia, A. C. (2007). A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. *Paidéia*. 17(36), 21-32.
- Garcia, S. C., Brino, R. F., & Williams, L. C. A. (2009). Risco e resiliência em escolares: um estudo comparativo com múltiplos instrumentos. *Psi. da Ed.* 28, 23-50.
- Gomes, B. W., & Sparta, M. (2005). Importância Atribuída ao Ingresso na Educação Superior por Alunos do Ensino Médio. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*. 6(2), 45-53.
- Halpern, R., & Figueiras, A. C. M. (2004). Influências ambientais na saúde mental da criança. *Jornal de pediatria*. 80(2). 105-110.
- Koller, S. H., Ribeiro, J., Cerqueira-Santos, E, & Moraes, N. A (2004). *Juventude Brasileira: Comportamentos de risco, fatores de risco e proteção*. (Relatório Técnico da Pesquisa/2004), Porto Alegre, RS, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Lindstrom, B. (2001). O significado de resiliência. *Adolescência Latinoamericana*. 2(3), 133-137.
- Myers, G. D. (2006). *Introdução à Psicologia Geral* (6a ed., A. B. P. Lemos, Trad.). Rio de Janeiro: LTC.
- Organização Mundial da Saúde. (2010). *Relatório sobre saúde no mundo: Saúde Mental: Nova Concepção Nova Esperança* (<http://www.ccs.saude.gov.br>, recuperado em 13, maio,

2010).

- Organização Mundial da Saúde. (2004). *Relatório do desenvolvimento humano: liberdade cultural num mundo diversificado* (<http://www.undp.org/undp/hdro>, recuperado em 15, setembro, 2012).
- Papalia, E. D., Olds, W. S., & Feldman, D. R. (2009). *Desenvolvimento Humano* (10a ed., V. M. S Maria., A. L. Maria., G. P. Odette, & A. M. Plínio, Trad.). Porto Alegre: AMGH.
- Peltz, L., Moraes, M. G., Carlotto, M. S. (2010). Resiliência em estudantes do Ensino Médio. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 14(1), 87-94.
- Poletto, M. (2007). *Contextos ecológicos de promoção de resiliência para jovens em situação de risco*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Poletto, M. & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de psicologia*. 25(3). 405-416.
- Sapienza, G., & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em estudo*. 10(2). 209-216.
- Silva, M. R. S., Lunardi, V. L., Filho, W. D. L., & Tavares, K. O. (2005). Resiliência e promoção da saúde. *Texto contexto enferm*. 14(Edição Especial), 95-102.
- Souza, M. T. S., & Oliveira, A. L. (2011). Fatores de proteção familiares, situações de risco, comportamentos e expectativas de jovens de baixa renda. In: Dell'Aglio, D. D., & Koller, S. H. *Adolescência e Juventude: Vulnerabilidade e contextos de proteção* (pp. 47-76). São Paulo: Casa do psicólogo.
- Souza, M. T. S. (2008). *Juventude Brasileira: Comportamentos de risco, fatores de risco e proteção*. (Relatório científico de pesquisa vinculada ao Grupo de Pesquisa "Estudos sobre a Resiliência no campo da Psicologia"/2008), São Paulo, SP, Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo.
- Souza, M. T. S., & Cervený, M. O. C. (2006). Resiliência psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. *Revista Interamericana de Psicologia*. 40(1), 115-122.

**MEDIAÇÃO PSICOPEDAGÓGICA NA TERCEIRA IDADE: ELEMENTOS DE EDUCAÇÃO,
PSICOLOGIA E SAÚDE**

Melissa Kurrle Ramos (Centro Universitário La Salle)

Claus Dieter (Centro Universitário La Salle e Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul)

Juan José Mouriño Mosquera (Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul)

RESUMO

O presente trabalho é fruto de discussões, entre os autores, em especial na disciplina Psicopedagogia na Vida Adulta e Terceira Idade do Curso de Psicopedagogia do Centro Universitário La Salle - UNILASALLE, Canoas- RS, em que aprofundamos sobre elementos e interfaces entre a Psicopedagogia, a Educação, a Psicologia da Saúde e a Saúde, como possibilidades de atuação e intervenção no processo de envelhecimento humano. Na Introdução ressaltamos alguns elementos do desenvolvimento humano como a parte denominada adultez tardia (a partir dos 60 anos de idade cronológica), no Referencial Teórico aprofundamos nas temáticas das interfaces entre Educação e Saúde, em especial quando utilizam-se terminologias como cuidado e assistência à pessoa, saindo do 'atendimento' em donça para uma visão mais holística de ser humano, no sentido de sua saúde, incluindo ações preventivas e interventivas, em diferentes cenários e contextos, ressaltando os elementos que caracterizam o processo de envelhecimento humano, e as relações entre a Psicopedagogia e o envelhecimento, com ações de saúde em que atuam diversos atores, em determinados contexto, para poder auxiliar o idoso no resgate de sua historia pessoal, em uma inserção sociohistórica permanente. A constituição de uma velhice bem sucedida é oriunda tanto de uma preservação da saúde da pessoa antes, desde a mais tenra idade, até as etapas durante esse seu processo de envelhecimento, através principalmente de aspectos como os de independência física, cognitiva e psicossociocultural, bem como espiritual, em uma perspectiva de podr levar em conta o realizar-se em uma vida mais saudável e feliz, sustentada em melhores possibilidades de aprender sobre sua própria Saúde, possibilitando um olhar para as áreas de Educação Psicologia e Saúde, mormente pela Psicologia da Saúde. Também



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



relembramos os elementos de como poder melhor ensinar sobre esses temas, por exemplo através de jogos, da estimulação de uma ludicidade, de estratégias que levem a melhoras em termos de memória e atenção, bem como de manutenção e estimulação de mais saudáveis relações interpessoais, levando em conta as interfaces dessas áreas (Educação, Saúde, Psicologia da Saúde e Psicopedagogia), através de aspectos de aplicação da Educação para a Saúde (que vai da Educação em direção à Saúde) e da Educação em Saúde (que vai desde a Saúde em direção à Educação), a partir de uma mediação que é possibilitada na Psicopedagogia, em direção a ações e intervenções que possibilitem uma melhor saúde e qualidade de vida para esse idoso, resumidos nos Comentários Finais com as seguintes palavras: os campos de Educação em Saúde e Educação para a Saúde, pelas suas interfaces em Educação, Psicologia e Saúde, objetivam levar os seres humanos a melhores e mais saudáveis conhecimentos, habilidades e atitudes, redundando em práticas mais ativas e saudáveis, que podem ajudar especialmente, como objeto desse estudo, os idosos a levarem uma vida com mais qualidade e mais saúde, por si mesmos e quando ocorrerem intervenções com eles.

Palavras-chave: Psicopedagogia. Psicologia da Saúde. Envelhecimento humano.

Eixo temático: Pesquisa e intervenção em Psicologia da Saúde

INTRODUÇÃO

O presente trabalho detém-se em uma revisão bibliográfica, de natureza qualitativa, sobre questões relacionadas ao desenvolvimento humano, mormente na fase denominada por Mosquera e Stobäus (1984) de adultez tardia, com aproximações entre elementos de Educação para a Saúde e Psicologia da Saúde, propondo ações psicopedagógicas. Para esses autores, os mais importantes aspectos de Educação para a Saúde e Psicologia da Saúde são o próprio sujeito. Em sua visão, conhecer como se dá o desenvolvimento humano como um todo se torna fundamental para traçar perfis característicos de saúde humana, bem como em processos educacionais inerentes à pessoa em desenvolvimento, com níveis e expectativas sobre sua própria saúde, já que desenvolvimento é dinâmica existencial, através

da qual a pessoa encontra significado vital, procura manter e melhorar seus aspectos mais saudáveis e sua qualidade de vida.

Dentro dessa dinâmica, destacam eles que a personalidade humana é concebida como formada por seis círculos/molas interpenetrados e conjugados, com idades aproximadas: infância (0-6 anos), meninice (6 a 10-12), adolescência (10-12 a 18-20), adultez jovem (18-20 a 40-45), adultez media (de 40-45 a 65-70) e adultez tardia (depois dos 65-70), denominado como a pessoa idosa, o idoso.

Como bem sabemos, cada vez mais ocorre um progressivo aumento mundial de pessoas maiores de 65 anos, incluindo-se aqui no Brasil, em que a previsão é de cerca de 23 milhões desses idosos daqui a poucos anos, segundo o IBGE (Brasil, 2010).

Diz Campo Adrián (2000), que isso vem exigindo um conhecimento cada vez mais profundo do envelhecimento, com a intenção de compreender melhor esse período, propondo estratégias de intervenção para melhorar bem-estar e qualidade de vida.

Segundo Zimerman (2007), o envelhecimento é a etapa de vida que exige várias mudanças, pois é um processo natural do desenvolvimento humano, resultando em perdas gradativas e alterações cognitivas, afetivas e sociais.

Para Beauvoir (apud Moraes, Moraes & Lima, 2010, p. 67), envelhecimento “[...] tem, sobretudo, dimensão existencial, como todas as situações humanas, modifica a relação do homem com o tempo, com o mundo e com sua própria história, revestindo-se não só de características biopsíquicas, como também sociais e culturais”.

Já Molina (2012) destaca que, durante o processo de envelhecimento normal, é natural que haja uma perda nas funções cognitivas, diminuídas gradualmente conforme a idade aumenta. Ao envelhecer ocorre um declínio significativo em áreas como memória, atenção e funções executivas, mesmo em idosos não acometidos de doenças. Práticas educativas em Saúde referem-se a atividades de Educação para a Saúde voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas, visando a melhoria da qualidade de vida e saúde, conforme Miranda e Malagutti (2010).

REFERENCIAL TEÓRICO

Dividimos o presente Referencial teórico em três partes, Educação em Saúde, envelhecimento, para depois aprofundar sobre Psicopedagogia e Envelhecimento.

Educação em Saúde

Durante muito tempo, foram utilizadas várias novas estratégias para revolucionar os problemas de saúde. Uma delas é a Educação em Saúde, isto é, mais da Saúde em direção à Educação, que passou de uma fase inicial autocrática, em que se atribuía mais a culpa pelo aparecimento e perpetuação dos agravos à saúde do indivíduo e suas condições de vida, para atualmente ser considerada uma forma de possibilitar instrumentos para cuidado da saúde, respeitando os valores, as crenças e a cultura dos sujeitos envolvidos na atividade educativa, destacam Miranda e Malagutti (2010).

Mosquera e Stobäus (1984) já colocavam que a Educação para a Saúde deveria propor elementos de atenção ao desenvolvimento humano integral, holístico, abrangendo áreas como o cuidado pessoal biopsicosocialmente, ações coletivas de saúde, prevenção de acidentes, saúde comunitária e atenção à saúde em catástrofes. É quando a ação parte de elementos da área da Educação em direção à área da Saúde. Dentro desses elementos está sempre presente a Psicologia, em particular a Psicologia da Saúde e a Psicologia Positiva, entre outras áreas da Saúde que propõem que haja um cuidado para com o ser humano e, necessariamente, uma cautelosa formação continuada desse cuidador. A diorecionalidade é partir da Educação em direção à área da Saúde

Em contraponto, para Candeias (apud Mendonça, Squassoni & Zanni, 2010), a Educação em Saúde é quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à Saúde. Aqui é quando a ação parte da Saúde, como proposta educativa.]Miranda e Malagutti (2010) afirmam que Educação em Saúde são quaisquer combinações de experiências de aprendizagem que visem facilitar ações que predisponham à Saúde, sendo atividade planejada, em que a participação do sujeito é voluntária, e as medidas adotadas para alcançar efeitos sobre a saúde podem constituir-se em ferramentas para a promoção da Saúde. A promoção da saúde seria combinação de apoios educacionais e ambientais visando ações e condições de vida para atingir a saúde. A doença é

uma preocupação para a maioria dos que chegam a ser adultos tardios, já que, cedo ou tarde, adoecem em algum de seus sistemas biológicos, com evidentes e crescentes implicações psicossociais.

A atuação (preventiva e bem planejada), quer de parte do estado (em seu sentido mais amplo), quer a partir de instituições (entre elas as governamentais, as filantrópicas, as ONGs, entre outras), e a curativa (também em vários níveis), podem minimizar essas mesmas perdas de qualidade de vida do idoso, tanto em sua saúde do ponto de vista físico, como o psicoafetivo e o sociocultural. Para Carter e McGoldrick (1995), o medo da perda do funcionamento físico e mental, de uma doença crônica dolorosa ou de uma condição progressivamente degenerativa são preocupações comuns, mesmo que grande parte dos idosos mantenha bons níveis de saúde cada vez durante mais tempo. Além disso, a deterioração física e psicoafetiva, bem como a diminuição na interação sociocultural podem ser aumentadas pela depressão, desamparo e receio de perder independência, autocontrole e autonomia, algumas vezes mais agravada ainda em situações de internação hospitalar ou na institucionalização do idoso.

Muitas famílias e instituições, destaca Zimerman (2007), ao não entenderem a importância de estimular constantemente o idoso em todas as áreas, deixam-no praticamente parado e inerte, não realizando qualquer atividade em que se ocupe e se ajude a manter-se mais ativo em suas capacidades, o que na realidade os está prejudicando. O resultado é a negação, para esse idoso, de importantes oportunidades de sentir-se ainda útil, tanto para si mesmo como para os outros, de ainda poder divertir-se e aproveitar sua vida, enfim, de viver ativo e mais feliz, com uma boa qualidade de vida. A maneira mais eficaz de fazer com que o idoso tenha maior qualidade de vida, aceitação e inserção em sua família, e na sociedade em geral, é a oportunidade de continuar a manter-se útil através de estimulação biopsicossocial, ao, entre outras coisas, excitar, incitar, instigar, ativar, animar e encorajar essa pessoa.

Além de tudo isso, temos de estimular e criar meios de manter sua atividade mental, suas emoções, suas comunicações e seus relacionamentos interpessoais em algum grau de atividade, sempre lembrando de contextos em que esteja inserido e de suas próprias potencialidades e vontades. A estimulação (e deveria ser precoce) ainda é o melhor meio para minimizar os efeitos negativos do envelhecimento e levar essas pessoas a se sentirem e viverem em melhores condições.



Côrte (2006) coloca que há indícios de uma possível distinção entre cuidado e assistência, entre a população e os serviços, e propõe programas que visam adestramento de indivíduos para melhor lidar com sua própria saúde e sofrimentos. No que se refere à promoção da saúde no envelhecimento, opera-se uma ampliação da noção de autocuidado, que adquire uma conotação educacional, pois considera-se o potencial do idoso de não apenas aprender, mas também de transmitir aos outros as técnicas de autocuidado, em um sentido mais positivo e saudável.

A Educação em Saúde constitui-se um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde, segundo destacam Costa e López (apud Costa, Rocha & Oliveira, 2012). Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da Saúde, intermediado pelos profissionais da área, procura atingir diretamente a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas mais saudáveis em saúde, e no caso que estamos destacando é para as pessoas consideradas idosas. O mesmo autor ainda afirma que é preciso investir mais em prevenção, em programas de Educação em Saúde, em trabalhos que visem garantir maior bem-estar aos cidadãos de todas as idades, acabando com o 'cultivo da doença', mormente entre próprios os idosos.

Já Assis (2005) comenta que as ações educativas em promoção da Saúde com idosos devem favorecer uma reflexão sobre o (seu) envelhecimento, em suas múltiplas determinações e estimular o investimento 'desejante' e participativo e ativo na sua vida.

Para Pelicioni e Mialhe (2012), a Educação em Saúde constitui-se como campo de conhecimento e de práticas multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, tanto da Educação, quanto da Saúde. Pode ser também entendida como combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde, conforme Green e Kreuter (1991 apud Pelicioni & Mialhe, 2012). Já conforme Miranda e Malagutti (2010), Educação em Saúde é o campo das relações interpessoais e sociais em que se realizam práticas de saúde que favorecem adesão, compromisso e autonomia dos envolvidos na ação educativa.

Retomando as idéias de Mendonça, Squassoni e Zanni (2010), a proposta vinda desde uma perspectiva de Educação em Saúde consiste também na abordagem de temáticas ligadas ao processo de envelhecimento mais sadio, englobando atividades desenvolvidas para

estimular a coordenação motora e o equilíbrio, a manutenção da capacidade funcional, o autoconhecimento, a interação social e as funções cognitivas.

Além disso, compõem-se de ações educativas em Saúde, ao trazerem as questões que envolvem a prevenção e o controle de doenças no contexto da vida cotidiana, através de práticas mais saudáveis como alimentação equilibrada, atividade física regular, uso prazeroso do próprio corpo, maior inserção social e ocupacional, dotadas de significado e lazer gratificante, conforme destaca Assis (2005).

Para Pedrosa (apud Pelicioni & Mialhe, 2012), a Educação em Saúde é considerada como um conjunto de práticas pedagógicas articuladas às práticas de Saúde, que se dá nas relações entre sujeitos sociais portadores de diferentes saberes, e ocorrem em espaços diferentes, em contatos formais e informais.

Pelicioni e Mialhe (2012) também sugerem que os cenários e as dinâmicas da Educação em Saúde sejam organizados de modo a permitir a identificação de problemas, perspectivas e experiências significativas para os sujeitos, o que é fundamental. É preciso acreditar que esses sujeitos possuem capacidade de adotar o processo educativo, ainda mais como idosos, e que o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes pessoais favoráveis à sua saúde, em diferentes fases da vida, encontra-se entre os campos de ação da promoção da Saúde. Para tanto, é imprescindível à Educação em Saúde que possa acontecer em ambientes diversificados como em casa, na escola, no trabalho, e em outros espaços coletivos.

No que se refere aos Programas (interventivos) de Saúde, as primeiras iniciativas de expansão de Atenção à Saúde dos idosos datam da década de 1980 e são representadas pelos programas elaborados pelo Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde de alguns estados, destaca Côrte (2006), relatando que, a partir da década de 1990, os programas específicos para idosos vêm restringindo os seus campos de atuação ao tratamento das doenças crônicas, tanto clínicas quanto mentais. A emergência dos estereótipos sobre o 'velho' e a 'velhice' bem-sucedida e do seu contraponto, a 'velhice doente', estaria, de certo modo, deslocando para a própria pessoa a responsabilidade de envelhecer bem. É como se dependesse exclusivamente de cada pessoa os destinos do bem envelhecer, sendo essa situação agravada pelo contexto em que os custos da cobertura assistencial da velhice avançada são cada vez mais altos.

Afirma ainda Côrte (2006) que o autocuidado, no envelhecimento, não pode ser compreendido como simples adoção de um conjunto de saberes técnicos para manter,

promover ou restaurar a saúde, deve caracterizar-se como uma atitude prática e mais positiva diante da experiência concreta do envelhecer, intimamente relacionada aos contextos, às condições de vida e às experiências de interação familiar e comunitária.

Envelhecimento

O envelhecer pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais no indivíduo. Tais alterações são naturais e gradativas, para Zimerman (2007).

De acordo com Guedes (apud Costa, Rocha & Oliveira, 2012), o envelhecimento se seria um fenômeno fisiológico do comportamento social ou cronológico. É um processo biopsicossocial de regressão, observável em todos os seres vivos, expressando-se na perda de capacidades, ao longo da vida, com a influência de variáveis como genética, danos acumulados, estilo de vida, alterações psicoemocionais.

Diz Gutman (apud Carter & Mcgoldrick, 1995) que as tradicionais distinções de papel na idade adulta mais jovem tendem a mudar. Os homens mais velhos demonstram crescente passividade e acomodação em resposta aos desafios, e maiores necessidades de cuidados e associação, ao passo que mulheres mais velhas tornam-se mais assertivas e ativas para satisfazerem suas próprias necessidades.

A invenção da terceira idade revela uma experiência inusitada de envelhecimento. De acordo com Laslett (apud Debert, 2012, p. 19), essa invenção requer a existência de uma 'comunidade de aposentados', com peso suficiente na sociedade, demonstrando dispor de saúde, independência financeira e outros meios para tornar reais as expectativas de que essa etapa é propícia à realização e à satisfação.

A probabilidade de as pessoas que tiveram, na mais tenra infância, um ambiente 'suficientemente bom' e de elaborarem de modo mais satisfatório as possíveis crises durante seu processo de envelhecer é grande, pois a confiança que adquiriram na relação humana tende a permanecer, diz Côte (2006). Por outro lado, segundo a mesma autora, aqueles que pouco tiveram de *holding* (sustentação), ainda assim, em outros momentos da vida, podem vir a ter a possibilidade de constituir aquilo que não foi construído e de encontrar outras pessoas disponíveis para acolhê-los. Pode-se também aqui lembrar o recente conceito de resiliência, em parte construído socialmente.

Enfatiza Zimerman (2007) que alimentação adequada, prática de exercícios físicos regulares, exposição moderada ao sol, estimulação psicoafetiva e intelectual, controle do

estresse, apoio psicoafetivo recebido, atitude mais positiva perante a vida e envelhecimento são fatores que minimizam os efeitos da 'passagem do tempo'.

No Brasil foi promulgada, em 1994, a Política Nacional do Idoso (Lei 8.842 de 1994), que dispõe sobre os direitos do cidadão idoso, no que se refere à promoção da cidadania, integração e participação efetiva na sociedade, e na criação do Conselho Nacional do Idoso, conforme Côrte (2006). A Lei 8.842 foi regulamentada em 1996, estabelecendo inclusive a Política Nacional de Saúde do Idoso (Brasil, 1996, p. 13), que se pauta no artigo 9º e prevê o desenvolvimento de:

Programas de prevenção, educação e promoção da saúde, visando, com esses programas, estimular a permanência do idoso na comunidade, junto à família, desempenhando papel social ativo, com a autonomia e independência que lhe for própria; estimular o auto cuidado informal; envolver a população nas ações de promoção da saúde do idoso; estimular a formação de grupos de auto-ajuda, de convivência, em integração com outras instituições que atuam no campo social; produzir e difundir material educativo sobre a saúde do idoso.

O envelhecimento populacional brasileiro é um fato cada vez mais conhecido de estudado, tornando necessário reorientar a organização do Sistema de Saúde e do conseqüente cuidado, para atender à demanda crescente de idosos, conforme Miranda e Malagutti (2010). Outra vez deve-se lembrar da formação (continuada) desse cuidador.

Espaços já foram e têm sido abertos para que experiências heterogêneas de envelhecimento sejam vividas de maneira mais prazerosa e gratificante. Entretanto, esse compromisso da sociedade em conjunto com o envelhecer mais ativo e positivo leva a um conjunto de práticas que, ao oferecer oportunidades constantes para a renovação do corpo, de melhora de identidade e de autoimagem, tende também a encobrir os problemas próprios da idade mais avançada, diz Debert (2012).

Psicopedagogia e Envelhecimento

Destacam Pelicioni e Mialhe (2012) que o compromisso com as práticas educativas em Saúde solicita uma articulação estreita entre os referenciais e as interfaces dos campos da

Educação, da Psicologia (da Saúde) e da Saúde, para que, a partir desse 'novo entrelaçamento' do referencial teórico formado, os profissionais de saúde possam apropriar-se e incorporá-lo às demais ferramentas necessárias para o desenvolvimento de suas ações mais concretas e positivas.

O psicopedagogo, por também ter esse duplo olhar, ou seja, por estar atento aos aspectos do desenvolvimento dito normal e daquele que apresenta alguma defasagem, quer cognitiva, psicoemocionais ou mesmo da esfera sociocultural do ser humano, trabalha entre os campos de Educação, Psicologia e Saúde, podendo contribuir muito para um (re)conhecimento de um envelhecimento mais sadio, para que a etapa não se resuma a uma experiência de isolamento, mas realmente represente inúmeras possibilidades de realizações, tanto intrapessoais como interpessoais e sociais.

Segundo Campo Adrián (2000), pode-se considerar que, ao longo da vida, existem involuções e se chega a declínio biológico e uma 'perturbação' das habilidades cognitivas e motoras, mas o desenvolvimento mental humano não segue as mesmas sequências que a evolução física, dependendo de condições educativas e socioambientais contextualizadamente. A plasticidade da inteligência humana segue presente na velhice, com capacidades de ampliar processos contínuos de aprendizagem.

Já para Zimerman (2007), pouco se fala em estimular inteligência, memória e capacidade de aprendizagem, porém é muito importante a estimulação do pensar, do fazer, do dar, do trocar, do reformular e, principalmente, do aprender.

Para Pelicioni e Mialhe (2012), o processo educativo é recurso de aprendizagem, com problematização que ajuda a entender causas e problemas e a identificarem sua capacidade de se organizar, e esse não é o único processo em que aprendemos. Miranda e Malagutti (2010) elaboraram um simplificado roteiro de um projeto de Educação em Saúde: diagnóstico da situação educativa; definição da população-alvo; área de abrangência da atividade educativa; responsáveis pela atividade; período de vigência; objetivos; conteúdos programáticos; metodologias; e avaliação. O objetivo é educar para aspectos de saúde, faz-se necessário pensar a atividade como um projeto, em que o primeiro passo é o diagnóstico da situação para que seja possível avaliar como intervir. No diagnóstico educativo de saúde, o objetivo básico é a detecção dos principais problemas de saúde da comunidade e suas necessidades de aprendizagem, tanto reais quanto sentidas por ela. O objetivo é algo que se quer atingir, o resultado a que se quer chegar. O conteúdo das ações educativas deve estar de

acordo com o diagnóstico, considerando o contexto e a realidade da situação educativa. Já a metodologia é o conjunto de técnicas, métodos, recursos, procedimentos determinados que visam atingir positivamente os objetivos estabelecidos. As formas de avaliação devem ser listadas e devem possuir padrões de resultados específicos aceitáveis, de critérios bem claros para analisá-los. Também é importante que exista um cronograma possível, que é uma listagem de atividades a serem desenvolvidas, com tempo e espaço bem definidos.

Porém é importante salientar que ações de saúde não implicam somente a utilização de raciocínio clínico, diagnóstico, prescrição de cuidados e avaliação da terapêutica. Ação de saúde não é apenas processo de intervenção em doença, mas processo de intervenção para que pessoa e coletividade disponham de meios para manter ou recuperação do seu estado de saúde, conforme Miranda e Malagutti (2010).

Luckesi (2003 apud Miranda & Malagutti, 2010) afirma que a Educação apresenta diferentes funções sociais, de acordo com o posicionamento de seus sujeitos no processo educativo. Nesse sentido, pode ser redentora (a Educação em busca da harmonia e do equilíbrio da vida em sociedade), reprodutora (visando compreender a cultura produzida pela ideologia dominante e conservá-la por gerações) ou transformadora (a Educação como mediação de projetos sociais).

No entanto, para Campo Adrián (2000), o psicopedagogo e os outros profissionais da área da Saúde, através de um programa de intervenção, poderão proporcionar ao idoso uma relação com conhecimento, processos de aprendizagem e (auto)reconhecimento, para que a própria pessoa possa identificar o sentido que possui essa fase da vida na qual se encontra e adapte-se melhor em novas situações.

Antes de criar um programa concreto de intervenção em processos cognitivos para o idoso, deve-se determinar com clareza se as carências são resultantes do seu desenvolvimento ou se derivam de outras causas, tais como o contexto em que ele está ou mesmo da sua vivência de processos sociais do tipo infantilização.

Ainda comenta que nem todas as pessoas adoecem pelo mesmo tipo de carência, nem respondem da mesma forma aos programas de intervenção, o que implica não esquecer das características pessoais, como idade, gênero, características somáticas, psíquicas, e a situação atual da pessoa, para poder prescrever um programa de intervenção (precocemente) mais adequado.

Pelicioni e Mialhe (2012) corroboram essa afirmação, sugerindo que o ponto de partida de atividade bem sucedida é ser 'para quem ensina' antes de 'o que ensina', ou seja, é necessário iniciar a tomar a pessoa como referência, e não apenas o conteúdo.

Também colocam que é preciso levar em conta que o estabelecimento de estratégias metodológicas exige uma compreensão ampla e dialética das percepções em torno da saúde vigentes no grupo alvo. Além disso, afirmam que o encontro dos diferentes atores deve permitir aos sujeitos envolvidos repensarem suas crenças e valores. O encontro interpessoal na esfera da Educação em Saúde, a partir dos princípios da sua promoção, pode permitir que os atores se conheçam mais suas perspectivas, suas necessidades, bem como potencialidades, angústias e ansiedades.

Na Educação em Saúde os processos de ensino e de aprendizagem são um constante poder (com)partilhar de experiências, entre educador e educando, que leva em conta a realidade na qual eles estão inseridos, considerando cada um como sujeito da sua situação de aprendizagem, conforme Miranda e Malagutti (2010).

Uma intervenção psicopedagógica com idosos objetiva mais que somente reintegrá-los à sociedade, mas está também em levá-los a retomarem suas próprias histórias pessoais, resgatarem suas identidades e (re)produzirem seus conhecimentos e habilidades, pelas suas próprias vivências.

Para Pelicioni e Mialhe (2012), entre os papéis atribuídos ao profissional de Saúde que atua com o idoso está o de levar informações e/ou conhecimentos mais científicos, tomados como essenciais para atingir o pleno desenvolvimento humano, o progresso e a sustentação da 'ordem social', para que as pessoas que o vivenciam possam fazer escolhas conscientes, pautados pelo domínio da razão.

Mas não deve-se esquecer da emoção, em seu sentido de vontade e de crescimento positivo pessoal. Também ressaltam que o profissional que se propõe a trabalhar em Educação, em Psicologia e em Saúde deve pensar em uma mediação: o seu papel é o de facilitador, incentivador e motivador do processo. Cabe-lhe garantir que os temas eleitos e as questões levantadas sejam discutidos, relacionados, organizados, manipulados, até que façam parte da rede de significados e se constituam de modo a permitir ações e consequentes reflexões. Ao desenvolver a reflexão mais crítica, deve ser capaz de identificar os campos de dificuldades e de capacidades, estimulando na identificação de estratégias e recursos, com a perspectiva de ação que exige uma estratégia metodológica, participativa, ativa.

Conforme Miranda e Malagutti (2010, p. 23), o educador em saúde deve assumir que “ensinar não é transmitir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua produção ou sua construção”.

Entre as estratégias de intervenção psicopedagógica com a pessoa idosa pode-se citar: a estimulação para ocorrerem mais conexões nervosas superiores no idoso, por meio de desafios diversificados (jogos, estratégias, quebra-cabeças), possibilitando novas sinapses e incitando a produção de novos neurônios (em especial na área da memória); a reativação da memória através de exercícios como leitura, jogos, dança, canto; a retomada de aprendizagens construídas no decorrer de sua vida, através de debates, narrativas, encontros em família ou com (ex-)colegas de trabalho e de lazer; reflexões sobre experiências pessoais positivas e negativas, discutindo formas de evitá-las ou fortificá-las; participação em atividades de inclusão digital e orientações sobre as novas tecnologias; e por fim a realização de movimentos corporais de natureza leve, sob a orientação de outros profissionais, como o psicomotricista. Diz Zimmerman (2007) que cada idoso é uma pessoa diferente, e quando atuamos devemos levar em conta seu passado, bagagem e experiências, como lida com suas perdas e ganhos, assim como seu presente/futuro, possibilidades, ganhos, respaldo psicossocial-cultural e econômico. Só assim estaremos trabalhando para que esse idoso possa tornar-se uma pessoa mais saudável, capaz de usar todas as suas potencialidades e ter uma vida mais feliz.

COMENTÁRIOS FINAIS

Com o trabalho foi possível concluir que os campos de Educação em Saúde e Educação para a Saúde, pelas suas interfaces em Educação, Psicologia e Saúde, objetivam levar os seres humanos a melhores e mais saudáveis conhecimentos, habilidades e atitudes, redundando em práticas mais ativas e saudáveis, que podem ajudar especialmente, como objeto desse estudo, os idosos a levarem uma vida com mais qualidade e mais saúde, por si mesmos e quando ocorrerem intervenções com eles. Também possibilitou o compartilhar reflexões sobre o saber e o tentar melhor fazer dos que lidam e cuidam psicopedagogicamente desse idoso, pois seu apoio é fundamental para melhor compreender seu processo de aprendizagem, mormente levando em conta seu momento de vida e seu, potencial que pode e deve ser desenvolvido.

REFERÊNCIAS

- Assis, M. (2005). Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. *Revista APS*, Rio de Janeiro, (1)8. Disponível em <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Envelhecimento.pdf> Acesso em 01.09).
- Beauvoir, S. (1990). *A velhice*. (2ed.) Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1990.
- Brasil (2010). IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censos demográficos*. Disponível em <http://www.ibge.gov.br> Acesso em 22 set. 2010.
- Campo Adrián, M.E. del. (2000). *Dificultades de aprendizaje y tercera edad: prácticas*. Madrid: UNED, 2000.
- Carter, E.A. & McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. (2ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Côrte, B., Mercadante, E.F. & Arcuri, I.G. (Org.) (2006). *Envelhecimento e velhice: um guia para a vida*. São Paulo: Vetor.
- Debert, G.G. (2004). *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Editora da USP: FAPESP.
- Costa, M., Rocha, L. & Oliveira, S. (2012). Educação em saúde: estratégia de promoção da qualidade de vida na terceira idade. *Revista Lusófona de Educação*, 22, Lisboa. http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-72502012000300008&lang=pt. Acesso 23/9/2013.
- Mendonça, M.P., Squassoni, C.E. & Zanni, K.P. (2010). Envelhecer e aprender: um modelo de atuação com enfoque na educação em saúde. *Revista Envelhecer* (1)15. Disponível em <http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/11437/10919> (acesso 1/9/2013).
- Miranda, S.M. & Malagutti, W. (Org.) (2010). *Educação em saúde*. São Paulo: Phorte.
- Molina, T.J. (2012). *Intervenção em idosos: um olhar psicopedagógico sobre o envelhecimento*. TCC em Psicopedagogia, UNILASALLE, Canoas- RS.
- Mosquera, J.J.M. & Stobäus, C.D. (1984). *Educação para a Saúde*. (2ed.) Porto Alegre: DC Luzzatto.
- Ferreira, A.J., Stobäus, C.D., Goulart, D. & Mosquera, J.J.M. (org.) (2102). *Educação e Envelhecimento*. Porto Alegre: EDIPUCRS. <http://www.pucrs.br/edipucrs> (on-line).



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



Moraes, E.N., Moraes, F.L. & Lima, S. (2010). *Características biológicas e psicológicas do envelhecimento*. Belo Horizonte: Núcleo de Geriatria e Gerontologia da Faculdade de Medicina da UFMG. Disponível em

Pelicioni, M.C.F. & Mialhe, F.L. (2012). *Educação e promoção da saúde: teoria e prática*. São Paulo: Santos.

Zimerman, G.I. (2007). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.

NOVOS MODELOS SOCIAIS: A INTERFACE DO DINHEIRO NA EDUCAÇÃO FINANCEIRA, CASAMENTO E CICLO VITAL

Andreza Maria Neves Manfredini (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e Universidade de Taubaté)

Cleide Maria Bartholi Guimarães (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo)

Váleria Maria Meirelles (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Universidade Presbiteriana Mackenzie e Universidade de Taubaté)

RESUMO

Os resultados das três pesquisas mostraram que em relação a educação financeira na família, ao mesmo tempo que os pais não tem a intenção de educar os filhos em relação ao assunto, eles (filhos), os tomam como referência no assunto, o que mostra quão importante é dar relevância ao tema já na infância, cuidando para a construção de uma sólida educação financeira. Já nos casais jovens, observou-se que há influência dos modelos de valores, crenças, usos, costumes sobre dinheiro das famílias de origens no processo de construção do compromisso financeiro dos jovens casais. Essa tarefa que ocorre na fase de aquisição do ciclo vital variou tanto pela escolha de ambos em administrar de forma conjunta o dinheiro para o lar e pela importância da autonomia individual de uso do dinheiro. E que, apesar das diferenças entre homens e mulheres em relação ao uso do dinheiro no ciclo vital, as semelhanças apontam a influência da família de origem na aprendizagem em relação ao uso do dinheiro e a prioridade da família em relação aos gastos, confirmando a centralidade da família para parte da camada populacional brasileira (classe A e B). As autoras reiteram a importância de se trazer para a prática clínica o estudo do tema dinheiro tendo como base a Psicologia Econômica, uma vez que o mesmo oferece grandes possibilidades de entendimento da família e das relações humanas como um todo.

Palavras-chave: Dinheiro. Família. Intergeracionalidade.

Eixo Temático: Pesquisa e intervenção em Psicologia da Saúde

INTRODUÇÃO

Van Raaij (2006) afirma que a Psicologia Econômica é uma ciência que se situa na interface da Economia e da Psicologia. O autor também afirma que os comportamentos associados a dinheiro, tempo e esforço fazem parte dos estudos da Psicologia Econômica, da mesma forma que os efeitos da economia sobre os indivíduos e os efeitos dos indivíduos sobre a economia fazem parte desta ciência. O estudo do comportamento do consumidor, ou seja, estudos e pesquisas que focalizam como as pessoas escolhem os produtos, marcas, como gastam seu dinheiro e como satisfazem seus desejos também fazem parte da área da Psicologia Econômica.

Considerando-se o objetivo proposto da mesa redonda em - refletir sobre o uso do dinheiro nas diferentes fases do ciclo vital da família e em compreender as diferenças de gênero, crenças, costumes e valores embutidos nas relações humanas -, é possível afirmar que a construção deste reflexão a partir de 3 pesquisas relacionadas a Psicologia Econômica nas relações familiares poderão contribuir para o crescimento da Psicologia Econômica no âmbito acadêmico brasileiro. Isso porque, segundo Ferreira (2006), ainda não foi possível, desenvolver um formato sistematizado dessa disciplina.

Lewis, Webley e Furnham (1995, citado por Moreira, 2000), descrevem a Psicologia Econômica como:

Uma disciplina principalmente, mas não apenas, constituída por psicólogos. Implica na aplicação de princípios e métodos psicológicos a eventos econômicos da vida cotidiana. Os pressupostos são que os eventos econômicos são ao mesmo tempo eventos sociais e psicológicos e que a vida econômica é uma parte da vida social, e vice-versa. Então, a vida econômica deve ser tratada pelos psicólogos como mais um aspecto do estudo psicológico em geral. (p.46).

Conforme Ferreira (2006), a Psicologia Econômica pode ser considerada por alguns pesquisadores como um ramo da psicologia social. Há também outras disciplinas que também estudam o comportamento econômico: economia comportamental, psicologia do consumidor, socioeconomia, psicologia das tomadas de decisão, psicologia organizacional ou ocupacional. Embora a Psicologia Econômica possa ser associada com outros termos, o seu objetivo é

investigar a maneira como a economia influencia a vida das pessoas, seus sentimentos, pensamentos e comportamentos, e como esses elementos influenciam a vida da economia.

A SABE e a SASE, organizações com sede nos EUA, foram iniciadas na metade da década de 1980. A SABE (*Society for the Advancement of Behavioural Economics* – Sociedade para o Avanço da Economia Comportamental) é uma organização de economistas que se definem como acadêmicos e que fazem análise econômica rigorosa, considerando que seus estudos podem aumentar o conhecimento do comportamento econômico. Apresentam interesse em saber sobre outras disciplinas: psicologia, antropologia, ciência política, entre outras. A SASE (*Society for the Advancement of Socio-Economics* – Sociedade para o Avanço da Socioeconomia) é uma organização que inclui estudos sociológicos e da ciência política na economia e nos modelos econômicos (Ferreira, 2006).

Considerando a história da Psicologia Econômica no Brasil, pode-se dizer que, nos últimos anos, o número de estudos e pesquisas vem aumentando, embora num ritmo mais lento, em relação aos países estrangeiros. Para o fato de haver maior interesse em pesquisas na área da Psicologia Econômica, deve-se concordar com Ferreira (2006), quando essa autora levanta algumas hipóteses: o aumento da popularidade de estudos sobre finanças comportamentais (comportamento do mercado financeiro), o fato de o economista Daniel Kahneman ter ganho o prêmio Nobel, em 2002 e o uso crescente da internet para acessar os diversos programas e cursos de Psicologia Econômica espalhados pelo mundo.

Ferreira (2006) considera que quando a Psicologia Econômica se tornar uma disciplina, primeiramente no curso de graduação em Psicologia e provavelmente, mais tarde em outros cursos, como também em programas de pesquisas, será possível afirmar que a disciplina efetivamente se iniciou, no Brasil.

Uma compreensão do mundo econômico requer do indivíduo uma construção sistêmica do modelo socioeconômico em que está inserido, o que implica manejar uma série de informações específicas e desenvolver competências, atitudes, hábitos e condutas de consumo (Denegri, 2005).

No Brasil, embora o interesse por estudos na área da Psicologia Econômica tenha aumentado, nos últimos anos, ainda há um número muito pequeno de pesquisas que se preocupam em investigar a questão da socialização econômica e educação financeira com crianças, adolescentes e adultos, nas diversas fases do ciclo vital da família.

DINHEIRO E FAMÍLIA COM FILHOS CRIANÇAS

De acordo com Grunspum e Grunspum (198?), o homem é modelado pela família e, ao contrário dos animais, nos primeiros anos de vida precisa da família para sobreviver. O pertencer a um grupo, ser um participante completo e relacionado com outros seres humanos, significa ter um sentido de pertencimento a uma família.

Considerando-se o sentido de pertencimento que envolve um indivíduo no sistema familiar, observa-se que, da mesma forma que esse pertencer propicia modos saudáveis de funcionar, tanto no micro, quanto no macrossistema, pode também estagnar o crescimento grupal ou individual dos membros familiares, impedindo uma mudança da mudança, ou seja, uma mudança no conjunto de leis que governam a dinâmica familiar, segundo Watzlawick.

Assim, acredita-se que a transmissão intergeracional de um modelo de educação financeira ocorrerá nos trâmites de um pertencimento que poderá ou não favorecer uma melhor maneira de lidar com o dinheiro.

Diante da pesquisa de Manfredini (2007) que teve como objetivo geral de compreender como ocorre o processo de educação financeira dos filhos, nas idades de 7 a 10 anos, em famílias de classe média, na Fase de Aquisição, no interior de São Paulo, foi possível entender as experiências dos pais e dos filhos de uma forma mais ampla. É importante ressaltar que, embora exista um processo de educar os filhos financeiramente, não há intencionalidade de alguns pais para realizar essa educação. Por isso, eles deparam situações surpreendentes, no cotidiano familiar, as quais acabam por exigir medidas educativas em relação ao dinheiro.

Foi importante constatar que os modelos parentais de valor, crenças, usos e manejo com relação ao dinheiro passam para os filhos, mesmo sem essa intencionalidade educativa.

As crianças de 7 a 8 anos já conseguem diferenciar os fatos positivos e negativos em relação ao dinheiro, assim como as crianças de 9 a 10 anos já aliam sentimentos ao fato de ter ou não mais ou menos dinheiro.

O ato de poupar é considerado diferentemente, entre crianças maiores e menores. As crianças de 7 a 8 anos gastam todo o dinheiro ganho de uma vez, ou guardam e vão gastando aos poucos. As crianças de 9 a 10 anos poupam mais e juntam o dinheiro para gastar em ocasiões especiais ou com coisas especiais.

Acredita-se que o poupar é uma das maneiras mais importantes para educar financeiramente uma criança, por ser uma forma de aprender a controlar o emocional e a situação financeira, tolerando a não satisfação imediata dos desejos. Dessa forma, considera-se que o poupar deve ser contínuo em uma educação e prioritário na vida financeira das famílias.

As dificuldades que os pais enfrentam ao lidar com o dinheiro, atualmente, devem-se ao consumismo, à questão do imediatismo, que faz parte da cultura do comprar; assim, os pais devem ter autocontrole, para lidar com situações que envolvam um desejo veemente de comprar.

DINHEIRO E FAMÍLIA COM FILHOS ADULTOS

De acordo com Meirelles (2012) tais diferenças, também observadas em pesquisas que estudaram o dinheiro nos casamentos, nas relações familiares, profissionais, em relação a investimentos e demais usos, remetem a aspectos culturais delimitadores de territórios do homem e da mulher, evidenciando a presença das questões de gênero como pano de fundo para a compreensão do uso do dinheiro.

Entender as atitudes, crenças e comportamentos de homens e mulheres frente ao dinheiro pede a compreensão das questões de gênero, que prescrevem domínios aos sexos e ditam regras determinando o que se espera de cada um deles, muitas vezes colocando a mulher em situação desprivilegiada em relação ao homem (Randall, 1996).

Culturalmente, assim como o trabalho doméstico é considerado domínio feminino, o dinheiro é visto como domínio masculino (Coria, 1996), gerando distorções e vieses em seu uso e nos processos de tomada de decisão como observaram Semykina e Linz (2007), revelando a presença das questões de gênero também neste campo.

Enquanto definição, entendemos gênero como o sexo socialmente construído a partir da sexualidade biológica. Consiste em um conjunto de práticas, normas, valores e crenças a partir das diferenças biológicas entre os sexos, ampliado de forma distorcida de acordo com cada cultura. Visa uma ordenação de condutas tendo como premissa oculta o jogo de poder e dominação, prescrevendo domínios e comportamentos para homens e mulheres. Enquanto sexo é biológico, gênero é eminentemente social.



Meirelles (2001) realizou pesquisa para seu mestrado, com casais de dupla carreira, na qual identificou que as mulheres de carreira delegavam a administração do próprio dinheiro aos maridos, alegando que o mesmo (dinheiro), não era território delas (a despeito do sucesso profissional) e usavam o dinheiro para o bem estar da família, evidenciando-se questões de gênero.

Anos mais tarde, Meirelles (2012), desenvolveu outra pesquisa para seu doutorado, que teve como objetivo compreender as atitudes, crenças e comportamentos de homens e mulheres em relação ao dinheiro ao longo da vida adulta.

Confirmaram-se estudos anteriores a respeito da importância da família de origem como agente na aprendizagem no uso do dinheiro, da mesma forma que esta foi considerada prioridade no uso do dinheiro tanto para homens quanto para mulheres. Em relação a diferenças e semelhanças, vimos que sexo, período da vida adulta e estado civil são variáveis que devem ser levadas em consideração.

Os indivíduos no início da vida adulta e solteiros usam mais o dinheiro consigo mesmos, enquanto os casados e divorciados, com a família. Os homens investem mais enquanto as mulheres poupam. Além disso, para eles o dinheiro mostrou-se como aspecto mais central na vida, enquanto elas consideram a família, confirmando que diferenças de gênero ainda se fazem mais presentes na população.

Em relação ao endividamento, constatou-se que o mesmo não está relacionado a sexo, período de desenvolvimento e estado civil, o que demanda outras variáveis para sua compreensão, principalmente diferenças de personalidade. Quanto às atitudes, identificamos os fatores Obsessão, Retenção, Inadequação, Segurança, Privacidade e Esforço/habilidade, sendo que em nossa amostra, os fatores que tiveram maiores médias foram Privacidade e Segurança e as menores, Retenção e Obsessão, retratando o Brasil: ao mesmo tempo em que as pessoas mantêm na esfera do privado seus números financeiros e arriscam menos ao aplicá-lo, no outro extremo, o dinheiro não aparece como aspecto central da vida, não se tendo dificuldades para gastá-lo, especialmente quando se refere ao bem estar próprio e da família.

Ou seja, os resultados obtidos confirmaram que os adultos incorporam, quanto às formas de usar o dinheiro e de gerir os bens, as lições financeiras aprendidas com seus pais. Constatou-se também que os padrões de uso do dinheiro são afetados pelo período da vida adulta - a idade - em que se encontra a pessoa, bem como pelo sexo e estado civil. As mulheres, em cujas vidas a família exerce um papel central, demonstraram usar mais o

dinheiro para cuidar do espaço doméstico e dos filhos. Gastam mais, mas, ao contrário dos homens, exige-se mais delas no que se refere a apresentação visual e beleza. E se gastam mais, também presenteiam, o que revela a importância do outro. No entanto, como este comportamento foi mais citado por participantes na Vida Adulta Intermediária, período em que se espera que as pessoas disponham de mais recursos e estabilidade econômica, o presentear parece indicar também uma melhor condição financeira.

Em relação ao dinheiro, os homens têm atitudes mais voltadas a aquisição e obtenção de patrimônio, o que permite pensar que para eles o dinheiro é um fim em si mesmo. Daí preocuparem-se mais em acumular, principalmente no Início da Vida Adulta. Assim, referiram-se mais a esforço e habilidade.

Ao mesmo tempo, as mulheres deixaram claro que o dinheiro é muito mais uma ferramenta do que um objetivo, pois privilegiam o bem estar e as relações; talvez por isso mostrem-se inseguras e com menos recursos financeiros do que os homens. Por outro lado, o fato de ter uma família, seja para casados ou separados, leva, pelo visto, a preocupações que se refletem em atitudes mais reservadas em relação ao uso do dinheiro, assumindo as pessoas comportamentos de mais retenção e controle.

E em relação ao futuro, o sexo não mostrou ter influência nas expectativas, contrariamente ao período de vida e estado civil: de fato, os mais jovens e solteiros, como era de se esperar, mostraram-se mais otimistas que os mais velhos, casados ou separados, evidenciando mais uma vez que o estado civil e a presença da família são determinantes nos comportamentos dos participantes da pesquisa em relação ao uso do dinheiro, até porque, lembrando DaMatta (1987), a família é um valor.

DINHEIRO E CASAS

De acordo com Guimarães (2007) lidar com o dinheiro é algo que deve acontecer, mais cedo ou mais tarde. Finanças são aspectos importantes para ambos os gêneros, e, desse modo, a vivência, anterior ao casamento, em relação ao dinheiro, pode influenciar a construção da conjugalidade, demonstrando que os aspectos intergeracionais exercem influências na vida a dois. Assim, este é um aspecto de interesse para terapia familiar e de casal. Por terem formado e criado uma maneira específica de tratar o dinheiro, dentro dos padrões econômicos e financeiros que cada um estabeleceu com os pais, e por ser um fator em constante mudança,

na medida em que a globalização avança e a economia se recicla, a forma como cada um lida com o dinheiro tem sido considerada importante por nós, terapeutas.

Esse trabalho foi baseado em uma dissertação de mestrado com o objetivo compreender como jovens casais sem filhos, de dupla carreira, co-constroem o “compromisso financeiro” da parceria.

Segundo Guimarães (2007), a diversidade de estilos de administração financeira encontrada na pesquisa em quatro casais condiz com as novas e variadas formas de relacionamentos. Não existe o certo ou errado, mas uma variação de formas de manejar o dinheiro na conjugalidade. De acordo com os dados, encontramos o modelo tradicional como o do provedor principal e de maneira implícita a “etiqueta de identificação” da origem do dinheiro, que toca nos jogos de poder entre gêneros. Próximo a esse modelo, mas com variações, encontramos outro, no qual a mulher é responsável pelas contas do lar. Parece ser um modelo criado pelo casal e proveniente de objetivos e acordos mútuos, que invertem, temporariamente, as posições e indicam capacidade de negociação de poder. Esse padrão ocorre provavelmente entre casais de dupla carreira e com jornada diária longa de trabalho.

Encontramos o modelo da mulher de carreira recebendo salário significativamente maior que o do marido. Mesmo nesse modelo, que estampa a geração de jovens casais, perpetua-se, de maneira silenciosa, a ideia de que o homem deve ser aquele que sabe, mais do que a mulher, como cuidar da contabilidade cotidiana e das aplicações financeiras. Nessa pesquisa, em três casais, os maridos tinham a responsabilidade por essas movimentações financeiras, que eram mantidas em seus respectivos nomes. Como se ainda esse papel lhes fosse o reservado e ao mesmo tempo reforçado por suas esposas, ao mostrarem que em assuntos de dinheiro e aplicações financeiras são eles que entendem, apesar de elas também possuírem autonomia e poder de decisão.

Nos jovens casais, foi possível observar a forma com que papéis antigos e novos se misturam. Um ideal de igualdade motiva-os a estabelecerem metas e acordos de uso independente do dinheiro, com divisão das contas do lar. Manter contas pessoais separadamente e dividir as despesas, no início da vida a dois, parece ser a forma atual mais empregada pelos jovens casais. Encontramos três casais realizando esse modo de manejo financeiro. Essa nova forma encontra resistência nos discursos das famílias de origem, que tendem a conservar o ideal tradicional de homem provedor e mulher cuidadora. O casal com menor tempo de união destacou-se por enfatizar essa forma de manejo de dinheiro. Ocorreram



questionamentos sobre como devem se estabelecer na nova vida a dois, de modo a assumir todas as responsabilidades que antes eram atribuídas aos pais. É um momento de mudanças, e pelo menos dois casais se mostraram incomodados nesse sentido, principalmente as mulheres, que consideram inadequado aceitar a ajuda financeira de suas famílias após casarem-se.

CONCLUSÃO

Em decorrência do forte consumismo que invade os meios de comunicação e se estende até as relações familiares, é de suma importância, em especial para a Psicologia, considerar o dinheiro como presente em nossas relações. Isso, para propiciar às famílias uma melhor forma de compreender as fronteiras entre o que é ser cidadão e o que é ser consumista, em nossa sociedade.

Os resultados das três pesquisas mostraram que em relação a educação financeira na família, ao mesmo tempo que os pais não tem a intenção de educar os filhos em relação ao assunto, eles (filhos), os tomam como referência no assunto, o que mostra quão importante é dar relevância ao tema já na infância, cuidando para a construção de uma sólida educação financeira. Já nos casais jovens, observou-se que há influência dos modelos de valores, crenças, usos, costumes sobre dinheiro das famílias de origens no processo de construção do compromisso financeiro dos jovens casais. E que, a despeito das diferenças entre homens e mulheres em relação ao uso do dinheiro no ciclo vital, as semelhanças apontam a influência da família de origem na aprendizagem em relação ao uso do dinheiro e a prioridade da família em relação aos gastos, confirmando a centralidade da família para parte da camada populacional brasileira (classe A e B). As autoras reiteram a importância de se trazer para a prática clínica o estudo do tema dinheiro tendo como base a Psicologia Econômica, uma vez que o mesmo oferece grandes possibilidades de entendimento da família e das relações humanas como um todo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Coria, M.D. et al. (2005) Socialização econômica em famílias chilenas de classe média: educando cidadãos ou consumidores? *Psicol. Soc.*, 1 (2), p.88-98.

- Da Matta, R. (1987). A família como valor: considerações não familiares sobre a família brasileira. In: A. M. Almeida (org.) *Pensando a família no Brasil: da colônia à modernidade*. Rio de Janeiro: Editora Espaço-Tempo, p. 115-136.
- Ferreira, V. R. M. (2006). *A Contribuição da Psicologia Econômica – trajetória e perspectivas de trabalho*. Disponível em: www.verarita.psc.br/portugues.php?id=art_psico2. Acesso em: 12 de Outubro.
- Grünspum, H. & Grünspum, F. (198?). *Assuntos de família – relacionamento, sexo, tv, violência, droga, escola*. Editora Almed, p.259.
- Guimarães, C. M. B. (2007). *O meu, o seu e o nosso: o processo de construção conjunta do “compromisso financeiro” do casal de dupla carreira na fase de aquisição do ciclo vital*. Dissertação de Mestrado, Psicologia Clínica núcleo de Família e Comunidade, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Manfredini, A. M. N. (2007). *Pais e Filhos: um estudo da educação financeira em famílias na fase de aquisição*. Dissertação de Mestrado, Psicologia Clínica no núcleo de Família e Comunidade, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Meirelles, V.M. *Feminino superlativo: mulher, família e carreira*. (2001). 132 f. Dissertação de Mestrado, Psicologia Clínica no núcleo de Família e Comunidade, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Meirelles, V. M. (2012). *Atitudes, crenças e comportamentos de homens e mulheres em relação ao dinheiro na vida adulta*. Tese de Doutorado, Psicologia Clínica no núcleo de Família e Comunidade, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Moreira, A. S. (2000). *Valores e dinheiros: um estudo transcultural das relações entre prioridades de valores e significado do dinheiro para indivíduos*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- Randall, M. (1996). *The price you pay: the hidden cost of women's relationship to money*. New York: Routledge, 210 p.
- Slemenson, K.P. (2001). \$em?. *Pulsional rev. psicanál*; 14 (142):76-87, fev. 2001.
- Semykina, A. & Linz, S. (2007). Gender differences in personality and earnings: evidence from Russia. *Journal of Economic Psychology*, 28, p.387-410.
- Van Raaij, W. F. (2006). *História da Psicologia Econômica*. Tradução: Vera Rita de Mello Ferreira. Disponível: www.verarita.psc.br/portugues.php?id=fredvanraaij . Acesso em: 12 de Outubro.



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



Watzlawick, P., Weakland, J.H. & Fish, R. (s/d). *Mudança: princípios de formação e resolução de problemas*. Trad: Jamir Martins. Cultrix: São Paulo.

O DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO ÉTICO-POLÍTICO NA PRODUÇÃO DO LAÇO SOCIAL DOS ADOLESCENTES NO CREAS

Soraya Souza (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo)

RESUMO

O problema de pesquisa deste trabalho é o impasse teórico-prático de como diagnosticar o sujeito na sua relação com o contexto de produção sociopolítico e seus efeitos discursivos na construção do laço social. Sua relevância social diz respeito às interfaces do saber interdisciplinar da Psicologia, da Psicanálise e do Direito, marcando sua especificidade no campo psicanalítico, na área da Saúde Pública, cuja responsabilidade social é sustentar uma posição ético-política do diagnóstico psicológico, nos níveis táticos e estratégicos, no tocante à construção do laço social, do adolescente em situação de vulnerabilidade. O objetivo geral é construir um modo de diagnóstico ético-político que possibilite ao sujeito, através da narrativa, constituir uma dimensão singularizável do acontecimento social. O processo de investigação metodológico fundamentou-se na psicanálise em extensão de orientação lacaniana, buscando compreender o objeto do conhecimento em sua dimensão ético-política. A territorialidade foi delimitada pela Instituição CREAS, sendo escolhidos oito adolescentes para entrevista, dois dos quais para análise do caso institucional clínico-político. O procedimento incluiu visita à Fundação Casa, observação da Instituição CREAS, análise da história institucional e das entrevistas articuladas sob transferência com o memorial da equipe técnica (psicólogos e assistentes sociais), além da análise dos casos institucionais clínico-político dos adolescentes A.e R. Na análise dos resultados pode-se concluir que a delinquência advém do desdobramento de uma cena social que se corporifica no sujeito e o identifica em *actos*, um dos elementos que contribuem para a institucionalização do sintoma com a produção do reincidente. A vulnerabilidade social, psicológica e política dessa situação produz o efeito da psicopatologização do laço social na experiência individual, operada pelo discurso capitalista através de instrumentos que não levam em consideração o contexto em que a experiência fora construída. Na tentativa de objetivação do sujeito, transforma-o numa Coisa dessubjetivável, num *sujeito gadget*. Na análise dos casos A.e R. foi possível para ambos os sujeitos, de modo

singular, (re)situarem-se e produzirem uma Outra dimensão diante do acontecimento social. O diagnóstico psicológico ético-político como estratégia de intervenção discursiva pode operar modos de acolher o sofrimento criando novas saídas e inventando respostas para lidar com o mal-estar dos nossos jovens e, com as exigências do mestre contemporâneo, produzindo efeitos na construção do laço social.

Palavras-chave: Diagnóstico ético-político. Adolescência. Laço Social.

INTRODUÇÃO

O tema desta pesquisa trata da dimensão ético-política do diagnóstico psicológico na produção do laço social dos adolescentes no Centro de Referência Especializado de Assistência Social de São José dos Campos (CREAS/SJC).

Nossa proposta foi construir um modo de intervenção que se fundamentou na abordagem psicanalítica lacaniana e justificou-se num campo psi jurídico, como uma das estratégias em que pode operar o diagnóstico, incluindo o adolescente num modo ético-político e produzindo efeitos numa outra dimensão *no* e *do* acontecimento social.

Para contextualizar este trabalho fez-se necessário reconhecer o contexto específico em que a vulnerabilidade desses jovens foi produzida e entrelaçada pelas suas histórias nas dimensões social, psicológica e política. Nesse contexto específico, delimitou-se a vulnerabilidade dos adolescentes, socialmente, pelo lugar onde moram na cidade de São José dos Campos e pelo modo como os adolescentes vivem em nossa sociedade capitalista; psicologicamente, pela constituição do eu e das inter-relações, enfatizando-se o grupo ao qual pertencem e, politicamente, pela posição que os adolescentes ocupam diante da sociedade.

No que concerne ao diagnóstico psicológico, para dizer sobre o sujeito é necessário considerar o contexto social em que o ato fora construído e a produção do efeito no laço social, o que significa pensar politicamente tal situação. Pensar politicamente o contexto nos causa um impasse, pois dependendo da estratégia escolhida pelos técnicos na sociedade, como um modo de equacionar, deslocamos o problema do campo que fora construído, como um modo de resolução.

O equacionamento da resolução do problema produz a psicopatologização da adolescência, e, conseqüentemente, o efeito epidemia, isto é, a disseminação do ato

infracional como patológico, indicando o adoecimento moral da sociedade. Esse modo de resolução reduz a causa em efeito e, interpretado pelo diagnóstico psicológico, conserva o processo de psicopatologização.

Numa visão tradicional, a função do diagnóstico psicológico é investigar sobre a constituição do sujeito, utilizando o instrumento na sua faceta multidimensional, para reconhecer o sujeito da ciência. Nessa tentativa de reconhecer o sujeito cientificamente, muitas vezes os psicólogos, apoiados na ciência médica, realizam o exame psicológico revestido de avaliação psicológica e de psicodiagnóstico, o que transforma os sujeitos em doenças universalmente codificadas como se apresentam na Classificação Estatística Interna de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde (CID-10).

A transformação do sujeito em doenças, no diagnóstico médico, é um trans-torno, isto é, é ir além do entorno que constitui aquele sujeito, sendo operacionalizada pelos instrumentos de ausculta e pela CID-10. O instrumento de ausculta e não de escuta reduz a função do médico de descobrir a “coisa”, aquilo que o paciente tem. Portanto, ele deve apenas ouvir os sinais vitais do corpo e falar sobre a doença que acomete o sujeito, sustentando o saber totalizante imbricado nesse discurso e legitimando-o como Verdade. Diante dessa Verdade como valor absoluto do diagnóstico, cabe ao médico oferecer um tratamento adequado para extirpar a doença do sujeito.

A ausculta é traduzida em código, “signos de designos”, que servem para classificar e seriar os fenômenos como doenças que se manifestam no sujeito com a finalidade de controlá-los para alcançar a cura. O diagnóstico no campo médico é imperativo, devendo apresentar o que o sujeito possui através do exame clínico, das suas manifestações sintomáticas, operando uma lógica universal de correspondência biunívoca, de identificação da doença com o sujeito.

O discurso médico funda o diagnóstico psicológico *da* e *na* clínica tradicional e o exame psicológico é produzido pelos diagnósticos descritivos da abordagem psicométrica com fins classificatórios e respaldado por teoria de base funcionalista. Esse modo de diagnosticar pode equacionar um instrumento que, através das diferenças individuais, produz a estigmatização pela ineficiência, constituindo uma correspondência preconceituosa e um olhar fragmentado do sujeito, tornando-o um ser desviante.

Na abordagem tradicional, o diagnóstico psicológico é um instrumento que se fundamenta nos pressupostos da homogeneidade, define os déficits e produz disfunções, indica a deficiência como impotência e os desvios das condutas morais que interferem no

desenvolvimento harmônico da sociedade, levando a uma classificação das pessoas como “desviadas” (Anache, 1997).

Concordamos com as críticas feitas ao diagnóstico psicológico na abordagem psicométrica, por ser mais uma forma de ato médico que politicamente funda o diagnóstico, renomeando os termos exame psicológico, avaliação psicológica e de psicodiagnóstico, produzindo desvios e, como efeito, pessoas classificadas como desviadas.

O ser desviante é construído por um discurso que se vale da seriação como modo de patologizar o acontecimento social, desconhecendo e universalizando os sujeitos, ou seja, dispõe numa ordem que opera esse efeito desviante. Essa equação de seriação utiliza como operação a onipotência dos instrumentos como o exame clínico e os testes psicológicos, para avaliar as impotências do sujeito e produzir através da medida, classificação e categorização, o ser desviante. Como diagnosticar sem conhecer o que afeta o sujeito?

Numa visão psicanalítica, o diagnóstico psicológico tem como função comunicar um estado acerca de um sujeito sob um olhar e um campo específico, o sintomático. Talvez pudéssemos tecer algumas críticas em relação à política da produção discursiva de diagnosticar nas Instituições, ou seja, por que e para quem diagnosticar na Instituição?

O diagnóstico psicológico é um instrumento que tem como função a direção do tratamento e deve assegurar uma coerência processual, incluindo a dimensão ética no modo de relação entre os atores no que concerne à responsabilidade de conhecer o que afeta o outro e ajudá-lo a (re)situar-se no mundo, produzindo o “hum-mano”, um mano, numa dimensão humana.

Neste trabalho parte-se do pressuposto que o diagnóstico psicológico ético-político, pode ser um modo ético de operar a intervenção pelo ato, através da construção de uma Outra narrativa que instaure uma dimensão humana, servindo de instrumento à resistência da violência operacionalizada por estigmatização, rotulação, discriminação, humilhação e exclusão social.

Diante dessa exigência contemporânea, de criarmos modos de acolher o sofrimento, o problema de pesquisa se constituiu pelo impasse teórico-prático de como diagnosticar o sujeito numa dimensão ético-política, articulando a sua relação com o contexto sociopolítico de produção e os efeitos discursivos na construção do laço social no processo de ressocialização dos adolescentes que reincidiram e cumprem medidas socioeducativas em condição de liberdade assistida no CREAS.



CONSTRUÇÃO DO DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO ÉTICO POLÍTICO

Neste capítulo apresentaremos a construção do diagnóstico psicológico ético-político como uma estratégia de investigação que, sob transferência, delimita a construção da territorialidade, dos atores partícipes da cena social e dos procedimentos, como constituintes de um modo de operar entre os discursos um acontecimento social.

Na construção do diagnóstico psicológico ético-político, o nascimento do conceito na trama da investigação nos possibilita obter formulações necessárias sobre o objeto. De acordo com Rosa (2004):

O conceito deve nascer da necessidade própria da trama a que pertence, sem descuidar, em sua formulação, de como este se firma no solo da teoria selecionado para a investigação; os elementos comuns vão sendo destacados desse material, a fim de constituir a questão a ser estudada (p.337).

E desse modo foi sendo construída a questão em estudo. Este trabalho científico se fundamentou no princípio epistemológico psicanalítico, buscando compreender o objeto pela pesquisa em psicanálise de orientação lacaniana aplicada ao social, buscando sustentar os impasses que a prática com a Instituição nos impõe, no que tange à política dos diagnósticos como um ato privado e público de inclusão, exclusão e segregação social.

Diante do exposto, numa pesquisa-intervenção, essa estratégia de investigação lacaniana leva em consideração o diagnóstico psicológico ético-político como objeto da pesquisa, (Rosa, 2004), compreendido aqui como uma “descrição que prioriza e recorta aspectos do objeto, procurando descrever e nomear, tendo como função ético-política, fundar uma ideia e a construção de um novo olhar sobre uma dimensão do humano e neste sentido limita o poder do psicólogo frente ao cliente”. (p.12).

O diagnóstico deve ser tomado como uma oferta para acolher os significantes que descartados pelo Discurso do Mestre pulsam, e diz sobre a articulação entre os corpos: imaginário, real e simbólico do sujeito.

Territorialidade: local geograficamente construído na pesquisa

A trajetória metodológica inicialmente construída caracterizou-se pela escolha da Fundação Casa de São José dos Campos, a qual não autorizou a realização do trabalho,

alegando que o tema era pertinente apenas para a Perícia do Estado, tendo em vista a proposição da Fundação Casa: “não faz avaliação psicológica, logo, não realiza diagnósticos psicológicos, uma vez que essa Instituição está comprometida com as medidas socioeducativas.”.

Podemos nos questionar a partir dessa proposição: a equivalência de avaliação com diagnóstico psicológico, sendo que um classifica e o outro descreve? Por que o diagnóstico psicológico comprometeria a medida socioeducativa? Que medidas sociais e educativas são essas que são simplesmente executadas como castigo? E ainda, como as medidas socioeducativas são aplicadas aos adolescentes sem se levar em consideração para que servem e quais os efeitos que produzem nesses jovens?

Num segundo momento, procurei a Secretaria de Desenvolvimento Social de São José dos Campos, a qual avaliou o projeto e o encaminhou para ser desenvolvido no Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), de São José dos Campos, no Estado de São Paulo. Essa Instituição, vinculada à Secretaria de Desenvolvimento Social, tem a missão primordial de aplicar medidas socioeducativas de acordo com as diretrizes e normas previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e no Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINAES).

Atores partícipes da e na cena social

Neste trabalho propomos escutar os atores partícipes *da* e *na* cena social, como sujeitos da pesquisa. Foram escutados dois psicólogos, três assistentes sociais, além de cinco adolescentes em condição de reincidência que estão sob regime de LA no CREAS. Para realizarmos a análise do acontecimento social, a escolha não foi aleatória, pois foram escolhidos dois adolescentes que puderam comparecer às entrevistas, e um destes casos clínicos, será apresentado neste trabalho .

O trabalho foi desenvolvido com adolescentes que, na condição de reincidência ao ato, eram partícipes dessa cena social. Os termos ‘reincidente’ e ‘liberdade assistida’ leva-nos a questionar: O que será que reincide, repete, insiste? O que será que não pode calar, mas não pode ser dito? Como funciona esse regime de liberdade? O que significa liberdade assistida? Assistida por quem? O que os adolescentes insistem em nos dizer com a reincidência ao ato? A reincidência no ato seria uma passagem traumática da reedição da tragédia sob forma de um acontecimento social?

Como bem diz Lesourd (2004), “esses adolescentes que interpelam o social, no desvio, na errância, ou na delinquência, são jovens chamados de ‘inclassificáveis’ por causa da incapacidade das estruturas médico-sociais de encontrar com seus critérios um lugar para eles, os quais preferem chamar de desarrimados do social e de suas leis” (p. 151). Aichorn *apud* Lesourd (2004) refere-se a esses sujeitos como “*jovens e/ou adolescentes em situações de sofrimento*” (p. 150).

No que diz respeito à legitimação social dessa clientela, esta é principalmente discriminada em sua esfera intelectual, econômica, social, cultural e psicológica, assim produzindo categorias descontextualizadas de deficiência, desvio e desigualdades, operando como efeito discursivo políticas de inclusão, exclusão e segregação dos sujeitos na sociedade.

Procedimentos da Estratégia de Investigação

O procedimento metodológico foi construído a partir do conceito freudiano de transferência, compreendida como “uma repetição de protótipos infantis, onde haveria um deslocamento de afeto de uma representação para outra”, articulado com a escuta psicanalítica na prática discursiva dos atores do contexto Institucional. Este processo emergiu da escuta e transferência psicanalítica, em seis momentos, descritos a seguir, e três tempos lógicos: o instante de ver, de compreender e o de concluir.

O *primeiro momento, o instante de ver*, iniciou-se com a visita à Fundação Casa, da qual registrei a experiência que vivi em forma de Testemunho (Apêndice A), e foi desenvolvido na Instituição CREAS. O *segundo momento, o de compreender* incluiu o memorial e as entrevistas na Instituição. O *terceiro momento, o de concluir* caracterizou-se articulação destes.

O Coordenador C. apresentou-me à psicóloga R., que nesse percurso Institucional me acompanharia no que fosse necessário para desenvolver o trabalho. Agendei com R. um outro momento para que pudéssemos compartilhar um planejamento. Na primeira entrevista R. narrou a história institucional e apresentou documentos institucionais relativos ao Projeto de Atendimento ao Adolescente em Conflito com a Lei e os prontuários. Posteriormente deu-se o agendamento dos adolescentes. R. recebeu dos profissionais o encaminhamento de cinco adolescentes e os agendou para o mesmo dia, alegando não apenas uma dificuldade no comparecimento destes, como também que, por tratar-se de uma pesquisa, eles poderiam escolher não participar do trabalho.

Concordei com R. e, nessa primeira marcação, apenas um adolescente compareceu e aceitou participar da pesquisa. Vários agendamentos foram realizados com essa dificuldade que afeta o serviço da psicóloga R presente em todos eles: os adolescentes não compareciam e muitos não queriam participar. Podemos nos questionar: Neste contexto disciplinar o que significa a falta? O que significa para o adolescente faltar no CREAS?

Diante do exposto e atravessado pela escuta psicanalítica, propus um outro manejo para situação: um manejo institucional, isto é transferencial, influenciado pelos elementos institucionais. Propus aos profissionais que escolhessem o caso e agendassem comigo o horário em que o adolescente deveria estar na Instituição. Sendo assim, depois do atendimento com o técnico, estes poderiam encaminhar o adolescente, a quem caberia a decisão de participar ou não da pesquisa. Os adolescentes, portanto, não compareceriam ao CREAS por escolha, mas por determinação judicial, tendo eu decidido inserir esse processo determinado judicialmente, como parte da coleta de dados da pesquisa.

Os profissionais concordaram e assim foi possível realizar o trabalho. A psicóloga e as assistentes sociais diziam que se afetavam pela falta dos adolescentes, pois isso lhes causava o sentimento de vergonha. A imposição judicial e a oferta de serviços produzem categorias como a resistência do adolescente em participar da Instituição como infrator, delinquente, em conflito com a lei, e os efeitos no laço, que se marcam pela repetição da ausência do sujeito.

Oito adolescentes compareceram e apenas dois se comprometeram a participar da pesquisa. Estes demonstram dificuldades em comparecer ao CREAS para cumprir a exigência da medida socioeducativa, o que nos abre a possibilidade de questionar se a medida é do jovem e se é socioeducativa, pois quando o adolescente falta, ele se justifica muitas vezes valendo-se de mentiras que são aceitas pela lógica burocrática como verdade.

Considerando que a falta nesse contexto é operacionalizada pela política de denegação, por se negar o limite existente de se fazer todas as coisas ao mesmo tempo, faz-se necessário torná-la uma política da castração, um significante que se remete à perda de algo ou de alguém, perda essa que seja suportável para o sujeito e para Instituição. Mas, para tal, é necessário repensar a imposição judicial como medida socioeducativa e o CREAS como uma Instituição que oferta serviços, em vez de acolher os jovens naquilo que não conseguem parar de pensar. Como bem diz Mattos (2011):

Ao ser acolhido o que atenta as crianças e os jovens, ao ser escutado naquilo em que estão enredados e ao que realmente dão atenção – e não ao que lhes é exigido mas, ao que

não conseguem parar de pensar –, eles acabam por encontrar um lugar para sua subjetividade e para seu modo de satisfação. Algo do pulsional pode ser regulado no dispositivo da conversação (p.10).

Para delimitar esse acontecimento social, utilizamos o termo construído por Rosa (2001) “*encontros decididos*”, ou seja, encontros que foram decididos ao longo do processo com o jovem, na tentativa de fazer vacilar o significado da falta e escandir uma diferença no que a concerne ao significante. A falta é real e deve estar incluída como um elemento imprescindível a ser analisado no processo da medida socioeducativa, pois indica a posição do suposto sujeito diante da castração naquele acontecimento social (p. 129).

O primeiro caso estudado foi o do adolescente Alexsandre (nome fictício), que chegou encaminhado pela técnica R. que o acompanha desde 2010 no Projeto Juventude Cidadã. Percebi que o encaminhamento de R. havia sido determinante para o P. estar ali. Minhas palavras não faziam diferença enquanto explicava o termo de consentimento e o projeto de pesquisa, pois estava decido a participar do trabalho e sob relação transferencial com a assistente social R.

No *quarto momento*, no tempo de compreender, foram realizadas as entrevistas com as psicólogas e assistentes sociais, que são as técnicas responsáveis pelo encaminhamento dos adolescentes escolhidos. Foi solicitado aos profissionais que recontassem a história dos adolescentes. Enquanto isso acontecia, eles se surpreendiam pela afetação de suas falas, por não haverem pensado naquilo, ou pelo afeto que predominava.

Em diversas situações os profissionais demonstram a impotência advinda da constatação do pouco que eles podem fazer para mudar essa realidade. A impotência como afeto produzido nessas relações pode ter o efeito de paralisação, se a intenção for situada na dimensão do impossível: de curar, educar, governar e/ou psicanalisar. No caso contrário podemos pensar que algo deve ser feito e isso pode fazer a diferença.

Ainda foi solicitado um memorial aos profissionais, que narrasse como sua história de vida se articula, faz laço, com a dos adolescentes, levando em consideração o conceito freudiano de transferência como um operador ético-político na construção do diagnóstico. Os profissionais não articulam as histórias, mas no cotidiano institucional, de maneira descontraída, um profissional fala para o outro: “eles estão lá e que todos tem um pezinho na infração”. Essa fala traz para uns risos, comentários e para outros, olhares compenetrados e

um silêncio mortífero. Podemos nos perguntar: Como as histórias desses sujeitos se desarticulam? Será que são sujeitos que buscam amparo discursivo?

No *quinto momento*, *tempo de concluir*, foram realizadas as entrevistas com os adolescentes, objetivando escutar sua trajetória de vida a fim de vir a conhecer o lugar e posição do sujeito nas tramas relacionais discursivas e seu efeito na produção dos laços sociais. Como diz Dutra (2009), para “deixar que na associação livre a palavra da fantasia ofereça seu material e suportar não dirigir a cena que se desenrola sobre temas que provocam angústia [...] suportar a sua dor, sem minimizar, apenas oferecendo a escuta” (p. 9).

Finalmente, o *sexto momento*, na demonstração da construção, apoiamo-nos na teoria dos conjuntos para pensar a estrutura e na teoria dos jogos para análise do diagnóstico ético-político, mais especificamente da lógica proposicional, contida e entrelaçada nos discursos, em busca de compreender o *sinthoma* no social como um lugar de afetação que produz a verdade e/ou gozo como efeito dos laços sociais do sujeito.

ANÁLISE DO DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO ÉTICO POLÍTICO

A análise do acontecimento social foi construída a partir dos operadores teóricos da matemática e da psicanálise lacaniana aplicada ao social, através das discursividades das observações, das entrevistas e do memorial, recortados pela pesquisadora, levando em consideração a relação transferencial nas posições dos profissionais, dos adolescentes, das Instituições envolvidas e da própria pesquisadora, na produção do diagnóstico psicológico ético-político.

O processo de construção do diagnóstico psicológico ético-político fundamentou a estrutura do diagnóstico psicológico ético-político na teoria dos conjuntos. Os conjuntos e/ou os elementos foram recortados na cena social do seguinte modo: considerou-se como conjunto universal a sociedade e, dentro desse conjunto, os subconjuntos que o constituem. No acontecimento social em questão, estes são: Fundação Casa, CREAS, profissionais e os adolescentes. Nesta pesquisa, a família não foi escolhida como um conjunto, pois o serviço é desenvolvido com o adolescente, e, sendo assim, na construção da pesquisa não há dados que nos permitam pensar a família como um subconjunto.

A desconstrução/construção dessas discursividades foi articulada teoricamente nos tempos lógicos e fundada em três outros tempos: no instante *de ver* com a observação e

contextualização das Instituições, *no momento de compreender* com a relação transferencial dos profissionais e dos adolescentes e *no momento de concluir* com a articulação da história de vida do sujeito atravessado pelas relações transferenciais institucionais, da própria instituição e dos profissionais no diagnóstico psicológico ético-político como um acontecimento social.

Apoiamo-nos na teoria dos jogos, mais especificamente na lógica proposicional e dos discursos, considerando que as relações entre os subconjuntos se entrelaçam e produzem efeitos constitutivos/destitutivos no acontecimento social. Levando em consideração o contexto de produção do diagnóstico psicológico ético-político, o subconjunto dos adolescentes A., e R. foi escolhido para fazer a composição do *caso institucional clínico-político*, isto é, uma ficção institucional que só pode ser compreendida e produzida entre os discursos do pesquisador, das instituições e do sujeito no acontecimento social, e que demonstra na articulação *do* e *no* enodamento discursivo a constituição do sintoma como social.

Caso institucional clínico-político de Alexandre

O acontecimento social do caso do Alexandre, um jovem de dezenove anos, que nos apresenta situações traumáticas em relação a sua posição nos acontecimentos sociais *da* e *na* vida, e nos mostra que os entrelaçamentos discursivos se apoiavam fundamentalmente nas proposições de *ter* e *ser* e de *dar* e *receber*.

No que diz respeito à Instituição Fundação Casa, Alexandre considera que foi bom o tempo que ficou internado, demonstrando que a Instituição cumpriu na sua vida o papel de sustentação, no que diz respeito “a tirá-lo da correria” e dar a ele condições básicas para sobreviver fora de casa. Já o CREAS ofertou apoio para o adolescente e para família.

A Instituição CREAS para o adolescente representa-se na figura da assistente social R. que produziu na relação transferencial com A., por um tempo transitório, um laço de confiança, que através do reconhecimento e da sustentação de uma Outra discursividade possibilitou apoiar Alexandre para que ele desenvolvesse seu projeto ressitando na vida.

No que diz respeito a Família, demonstra uma relação conflituosa, pois recusa as condições financeiras de sua família, já que o cenário social afeta o adolescente no que diz respeito ao *status quo* imposto pela sociedade e aceito pelo jovem como um modo de se fazer reconhecer individualmente/socialmente. Ou seja, parte-se da proposição primordial que,



“queria ter aquilo que os pais não podiam dar, logo para ter aquilo que queria, ele precisava roubar”.

Alexsandre produz uma operação utilizando da lógica de inversão entre a demanda e a necessidade: precisava roubar para ter o que queria e não o que precisava. O roubo como uma fantasia que se representa na modalidade de gozo de Alexandre tem efeito de laço, isto é, ele se reconhece no ato como alguém que faz algo, o ladrão que rouba - faz um serviço, que produz algo a mais, uma mercadoria - o dinheiro como mais valia, um mais-de-gozar.

Na cena social, o adolescente inclui a predominância da demanda do Outro, nesse caso o capital, e a do gozo sobre o desejo. Afetado pela demanda do Outro, Alexandre queria ter o objeto a qualquer preço, porque não queria pagar por isso, queria apagar a condição da família, gozando disso. O desejo só pode emergir lá onde a castração opera a falta. Sendo assim, o desejo do jovem ficou encoberto pelo gozo da ascensão social, o que produziu o efeito de alienação no reconhecimento de si e na separação dos pais.

Alexsandre segrega dessa cena a propositiva de que “os pais não podiam dar, porque não tinham condições financeiras”. Eis o jovem fixado no discurso capitalista, onde, como diz Lacan “todos são negociáveis”. Portanto, todos os sujeitos são negociáveis, são objetos de troca e o valor do sujeito equivale ao valor de uso. O sujeito torna-se escravo de sua liberdade quando atende a demanda capitalista de “ter as coisas” e se recusa a aceitar a castração.

Na recusa da castração, o jovem perde o referencial da lei, tornando-se onipotente diante da impotência real dos pais, “de não poderem dar aquilo que ele queria ter”. Essa operação na potência do adolescente, apoiada na lógica capitalista, aprisiona-o numa condição de mercadoria, cujo uso produz mais valia, ou seja, o roubo como excedente que é apropriado pelo capitalista, neste caso, idealizado e representado na figura do traficante, que produz no adolescente o efeito do fracasso pela idealização do complexo familiar.

Desse lugar construído por Alexandre, ele se faz autor de seus atos. A cena primordial do “crime” é fundada na impotência do herói, ou melhor, um anti-herói, pelo discurso capitalista, e emerge outra proposição, “como seus pais não podem dar aquilo que o filho quer ter, logo esse filho não dá para os pais aquilo que eles desejam dele.”. Alexandre se orienta nessa trajetória de vida pela pulsão de morte, ou seja, *na* e *pela* errância se perde, se identifica com o morto e vive a morte a cada dia, o outro lado da vida, a vida morta, a vida bandida.

Esse romance familiar mostra o conflito na dimensão da relação edipiana, no que diz respeito à separação de Alexandre dos pais, implica ressignificar as referências

identificatórias, pois isto solicita incessantemente o olhar da figura materna e quando não pode tê-lo, substitui-o pelo olhar da irmã, dessa maneira, engendrando o gozo e constituindo, da falta de apoio, o abandono como verdade do sujeito.

O adolescente A. produz outra propositiva sobre o apoio: “se os pais não podiam dar o apoio, logo ele estava abandonado”, pois podemos pensar diante disso que essa demanda faz Alexandre recorrer à Cena do crime na tentativa de ser amparado por outras instituições, Fundação Casa, CREAS, Escola, na busca de encontrar com o objeto perdido e, por isso, causa de desejo, objeto a.

Na tentativa de encontrar com o objeto faltoso, Alexandre constrói uma relação significativa com a Escola, lugar onde foi reconhecido como um “bom” aluno. Nessa Instituição constrói uma trajetória singular, que produziu uma diferença, a alternância da errância, ou seja, ora se mostrava como o “bom” aluno e ora como o filho “mau”. A não sustentação de um lugar psíquico produz como efeito no laço social o desconhecimento. O jovem busca reparar o não lugar psíquico que outrora havia se fixado ocupando uma posição que pode ser vista por todos, do lugar de universitário, do Curso de Direito, e atualmente, como um microempresário da construção civil, mais especificamente, instalação de calhas.

O deslocamento dessa cena fantasmática faz um giro discursivo separando-se da dívida real do nascimento, ou seja, que os pais deveriam dar-lhe aquilo que ele queria ter. Essa propositiva indica a recusa da castração e causa outra: “ele pode ter aquilo que ele pode dar a si mesmo”, que coloca o sujeito num lugar possível. Sendo assim, se ele sustentar o desejo pode ser reconhecido do lugar social de universitário, de microempresário, por ele e pelos familiares.

O sintoma de Alexandre é construído e delimitado nesse entrelaçamento discursivo social, mostra a verdade e o gozo do sujeito nessa cena ficcional do diagnóstico psicológico ético-político, contribuindo na construção de um Outro discurso que aposta no adolescente apresentando suas possibilidades e seus limites, isto é, uma potência discursiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tecer um entrelaçamento final e não conclusivo foi a proposta desta trabalho, e nesta composição, o diagnóstico psicológico ético-político como um modo de intervenção psicanalítica possibilitou, através da construção de narrativas, acolher o sofrimento e



compartilhar com os sujeitos uma Outra: a cena sociopolítica de suas “vidas vivas”, que se funda no discurso capitalista apoiado na proposição do capital “você é aquilo que você tem”, e produz outras conceitualizações da realidade, operadas por leis singulares que aprisionam os significantes primordiais do sujeito e os colocam numa condição de objeto do desejo do Outro.

Nessa condição de objeto do desejo do Outro, o sujeito constrói sua história e materializa os entre laços do circuito infracional no seu modo de viver, como uma saída discursiva possível dessa situação de vulnerabilidade social, psicológica e política, pela lógica proposicional da normalização, como efeito da naturalização dos conceitos, isto é, o sujeito deve estar adaptado ao meio que ele vive, no qual ele é produzido e é produto das tramas relacionais.

No que tange ao efeito no laço social, as (des)construções das formulações de anormalidade e/ou normalidade num acontecimento estão dadas pelo homem na sua relação com o social. Portanto, só se compreende bem que, nos meios próprios do homem, esse processo é constitutivo, e que o mesmo homem seja em momentos diferentes, normal ou anormal. Sendo assim, podemos pensar que a dominância da discursividade sobre o sujeito define e fixa sua posição no laço social.

Os discursos de psiquiatria e de psicologização sustentam a lógica penal encarceradora utilizando o processo de ressocialização como a “saída” discursiva encontrada para resolver os problemas do discurso jurídico no que concerne ao modo de intervenção com esses adolescentes, pois os seus atos denunciam o fracasso da estratégia e a vulnerabilidade discursiva da ciência em relação ao como fazer para ressocializar os nossos adolescentes.

Os limites do diagnóstico psicológico ético-político estão colocados por não desconsiderarem o contexto social em que os sujeitos vivem, pois fazê-lo seria psicopatologizar a experiência individual da adolescência, ou seja, operar uma exclusão dos elementos sociais e culpabilizar o sujeito e/ou a família, produzindo uma estigmatização, um rótulo, homogeneizando e fixando os sujeitos às condições pré estabelecidas pelas figuras de destino.

Concordamos com Quinet (2009), quando afirma que “Incluir o sujeito no e pelo diagnóstico é incluí-lo como possível de ser tratado como sujeito do inconsciente, que é portanto individual e coletivo, na sua fala, na sua história e seus sintomas são manifestações de sua singularidade” (p. 49).

O diagnóstico psicológico ético-político como uma estratégia de intervenção discursiva pode operar modos de acolher o sofrimento criando novas saídas e inventando respostas para lidar com o mal estar dos nossos jovens e com as exigências do mestre contemporâneo produzindo efeitos na construção do laço social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alencar, S.L. (2010). *A experiência do luto em situações de violência: entre duas mortes*. (Tese de Doutorado). São Paulo, Brasil.
- Arendt, H. (1958 -1994). *Condition de l'home moderne*. Paris: Calmann-Lévy.
- Aulagnier, Piera. (1979). *A violência da Interpretação*. Rio de Janeiro: Imago.
- Canguilhem, G.(2010). *O Normal e o Patológico*. 6 ed. Rio de Janeiro. Forense Universitária.
- Centro de Referência Especializado da Assistência Social(CREAS).(2011). Projeto de Atendimento ao Adolescente em Conflito com a Lei. São José dos Campos, São Paulo.
- Conselho Federal de Psicologia. (2013). *Em defesa do ECA e pela não redução da idade penal*. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/em-defesa-do-eca-e-pela-nao-reducao>. Acesso recuperado em: 19 Jul 2013.
- Cruz, L., GUARESCHI, N.(2011). *Sobre a psicologia no contexto da infância: da psicopatologização à inserção política*. Universidade Luterana do Brasil. *Revista Aletheia*, 20(7).
- Dutra, A. (2011). *Uma Possibilidade para Ficção*. CIEN Digital, 10(6). Recuperado em 06 de julho de 2014, <http://cien-brasil.blogspot.com.br/p/cien-digital.html>.
- Endo, P. C. (2003). *A violência no coração da cidade: um estudo psicanalítico das violências na cidade de São Paulo*. (Tese de Doutorado). São Paulo, Brasil.
- Feldstein, et.al. (1997). *Para ler o Seminário 11: os quatro conceitos fundamentais de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Ferretti, M.C. *A Ex-sistência Política e Instituição*.(2003). São Paulo: *Revista Opção Lacaniana* 38 (11), 48-121.
- Freud, S. (1901-1987). *Sobre a psicopatologia da vida cotidiana*. Vol. VI. Rio de Janeiro: Imago, Ed. Standard Brasileira das Obras Completas.
- _____. (1906-1987). *A Psicanálise e a Determinação dos Fatos nos Processos Jurídicos*. Vol. IX. Rio de Janeiro: Imago, Ed. Standard Brasileira das Obras Completas.



- _____. (1908-1987). *Moral Sexual "Civilizada" e Doença Nervosa Moderna* (1908). Vol. IX. Rio de Janeiro: Imago, Ed. Standard Brasileira das Obras Completas.
- _____. (1914 b-1987). *Recordar, repetir e elaborar*. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, Ed. Standard Brasileira das Obras Completas.
- _____. (1919-1987). *O Estranho*. Vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, Ed. Standard Brasileira das Obras Completas.
- _____. (1920-1987). *Além do Princípio do Prazer* (1920). Vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, Ed. Standard Brasileira das Obras Completas.
- _____. (1924-1987). *A Perda da Realidade na Neurose e na Psicose*. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, Ed. Standard Brasileira das Obras Completas.
- _____. (1926-1987). *Inibições, Sintomas e Ansiedades*. Vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, Ed. Standard Brasileira das Obras Completas.
- _____. (1929-1974). *O mal-estar na civilização*. Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, Ed. Standard Brasileira das Obras Completas.
- _____. (1974-1987). *Criminosos em consequência de um sentimento de culpa*. Vol. XIII. Rio de Janeiro: Imago, Ed. Standard Brasileira das Obras Completas.
- Guerra, A. M. P. et al. (2008). *Sujeito e Invenção: A topologia borromeana na clínica das psicoses*. Rio de Janeiro: Ágora, Vol.11, 2(6).
- Harari, A, Cardenas, M.H., Fruger, F.(orgs.). (2003). *Os usos da Psicanálise: primeiro encontro americano do Campo Freudiano*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- Lacan, J. (1971-1985). *O Seminário. Livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.
- _____. (1959-1997). *O Seminário. Livro 7. A Ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- _____. (1964-1990). *O Seminário. Livro 11. Os quatro conceitos fundamentais de Psicanálise*. Tradução M.D.Magno. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- _____. (1964-1988). *O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- _____. (1972-1985). *O Seminário. Livro 20: Mais, ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- _____. (1901-1998). *Escritos*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- _____. (1992). *O Seminário. Livro 17. O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

- _____. (1901-2003). *Outros Escritos*. Trad. Vera Ribeiro, et al. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- _____. (1967-2003). O ato psicanalítico. In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- _____. (1975-2005). *O Seminário. Livro 23: O Sinthoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- _____. (2007). *O Seminário: Livro 23. O Sinthoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Lebrun, J.P. (2004). *Um Mundo sem Limite: ensaio para uma clínica psicanalítica do social*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Leite, S. C. (2006). O psicanalista, seu desejo e a instituição de saúde mental. In: Fontenelle, L. (Org). *Psicanálise teoria, clínica e conexões*. Fortaleza: Edições Livro Técnico, 203-211.
- Lesourd, S. (2004). *A construção adolescente no laço social*. Petrópolis, Vozes.
- Mattos, C.P. (2011). *Acolher, Conversar, Produzir Novas Estratégias, Leituras e Saídas a partir da Interdisciplinaridade do CIEN*. *CIEN Digital*, 10 (6). Recuperado em 06 de julho de 2014, <http://cien-brasil.blogspot.com.br/p/cien-digital.html>.
- Miller, J.A. & Milner, J.C. (2006). ***Você quer mesmo ser avaliado?: entrevistas sobre uma máquina de impostura***. Barueri, SP: Manole.
- _____. (2005). *Silet: Os paradoxos da pulsão, de Freud a Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Minerbo, M. (2000). *Estratégias de Investigação: desconstrução e reconstrução do conhecimento*. Casa do Psicólogo.
- _____. (2007). *A lógica da corrupção: um olhar psicanalítico*. *Novos Estudos – CEBRAP*, São Paulo, 79(11). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-33002007000300007>. Acesso recuperado em: 03 ago 2013.
- Moura-Costa, F. (org.). (2009). *Psicanálise e laço social*. Rio de Janeiro: 7Letras.
- Organização Mundial da Saúde. (1997). *CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; Vol.1.
- Ogilvie, B. (1949-1988). *A formação do conceito de sujeito*. Tradução: Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Quinet, A. (2006). *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

- Rosa, M.D. (1995). *Considerações sobre a polêmica do diagnóstico na Psicologia*, *Psicologia Revista*, 1(6).
- _____. (1996). *O diagnóstico psicanalítico e os métodos projetivos*. *Psicologia. Ciência e Profissão*, 16 (2).
- _____. (2001). *O Não-Dito Familiar e a Transmissão da História*. *Psyché*, 5(8),123-137.
- _____. (2002). *Uma escuta psicanalítica das vidas secas*. *Revista de Psicanálise Textura*, 2.
- _____. (2004). *Gozo e política na psicanálise: a toxicomania como emblemática dos impasses do sujeito contemporâneo*. In: Rudge, M.A (org.). *Traumas*. Anais do VII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental e I Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental.
- _____. (2004). *A Pesquisa Psicanalítica dos Fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica*. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 4(2),329-348.
- _____. (2006). *A Psicanálise e as Instituições: um enlace ético-político*. Ano V. Colóquio: Psicanálise, Infância e Educação LEPSI IP/FE-USP.
- _____. (2009). *Histórias que não se contam: o não dito na psicanálise com crianças e adolescentes*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rosa, M.D.; Berta, L.S.; Carignato, T.T; Alencar, L.S. (2009). *A condição errante do desejo: os imigrantes, migrantes, refugiados e a prática psicanalítica clínico-política*. *Rev. Latinoamericana. Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, 12(3),497-511.
- Rosa, M.D & Domingues, E. (2010). *O método na pesquisa psicanalítica de fenômenos sociais e políticos: a utilização da entrevista e da observação*. *Psicologia & Sociedade*, 22(1),180-188.
- _____. (2009). *Experiência e Linguagem como Estratégias de Resistência*. *Psicologia & Sociedade*, Vol.21, Edição Especial: 5(12).
- _____. & Vicentin. (2010). *Os intratáveis: o exílio do adolescente do laço social pelas noções de periculosidade e irrecuperabilidade*. *Revista Psicologia Política*, Vol.10,107-124.
- _____. & Vicentin. (2010). *A patologização do jovem autor de ato infracional e a emergência de “novos” manicômios judiciais*. *Rev. Bras. Crescimento desenvolvimento humano*, 20(1).

- _____. (2011). *O jovem e o Adolescente na Cena Social: a relação de identificação, ato e inserção no grupo social*. In: *Políticas Públicas em Questão*. Biasoto, J.G; Palma e Silva, L.A.. São Paulo: FUNDAP.
- Rinaldi, D. *A Psicanálise no CAPS*. Associação Psicanalítica de Porto Alegre, palestra proferida em Porto Alegre, 31 July 2008.
- Saflatte V. (2008). *Transformação da crítica da razão em análise de patologias do social: o caso Theodor Adorno*. *Philósophos*, Goiânia, 13(2),117-139.
- Salum, M. J. G.(2009). *A psicanálise e o crime:causa e responsabilidade nos atos criminosos, agressões e violência na clínica contemporânea*. Tese de Doutorado. Instituto de psicologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.psicologia.ufrj.br/teoriapsicanalitica/arquivos//documentos/55B47C1482EA7B2ED886E80D22C0BF6B.pdf>. Acesso em: 08 ago 2013.
- Santos, T.C. & Salum, M.J.G. (2009). *A psicanálise de orientação lacaniana e a criminologia*. In: Costa Moura, F. (Org.). *Psicanálise e Laço Social*. Rio de Janeiro: 7 letras.
- Sawaia, B. B. (org.). (2008). *As Artimanhas da Exclusão Social: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Schaffer, M. (2006). *Psicologia & Sociedade. Cenas da Clínica Psicanalítica*. 18(1), Porto Alegre Jan./Apr. On-line version ISSN 1807-0310. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822006000100013>.
- Silva, C.M. (1989). *A compreensão da medida e a medida da compreensão: origens e transformações dos testes psicológico*. (Tese de doutoramento). São Paulo, Brasil.
- Vicentin, M.C. (2005). *A vida em rebelião: história de jovens em conflito com a lei*. São Paulo:Hucitec; Fapesp.
- _____. (2004). *Violência e Resistência: o que as rebeliões dos adolescentes em conflito com a lei nos ensinam*. Piracicaba: Impulso, 15(37), 35-48.
- Zizek, S. (1996). Como Marx inventou o sintoma? In: Zizek, S. (org.) *Um mapa da ideologia*. Rio de Janeiro: Contraponto.

O MÉTODO DE RORSCHACH NA INVESTIGAÇÃO DO TRANSTORNO DE PÂNICO¹⁶

Paulo Francisco de Castro (Universidade de Taubaté e Universidade Guarulhos)

RESUMO

O objetivo do presente trabalho centra-se em uma reflexão sobre a utilização do Método de Rorschach em pesquisas científicas que tiveram como foco de estudo avaliar pacientes com Transtorno de Pânico. O Rorschach pode ser considerado como um dos instrumentos de avaliação psicológica mais completos para identificação de grande conjunto de variáveis associadas à personalidade dos indivíduos. Depois do seu desenvolvimento, em 1921, foi alvo de inúmeras pesquisas e reflexões que, com o passar do tempo e com o acúmulo de conhecimento adquirido, desmembrou-se em várias formas de aplicação, análise e interpretação, denominados de sistemas de classificação. Assim, mesmo tendo a mesma base material e mesmo fundamento teórico, hoje tem-se diferentes formas de trabalho e articulação dos dados do teste. O Transtorno de Pânico é um quadro associado às psicopatologias de ansiedade, caracterizado, em linhas gerais, pela vivência intensa e sem disparadores de crises agudas de ansiedade, que o indivíduo não consegue controlar, levando-o a sensações intensas de desconforto e de morte. Pelo fato de não ter uma causa clara, os pacientes desenvolvem extremo temor de vivenciarem nova crise, desencadeando maior situação ansiogênica pela antecipação dos surtos. Foi realizado uma análise de 11 pesquisas, publicadas no período de duas décadas, que trataram diretamente acerca da investigação de componentes psicológicos de pacientes com pânico, por meio dos dados do Método de Rorschach, independente do sistema de classificação utilizado pelos autores. Como assinalado anteriormente, os estudos analisados seguiram diferentes propostas teóricas e metodológicas, de cunho quantitativo ou qualitativo, dependendo da orientação de seus autores; em virtude disso, as informações contidas nas análises e as variáveis de interpretação do Rorschach são diferentes, atendendo

¹⁶ O presente texto é parte ligeiramente modificada da Tese de Doutorado “Caracterização da personalidade de pacientes com Transtorno de Pânico por meio do Método de Rorschach: contribuições do sistema compreensivo”, desenvolvida pelo autor junto ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, sob orientação da Professora Doutora Eda Marconi Custódio.

às especificações técnicas do sistema de classificação empregado. Apesar dessas diferenças, que são características do referido método de avaliação psicológica, alguns dados comuns puderam ser observados nas pesquisas: Variação dos índices relativos à emissão de respostas de cor cromática, revelando que os pacientes com pânico revelam alterações na articulação de conteúdos afetivos, além de terem comprometidas suas respostas em reação a estímulos afetivos. Alteração das respostas de movimento, com ênfase no movimento inanimado, que indica certa dificuldade na elaboração dos conteúdos, que tende a ser articulada de forma mais imatura e impulsiva. Por fim, atenção às respostas de sombreado, que independente de sua nomenclatura, surgem de forma mais efetiva nos protocolos desses pacientes e indicam, em geral, ansiedade e vivência de sentimentos disfóricos. Assim, apesar das diferenças encontradas nos dados, o Método de Rorschach mostrou-se importante estratégia para avaliação psicológica de pacientes com pânico.

Palavras-chave: Avaliação Psicológica. Teste de Rorschach. Transtorno de Pânico.

Eixo Temático: Estratégias de diagnóstico aplicadas à Psicologia da Saúde.

INTRODUÇÃO

O Método de Rorschach organizou-se e configurou-se como uma das mais importantes técnicas de investigação psicológica, pautando-se em sua base fundamentalmente clínica. Oriundo do desenvolvimento da psiquiatria e da psicanálise na época de sua criação, despertou grande interesse científico na área, conquistando ampla confiabilidade entre os profissionais de saúde mental no período, “mantendo a nomenclatura e nosologia clássica das doenças mentais” (Vaz, 1997, p.115).

Assim, o Rorschach é, tradicionalmente, classificado como um instrumento para avaliação de condições normais ou patológicas dos indivíduos (Weiner, 1986).

É constituído com base nas comparações entre pacientes que apresentavam um sofrimento mental e pessoas da população comum; pode-se dizer que o Método proposto por Rorschach nasceu fundamentado em informações obtidas em funcionamentos psicopatológicos, por isso, talvez, nenhuma outra técnica de avaliação psicológica possa, com tanta precisão, avaliar a psicopatologia de pacientes.



É importante ressaltar o grande número de pesquisas que foram (e são) desenvolvidas na área de psicopatologia com o método. Desde sua publicação, um grande número de clínicos e pesquisadores desenvolveu trabalhos com o Rorschach e as mais diferentes formas de psicopatologias.

O RORSCHACH NA INVESTIGAÇÃO DE ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS

O conhecimento acumulado sobre a aplicação do Rorschach nas mais variadas psicopatologias permite uma constante revisão dos conceitos de seus diagnósticos diferenciais, acompanhando a evolução dos quadros e as descobertas científicas da área. Todo clínico ou pesquisador que utiliza o Rorschach para investigar a psicopatologia espera que seus estudos auxiliem nas próximas investigações e esperam incentivar os jovens clínicos e pesquisadores a usar também o Método de Rorschach, mantendo aceso o interesse e o desenvolvimento do instrumento (Campo, 1995).

O Rorschach permite uma investigação dos funcionamentos específicos da personalidade, podendo ser um importante instrumento para avaliação dos aspectos psicopatológicos (Chabert, 1987/1993). Com este instrumento, é possível tipificar e diferenciar quadros diagnósticos, levando o psicólogo a uma conclusão mais fiel e a um planejamento terapêutico mais direcionado ou o pesquisador a delineamentos mais precisos e a considerações mais claras de seu trabalho.

Esta característica pode ser observada em vários trabalhos como, por exemplo, o de Laicardi, Nuovo e Tobino (1988) que empregaram o método para diferenciação de dois tipos específicos de síndromes esquizofrênicas, expondo a diferença sutil dos dados que esclareceram os dois diagnósticos.

Segundo Frank (1997), a possibilidade do uso clínico do Rorschach, como instrumento no psicodiagnóstico diferencial transcende seus dados psicométricos. Os aspectos quantitativos constituem um importante referencial quando se precisa realizar um diagnóstico que tem como objetivo avaliar as diferenças significativas entre um funcionamento típico e um patológico. Além disso, a possibilidade de uma leitura simbólica das verbalizações possibilita uma compreensão psicodinâmica bastante específica, necessária para a contextualização individual do paciente que está sendo avaliado.

Para que os dados quantitativos do Rorschach em um contexto clínico sejam usados na realização do psicodiagnóstico diferencial, são necessárias investigações anteriores que fundamentem os dados para uma comparação precisa, sobretudo no que se refere à avaliação de estruturas psicopatológicas. Necessita-se de pesquisas específicas, cujo objeto de estudo seja as mais diferentes patologias e, com base em investigações empíricas, levantar os dados e os índices específicos, para que as futuras avaliações apoiem-se em proposições testadas e comprovadas e não em especulações sem sua devida constatação (Weiner, 1986).

Por todas essas razões o Rorschach é um dos testes mais utilizados para investigação de aspectos psicopatológicos e do diagnóstico diferencial (Cunha, 1996, 2000).

Conforme esclarece Vaz (1997), pela estreita relação entre o Método de Rorschach e as mais diferentes patologias, há um grande número de trabalhos clínicos e de pesquisas envolvendo a investigação do método nos mais diferentes quadros psicopatológicos.

Na literatura sobre o tema, observa-se que a possibilidade de descrição precisa dos índices do teste e sua objetividade de investigação e análise proporcionaram, ao longo do tempo, a descrição de vários quadros clínicos por meio de um conjunto de variáveis que podem auxiliar no diagnóstico diferencial das patologias, sempre apontado nos procedimentos necessários ao uso clínico da técnica (Santos, 1996).

Em se tratando de transtorno de pânico, os estudos clínicos e de pesquisa envolvendo a avaliação de ansiedade e do transtorno propriamente dito, podem ser destacados.

ESTUDO DO PÂNICO POR MEIO DO MÉTODO DE RORSCHACH

Baseado no modelo compreensivo, o Rorschach foi objeto de pesquisa de Andersen e Rosenberg (1990) no estudo comparativo entre 41 pacientes com transtorno de pânico, 14 com depressão maior e 18 com desordens de ansiedade generalizada, cujos dados foram comparados com 18 sujeitos normais.

Após a comparação dos dados, nos protocolos dos pacientes com Transtorno de Pânico foram observadas diferenças significativas nos seguintes itens:

- diminuição do número de respostas dos testes - R ($p < 0,01$), revelando rebaixamento da produtividade;
- diminuição das respostas com determinante de movimento humano - M ($p < 0,05$) que indica dificuldade de elaboração interna mais consistente;



- diminuição das respostas de cor - WsumC ($p < 0,05$) que expõe a dificuldade dos pacientes em lidar com afetos e sentimentos;
- diminuição da porcentagem de respostas com localização de detalhe comum - D% ($p < 0,05$) que trata da dificuldade de solucionar problemas de forma mais prática, considerando as condições da realidade;
- rebaixamento da porcentagem das respostas de forma bem organizadas e integradas - F+% ($p < 0,05$), indicando um afastamento do pensamento mais convencional, que considera a realidade objetiva;
- aumento da porcentagem de respostas de conteúdo humano - H% ($p < 0,01$) que é interpretado como uma maior preocupação na percepção de si e dos demais seres humanos;
- diminuição da atividade organizativa das respostas - Z ($p < 0,01$) que revela pouca capacidade criativa e diminuição do esforço em criar;
- diminuição das respostas com determinantes mistos - *Blends* ($p < 0,001$), indicando pobreza associativa (Andersen & Rosenberg, 1990).

Os autores concluíram o trabalho, expondo que os pacientes com transtorno de pânico indicaram um comprometimento na estrutura da personalidade e implicações na habilidade dos processos cognitivos. Como os resultados mostraram-se muito relevantes no estudo do pânico, salientaram que o emprego do Rorschach é de extrema valia no diagnóstico diferencial das diferentes psicopatologias, inclusive do Transtorno de Pânico (Andersen & Rosenberg, 1990).

Cohen e Ruiter (1992) testaram 22 pacientes, com idade entre 24 e 50 anos, com transtorno de pânico associado à agorafobia, empregando o Rorschach segundo o sistema compreensivo. Compararam seus resultados com os dados de outros quadros clínicos publicados (esquizofrenia, distúrbios de sono e depressão), além de dados publicados de não pacientes. Os dados da pesquisa revelaram um rebaixamento do índice de reação afetiva (Afr) e um rebaixamento do valor ponderado das respostas de cor cromática (WsumC) dos pacientes de uma forma geral, quando comparados aos indivíduos não pacientes. Tal aspecto revelou características de fuga diante do contato afetivo, gerando certa restrição na vida afetiva dos pacientes, fazendo com que estes usassem um mecanismo de formação reativa para se defender da necessidade de afeto que sentiam.

No ano seguinte, os mesmos autores desenvolveram uma investigação com 18 pacientes holandeses com pânico associado à agorafobia e quatro pacientes holandeses com

pânico sem agorafobia. Usaram também o Rorschach baseado no sistema compreensivo, identificando uma dificuldade na habilidade dos pacientes em lidar com emoções negativas e ansiogênicas, associadas a uma falha dos processos defensivos (Cohen & Ruiter, 1993).

Em estudo utilizando o Método de Rorschach, Balbi, Iannucci e Italia (1994) descreveram a semelhança observada na estrutura de personalidade de um paciente que apresentou ataques de pânico quando comparado a um indivíduo que sofria ataques de raiva, indicando que ambos os sujeitos tinham fortes vivências de ansiedade de separação, associadas a uma estrutura *borderline* de personalidade, que geravam perda da consciência de si e do contato afetivo com o ambiente.

Na pesquisa clínica realizada, os autores citados pautaram suas conclusões em leituras psicanalíticas obtidas nas respostas do Rorschach. Compararam as análises de dois protocolos, um de um homem com ataques recorrentes de raiva com um de uma mulher com transtorno de pânico e observaram semelhanças na interpretação psicodinâmica das respostas. Indicaram que as verbalizações de ambos os pacientes apresentaram conteúdos de personalidade com estrutura mais primitiva, relacionada a falhas nas primeiras relações objetais, o que levaria esses indivíduos a uma estrutura *borderline* de personalidade. Além disso, puderam observar fortes vivências de ansiedade de separação nos colaboradores; no caso da paciente com pânico, essa ansiedade traduz-se em um medo incontrollável de morrer (Balbi, Iannucci & Italia, 1994).

MacFadden (1994) estudou nove pacientes do sexo feminino com diagnóstico de pânico, por meio do Método de Rorschach, segundo o sistema de classificação de Silveira. Após a análise das médias obtidas nos protocolos das pacientes, comparou os resultados aos valores normativos propostos pelo sistema, obtendo-se as seguintes diferenças:

- aumento da porcentagem do número de respostas (%R – média 69,82), revelando uma adequação do rendimento do trabalho mental desses sujeitos;
- diminuição da porcentagem de respostas determinadas pela forma de boa qualidade (%F+ - média 63,50) que significa uma baixa susceptibilidade aos diferentes estímulos do ambiente;
- aumento da porcentagem de respostas com conteúdo animal (%A – média 45,82) que demonstra dificuldade em estabelecer relacionamentos interpessoais de forma adulta;
- diminuição do coeficiente de elaboração intelectual das respostas (elab/R – média 0,89), indicando que a produção mental das pacientes foi pobre, restrita e pouco criativa;

- aumento do índice afetivo (Af – média 1,49), apresentando grande sensibilidade às estimulações afetivas advindas do meio, sobretudo as mais básicas e primárias;
- aumento do índice de impulsividade (Imp – média 0,71) que significa falta de controle de sentimentos mais primitivos; diminuição do índice de Conação (Con – média 33,3) que mostra uma dificuldade subjetiva para agir no mundo exterior;
- diminuição do índice Lambda (L – média 0,43) oferece dados que permitem dizer que há restrição dos recursos íntimos da personalidade para a elaboração de seus conteúdos (MacFadden, 1994).

Outro estudo empregando o Método de Rorschach, usou o sistema de classificação de Klopfer, foi desenvolvido por Adrados e Figueiredo (1995) a partir de um levantamento de 85 protocolos de pacientes diagnosticados clinicamente como portadores de Síndrome do Pânico, de ambos os sexos.

Para as autoras, a maioria dos pacientes que participou do estudo, percebeu os estímulos do meio externo de forma equilibrada e satisfatória (porcentagem de respostas de forma - F% - adequada); houve um predomínio de uma posição vivencial extratensiva (predomínio das respostas de cor sobre as de movimento); manutenção da capacidade de crítica diante dos acontecimentos rotineiros (F+ extenso dentro dos padrões para a população), justificam esse dado pela explicação de que após as crises os pacientes conseguem reorganizar sua estrutura egóica; indicaram certa imaturidade no grupo do sexo feminino (respostas de movimento animal - FM - maior do que as respostas de movimento humano - M); excessiva emotividade e labilidade afetiva, levando-os a reações emocionais intensas e impulsivas (respostas de cor com características formais secundárias - C + CF – maior do que a incidência de respostas de forma com cor - FC). Por fim, revelaram que o volume de ansiedade estava aumentado em relação a grupos com as mesmas características culturais, este aspecto foi mais intenso nas mulheres que participaram do estudo (respostas com determinantes de sombreado aumentada, quando comparados aos dados normativos - textura - Fc, cF e c, profundidade - FK, difusão - KF e K (Adrados & Figueredo, 1995).

Em estudo desenvolvido por Sarvasi (1999), foram investigadas as características das relações objetais estabelecidas por cinco pacientes com pânico; para tanto, foi usado o Método de Rorschach sob dois enfoques: a aplicação segundo o modelo proposto por Klopfer e a atualização dos procedimentos baseados no Rorschach Temático, que foi introduzido, no Brasil, por Jacquemim. A autora notou que quatro dos pacientes apresentaram menor

incidência de respostas de movimento humano quando comparadas à incidência de respostas dos movimentos animal e inanimado ($M < FM + m$), revelando maior uso de fantasias em suas elaborações internas, este aspecto também está associado à pouca capacidade de sublimação nesses pacientes.

No estudo dos fenômenos especiais, a autora observou a incidência em quatro sujeitos dos seguintes aspectos: giro instantâneo do cartão, que revela desconfiança e conflito entre autonomia e dependência, mobilizando de forma prematura condutas de oposicionismo e atuação; respostas de par, indicando certo narcisismo e por fim, choque ao vazio, traduzindo fantasias de abandono da mãe e uma percepção negativa da imagem materna (Sarvasi, 1999).

Pautada em uma leitura das relações objetais, percebeu, a partir da articulação das histórias narradas, que os pacientes apresentaram um funcionamento específico das configurações das relações objetais, como necessidade de apoio da figura materna, gerando uma percepção negativa dessa figura, com base nas vivências de abandono; uso de identificação projetiva como mecanismo de defesa principal; conflito entre autonomia e dependência (Sarvasi, 1999).

O Sistema Compreensivo do Rorschach foi empregado em pesquisa com pacientes com pânico, com a participação de 60 indivíduos, sendo metade com pânico e metade de não pacientes, selecionados por equivalência de idade, escolaridade e nível socioeconômico, para comparação. Os resultados com diferença estatisticamente significativa apresentados para os colaboradores com transtorno de pânico foram os seguintes (Castro, 2008):

- presença do Índice de Depressão ($p = 0,009$), indicando depressão e sintomas depressivos ou algum tipo de transtorno afetivo;
- rebaixamento do Índice Lambda ($p = 0,008$), demonstrando dificuldade na discriminação entre informações importantes e irrelevantes;
- predomínio de cor acromática e sombreados na Experiência de Base ($p = 0,010$), caracterizando dor e sofrimento psíquicos em demasia, além de aumento da tensão interna; elevação da Estimulação Sentida ($p < 0,001$), indicando uma vivência de extrema irritação, desconforto e incômodo internos;
- rebaixamento da Nota D ($p < 0,001$), que revela grande vivência de estresse, associado à falta de recursos internos para enfrentá-lo;
- elevação das determinantes de sombreado com característica de difusão ($p < 0,001$), que indica extremo desconforto emocional, sofrimento interno e desamparo emocional;

- elevação de determinantes mistos de cor e sombreado ($p = 0,004$), que propõe vivências afetivas carregadas de ambivalência e sofrimento e perturbação afetiva;
- predomínio das respostas empobrecidas de conteúdo humano ($p = 0,011$), que demonstra dificuldade de adaptação nas relações sociais;
- rebaixamento das respostas de movimento cooperativo ($p = 0,006$), revelando dificuldade em estabelecer vínculos positivos e construtivos com outros indivíduos.

Em síntese, os aspectos de personalidade observados nos colaboradores com pânico mostram tratar-se de indivíduos que internamente apresentam grande sofrimento psicológico, tensão interna e dificuldades afetivas; não possuem recursos de enfrentamento das situações estressantes e ansiógenas, levando-os a dificuldade de relacionamento adequado, constatou-se que os quadros de pânico são decorrentes dessa estrutura frágil e comprometida (Castro, 2008).

Farah e Villemor-Amaral (2008) apresentaram uma reflexão sobre a investigação de características de pacientes com pânico, por meio do Rorschach, também pelo sistema compreensivo. Investigaram a personalidade de 48 sujeitos, sendo 24 pacientes com Transtorno de Pânico e 24 outros indivíduos para comparação. Utilizaram a entrevista estruturada de acordo com os parâmetros do DSM-IV – SCID e aplicação do Rorschach. Após análise estatística para comparar os resultados entre os dois grupos, observaram diferenças significantes nos dados dos pacientes como segue:

- aumento da incidência de respostas de movimento inanimado - m ($p = 0,003$), revelando que os pacientes indicam ser afetados por circunstâncias externas que causam incômodo psicológico e estresse, gerando aumento da atividade ideativa periférica sem a possibilidade de resolver a situação;
- aumento da emissão de respostas de conteúdo alimento - Fd ($p = 0,076$), indicando que esses indivíduos apresentam maior conduta de dependência do que se espera para um adulto;
- aumento da somatória das respostas de cor cromática - SumC ($p = 0,047$), que representa expressões de cunho emocional bastante intensas, que desencadeiam atitudes impulsivas;
- aumento do valor ponderado de respostas de cor cromática - WsumC ($p = 0,011$), que pode ser interpretado como labilidade nas trocas emocionais, com pouca elaboração e modulação das experiências afetivas.

Em termos qualitativos, observaram verbalizações mais destrutivas quando da emissão de respostas classificadas como mórbidas - MOR, atribuindo sensações desagradáveis ao estímulo que representa a percepção de elementos internos de forma disfórica. Os dados de MOR podem estar associados à extrema ansiedade antecipatória vivenciada pelos pacientes que pode traduzir desestruturação interna diante do quadro (Farah & Villemor-Amaral, 2008).

Villemor-Amaral, Franco e Farah (2008) apresentaram um estudo qualitativo de quatro pacientes com pânico, sobre interpretação à luz da psicopatologia fenômeno-estrutural dos dados do Método de Rorschach. Em linhas gerais, a referida proposta de interpretação considera, principalmente, a observação das expressões verbalizadas pelos pacientes e análise das imagens percebidas com foco nos fenômenos de ligação e de corte a partir da leitura qualitativa de um conjunto de sinais do Rorschach.

Observaram que metade das respostas analisadas referem-se ao polo epilepto-sensorial com predomínio do mecanismo de ligação e metade associam-se ao polo esquizo-racional, com predominância do mecanismo de corte. Assim, não foram observadas características típicas do estilo de funcionamento - ligação ou de corte - nos pacientes que foram analisados. Segundo os autores, embora o Método de Rorschach possa proporcionar rico material para análise na proposta fenômeno-estrutural, outros estudos devem ser realizados para aprofundar as conclusões apresentadas (Villemor-Amaral, Franco e Farah, 2008).

Por fim, apresenta-se estudo sobre indicadores de comorbidade observados em pacientes com pânico, identificados a partir das constelações propostas pelo sistema compreensivo de interpretação do Rorschach (Castro, 2012). Tal proposta do teste possibilita a identificação de seis sinais que podem indicar funcionamento psicopatológico nos indivíduos. A amostra foi a mesma apresentada anteriormente (Castro, 2008), mas o foco de análise recaiu sobre os dados de psicopatologia do teste.

Após análise estatística dos indicadores das constelações, observou-se diferença significativa apenas no Índice de Depressão - DEPI ($p = 0,009$), com maior incidência do índice positivo nos pacientes, revelando sinais de vivência depressiva ou de alteração de humor com tendência à depressão. Na análise das variáveis que compõem o DEPI, observou-se:

- incidência de determinantes mistos de cor e sombreado (Col-Shad Blends > 0), com $p = 0,005$ que indica características afetivas que podem ser interpretadas como confusas e dolorosas, sendo que o afeto pode se associar com ambivalência e sofrimento;

- somatória de sombreado maior que movimentos animais e inanimados ($\text{SumShading} > \text{FM} + m$), com $p = 0,002$ que revela vivência de sofrimento e dos psicológica de forma mais frequente;
- somatória de determinantes de cor acromática maior que dois ($\text{SumC}' > 2$), com $p = 0,007$ que informa dificuldade de expressão de conteúdos afetivos de maneira eficiente e coerente, gerando certa constrição afetiva (Castro, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A despeito das diferenças encontradas na forma de codificação e análise de acordo com o sistema de classificação empregado, algumas características podem ser apontadas como mais comuns na análise dos dados das pesquisas aqui sintetizadas.

A variável de análise que foi mais comum aos diferentes textos foi a de cor acromática. Em quatro estudos foi possível verificar alterações na emissão de respostas de cor que representa e interpreta vivências afetivas e possibilidade de lidar com emoções e sentimentos. Assim, parece que, apesar do pânico constituir-se como um transtorno de ansiedade, sua ocorrência interfere no funcionamento afetivo dos pacientes. Além disso, as diferentes propostas dos sistemas de classificação para avaliação da reação diante de estímulos afetivos também sofreram alteração, quando se observa a emissão de respostas de pacientes com pânico.

Outra variável que se observa nos diferentes estudos, relaciona-se aos determinantes de movimento. Observa-se, nos dados dos pacientes com pânico, diminuição das respostas de movimento humano, em quatro estudos, que podem ser interpretadas como elaborações mais adequadas e maduras, em detrimento de movimentos inanimados, que de forma geral pode representar elaborações internas mais comprometidas. Nesse aspecto em especial, existem diferenças interpretativas nos diferentes sistemas de classificação.

Observa-se ainda a incidência e alterações de dados quanto às repostas de sombreado. Os determinantes de sombreado são os que possuem maior diferença, quando se compara os diferentes sistemas de classificação do Método de Rorschach. Independente desse fator, nota-se que os pacientes com pânico revelam maior emissão de respostas de sombreado em três estudos descritos.

Em síntese, apesar das diferenças técnicas, observa-se que o Método de Rorschach constitui-se como importante recurso para avaliação de elementos psicopatológicos e, por meio de seus índices, pode diferenciar um grupo de variáveis em pacientes com Transtorno de Pânico

REFERÊNCIAS

- Adrados, I. & Figueiredo, N. (1995). Síndrome do Pânico. *Boletim da Sociedade de Rorschach de São Paulo*, 8 (1), 42-49.
- Andersen, R. & Rosenberg, N.K. (1990). Rorschach-profile in panic disorder. *Scandinavian Journal of Psychology*, 31, 99-109.
- Balbi, A.; Iannucci, A, & Italia, A. (1994). Attacchi de panico ed attachi di rabbia: separazione, vuoto e frammentazione. *Psichiatria e Psicoterapia Analitica*, 13 (3), 169-178.
- Campo, V. (1995). *Estudios clínicos con el Rorschach en niños, adolescentes y adultos*. Barcelona: Paidós.
- Castro, P.F. (2008). *Caracterização da personalidade de pacientes com transtorno de pânico por meio do Método de Rorschach: contribuições do sistema compreensivo*. São Paulo. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Castro, P.F. (2012). Indicadores de comorbidade em pacientes com Transtorno de Pânico avaliados pelo Método de Rorschach. *Temas em Psicologia*, 20 (2), 537-554.
- Chabert, C. (1993). *A Psicopatologia no Exame de Rorschach*. (N. Silva Júnior, trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo. (original publicado em 1987).
- Cohen, L. & Ruiter, C. (1992). Personality in Panic Disorder with Agoraphobia: a Rorschach study. *Journal of Personality Assessment*, 59 (2), 304-316.
- Cohen, L. & Ruiter, C. (1993). Persoonlijkheidskenmerken van patienten met agorafobie: een studie met het Comprehensive System voor de Rorschach. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie en haar Grensgebieden*, 48 (1), 35-42.
- Cunha, J.A. (1996). Avaliação psicológica. In E.D. Busnello; P. Prado-Lima; J.G.V Taborda e cols., *Rotinas em psiquiatria*. (pp. 50-57). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cunha J.A. (2000). Catálogo de técnicas úteis. In J.A. Cunha e cols., *Psicodiagnóstico – V* (5a ed.). (pp. 202-290). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Farah, F.H.Z. & Villemor-Amaral, A.E. (2008). O Transtorno de Pânico e o Rorschach no sistema compreensivo. *Boletim de Psicologia*, 58 (128), 103-119.
- Frank, G. (1997). Research assessment of the clinical utility of the Rorschach. *Psychological Reports*, 81, 1255-1258.
- Laicardi, C.; Nuovo, S. & Tobino, C. (1988). Rorschach indices for discriminating between two schizophrenic syndromes. *Perceptual and Motor Skills*, 67, 399-406.
- MacFadden, M.A. (1994). Avaliação psicodinâmica de mulheres com transtorno de pânico. *Boletim de Psicologia*, 44 (100/101), 49-53.
- Santos, M.A. (1996). Aplicações da Prova de Rorschach no campo da psicopatologia. (pp.257-281). In *Anais*, 1. Encontro da Sociedade Brasileira de Rorschach e outros métodos projetivos, 1996, Ribeirão Preto, SBRO.
- Sarvasi, M.M.O.C. (1999). *A Técnica de Rorschach na investigação das relações objetais de pacientes com Transtorno de Pânico*. São Bernardo do Campo, Dissertação de Mestrado. Universidade Metodista de São Paulo. São Bernardo do Campo.
- Vaz, C.E. (1997). *O Rorschach: Teoria e desempenho* (3a ed.). São Paulo: Manole.
- Villemor-Amaral, A.E., Franco, R.R.C. & Farah, F.H.Z. (2008). A psicopatologia fenômeno-estrutural e o Rorschach no Transtorno de Pânico. *Estudos de Psicologia*, 25 (1), 141-150.
- Weiner, I.B. (1986). Conceptual and empirical perspectives on the Rorschach assessment of psychopathology. *Journal of Personality Assessment*, 50 (3), 472-479.



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



O PROCESSO DA CONSTRUÇÃO DE COMUNICAÇÃO EFICAZ NA RELAÇÃO TERAPEUTA-CRIANÇA SURDA EM FENOMENOLOGIA EXISTENCIAL

Bruna Setin Januário (Universidade Metodista de São Paulo)

RESUMO

O trabalho do psicólogo com crianças surdas é bastante requisitado, porém, devido à escassez de formação e informação sobre o atendimento específico desse público, há dificuldade em encontrar profissionais preparados e que atuem nessa área, principalmente pelo fato de a comunicação neste contexto ser difícil para ambas as partes – profissional e criança. Visando o enriquecimento dos estudos voltados para esse tipo de atendimento, no presente trabalho descreve-se facilitadores para a relação terapeuta – criança-surda ressaltando a importância da relação terapêutica. Na riqueza desse encontro descobriu-se o necessário para um atendimento eficaz independente das aparentes limitações, visou assim, ressaltar o aproximar do terapeuta à criança numa atitude humilde de aprendiz, escuta dentro de uma coexistência, na qual um pode se complementar a partir do outro. Para tanto foi realizado um levantamento bibliográfico acerca do histórico da surdez em nossa sociedade, buscando caracterizar o público a ser trabalhado, o estudo seguiu delineando aspectos do modo de ser do indivíduo surdo e sua identidade, a forma de aquisição de linguagem e a estruturação de uma comunicação. A seguir, foi realizada uma caracterização do *setting*, como também foi feito um delineamento da terapia clínica de base fenomenológica existencial, da relação terapêutica e das atitudes fenomenológicas dessa relação e exibidos alguns recursos para a realização deste trabalho. Buscando, assim, não apenas respostas e métodos para o atendimento, mas também e principalmente caminhos para que seja possível uma aproximação à existência das crianças surdas.

Palavras-chave: Relação terapêutica. Criança surda. Psicologia existencial.

Eixo Temático: Estratégias de diagnóstico aplicadas à Psicologia da Saúde

INTRODUÇÃO

O presente estudo apresenta uma discussão teórica sobre a comunicação dentro do setting terapêutico que não é o mais comum, tendo como foco a construção de uma comunicação com um indivíduo que não dispõe do recurso da oratória elaborada, a criança surda. De fato qualquer trabalho terapêutico com crianças é necessário estabelecer uma comunicação única, que atinja a criança e se faça ser compreendida por ela, porém quando falamos em uma deficiência auditiva seja em que graus for o distanciamento dessa barreira na comunicação parece ser mais assustador a maioria dos profissionais, o que gera um afastamento desse público (Vasco, 2009).

Esse afastamento é notado principalmente pela ausência bibliográfica sobre o assunto e algumas experiências dentro das comunidades surdas, pois a procura por psicólogos pelo público surdo é alta, porém hoje encontra-se constantes queixas da comunidade surda sobre a falta de profissionais capacitados para esse atendimento. O desconhecimento da maioria dos profissionais sobre LIBRAS, a dificuldade de comunicação e a ausência de bibliografia, constituem-se nas principais razões apontadas por eles para a falta de profissionais, e nisso se dá a relevância social deste trabalho (Vasco, 2009).

Diversos autores fazem contribuições a essa comunicação, porém não de forma direta, visou-se assim fazer a revisão bibliográfica dos últimos anos a fim de se buscar as formas mais eficazes para o auxílio da construção desta comunicação.

Para tanto foi realizado um levantamento bibliográfico acerca do histórico da surdez em nossa sociedade, buscando caracterizar o público a ser trabalhado. Neste ponto a concepção de surdez trazida por Vasco (2009), Sacks (2007) e Goldfield (2008) e a maneira de aproximação e construção de uma relação terapêutica de Cancellato (1991) foram de suma importância para a concepção do que seria uma comunicação eficaz com esse público, e assim poder distinguir o que realmente seria funcional além.

O estudo seguiu delineando aspectos do modo de ser do indivíduo surdo e sua identidade, a forma de aquisição de linguagem e a estruturação de uma comunicação. A seguir, foi realizada uma caracterização do *setting*, como também foi feito um delineamento da terapia clínica de base fenomenológica existencial, da relação terapêutica e das atitudes fenomenológicas dessa relação e exibidos alguns recursos para a realização deste trabalho.

Buscando, assim, não apenas respostas e métodos para o atendimento, mas também e principalmente caminhos para que seja possível uma aproximação à existência da criança surda.

O SER SURDO

O conceito de surdez é marcado pela preocupação com a identidade surda, onde a própria palavra surdez é associada a algo que é mais complexo do que a deficiência sensorial em si, o “ser surdo”, que consiste em estar imerso em um mundo em que a diferença é ponto de encontro com os demais caracterizando-o e possibilitando-lhe uma nova cultura, a cultura surda (Goldfeld, 2002; Strobel, 2009).

Para Conforme conceitua Felipe (2009),

“Ser surdo é saber que pode falar com as mãos e aprender uma língua oral auditiva através dessa, é conviver com pessoas que em um universo de barulhos, é deparar-se com pessoas que estão percebendo o mundo principalmente pela visão e isso, faz com que elas sejam diferentes e não necessariamente deficientes. “ (p. 82)

Todo esse universo sensorial diferente constitui também, um esquema corporal diferente dos ouvintes, fenômeno descrito por Merleau-Ponty (*apud* Marques, 2008) onde o autor aponta que o corpo é o veículo de interação com o mundo e através dele o indivíduo pode aderir a projetos, empenhando-se em estar neste mundo.

Dessa maneira temos que, o indivíduo surdo se difere não apenas por uma limitação, mas sim e principalmente quanto ao seu modo de apreender e traduzir o mundo, que gera valores diferentes ao modo de aprender dos ouvintes, assim como, comportamentos comuns e compartilhados entre os indivíduos da mesma comunidade, valores que são transmitidos de geração em geração independentemente da cultura dos ouvintes (Strobel, 2009).

Também por essa razão, a maioria dos surdos prefere o convívio com outros surdos, suas conversas, piadas e problemáticas muitas vezes são incompreendidas pelos ouvintes, justamente por essa forma de compreensão do mundo tão diferente entre as duas culturas. Essa aproximação também favorece a criação de um espaço onde não há repressão de sua condição de surdo, podendo expressar-se da maneira que mais lhes satisfazem, mantendo entre si uma situação prazerosa de comunicação (Vasco, 2009; Felipe, 2009; Strobel, 2009).



Segundo Sacks (2007), o termo surdo é muito abrangente, pois não permite considerar os variados tipos de surdez que interferem diretamente na existência do indivíduo e seus aspectos sociais. Dentro dessas considerações, o momento do desenvolvimento em que a pessoa adquiriu a surdez, sendo pré-linguístico, com oralidade total ou parcialmente desenvolvida, e o grau de comprometimento auditivo (Sacks, 2007; Goldfeld, 2002; Cancelllo, 1991).

Ao considerar o grau de comprometimento auditivo e a variação linguística usada pelo surdo, deparamo-nos com a necessidade de adequação das práticas terapêuticas para cada surdo, de acordo com sua especificidade. Este fato consiste em mais um pré-requisito para o psicólogo que quer trabalhar com esse público: conhecer e compreender suas necessidades e a maneira de ser e se relacionar do indivíduo surdo, considerando seu grau de surdez e as especificidades que a possibilidade de audição, ou não, implica em sua existência, dentro de uma sociedade de maioria ouvinte (Vasco, 2009; Cancelllo, 1991).

É importante ressaltar que ainda que seja surda não deixa de ser e agir como uma criança, e para isso é necessário que o profissional se atente em não se deixar perder a forma única da criança de existir no mundo, por mais especificidades que este atendimento possa ter ainda se trata de uma pessoa em busca de si mesma.

CAMINHOS PARA A CONTRUÇÃO DE UMA COMUNICAÇÃO EFICAZ

De fato compreender as especificidades de uma criança surda e tudo que ela já carrega consigo por esta condição é de essencial importância como pré-requisito para o terapeuta que se propõe a esse trabalho, após este cabe ao profissional compreender a forma única de essa criança existir, para isso é necessário permitir que a criança lhe mostre seu mundo e estar atento a cada movimento de expressão da criança.

Compreende-se que esse seja o primeiro trabalho com a criança estabelecer uma comunicação que permita que a criança se mostre de forma que o terapeuta compreenda, assim, elencamos alguns caminhos que possam facilitar essa via, levando em conta todas as especificidades da criança, como sua necessidade de meios mais visuais, dinâmicos e que explore toda sua corporeidade mais aguçada aos outros sentidos.

Ressalto que as sugestões encontradas e dispostas aqui são exemplos de possibilidades num momento terapêutico, porém, não devem ser tomadas mecanicistamente,

mas sim propostas delicadamente de maneira que alcance o outro proporcionando ao terapeuta e paciente momentos de convivência prazerosas a ambos (Oaklander, 1980).

O Lúdico e o Brincar

O lúdico pode ser um caminho para a efetiva comunicação ou ao acesso a ela pela criança. Como qualquer outra criança, a criança surda é passível de brincar e de se comunicar através de seus jogos, de imagens ou de suas produções. O desafio contido nas situações lúdicas permite que a criança elabore e exteriorize seus sentimentos, facilitando para a assimilação de emoções e sensações, além de promover o estabelecimento de contatos sociais e compreensão do meio em que se insere, pois a atitude lúdica é, assim, originária do alto grau de contato com o ser interior e, quando relacionada às situações vividas na relação terapêutica, possibilita que a mobilidade psíquica se coloque na esfera de expansão do consciente (Aquino, 2009; Trinca, 2009).

Um dos instrumentos utilizados para se trabalhar com o lúdico é a fantasia. Através da fantasia, a criança representa sua realidade, seus desejos de conhecer os objetos do mundo adulto e, muitas vezes, representa aquilo que ela não entende ou está em desordem, desse modo a brincadeira – e fantasia inerente a ela – é real e social (Oaklander, 1980; Goldfeld, 2002).

A expressão lúdica favorece muito mais do que comunicação, é também forma de se trabalhar conflitos, uma vez que só existe o aqui e agora, de forma que tudo se condensa no presente, assim tudo é trazido na representação como algo que está acontecendo num dado momento, o que favorece os apontamentos do terapeuta acerca dos pontos favoráveis ou desfavoráveis de seus relacionamentos, uma vez que não são apenas contados, mas, sim, demonstrados e, assim, vividos realmente (Oaklander, 1980; Moreno, *apud* Lemos, 2010).

Para Lemos (2012), há uma tênue brecha entre a fantasia e a realidade, da qual se originam os papéis psicológicos ou psicodramáticos e os sociais, os quais expressam a dimensão psicológica do Eu e são desempenhados no palco psicodramático em forma de interpretações da realidade vivida pelo paciente, durante cujas encenações com o próprio terapeuta, ou em grupo, este salienta e aponta pontos favoráveis para os relacionamentos do paciente, proporcionando-lhe assim uma auto percepção.

Para Oaklander (1980), o brincar é uma linguagem da criança, pois é um simbolismo que substitui as palavras, através do qual a criança experimenta na vida muita coisa que ainda é

incapaz de expressar verbalmente. Ela observa seus processos de brincar, que materiais se aproximam, que materiais se distanciam, sua forma de organização, suas dificuldades, etc., além de observar os conteúdos da própria brincadeira – se são conteúdos agressivos, de solidão, se ocorrem acidentes na brincadeira, ou se são conteúdos prazerosos.

“Posso solicitar à criança que pare em qualquer ponto e enfatize ou exagere a situação apresentada. Posso dirigir o foco para emoções específicas apresentadas, para uma das pessoas de sua brincadeira, posso pedir que mantenha um diálogo aberto com a pessoa ou coisas [...] Tudo com cuidado para não interromper o fluxo, esperando uma pausa antes de fazer qualquer pergunta ou comentário (Oaklander, 1980, p. 165).”

Desse modo, podemos conduzir a brincadeira para os aspectos que sejam pertinentes a serem trabalhados, mesmo com a ausência de fala e sem ter o prejuízo acarretado por uma ausência de linguagem, uma vez que esta se faz através da expressão lúdica, além de serem trabalhados temas que, por muitas vezes, são difíceis de serem vivenciados na vida real, de forma espontânea, tendo predominância de sentimentos prazerosos e descontração, componentes imprescindíveis para o desenvolvimento infantil (Oliveira, 2012; Felipe, 2009).

O suporte na comunicação

As crianças surdas demonstram desde cedo uma organização mental diferente da criança ouvinte, requerendo, assim, uma interação adicional visual. Deve-se, então, cuidar para que esses artifícios lúdicos possuam essa característica, permitindo o acesso da criança ao psicoterapeuta e deste a ela (Sacks, 2007; Goldfeld, 2002).

De fato, essa comunicação visual só será genuinamente eficaz se ocorrer com outro ser visual, porém as crianças surdas tornam-se muito habilidosas em suas técnicas de comunicação de seus desejos, necessidades e até mesmo de suas opiniões. Mesmo sem a fala, a criança cria formas de se expressar, cabendo, assim ao terapeuta propiciar suporte para que ela desenvolva sua forma particular de se comunicar com o terapeuta e juntos possam travar uma comunicação alternativa de forma única (Sacks, 2007; Tetzchner, 2009).

O suporte é uma forma de propiciar um processo de desenvolvimento de modos alternativos de se comunicar com a função de incrementar a competência linguística da criança e ele, assim como a utilização do lúdico, deve desenvolver-se na relação terapêutica, tendo em vista a zona de desenvolvimento proximal da criança que, segundo Vygotsky (1998), diz respeito à sua propensão de desenvolvimento, que ultrapassa a zona de desenvolvimento real;

em outras palavras, deve-se sempre procurar até que ponto a criança pode se desenvolver além do que ela apresenta no momento e independentemente de sua idade cronológica ou evolução de sua linguagem atual.

O suporte está pautado na compreensão de que as crianças buscam ativamente atribuir sentido ao seu mundo físico e social, desse modo o suporte é uma técnica onde o adulto, sendo ele entendido como mais competente na linguagem, deve auxiliar e incentivar a produção da comunicação vinda da criança, estando atento a estratégias que possam ser adaptadas às habilidades e limitações de cada criança e seus contextos, adaptando o seu discurso ao seu parceiro de comunicação, ou seja, a criança atendida (Tetzchner, 2009).

O suporte pautado na zona de desenvolvimento proximal favorece a compreensão dos psicólogos e educadores acerca do desenvolvimento que a criança pode ter, pois usando esse método, podem ajudar a criança a trabalhar, não somente o conhecimento – que já está completo –, como também os processos que ainda estão em formação, ou seja, que estão apenas começando a se desenvolver. No caso da linguagem, o método auxilia a trabalhar a capacidade de comunicação que a criança desenvolve com o profissional em atendimento, além de trabalhar a capacidade de generalizar esses conhecimentos para além do *setting* terapêutico, ou mesmo delinear e assim ajudar a desenvolver o que está em processo de evolução, que pode vir a ser uma comunicação mais elaborada no sentido de ser mais funcional. Efetivamente, a comunicação que consegue o paciente ir elaborando com a assistência do psicólogo ou educador, hoje, pode ser a comunicação que ele consiga desenvolver com outros amanhã (Vygotsky, 1998; Tetzchner, 2009).

É importante ressaltar que cada pessoa tem sua forma única e singular, pois cada indivíduo é um ser único; neste aspecto, revela-se o maior desafio aos profissionais da psicologia, que é realizar um trabalho de cunho científico sem desfigurar a singularidade do outro. Entende-se, assim, que a melhor maneira desse trabalho ocorrer é permitir que essa comunicação flua. Como salientado por Cancellato (1991) *“Se avidamente a procuramos, esvai-se. Se pacientemente urdimos as condições para sua manifestação, pode aparecer”*. (p. 27)

Artes e representações gráficas

Cabe ao terapeuta ajudar as crianças a falarem sobre os sentimentos, e a expressão deles e os desenhos podem ser um grande facilitador desta comunicação.



Segundo Oaklander (1980), o desenho abre a porta do mundo da criança. A autora solicita às crianças desenhos livres e diz que, por muitas vezes, nesses pedaços de papel ela, não só deu voz aos seus sentimentos, mas também se permitiu experiência algo diferente, proporcionando assim um canal para que se torne mais consciência da sua postura na vida, para que possa ser dona de sua vida, pois, com uma maior consciência vem a oportunidade de mudança.

Nos desenhos, elas expressam a fantasia, e é esse o objetivo da autora: levar a criança a fantasiar através de histórias, artes plásticas, movimento corporal, etc. Existe um número interminável de técnicas específicas para ajudar as crianças a exprimirem sentimentos por intermédio do desenho e da pintura. Independentemente do que as crianças e ou terapeuta escolham fazer em qualquer sessão, o propósito básico é o mesmo: ajudar a criança a tomar consciência de si mesma e da sua existência em seu mundo. *“Cada terapeuta encontrará o seu próprio estilo para conseguir esse delicado equilíbrio entre dirigir e orientar a sessão, de um lado, e acompanhar e seguir a direção da criança de outro.”* – diz Oaklander (1980, p.65).

A autora pondera que muitas vezes o que a criança traz à luz por intermédio dos desenhos é o suficiente para a compreensão do terapeuta e para a própria elucidação da criança, mesmo que ela não os reconheça como sendo de si. Porém, em outras situações, o terapeuta pode instigá-la a falar sobre e observar as partes ausentes ou espaços vazios nas figuras, e chamar a atenção para isso. Muitas vezes a criança, por meio da mentira, representa o que está em desacordo em seu mundo, pois a percepção na Infância não tem exatamente a mesma estruturação que a do adulto (Oaklander, 1980).

A criança possui uma percepção mais sincrética, percebendo as coisas ora de forma mais globalizada, ora com ênfase nos detalhes. Em seus desenhos, a sua percepção de fatos é expressa da mesma forma, sendo essa diferente da forma de percepção de um adulto, portanto deve-se atentar para que o terapeuta evite julgamentos, utilizando as interpretações dos desenhos como pistas para uma exploração posterior (Oaklander, 1980; Merleau-Ponty, 2006).

A Expressão corporal

Segundo Merleau-Ponty, (1999) cada gesto cria um espaço expressivo e a comunicação ou compreensão deste se obtém pela reciprocidade das intenções do que expressa em conjunto com os gestos do outro, com o espaço e com o tempo.



Para o autor essa expressividade é dada pela possibilidade humana de Corporeidade, o corpo vivo, que, “existindo”, é diferente de corpo inanimado, objeto, mas compreende sim em uma totalidade de sentidos, sensações, carne, temporalidade e espacialidade, formando um conjunto de significações vividas que segue no sentido de um equilíbrio. Como explicitado pelo autor, “*Engajo-me com meu corpo entre as coisas, elas coexistem comigo enquanto sujeito encarnado*” (Merleau-Ponty, 1999, p. 252) O corpo assim é dotado de intensidade e um poder de significações, é na motricidade que engendra o sentido de todas as significações no domínio do espaço representado. A partir das percepções sensoriais.

O autor ainda pontua que nós percebemos o mundo com o nosso corpo, pois a percepção é o encontro do ente significante e do ente por ele significado, dessa forma esse elemento deve ser considerado nessa interação tão particular entre criança e terapeuta, uma vez que as relações ali estabelecidas e a comunicação ali existentes passarão pela percepção corpórea de ambos (Capalbo, 2003; Rego, 2010; Merleau-Ponty apud Cavalcante, 2011).

Tem-se, então, que o homem é um ser altamente perceptivo, e é este mecanismo de percepção que proporciona o reconhecimento do mundo que o rodeia, e toda a ação visa esse reconhecimento, assim, através da percepção, temos a capacidade de nos relacionar com o outro e reconhecê-lo como semelhante e também suas diferenças. Podemos discernir entre ações neutras, favoráveis ou desfavoráveis ao nosso Eu, e é nesse momento de discernimento que ocorre a percepção da linguagem do corpo nos momentos de relações humanas (Rego, 2010).

É sabido que, com o tempo, o homem perdeu parte de seus reflexos perceptivos, passamos a nos utilizar muito mais dos símbolos, das palavras, ao invés da percepção, de forma que muitos gestos passam despercebidos a nossa consciência. No atendimento psicológico, porém, é necessário voltar-se para o todo que se mostra. O filósofo Merleau-Ponty (apud CAPALBO, 2003) nos convida a esse voltar ao modo ontológico, para o qual ser homem implica a experiência criadora da linguagem (Capalbo, 2003; Merleau-Ponty, 2006).

Muitas vezes, há um estranhamento na postura da criança ao falar sobre determinados assuntos, pois há um jogo de interferências de ações e de movimentos observáveis nas interações. Esses movimentos e posturas são referenciados pelo “*cogito tácito*”¹⁷ da criança,

¹⁷ O cogito tácito, é refletido nas ações de cada um, é ele que fornece a condição de possibilidade de expressividade dos gestos como poder de transcendência, sejam eles verbais ou não. É um saber acerca de si mesmo, responsável pela corporeidade do indivíduo, sendo esta uma forma subjetiva do ser que se faz conhecer através do canto do olho, na mediação das coisas e das falas, de forma escorregadia, e nas situações-limites (Capalbo, 2003; Cavalcante, 2011).

como chamado por Merleau-Ponty (1999), e esse poderá ser o foco da atenção do terapeuta no momento, pois, assim como muitas crianças mantêm uma conversa entre si sem palavras, apenas com gestos e toques, essas expressões são dotadas de grande conteúdo e linguagem, sendo este um ponto facilitador também para a comunicação com a criança e seu mundo (Oklander, 2006; Weil, 1973; Capalbo, 2003; Cavalcante, 2011).

Entendemos, assim, que o corpo é a fonte, o berço, das significações silenciosas, a linguagem muda, o “silêncio primordial”, pois, através dele, temos a expressão corporal que faz parte de nossa linguagem e que, através da matéria carnal, altera atitudes corporais, principalmente ao falarmos de nossa própria vida (Capalbo, 2003; Rego, 2010).

É importante, assim, que o terapeuta se habitue a perceber em vez de apenas olhar os movimentos do corpo da criança, pois, nesse “corpo próprio”, há um sentido anterior à linguagem, capaz de criar uma ponte entre a consciência e o mundo (Castro *et al.*, 2007; Rego, 2010). Desse modo, nossa capacidade perceptiva requer nosso esforço a dar significado aos movimentos do indivíduo. Muitas dessas expressões já são de nosso conhecimento quase que inato, pois são maneiras de expressões cotidianas, como a expressão de risos, de cuidado, de afobamento, entre outras. É isto que chamamos de linguagem do corpo, ou linguagem corporal, algo que vai desde uma respiração e pulso acelerados até alterações na voz, no olhar e no tônus muscular (Weil, 1973).

Desde o nascimento, a criança se comunica através de todo seu corpo; desse modo, a expressão física é o primeiro modo de relacionamento entre as pessoas, criando assim uma relação chamada deônico-afetiva. Se a comunicação com o adulto satisfaz a criança, ela é descontraída e disponível para agir, porém essas expressões podem ser mais contraídas, como uma rigidez muscular, o que indicaria uma não satisfação; ambas, no entanto, contêm em si parte de sua história e o significado de sua origem (Rego, 2010; Weil, 1973).

A linguagem é algo ambíguo, logo a expressão corporal não seria diferente, porém, é possível discernir entre uma atitude conscientemente expressada e uma atitude com caráter mais espontâneo, ou seja, inconscientemente oculta, e é sobre esta última que devemos nos atentar, pois o homem não consegue esconder nem dominar a linguagem subjetiva do seu corpo, esta linguagem silenciosa do corpo, que muitas vezes traduz a palavra falada. Segundo Merleau-Ponty (2006), a criança se envolve sempre de corpo inteiro na atividade, e é através dela que a criança também se expressa, fato que se torna facilmente observável, pois as atividades tônicas são, como outras atividades, um meio de comunicação, sendo assim, suas

expressões corporais são repletas de significados que podem e devem ser explorados pelo psicólogo (Lemos, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendemos, assim, que, mesmo sem uma comunicação elaborada, a criança surda ainda é uma criança, que brinca, ri, aprende, faz estripulia, porém, o que não se pode desconhecer é que o deficiente auditivo ou a pessoa surda tem uma forma de se organizar diferenciada, cuja especificidade é a de referir-se visualmente, e, por meio desta dualística entre o que é geral e o que é específico, gera-se uma estrutura própria do indivíduo surdo (Goldfeld, 1997; Goes, 2003).

A atitude do terapeuta, aqui, deve ser de espera e suporte, considerando o que o paciente traz e deixa ser conhecido. Como adulto da relação, o terapeuta deve estar sempre atento ao paciente, ao que ele traz, respeitando seu tempo, e não fazer por ele, mas, sim, proporcionar-lhe um ambiente acolhedor que promova suas possibilidades, cuidando para que o modo de ser desse ser que se lhe apresenta não se perca e junto com ele compreender seus significados e resignificá-los (Zanella, 2002; Pompeia, 2000).

Para a construção desse espaço acolhedor de cuidado, podem ser utilizadas diversas estratégias que proporcionem à criança seu bem-estar e a estimulação de sua auto percepção. É necessário, porém, que o terapeuta se disponibilize, se desprenda de técnicas e se curve ante o paciente para ouvi-lo, e humildemente aprender com ele a forma de entendê-lo, buscando atentar-se a cada movimento, a cada olhar, a cada manifestação do outro como uma forma de se comunicar.

Assim, a psicoterapia vai sendo construída a partir deste deixar-se mostrar através da relação criada utilizando-se como caminhos facilitadores a brincadeira, o lúdico, a expressão corporal; cada pequena manifestação que pode vir a revelar sua maneira de ser à luz do olhar do terapeuta.

De certo, há muito pouco escrito sobre o trabalho psicoterapêutico com crianças surdas e os agentes facilitadores da comunicação na terapia. Neste estudo, buscou-se relacionar alguns caminhos que poderiam ser úteis no atendimento, associados à escuta psicológica e acolhimento, que favorecessem clareza o existir do paciente surdo. Porém, o que percebemos é que o caminho percorrido na construção da relação constitui na própria terapia. Cada criança

já sabe se expressar, vivem plenamente sem auxílio de técnicas que a ajudem, mesmo que essa expressão não seja compreendida num primeiro momento pelo adulto, assim, o que elas precisam é de um espaço para fazê-lo, um espaço para que possam se mostrar e o adulto disponibilize-se para a escuta. Brincadeiras, expressões gráficas, histórias, e a própria expressão corporal, fazem parte da criança, é necessário apenas que o adulto se disponibilize a aprender com ela como ela vive. (Oaklander, 1980)

REFERÊNCIAS

- Aquino, M. G.; Duarte, C. M.; Oliveira, R. P. (2009). O Brincar como Forma de Enfrentamento na Hospitalização de Crianças. *In: 1º Congresso Brasileiro de Ludodiagnóstico, tema: A brincadeira simbólica: clinica, escola e hospital. Anais. Vol. 1 p. 186-188. São Paulo: EPPA - Escola Paulista de Psicologia Aplicada. Disponível em: <http://www.eppa.com.br/anais/1_congressludo.pdf#page=15>, acesso em 21/mai./2012.*
- Cancello, L. A. G. (1991). *Fio das palavras: um estudo de psicoterapia existencial*. 4.ed. São Paulo : Editora Sumos.
- Capalbo, C. (2003). Corpo e existência na filosofia de Maurice Merleau-Ponty. *In: Castro, D. S. P. (org.) Corpo e existência*. São Bernardo do Campo: UMESP/FENPEC.
- Castro, D.S.P. *et al.* (2007). Linguagem do pensamento e pensamento na linguagem: o ato de significação em Merleau-Ponty. *Revista Psicólogo inFormação, 11* (11) jan./dez. Instituto Metodista de Ensino Superior.
- Cavalcante, G. L. M. (2011). O *cogito* tácito como fundamento da teoria do conhecimento de Merleau-Ponty. *Filogênese: Revista Eletrônica de Pesquisa na Graduação em Filosofia da UNESP, 4* (1), Marília (SP): UNESP -Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Disponível em: <<http://www.marilia.unesp.br/#!/revistas-eletronicas/filogenese/edicoes-anteriores/2011---volume-41/>>, acesso em 23/mar./ 2013.
- Felipe, T. A. (2009). *Libras em contexto: Curso Básico: Livro do Estudante*. 10. ed. Rio de Janeiro: WalPrint.
- Goldfeld, M. (2002). *A criança surda: linguagem e cognição numa perspectiva sociointeracionista*. São Paulo: Plexus,
- Lemos, R. F. & Kawazoe, M. (2010). Psicodrama. *Revista Psicoterapias - Mente e Cérebro, 2*, 12-29. São Paulo: Duetto.

- Marques, R. R. (2008). *A experiência de ser surdo: uma descrição fenomenológica*. Tese de Doutorado. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Merleay-Ponty, M. (1999). *Fenomenologia da Percepção*. São Paulo: Martins Fontes.
- Merleay-Ponty, M. (2006). *Psicologia e pedagogia da criança*. São Paulo: Martins Fontes.
- Oaklander, V. (1980). *Descobrimos Crianças*. 15 ed. São Paulo: Summus.
- Rego, R. & Albertini, P. (2010). Psicoterapias corporais. *Revista Psicoterapias - Mente e Cérebro*, 1, 90-113. São Paulo: Duetto.
- Sacks, O. (2007). *Vendo vozes: uma viagem ao mundo dos surdos*. 6. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
- Strobel, K. (2009). *As imagens do outro sobre a cultura surda*. 2. ed. Florianópolis: UFSC [Universidade Federal de Santa Catarina].
- Tetzchner, S. V. (2009). Suporte ao desenvolvimento da comunicação suplementar e alternativa. In: Deliberato, D.; Gonçalves, M. J. & Macedo, E. C. *Comunicação Alternativa: Teoria, prática e pesquisa*. São Paulo: Memnon Edições Científicas.
- Trinca, W. (2009). Atitude Lúdica e Expansão de Consciência. In 1º Congresso Brasileiro de Ludodiagnóstico, tema: A brincadeira simbólica: clinica, escola e hospital. *Anais*. Vol.1 p. 9-11 São Paulo: EPPA [Escola Paulista de Psicologia Aplicada]. Disponível em: <http://www.eppa.com.br/anais/1_congressoludo.pdf#page=15>, acesso em 21/mai./2012.
- Vasco, E. (1984). *Caracterização das intervenções psicoterapêuticas realizadas por psicólogos com sujeitos surdos*. Trabalho de conclusão de curso. Tubarão (SC): Universidade do Sul de Santa Catarina, 2009.
- Vayer, P. (1984). *O diálogo corporal*. São Paulo: Manole.
- Vygotsky, L. S. (1998). *Desenvolvimento psicológico na infância*. São Paulo: Martins Fontes.
- Weil, P. & Tompakow, R. (1973). *O corpo fala: a linguagem silenciosa da comunicação não verbal*. São Paulo: Vozes.
- Zanella, A. V. & Andrada, E. G. C. (2002). Processos de significação no brincar: problematizando a constituição do sujeito. *Psicologia em estudo*, 7 (2), 127-133, Maringá (PR): Departamento de Psicologia, Universidade Estadual de Maringá.

O PROCESSO DE RESILIÊNCIA DO JOVEM APRENDIZ E SUAS ESTRATÉGIAS PARA CONCILIAR ESTUDO E TRABALHO

Monique Marques da Costa Godoy (Universidade de Taubaté)

Adriana Leônidas de Oliveira (Universidade de Taubaté)

RESUMO

O Jovem Aprendiz é um adolescente que está se inserindo no mercado de trabalho com um contrato especial de dois anos que lhe garante oportunidades de estudo, qualificação profissional e emprego, por esses motivos ele precisa de estratégias para conciliar estudos, trabalho, família e amigos. Ao executar esta tarefa, o Jovem Aprendiz pode encontrar muitas adversidades, além das quais já são características de seu desenvolvimento. Por isso, esta pesquisa tem como objetivo investigar a sua rotina, sua inserção e adaptação no mercado de trabalho, suas relações com as figuras de professores e gestores, suas perspectivas para o futuro e, principalmente, o desenvolvimento da sua resiliência, termo utilizado na Psicologia para a capacidade do ser humano de utilizar fatores protetores e *coping* diante dos fatores de risco a fim de proteger sua integridade física e psíquica. Para este estudo foram utilizados como instrumentos a Escala de Resiliência de Wagnild e Young, a técnica de Desenho-Estória de Walter Trinca, com o tema de um jovem aprendiz em seu dia-a-dia, e uma entrevista semi-estruturada que abordava questões sobre a inserção do aprendiz no mercado de trabalho, suas estratégias para conciliar estudos, trabalho e tempo livre, suas expectativas para o futuro, seus sentimentos ao exercer suas atividades e as mudanças que ocorreram nele e em sua vida após o início do programa de aprendizagem. Até então, a pesquisa foi realizada com 8 jovens aprendizes de diferentes programas de aprendizagem e com tempo de atuação entre um mês e ano e meio. O fator de competência social apresenta escore total de 625 e média total de 78,125, enquanto que o fator de aceitação de si e mesmo e da vida apresenta escore do total de 222 e média total de 27,75 e o fator de competência pessoal demonstra escore total de 236 e média total de 29,5. Além disso, os resultados do Desenho-Estória apontam, principalmente, a presença de figuras fraternas ou outras positivas, aceitação, insegurança, sentimentos derivados de instinto de vida e tendências construtivas. Na entrevista aparecem as



adversidades presentes no seu cotidiano e suas estratégias para lidar, principalmente, com a falta de tempo e estresse. Apesar de todas as dificuldades que encontradas no seu dia-a-dia, o Jovem Aprendiz as entende como forma de crescimento e percebem a oportunidade de emprego e a aprendizagem como muito mais importante do que estas adversidades.

Palavras-chaves: Resiliência. Jovem Aprendiz. *Coping*.

INTRODUÇÃO

Os estudos de resiliência são considerados de grande importância para a área de psicologia, por refletir sobre a capacidade dos aspectos positivos do desenvolvimento humano frente as adversidades significativas que podem colocar em risco a integridade física e psíquica dos humanos (Libório & Ungar, 2010).

A resiliência é utilizada no embate contra vulnerabilidade, mas não deve ser entendida como invulnerabilidade. Segundo Barlach, Limongi-Franca e Malvezzi (2008), ela não significa ausência de problemas, porque é na presença deles que a resiliência é posta em desafio e possibilita o crescimento psicológico do indivíduo.

O processo de resiliência está relacionado com os fatores de risco, de proteção e *coping* (Pesce, Assis, Santos, & Oliveira, 2004; Pinheiro, 2004; Poletto, 2007; Libório & Ungar, 2010; Martins, Onça, Emílio & Siqueira, 2012; Grunspum, 2012). Os fatores de proteção são ativados para proteger a integridade da pessoa quando esta é exposta a fatores de risco. A maneira como a pessoa encara as adversidades, ou seja, como usa as estratégias de *coping* é que determina a possibilidade do indivíduo crescer ou não com as dificuldades.

A rede social de apoio aparece como um grande promotor de resiliência por garantir ao indivíduo suporte necessário para situações de dificuldade e crise (Job, 2003), podendo aparecer nos contextos estudados nessa pesquisa: família, escola e trabalho.

O Jovem Aprendiz, objeto de estudo dessa pesquisa, está exposto a várias adversidades, umas próprias de seu desenvolvimento humano e outras advindas do meio, principalmente da jornada dupla trabalho-escola. Mas possui também fatores de proteção como rede social de apoio e a representação social embutido no fato de se trabalhar precocemente, que segundo os estudos apresentados possui uma representação positiva por afastar os jovens da marginalidade.

Busca-se então, através dos instrumentos desta pesquisa, analisar é a combinação desses fatores de risco com os fatores de proteção do Jovem e a forma como eles lidam com essas adversidades, a fim de conseguir analisar seu nível de resiliência.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar o nível de resiliência do adolescente Jovem Aprendiz e seu processo de adaptação no contexto de trabalho e na escola.

Objetivos específicos

- Identificar os fatores de risco e proteção que influenciam para o desenvolvimento da resiliência do jovem aprendiz;
- Analisar o processo de inserção do adolescente no ambiente de trabalho;
- Analisar como se caracteriza a relação do adolescente com gestores e colegas de trabalho, com os professores e colegas de sala de aula;
- Analisar as dificuldades enfrentadas em sua rotina e as estratégias de enfrentamento utilizadas;
- Analisar as perspectivas de futuro profissional.
- Analisar a representação simbólica da adaptação do aprendiz no contexto de trabalho, de aprendizagem e escolar.

MÉTODO

Tipo de Pesquisa

O presente estudo caracteriza-se por uma pesquisa qualitativa e de campo. De acordo com Andrade (2010, p. 115), “a pesquisa de campo assim é denominada porque a coleta de dados é efetuado ‘em campo’, onde ocorrem espontaneamente os fenômenos, uma vez que não há interferência do pesquisador sobre eles”. Já a pesquisa qualitativa tem como ênfase a interpretação sobre concepções dos agentes e o contexto de integração de informações que faça sentido como conjunto; possui caráter processual da pesquisa; há implicação do pesquisador no pesquisa e o contato direto com os fenômenos organizacionais; e possui a

tendência a utilizar mais de um tipo de instrumento para coleta de dados (Bryman, 1995 como citado em Oliveira, 2007).

Universo, Amostra e Área de Realização

Os participantes do presente estudo são jovens aprendizes, que estão na fase de adolescência do desenvolvimento humano, já inseridos no mercado de trabalho. Foi composta uma amostra por acessibilidade com 8 jovens aprendizes.

Instrumentos de Coleta de dados

São usados três instrumentos de coleta de dados, sendo eles: (1) a Escala de Resiliência de Wagnild e Young (1993), (2) o Desenho-Estória com Tema (D-E) de Walter Trinca e (3) a Entrevista semi-estruturada.

Procedimento para Coleta de dados

Foi feito um encontro com cada um dos aprendizes e a ordem que os instrumentos foram utilizados foi a Escala de Resiliência, o Desenho Estória com Tema e a entrevista semi-estruturada. Escolheu-se esta sequência de aplicação dos instrumentos, pois os dados obtidos na escala e no desenho puderam ser explorados na entrevista. Cada participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e em caso de menores de 18 anos o TCLE foi assinado pelos pais/responsáveis.

Procedimento para Análise de dados

Escala de Resiliência

A escala de resiliência foi analisada conforme instruções do instrumento. Assim, foi calculada a média de cada um dos fatores propostos na escala e foi calculada uma média geral. Quanto maior a média alcançada, maior o nível de resiliência apresentado pelo indivíduo.

Desenho-estória com Tema

O procedimento de análise do Desenho-Estória com tema utiliza o referencial de análise criado por Tardivo (1985 como citado em Trinca & Tardivo, 2000), que se baseou no

referencial original de Trinca de 1972 que possui dez categorias: Atitude Básica, Figuras Significativas, Sentimentos Expressos, Tendências e Desejos, Impulsos, Ansiedades, Mecanismos de Defesa, Sintomas Expressos, Simbolismos e Outras Áreas da Experiência. Tardivo (2000) considera apenas sete categorias como relevantes, enumerando-as de I a VII ao chamá-las de Grupos. Cada Grupo possui um certo número de traços, totalizando 33.

Entrevista Semi-estruturada

Para análise das entrevistas semi-estruturadas utiliza as técnicas qualitativas do método de análise de conteúdo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da Escala de Resiliência de Wagnild e Young (1993) estão apresentados na Tabela 1:

FATOR 1: COMPETÊNCIA SOCIAL		
PERGUNTA	ESCORE	MÉDIA
1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.	47	5,875
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.	39	4,875
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.	54	6,75
8. Eu sou amigo de mim mesmo.	49	6,125
10. Eu sou determinado.	48	6
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.	27	3,375
14. Eu sou disciplinado.	46	5,75
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir.	51	6,375
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.	50	6,25
19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras.	39	4,875
21. Minha vida tem sentido.	47	5,875
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.	37	4,625
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.	47	5,875
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.	44	5,5
TOTAL	625	78,125
FATOR 2: ACEITAÇÃO DE SI MESMO E DA VIDA		
PERGUNTAS	ESCORE	MÉDIA
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar.	40	5
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.	34	4,25
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	42	5,25
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.	25	3,125
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades.	49	6,125
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.	32	4
TOTAL	222	27,75

FATOR 3: COMPETÊNCIA PESSOAL		
PERGUNTAS	ESCORE	MÉDIA
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que de qualquer outra pessoa.	47	5,875
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim.	52	6,5
15. Eu mantenho interesse nas coisas.	47	5,875
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.	47	5,875
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.	43	5,375
TOTAL	236	29,5

Tabela 1: Fatores da Escala de Resiliência de Wagnild e Young (1993)

Os resultados de todos os fatores apresentam-se acima da média, ou seja, os participantes apresentam uma boa visão de si e da vida, o que está intimamente ligado com a competência social e pessoal. Entretanto, uma questão do Fator 1 e uma do Fator 2 apresentam valores abaixo da média. A questão do Fator 1, referente a afirmação “eu faço as coisas um dia de cada vez”, apresenta uma média baixa. Acredita-se que esse dado ocorra devido a demanda de suas atividades do dia-a-dia, que ocorrem ao mesmo tempo. Nas entrevistas, encontra-se esse aspecto quando os aprendizes relatam que estudam no horário de almoço, por exemplo. Outra variável que contribui para a média baixa desse fator é a idade dos participantes. De acordo com Sapienza e Pedromônico (2005), o adolescente tenta explorar variedade de situações com quais ele ainda não sabe lidar. O aspecto do Fator 2, que também teve uma média baixa, foi na afirmação “eu raramente penso sobre o objetivo das coisas”, ou seja, os aprendizes têm necessidade de saber o objetivo das tarefas para poder realizá-las.

No procedimento Desenho-Estória as atitudes básicas que mais aparecem são *Aceitação* e *Insegurança*. Acredita-se que o primeiro esteja ligado ao fato deles entenderem que estão crescendo e amadurecendo com o programa de aprendizagem. Já o segundo parece referir-se ao fato de eles sentirem-se inibidos no contexto de trabalho, não podendo se expressar plenamente.

As figuras significativas que aparecem são as *fraternas (ou outras)* tanto *positivas* quanto *negativas*. Isso pode estar ligado ao fato de que seus colegas de trabalho ora os ajudam e ora os atrapalham, atribuindo a eles atividades que não lhes cabem.

Ainda no Desenho-Estória, aparecem com frequência *sentimentos derivados do instinto de vida, tendências construtivas, impulsos amorosos, ansiedade paranóide*, voltada para o outro. Estes aspectos podem estar relacionados como fatores de proteção, uma vez que levam ao crescimento pessoal e profissional (Tardivo, 1997) e mecanismo de defesa como a

racionalização, que os ajudam a entender os obstáculos do cotidiano como forma de poderem crescer.

Quanto aos aspectos formais, o que sobressai é o uso das cores. Os aprendizes utilizam ou cores frias que indicam calma e introversão ou fazem desenhos acromáticos, o que indica tristeza e interiorização. Além disso, a presença de desenhos pequenos corrobora com a insegurança apresentada nas histórias.

Quanto às entrevistas foram feitas até então 12 categorias: *motivos, cotidiano, sentimentos, representações deste trabalho, ponto positivo e negativo, tempo, conciliação trabalho-escola, proteção e acompanhamento, diferenças em si, o agora e o futuro e vantagens*.

Na categoria *motivos* podemos observar que embora a maioria dos aprendizes tenha conhecido o programa de aprendizagem através de algum familiar, os motivos que os levaram a cursar o programa foram intrínsecos e extrínsecos. Nos motivos intrínsecos encontramos os interesses próprios, como sonho ou busca da independência, e como motivação extrínseca temos o dinheiro. Por vezes, os dois tipos de motivação são encontrados na mesma fala, como esta: “Hã... Dinheiro, independência, porque eu não queria mais ser dependente do meu pai, porque é um saco” (JA5).

O *cotidiano* desses jovens é visto como “*muito corrido*” (JA2). Uma dos participantes relata que sai de sua casa às 6h30 da manhã para trabalhar, volta para a casa à tarde por 20 minutos e volta da escola para casa entre o horário das 22h30 às 00h30. Eles freqüentam de três a quatro ambientes diferentes, e todos com horários muito rígidos, durante todos os dias úteis da semana e para isso utilizam ônibus, vans disponibilizadas pelas fábricas ou são auxiliados pelos pais. Pode-se observar nas atividades relatadas pelos aprendizes que eles passam a maior parte do dia sentados. Isso torna-se um fator preocupante da saúde desses jovens uma vez que, de acordo com os estudos de Pires Duarte, Pires e Souza (2004), hábitos de atividades físicas são importantes para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, que possuem a sua origem principalmente na infância e na adolescência.

Essa categoria acima citada está intimamente ligada com a categoria *conciliação trabalho-escola*, a qual os aprendizes relatam ser muito complicada, estressante e difícil, principalmente, no início das atividades. Inclusive, uma das participantes considera que o acúmulo de funções agravou a síndrome do pânico pelo qual ela passava.

Os jovens aprendizes relatam também que se sentem muito bem ao exercer suas funções, sentem-se “como uma profissional” (JA6) e os colegas de trabalho são como uma família para eles, o que corrobora com os dados encontrados no Desenho-Estoria, em que aparecem figuras fraternas ou outras positivas. Às vezes eles também se sentem como “*inútil*” (JA3) e ficam magoados com o que os colegas os confundem como incapazes de realizarem o trabalho.

Quanto à *representação deste trabalho* na vida deles, os aprendizes o consideram como uma oportunidade para aprender, iniciar a carreira e receber dinheiro. Esta categoria está ligada também com outras duas, *vantagens* e *o agora e o futuro*. Aparecem na fala deles algumas vantagens com relação aos pares, porque recebem salário, já possuem experiência na área que querem se profissionalizar ou, se esta não for a área que eles querem se profissionalizar, eles dizem que por já terem essa experiência já terão certeza do que fazer no futuro. A fala do participante JA3 resume bem essas vantagens que eles percebem: “*Porque com 15 anos... há... recebo um valor alto para minha idade, recebo em torno de R\$1.500 por mês, ninguém com 15 anos com convenio, vale transporte, consegue receber tudo isso (...) pega no meu currículo e vê o que fiz, consigo entrar em um monte de lugar com isso daí*” (JA3). Esses dados corroboram com a pesquisa de Lopez e Little (1991 como citado em Dell’aglio, 2003) na qual afirmam que a competitividade é uma estratégia de *coping* utilizada pelos adolescentes, principalmente os meninos. Com relação à categoria *o agora e o futuro*, eles consideram, principalmente, que o aprendizado que eles estão tendo eles levarão para o resto da vida. Aprender a lidar com as pessoas e com as situações do dia-a-dia é o que eles mais destacam como coisas importantes que o programa de aprendizagem lhes trouxe, mesmo que a área que eles atuem agora não seja a que eles pretendam atuar no futuro. Além disso, eles trazem que o trabalho de agora é “*o início da minha carreira*” (JA4).

Os dados levantados na categoria *representação deste trabalho* podem ter influências na categoria seguinte, *ponto positivo e ponto negativo*. Quando questionados sobre este tema, os aprendizes encontram dificuldades em responder qual seria o ponto negativo, e quando pensam em algum dizem que é a falta de tempo, mas que isso é compensado pelo aprendizado que estão recebendo. Quanto a isso uma das participantes diz “*Ah... De negativo eles... ah assim menos tempo pra... pra poder me organizar, na escola, inclusive nas provas da instituição. E de positivo... ah, tirando isso, tudo! (Risos)*” (JA1), e outro diz “*Então por mais que as coisas estejam ruins, tenha um professor que eu detesto e causa muita briga e vai criando*

muito estresse, tudo é para aprender. Acho que tudo tem um lado bom, então para mim tudo esses negócios que fiz, esse processo de dois anos de aprendiz foi completamente bom. Tanto por causa do dinheiro quanto por oportunidade, pega no meu currículo e vê o que fiz, consigo entrar em um monte de lugar com isso daí” (JA3).

Portanto, podemos analisar a inserção do jovem aprendiz no mercado de trabalho como algo importante para eles por estarem desempenhando um papel social e por iniciarem sua carreira em empresas avaliadas por eles como muito boas. Essa inserção no mercado de trabalho é facilitada pelos superiores e colegas de trabalho, mas que esses mesmos colegas, por vezes, confundem as funções do jovem aprendiz.

O tempo para esses jovens é visto como *“Corrido (risos)! Muito corrido!”* (JA2). Como foi visto na categoria *cotidiano*, eles passam pouquíssimo tempo em suas casas e com seus familiares. Uma participante relata: “vejo a minha mãe dez minutos por dia” (JA6). Isso parece explicar porque no Desenho-Estoria não apareceu figuras maternas e paternas, nem positivas e nem negativas. No entanto, como a *conciliação do trabalho-escola* é vista como algo estressante, esses jovens buscam em seus familiares e amigos como uma “válvula de escape”, uma forma de “desestressarem”. O que esses adolescentes chamam de “válvula de escape” a psicologia compreende como estratégia de *coping*. No artigo bibliográfico de Dell’Aglío (2003) encontramos que os adolescente possuem diferentes estratégias de *coping* de acordo com o gênero, os meninos buscam mais atividades de competitividade e as meninas maiores investimentos nos relacionamentos próximos.

Uma subcategoria de *tempo* é o *tempo para estudos*. Na escala de resiliência pode-se observar que os aprendizes atingiram uma média baixa na questão “Eu faço as coisas um dia de cada vez”. Isso é ilustrado nas entrevistas quando os adolescentes relatam que fazem suas atividades extra-escolares no seu horário de almoço e no caminho entre suas atividades. Uma das participantes relata que realiza essas atividades de forma compactada e espalhada ao longo do seu dia e outra participante afirma que estuda pedaços da matéria durante toda a semana para poder realizar uma prova.

Quanto à *proteção e o acompanhamento* fornecidos pelas empresas que os empregam e pelo programa de aprendizagem, os aprendizes ora sentem-se protegidos e acompanhados e ora não. Isso depende de acordo com as variáveis de se eles receberam treinamentos, ou não; relacionamento com os colegas e superiores e o auxílio que eles possuem para manejar atividades-tempo.

Por última categoria a ser analisada temos as *diferenças*, na qual os aprendizes relatam que após o início do programa eles adquiriram maior responsabilidade, seriedade, dedicação, amadurecimento, determinação, disciplina, organização, crescimento e a valorizar o trabalho e os familiares. Por desenvolverem esses aspectos os aprendizes apresentam-se muito gratos quanto a oportunidade que receberam.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos considerar os jovens aprendizes que participaram desta pesquisa como resilientes. Os resultados dos três instrumentos, que se complementam, mostram quais os fatores de proteção e de risco compõem a resiliência do Jovem Aprendiz

Os fatores de proteção são a boa aceitação de si mesmo, figuras fraternas ou outras positivas que os ajudam a conciliar trabalho-estudo e a manejar o estresse do cotidiano, tendências construtivas que os levam a buscar a construção de seu futuro profissional e as representações e vantagens que o atual emprego lhes oferece. Já os fatores de risco apresentados foram o cotidiano corrido, ausência no ambiente familiar e figuras fraternas ou outras negativas que confundem a função do jovem aprendiz.

A principal estratégia de *coping* encontrada foi o investimento em relacionamentos próximos, uma vez que para “aliviar o estresse” eles buscam a companhia da família e de amigos.

REFERÊNCIAS

- Andrade, M. M. (2010). *Introdução à Metodologia do Trabalho Científico: elaboração de trabalhos na graduação*. 10 ed. São Paulo: Atlas.
- Barlach, L., Limongi-Franca, A. C., & Malvezzi, S. (2008). O conceito de resiliência aplicado ao trabalho nas organizações. *Interam. J. Psychol.*, 42(1). Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902008000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 23 de outubro de 2013.
- Brasil (1990). Lei 8069/1990. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm. Acessado em 20 de setembro de 2013.

- Brasil (2001). Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Inspeção do Trabalho. Departamento de Segurança e Saúde do Trabalho. Nota Técnica No. 06, de 18/02/2000, alterada pela Portaria No. 20, de 13/09/2001. In: Lima, CGC de. *Impacto do trabalho precoce na vida de crianças e adolescentes: aspectos de saúde física e mental, cultural e econômica*. Brasília: MTE, Subdelegacia do Trabalho em Ribeirão Preto, 2002. Disponível em www.mte.gov.br/fisca_trab/pub_trab_inf.zip. Acesso em 15/11/2013.
- Brasil (2005). *Decreto Lei Nº 5.598, De 1º de dezembro de 2005*. Disponível em: <http://www.conexaoaprendiz.org.br>. Acessado em 20 de setembro de 2013.
- Brasil (2013). Ministério do Trabalho e Emprego. *Sistema de informações sobre aprendizagem – SisAprendizagem.Relatórios gerenciais*. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/sistemas/atlas/sisaprendizagem.html>. Acessado em 04 de outubro de 2013.
- Dell'aglio, D. D. (2003). O processo de coping em crianças e adolescentes: adaptação e desenvolvimento. *Temas em Psicologia*, 11(1), 38-45. Recuperado em 07 de junho de 2014, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2003000100005&lng=pt&tlng=pt
- Grunspum, H (2008). A Criança Resiliente – Resiliência e Vulnerabilidade na Criança. In: Assumpção Júnior, F. B. & Kuczyński, E. (Org.). *Situações Psicossociais na Infância e na Adolescência*. São Paulo: Atheneu.
- Liborio, R. M. C., & Ungar, M. (2010). Resiliência oculta: a construção social do conceito e suas implicações para práticas profissionais junto a adolescentes em situação de risco. *Psicol. Reflex. Crit.*, 23(3). Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722010000300008&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 17 de Outubro de 2013.
- Martins, M. C. F., Onça, S.S., Emílio, E. R., & Siqueira, M. M. M. (2012) Resiliência: uma breve revisão teórica do conceito. In: Rezende, M. M. & Heleno, M. G. V. (Org). *Psicologia e Promoção de Saúde em cenários contemporâneos*. São Paulo: Vetor.
- Moraes, R. (1999). Análise de Conteúdo. *Revista educação*. v. 22. n. 37. Porto Alegre. Disponível em: <http://cliente.argos.com.br/~mgos/analise_de_conteudo_moraes.html>. Acesso em: 16/10/2013.

- Oliveira, A. L. (2007) Comportamento Organizacional e Pesquisa Qualitativa: Algumas Reflexões Metodológicas. In: Chamon, E. M. Q. O (Org.). *Gestão e Comportamento Humano nas Organizações*. Rio de Janeiro: Brasport, p. 180-205.
- Pesce, R. P., Assis, A. G., Santos, N., & Oliveira, R. V. C. (2004) Risco e Proteção: Em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. v. 20. n. 2. P. 135-143. Brasília.
- Pinheiro, D. P. N. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo*, 9(1).
- Pires, E.A.G., Duarte, M.F.S., Pires, M.C., & Souza, G.S. (2004) Hábitos de atividade física e o estresse em adolescentes de Florianópolis-SC, Brasil. *R. bras. Ci e Mov.*, 12(1), 51-56.
- Poletto, M. (2007) *Contextos Ecológicos de Promoção de Resiliência para Crianças e Adolescentes em situação de Vulnerabilidade*. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre:, Pós Graduação em Psicologia do Desenvolvimento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
- Sapienza, G., & Pedromonico, M. R. M. (2005) Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicol. Estud.*, 10(2). Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000200007&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 17 de Outubro de 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722005000200007>.
- Tardivo, L.S.P.C. (1997). Análise e Interpretação. In: Trinca, Walter (Org.) *Formas de investigação clínica em Psicologia*. São Paulo: Vetor.
- Trinca, W. & Tardivo, L. S. L. P. (2000) Desenvolvimento do Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E). In: Cunha, J. A. (Org) *Psicodiagnóstico-V*. 5 ed. Revisada e ampliada. Porto Alegre: Artmed.

PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA NO MUNICÍPIO DE AVELINÓPOLIS-GO E DESENVOLVIMENTO LOCAL

Renato Batuíra Ribeiro Pinto (Universidade de Taubaté)

Adriana Leonidas de Oliveira (Universidade de Taubaté)

Quésia Postigo Kamimura (Universidade de Taubaté)

RESUMO

A pesquisa tem por finalidade realizar uma comparação entre a percepção de qualidade de vida dos moradores da cidade de Avelinópolis-GO com seus indicadores de desenvolvimento local. A Qualidade de Vida é compreendida a partir do conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS), que a caracteriza como a percepção do indivíduo sobre sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. A qualidade de vida gera por consequência o bem-estar. Esta condição diz respeito à avaliação que as pessoas fazem de suas vidas tais como: felicidade, satisfação, estado de espírito, afeto positivo, sendo também considerada por alguns autores uma avaliação subjetiva da qualidade de vida. Desenvolvimento é compreendido como um processo endógeno de mobilização das energias sociais em espaços de pequena escala (municípios, localidades, microrregiões) que programam mudanças capazes de elevar as oportunidades sociais, a viabilidade econômica e as condições de vida da população. A percepção da qualidade de vida pela população local é de suma importância visto que serve como parâmetro norteador para a avaliação e reelaboração de políticas de desenvolvimento que visam atender seus anseios e suprir suas reais necessidades. O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva, documental e de campo, realizada através de questionários voltados à população, objetivando conhecer o que estes entendem por qualidade de vida e como percebem seu nível de qualidade de vida nas diferentes dimensões que a compõe. Foi formada uma amostra com 297 moradores da zona urbana do município, de ambos os sexos, com idade entre 18 e 90 anos. Foram aplicados os seguintes instrumentos: questionário de identificação da amostra, WHOQOL-bref (desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde) e questionário complementar sobre qualidade de vida e bem estar subjetivo (elaborado com base

no material do PNUD-Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento). Foram analisados os seguintes indicadores de desenvolvimento de base documental: Indicadores sócio-culturais, econômicos e demográficos gerados pelo Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos e os indicadores voltados para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio gerados pelo Portal ODM – Acompanhamento Municipal dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Os dados coletados em campo foram comparados com estes indicadores de desenvolvimento local do município, discutindo-se a relação entre a qualidade de vida percebida pela população do município de Avelinópolis-GO e o desenvolvimento local. Resultados revelam que a população de Avelinópolis, em sua maioria, está satisfeita com o acesso à saúde, se sente segura em suas residências, considera seu meio ambiente saudável. Porém, tem problemas com acesso ao mercado de trabalho, educação de qualidade e lazer. Acredita-se que a presente pesquisa servirá como diagnóstico para se iniciar ações voltadas para a maximização do desenvolvimento local e proposição de políticas públicas locais, tendo como base os anseios e necessidades da própria população do município.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Bem estar subjetivo. Desenvolvimento local.

INTRODUÇÃO

O presente estudo discute a relação entre a percepção da qualidade de vida da população do município de Avelinópolis-GO e o desenvolvimento local. O termo qualidade de vida de modo geral inclui aspectos relacionados com a saúde, bem-estar físico, funcional, emocional e mental, como também aspectos como amigos, família, trabalho e outros.

A partir de um estudo de campo junto a uma parcela de moradores da cidade de Avelinópolis foi possível verificar que a qualidade de vida é percebida pela maioria da população pesquisada, porém, existem lacunas no tocante à oportunidade para o trabalho, educação de excelência e lazer sendo que estes são três eixos que compõem o conjunto de fatores que garantem a qualidade de vida.

Os pontos de atenção relacionados à qualidade de vida destacados nesta pesquisa, devem servir de norte para a reelaboração de ações e políticas públicas necessárias para a melhoria do desenvolvimento local e da qualidade de vida dos habitantes de Avelinópolis-GO.

REVISÃO DE LITERATURA

Desenvolvimento Local

O desenvolvimento local é um processo endógeno em espaços de pequena escala (municípios, microrregiões) de mobilização das energias sociais que programam mudanças capazes de elevar as oportunidades sociais, a viabilidade econômica e as condições de vida da população. (Buarque, 2004)

Albagli e Maciel (2004) ao tratarem de desenvolvimento local, ressaltam que cada localidade ou região possui diferentes combinações de características e bens coletivos, sejam eles físicos, sociais, econômicos, culturais, políticos, institucionais, que se reflete sobre sua capacidade de produzir conhecimento, de aprender e de inovar. Nessa dinâmica de relações que constituem o ambiente local, a dimensão cognitiva das pessoas que ali habitam, expressa em sua capacidade de tomar decisões estratégicas e em seu potencial de aprendizado e inovação, é fator indispensável para mostrar sua capacidade de desenvolver os processos de crescimento e mudança, sendo este o desenvolvimento local.

Conforme Albagli e Maciel (2004), em meio a essas interações locais, se desenvolve um conhecimento coletivo, sendo o mesmo diferenciado e distribuído de maneira desigual e pode ou não se constituir em importante fonte de dinamismo para determinado ambiente. Esse conhecimento coletivo, de acordo com as autoras, não corresponde apenas à soma de conhecimentos de indivíduos e organizações. Pelo contrário, resulta das sinergias desenvolvidas a partir dos vários tipos de interação o qual se altera, principalmente na sua interseção com a circulação globalizada de informação e conhecimento.

A mobilização dos atores locais, a formação de redes entre organismos e instituições locais e uma maior cooperação entre empresas situadas em um mesmo território, são instrumentos que têm possibilitado aos territórios novas formas de intersecção produtiva e uma atenuação das desigualdades sociais. Essas formas intermediárias de coordenação por serem egressas do território, não substituem a atuação do mercado ou a ação estatal, mas sobrepõem-se a estas na medida em que o território elabora, a partir de suas instituições próprias e de seus organismos específicos, uma estratégia de desenvolvimento local (Martins, Vaz & Caldas, 2010).



As pesquisas sobre desenvolvimento, marcadas durante muito tempo pela oposição entre a necessidade de uma intervenção estatal e o caráter auto regulador do mercado, desembocaram, a partir do final dos anos 1990, em uma síntese que preconiza uma abordagem sistêmica e a consideração de variáveis institucionais (Boyer, 2001).

Muls (2008) afirma que o processo de desenvolvimento econômico promove transformações dinâmicas não somente nos modos de produção e na tecnologia, mas também nas instituições sociais, políticas e econômicas. Não se trata apenas da escolha entre princípios alternativos e exclusivos de coordenação o mercado ou o Estado. É necessário reconhecer que uma dosagem apropriada entre o Estado e o mercado é necessária à promoção do desenvolvimento.

À concepção localista sobre o desenvolvimento complementam-se as ideias de inserção dos espaços locais ao espaço econômico global, engendrando a polarização local-global desse processo. Nessa lógica, as escalas intermediárias entre o local e o global - microrregional, mesorregional, macrorregional e nacional - são desconsideradas ou perdem importância na articulação para a promoção do desenvolvimento (Brandão, 2007).

Nesse entendimento, as formas intermediárias de coordenação representam todos os organismos e instituições locais que atuam com a finalidade produtiva ou de regulação social num determinado território, sua dinâmica empresarial, o poder público local e as representações da sociedade civil. Assim, a questão central para o desenvolvimento passa a ser como articular, junto a essas três instâncias intermediárias de coordenação, as duas formas que foram dominantes enquanto vigoraram as versões tradicionais da teoria do crescimento econômico (Muls, 2008).

Denardiet, Henderikx, Castilho e Bianchini (2008) relatam que existem poucas ações estratégicas de desenvolvimento municipal empreendidas pelo poder público, ou seja, quase não há, por parte das administrações públicas locais, maiores esforços na proposição, elaboração, execução e avaliação de planos e programas que orientem as ações das prefeituras municipais. Segundo os autores, mesmo nos municípios mais desenvolvidos, o poder público tem pouca ou inexistente visão estratégica de desenvolvimento. Assim, os principais instrumentos de planejamento municipal (planos, programas e projetos), com ou sem a participação da sociedade, não fazem parte da prática das prefeituras, mantendo-se a forma tradicional de administração. A atuação do poder público é bastante assistencialista, principalmente nos municípios menos desenvolvidos.

Nesse sentido, é importante os gestores repensarem seus planos de desenvolvimento local, sendo esta uma necessidade de reformulação nas formas de pensar também no crescimento de maneira equitativa como forma de promover qualidade de vida.

O desenvolvimento local está associado ao desenvolvimento humano. Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2013) o conceito de desenvolvimento humano parte do pressuposto de que para aferir o avanço na qualidade de vida de uma população é preciso ir além do viés puramente econômico e considerar outras características sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade da vida humana. Esta qualidade pode ser verificada a partir da análise dos indicadores sociais.

Qualidade de vida

Para se realizar uma análise sobre qualidade de vida de uma população, é necessário primeiro verificar o que se entende por qualidade de vida e o que a população em questão entende sobre a mesma. Qualidade de vida, por ser algo bastante subjetivo, relevante se faz procurar formas para chegar a uma posição sobre o que é e qual o seu nível.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença. No entanto, as políticas em saúde e a própria formação dos profissionais sempre colocaram a prioridade no controle da morbidade e mortalidade. E em relação a Qualidade de vida está “é a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”(Almeida, 2012).

Segundo Dantas, Sawada e Malerbo (2003) Qualidade de vida (QV) é uma noção eminentemente humana e abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades. Minayo, Hartz e Buss (2000) conceituam o termo como sendo a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. Tais significados refletem o momento histórico, a classe social e a cultura a que pertencem os indivíduos.

A expressão qualidade de vida foi empregada, com repercussão, pela primeira vez, em 1964, pelo presidente dos Estados Unidos (Monteiro, Braile, Brandau e Jatene, 2010) à época, Lyndon Johnson, ao declarar que os objetivos dos governantes não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas (Organização Mundial de Saúde, 1998).

Segundo Fleck (2000) a QV possui intersecções com vários conceitos eminentemente biológicos e funcionais, como *status* de saúde, *status* funcional e incapacidade/deficiência; sociais e psicológicos, como bem-estar, satisfação e felicidade; e de origem econômica baseada na teoria “preferência” (*utility*). Entretanto, seu aspecto mais genérico (saúde é apenas um de seus domínios) tem sido apontado como seu grande diferencial e sua particular importância.

A saúde e a qualidade de vida são termos que estão estritamente relacionados ao cotidiano, entretanto tais conceitos ainda se apresentam revestidos de relevantes dúvidas. Saúde é um direito fundamental do homem, sendo reconhecida como o maior e o melhor recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, como também uma das mais importantes dimensões da qualidade de vida (Silva, Jesus e Santos, 2007).

Conforme Nobre (1995), os instrumentos genéricos de avaliação da qualidade de vida se aplicam às mais diferentes condições de saúde e refletem os diversos aspectos da vida das pessoas. Esta diversidade de aspectos organizam-se em conjuntos, chamados de dimensões ou domínios, que são medidas de forma individualizada e ponderada. Geralmente são avaliadas cerca de seis a oito dimensões que compreendem a mobilidade física, o repouso, as funções cognitivas, a satisfação sexual, o comunicar-se, o alimentar-se, a reserva energética, a presença de dor, o comportamento emocional, as atividades recreativas, as atividades de trabalho, as atividades domésticas e os relacionamentos sociais.

O WHOQOL foi desenvolvido utilizando um enfoque transcultural original. Primeiro, por envolver a criação de um único instrumento de forma colaborativa simultaneamente em diferentes centros. Desta forma, vários centros com culturas diversas participaram da operacionalização dos domínios de avaliação de qualidade de vida, da redação e seleção de questões, da derivação da escala de respostas e do teste de campo nos países envolvidos nesta etapa. Com esta abordagem foi possível equacionar as dificuldades referentes à padronização, equivalência e tradução à medida que se desenvolvia o instrumento. Para garantir que a colaboração fosse genuinamente internacional, os centros foram selecionados de forma a incluir países com diferenças no nível de industrialização, disponibilidade de serviços de saúde, importância da família e religião dominante, entre outros. O instrumento WHOQOL-100 consiste em cem perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade / religiosidade / crenças pessoais. Esses domínios são divididos em 24 facetas. Cada faceta é composta por quatro

perguntas. Além das 24 facetas específicas, o instrumento tem uma 25a composta de perguntas gerais sobre qualidade de vida (Fleck, 2000). Na próxima subseção a questão da mensuração da qualidade de vida continua a ser explorada.

MÉTODO

Tipo de pesquisa

A presente pesquisa caracteriza-se como descritiva, documental e de campo.

População e amostra

A presente pesquisa teve como universo a população urbana maior de 18 anos do município de Avelinópolis-Go, estimada em 2013 em cerca de 1299 habitantes.

Foi composta uma amostra não probabilística por acessibilidade com um total de 297 pessoas, entre homens e mulheres, todas maiores de 18 anos, trabalhando com um nível de confiança de 95 e margem de erro de 5%.

Para compor a amostra, os indivíduos deveriam atender os seguintes critérios:

- Residir na zona urbana de Avelinópolis
- Ter mais que 18 anos

Não foram critérios nível de escolaridade e renda.

Instrumentos

Foram aplicados 3 questionários com questões objetivas voltadas aos munícipes de Avelinópolis, o quais procuraram investigar percepção dos mesmos em relação à qualidade de vida, assim como obter dados sócio demográficos. Além destes foram utilizados documentos demonstrativos dos indicadores de desenvolvimento local colhidos no Instituto Mauro Borges com dados entre os anos de 1988 a 2010 e do portal ODM.

Os instrumentos utilizados serão descritos a seguir:

- (1) **Questionário de identificação da amostra:** composto por 11 questões que buscam obter dados sócio demográficos relevantes para análise do tema em estudo.
- (2) **WHOQOL-bref:** instrumento desenvolvido pela OMS para a mensuração da Qualidade de Vida, sendo a versão abreviada do WHOQOL-100, possuindo somente 26 questões selecionadas no WHOQOL-100 (Santos, Da Ros, Crepaldi & Ramos, 2006).

(3) Questionário complementar sobre Qualidade de Vida e bem estar subjetivo:

elaborado com base no material do PNUD Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2012). O questionário possui 25 questões, com temas relacionados à percepção subjetiva do indivíduo nos aspectos: saúde, relações pessoais, trabalho, situação econômica, segurança, serviços públicos e lazer.

(4) Documentos demonstrativos dos indicadores de desenvolvimento local:

- a) IMB - Perfil Socioeconômico Avelinópolis: Aspectos Demográficos: Demonstrando os aspectos demográficos do Município de Avelinópolis no Estado de Goiás entre os anos de 1980 e 2013;
- b) IMB - Perfil Socioeconômico Avelinópolis: Aspectos Econômicos: Focado nos Aspectos Econômicos (Número de estabelecimentos comerciais, número de áreas utilizadas para plantações, consumo de energia elétrica, etc.) de Avelinópolis-GO.;
- c) IMB - Perfil Socioeconômico Avelinópolis: Aspectos Sócio-culturais: Demonstrando os aspectos Socioculturais (Número de matrículas em escolas, número de docentes, número de domicílios particulares ou não) do município de Avelinópolis-GO.;
- d) Portal ODM – Perfil Municipal de Avelinópolis: Relatório Dinâmico: Com o perfil e indicadores de desenvolvimento do município de Avelinópolis-GO.

Procedimento para coleta de dados

A coleta dos dados junto à população urbana foi realizada no mês de janeiro de 2014. As pessoas (conhecidas e desconhecidas) foram contatadas em suas residências (divididas por ruas), fora de seus horários de trabalho. Todos os indivíduos que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida os formulários foram aplicados individualmente em forma de formulário. Assim, o pesquisador fazia as questões oralmente face-a-face para os participantes e anotava as questões.

Os dados documentais foram coletados diretamente dos endereços eletrônicos dos órgãos (Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos e o Portal ODM de Acompanhamento Municipal dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio).

Procedimento para análise de dados

Os dados obtidos pelos formulários foram analisados quantitativamente mediante tabulação e análise percentual, utilizando como ferramenta para tabulação o Microsoft Office Excel, e os gráficos foram criados utilizando como ferramenta o Microsoft Office Word.

Os documentos com os índices do município de Avelinópolis analisados foram: Perfil Socioeconômico de Avelinópolis – Aspectos Demográficos e Socioeconômicos (IMB, 2014); Relatório Dinâmico com o perfil do município de Avelinópolis (Portal ODM, 2014).

Observaram-se os níveis dos indicadores ligados aos domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente, para serem comparados com os níveis de satisfação percebida pela população local.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Verificou-se que no município de Avelinópolis a população acima da linha da pobreza no ano de 2010 era de 78,8% e aquelas consideradas na linha de indigência e pobreza era de 8,1%. Já aquelas que estavam entre a linha de indigência e pobreza era de 18,7%.

Estes dados foram confirmados no item que avalia os níveis de desigualdades do município verificados no período de 1991 e 2000, o qual demonstra que os níveis de desigualdade entre os 20% mais pobres e os 20% mais ricos aumentou.

Em relação ao emprego e renda verificou-se que a maioria dos entrevistados encontra-se empregado e um número muito semelhante é de pessoas desempregadas sendo respectivamente 51,9% e 46,1%. Destes, quase a metade são funcionários públicos e os demais são autônomos, revelando forte influência do poder público na contratação de trabalhadores.

Ainda em relação ao trabalho, no tocante à condição e ramo de atividade desenvolvida, a metade dos entrevistados afirmou que não se enquadra em nenhuma opção solicitada no questionário e sendo assim foram identificados aposentados, pensionistas e desempregados entre outros.

Os dados do Portal ODM demonstram que a taxa de frequência e conclusão no ensino fundamental no ano de 2010 revelam que um número expressivo de crianças de 7 a 14 anos não estavam matriculadas no ensino fundamental. Em contrapartida um número bem superior

de jovens entre 15 e 17 tinha concluído o ensino fundamental. Resultado semelhante foi do índice de pessoas que concluíram o ensino médio no ano de 2012, o que resulta também no aumento da distorção idade/série.

A pesquisa do Portal ODM revela que município não tem órgãos de acompanhamento e manutenção do meio ambiente, assim como também não conta com Conselho Municipal de Meio Ambiente e Fundo Municipal de Meio Ambiente. Na ausência destes quesitos também não há investimentos nesta área. Esta ausência é preocupante, pois, o município registrou ocorrência de poluição de recursos hídricos e queimadas.

O indicador saúde analisou vários aspectos da população entrevistada. Quanto à relação dor física e capacidade de trabalho, os dados do *WHOQOL-bref* revelam que para a maioria, sua dor física não interfere na realização de suas atividades diárias. Já uma pequena minoria afirmou sentir dificuldade em realizar as suas tarefas diárias em razão de dores físicas. Resultado semelhante foi quanto à necessidade de tratamento médico, no qual apenas pouco mais de 3% dos entrevistados afirmaram que dependem de tratamento médico para conseguir realizar suas atividades diárias. Ainda em relação a tratamento médico os dados de campo demonstram que um índice bem pequeno de pessoas necessitam extremamente deste tipo de tratamento, enquanto que 27,9% não precisam. Do total de entrevistados a maioria utiliza os serviços públicos de saúde.

A percepção de qualidade de vida entre os entrevistados foi verificada a partir dos altos índices satisfatórios. Os dados *WHOQOL-bref* demonstram que a maior parte das pessoas avaliaram sua qualidade de vida como boa e uma pequena parcela avaliou como ruim. Estes resultados foram confirmados pelos dados do questionário complementar extraído do PNUD.

No quesito capacidade para desempenhar as atividades do dia a dia a maioria está muito satisfeita. Resultado semelhante foi para a percepção de capacidade para o trabalho no qual mais da metade dos entrevistados estão satisfeitos com sua capacidade para o trabalho.

A situação econômica mostrada pelo *WHOQOL-bref* mostra que apenas uma pequena parcela dos entrevistados está insatisfeita e estes índices também equivalem para a principal atividade realizada, pois, dos dados do questionário complementar extraído do PNUD mostram a maior parte se encontra plenamente realizada. A satisfação com a moradia também se expressa no questionário complementar extraído do PNUD que indaga sobre a possibilidade de mudança do domicílio em que uma pequena parcela considerou ser possível.

O fator segurança também incluso nos serviços básicos demonstra que a maioria dos entrevistados se sente seguro. Estes resultados são demonstrados na percepção que as pessoas têm sobre a possibilidade de serem vítimas de roubo tanto na rua, quanto em casa. Contudo, o número de pessoas que foi vítima de um delito nos últimos 12 meses é bem pequeno.

A maior parte dos entrevistados afirmou ter médio acesso as informações necessárias em seu dia-a-dia, enquanto que poucas pessoas responderam não ter acesso. Quanto aos temas envolvendo política os dados mostram que nem todos entendem deste assunto. Índices semelhantes são aqueles referentes às notícias econômicas.

Existe, portanto, conforme o questionário complementar extraído do PNUD, uma boa aproximação entre as pessoas que entendem de trâmites e temas legais e aqueles que não entendem é um índice bem inferior. De valor semelhante são os resultados que procura saber o índice de conhecimento dos entrevistados sobre diagnósticos médicos. Já em relação aos conhecimentos tecnológicos os resultados demonstram que nem todos possuem.

Os entrevistados também foram questionados quanto à confiança em instituições. O questionário complementar extraído do PNUD mostrou que em relação à confiança em determinadas entidades, a população entrevistada demonstrou confiar bastante na Igreja Católica, ter uma confiança média nas Igrejas Evangélicas, também confiar medianamente nos meios de comunicação. A maioria também demonstrou confiar medianamente nos Tribunais de Justiça, não tem muita confiança no governo e acredita nas instituições privadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que a população de Avelinópolis, em sua maioria, está satisfeita com o acesso à saúde, se sente segura em suas residências, considera seu meio ambiente saudável. Porém, tem problemas com acesso ao mercado de trabalho, educação de qualidade e lazer.

Acredita-se que a presente pesquisa servirá como diagnóstico para se iniciar ações voltadas para a maximização do desenvolvimento local e proposição de políticas públicas locais, tendo como base os anseios e necessidades da própria população do município

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albagli, S. & Maciel, M. L. (2004) Informação e conhecimento na inovação e no desenvolvimento local. *Ci. Inf.*, 33(3), 9-16.
- Almeida, M. A. B. D. (2012) *Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa*. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades. EACH/USP.
- Andion, C. (2003) Análise de redes e desenvolvimento local sustentável. *RAP*, 37(5), 1033-54.
- Brandão, C. (2007) *Território e Desenvolvimento: as múltiplas escalas entre o local e o global*. São Paulo: Editora da Unicamp.
- Buarque, S. C. (2004) *Construindo o desenvolvimento local sustentável*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Buss, P. M. (2000) Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva*, 5(1), 163-177.
- Dantas, R. A. S.; Sawada, N. O & Malerbo, M. B. (2003) Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 11(4), 532-538.
- Denardiet, R. A., Henderikx, E. M. G. J., Castilhos, D. S. B. D. & Bianchini, V. (2008) *Fatores que afetam o desenvolvimento local em pequenos municípios do estado do Paraná*. Recuperado em 14 janeiro, 2014, de http://www.gp.usp.br/files/desen_fatores.pdf.
- Fleck, M. P. A. (2000) O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciênc. saúde coletiva*, 5(1), 33-38.
- Martins, R. D., Vaz, J. C. & Caldas, E. D. L. (2010) A gestão do desenvolvimento local no Brasil: (des)articulação de atores, instrumentos e território. *Revista de Administração Pública*, 44, 559-90.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A. & Buss, P. M. (2000) Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.
- Monteiro, R., Braile, D., Brandau, M. R. & Jatene, F. B. (2010) Qualidade de vida em foco. *Ver Bras Cir Cardiovasc.*, 25(4), 568-574.



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



- Muls, L. M. (2008) Desenvolvimento local, espaço e território: o conceito de capital social e a importância da formação de redes entre organismos e instituições locais. *Revista Economia*, 9(1), 1-21.
- Nobre, M. R. C. (1995) Qualidade de Vida. *Arq Bras Cardiol*, 64(4).
- Organização Mundial de Saúde. (1998) *Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)*. Geneva: WHO. Recuperado em 14 janeiro, 2014, de <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>.
- Rocha, A. D, Okabe, I., Martins, M. E. A., Machado, P. H. B. & Mello, T. C. D. (2000) Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final? *Ciênc. saúde coletiva*, 5(1).
- Santos, L. M., Da Ros, M. A., Crepaldi, M. A. & Ramos, L. R. (2006) Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Rev. Saude Coletiva*, 40(2), 346-52.
- Silva, D. A. S., Jesus, K. P. D., Santos, R. J. D. (2007) Conceito de saúde e qualidade de vida para acadêmicos de Educação Física: um estudo descritivo. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 2(4), 140-153.

PERCEPÇÃO DE SOFRIMENTO DO TRABALHADOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Andréa Maria Giannico de Araújo Viana Consolino (Universidade de Taubaté)

Marluce Auxiliadora Borges Glaus Leão (Universidade de Taubaté)

RESUMO

A saúde do trabalhador é uma área da Saúde Pública que atua sobre a relação entre o trabalho e o processo saúde-doença. O campo da Saúde do Trabalhador se origina da concepção da relação trabalho-saúde-doença que emergiram da Medicina Social Latino-Americana. Com a Reforma Sanitária, na década de 1980, esta área passou a ser uma das atribuições da Vigilância Sanitária (VISA) e a partir de 2002, surgiram os Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), com a finalidade de dar suporte à VISA na articulação das relações entre questões gerais da saúde e as relacionadas ao processo de trabalho. Este artigo é um recorte de uma pesquisa que investigou as relações entre a formação profissional e o cotidiano de trabalho dos profissionais de VISA que executam atividades na área de Saúde do Trabalhador e tem como objetivo apresentar a percepção de sofrimento no trabalho do profissional de VISA e do CEREST. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada entre fevereiro e abril de 2012, junto a cinco equipes de VISA municipal (trinta e cinco pesquisados), duas equipes de VISA estadual (dezessete pesquisados) e duas equipes do CEREST (quinze pesquisados), na macrorregião de Taubaté – situada na região do Vale do Paraíba Paulista, utilizando como instrumentos um levantamento sociodemográfico e a técnica do Grupo Focal. Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo e compreendidos a luz de pressupostos teóricos sobre formação, abordagens de saúde e trabalho e da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, que resultou em várias categorias e subcategorias, dentre elas, a percepção de sofrimento no trabalho no cotidiano no trabalho dos funcionários das instituições pesquisadas. Os resultados apontaram que a sobrecarga no trabalho afeta a saúde do profissional da VISA e do CEREST, com reflexos na vida pessoal e profissional. Constatou-se a falta de condições adequadas para a execução de suas ações e exposição a constantes situações de risco, cujos reflexos nestes trabalhadores,

envolvem sentimentos de incapacidade e incompetência diante da realidade do trabalho que realizam na Vigilância Sanitária.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador. Vigilância Sanitária. Sofrimento no trabalho.

INTRODUÇÃO

O trabalho, na sociedade contemporânea, vem passando por grandes mudanças e consequentemente, provocando impacto no processo saúde-doença do trabalhador, deixando-o mais vulnerável a doenças e riscos. Segundo Antunes (2008), houve uma redução do trabalho formal e aumento do trabalho informal propiciando a piora nas condições de trabalho e qualidade de vida dos trabalhadores.

A saúde do trabalhador é uma área da Saúde Pública que atua sobre a relação entre o trabalho e o processo saúde-doença e com a Reforma Sanitária, na década de 1980 passou a ser uma das atribuições da Vigilância Sanitária (VISA), vinculada ao Ministério da Saúde (MS) e, de acordo com o artigo 6º, parágrafo 1º da Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 trata-se de:

[...] um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I – o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; II – o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde (Brasil, 1990, p.3).

Em 2002, surgiram os Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), com a finalidade de dar suporte a VISA na articulação das relações entre questões gerais da saúde relacionadas ao processo de trabalho.

O campo da Saúde do Trabalhador se originou da concepção da relação trabalho-saúde-doença que emergiram da Medicina Social Latino-Americana e, conforme Lacaz (1996, p. 23), ela propõem:

Uma visão do conceito de trabalho que incorpora a idéia de processo de trabalho na qual o foco não se restringe à sua composição ambiental

constituída dos vários fatores/agentes de risco ambiental constituída dos vários fatores/agentes de risco e externo ao trabalhador, mas como uma “categoria” explicativa que se inscreveria nas relações sociais de produção existentes entre o capital e o trabalho.

Neste artigo, focalizou-se a questão da percepção do sofrimento do trabalhador da VISA e do CEREST, em relação ao trabalho que realiza nestas instituições, uma vez que ao analisar sua formação e práticas neste seu trabalho, que faz interface com a área da saúde do trabalhador, esta questão apareceu como uma categoria de análise importante.

Ressalta-se que a palavra sofrimento, em princípio sugere dor, porém “[...] sofrimento não é unicamente definido pela dor física nem pela dor mental, mas pela diminuição, até à destruição, da capacidade de agir, do poder fazer, sentidos como um golpe à integridade de si” (Ricoeur, 1991 apud Oliveira, 2003, p. 7).

O homem, de acordo com Arendt (2007), submete-se à condição de sofrimento a todo o momento. Além disso, o sofrimento remete a uma vivência subjetiva entre a doença mental e o conforto psíquico, podendo ser considerado não apenas pelo lado negativo, como também pelo criativo; desde que o trabalhador encontre formas de defesa para lidar com as opressões da organização do trabalho. (Dejours, 1992; Brandt & Minayo-Gomez, 2011).

METODOLOGIA

Realizou-se uma pesquisa qualitativa, entre fevereiro e abril de 2012, junto a cinco equipes de VISA municipal (trinta e cinco pesquisados), duas equipes de VISA estadual (dezessete) e duas equipes do CEREST (quinze), na macrorregião de Taubaté – situada na região do Vale do Paraíba Paulista. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade de Taubaté, sob nº 559/2011, utilizando-se como instrumentos um levantamento sociodemográfico e a técnica do Grupo Focal. Foram feitos seis grupos focais e o material coletado foi submetido à análise de conteúdo de Bardin (2010) e compreendidos à luz de pressupostos teóricos sobre formação, abordagens de saúde e trabalho e da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos resultados apontou várias categorias e subcategorias, dentre as quais, a percepção de sofrimento no trabalho no cotidiano dos funcionários das instituições pesquisadas. Segundo eles, o trabalho de VISA e do CEREST é muito complexo, com desafios diários, nem sempre reconhecidos pela população, como lembrado a seguir.

Ela (população) vê a vigilância como uma segurança. Como um socorro. (B4).

[...] a gente fala em todas as vistorias, que hoje a vigilância não é punitiva, é orientadora, até o ponto de não poder falar mais nada e fechar. A gente vai até o último, ao limite da coisa (B5).

Para Eduardo e Miranda (1998), a imagem que a população tem sobre a VISA está se modificando, as pessoas e as entidades estão começando a reconhecer as ações de VISA, apesar dos funcionários pesquisados mencionarem que não.

Especificamente em relação ao trabalho com a Saúde do Trabalhador, na ótica dos profissionais do CEREST, no cotidiano deles isso ocorre de forma parcial e parece que não terem ainda se apropriado dos conhecimentos desta área.

[...] O nosso foco (do CEREST) não é só a vigilância, não é? A saúde do trabalhador tem várias outras facetas, a gente nunca vai entender profundamente de vigilância [...] (C12).

O conjunto dos dados obtidos indicou que estes dois órgãos (VISA e CEREST) nem sempre atuam de forma integrada, o que permite uma analogia destes contextos de trabalho a um *macrossistema*, cada um com sua cultura, “[...] um conjunto de ideologias, valores e crenças, religiões, forma de governo, culturas e subculturas presentes no cotidiano das pessoas que influenciam seu desenvolvimento”, sob a ótica da Teoria Bioecológica (Bronfenbrenner, 2002 apud Narvaz & Koller, 2004, p. 62).



No cotidiano destes funcionários, o ambiente do trabalho, enquanto local onde os processos produtivos se desenvolvem, foi ressaltado, o que segundo Eduardo e Miranda (1998) expõem frequentemente os cidadãos a riscos e jornadas prolongadas entre outros aspectos, incorrendo em alterações da saúde física e psicológica dos indivíduos e da comunidade. Esta questão de risco é entendida aqui como:

a) A probabilidade de ocorrência de um evento (mórbido ou fatal) – em geral, a VISA trabalha com este tipo de risco; b) representa um termo não-técnico que inclui diversas medidas de probabilidade quanto a desfechos desfavoráveis (Last, 1989 apud Guilam & Castiel, 2006, p. 16).

Uma das atribuições da VISA é identificar, avaliar, eliminar ou minimizar os riscos ocupacionais e os ambientais em termos da saúde do trabalhador, entretanto, o pesquisado abaixo alega ser difícil identificar ou medir tal risco quando não se tem conhecimento sobre o ambiente de trabalho a que este trabalhador está exposto.

Eu acho que na vistoria em si, faz parte levantar os possíveis riscos, os pontos críticos e aí a gente entra com a orientação para minimizar risco, diminuir a exposição a algum agente perigoso e controle de produto. Sempre que a gente vai fazer fiscalização na área de água, a gente procura estar olhando onde que é o depósito de cloro principalmente, quem que mexe e se é só um funcionário, entende, se tem algum treinamento ou não, embora geralmente a maioria não tenha treinamento e capacitação. A gente procura olhar se a pessoa usa luva, máscara, óculos, certo. É isso que a gente faz (E1).

Observa-se aqui que o risco é identificado no nível ambiental (físico, químico e biológico), de acidentes e de comportamento. Laurell e Noriega (1989), no entanto, propõem outra forma de classificar os riscos, ao que denomina “carga de trabalho” elementos do processo de trabalho que interagem entre si e com o corpo humano, gerando processos de adaptação, traduzidos em desgaste, que podem resultar em acidentes de trabalho, adoecimentos, como também comprometer o desenvolvimento psíquico e biológico do

trabalhador. O relato do profissional que segue indica que o trabalhador desconhece o risco ao qual está sujeito:

[...] o trabalhador não sabe, ele desconhece e vai descobrir na hora que ele comer bem e fizer exercício físico, que é bom para diminuir pressão, e ele não sabe que se ele enfrentar o risco no trabalho é ruim para ele, é óbvio que ele vai chegar aqui na hora que ele descobrir. (C7).

Por outro lado, os profissionais de VISA e CEREST relatam também sobre este desgaste no dia a dia deles próprios, ou seja, falam do desgaste do outro enquanto trabalhador e ao mesmo tempo se comparam como sujeitos da própria ação de trabalho.

[...] porque a gente enfrenta situações das mais simples até bem complexas em que o estresse emocional é muito grande. (A6).

[...] a gente tem experiência de pessoas que surtaram dentro da vigilância. [...] Por conta de um estresse emocional muito grande. Porque a vigilância, no nosso caso também, como é municipalizada, a gente atende balcão, atende telefone, ao mesmo tempo em que está fazendo um relatório, que está pensando na ação do dia seguinte ou na ação que passou. Se a gente fez um auto de infração, se a notificação está de acordo [...] (A6).

A presença de fatores estressantes gera uma sobrecarga de trabalho, sugerindo afetar a saúde do profissional da VISA e do CEREST, com reflexos na vida pessoal e profissional. Neste sentido, lembram-se as premissas de Dejours (1992) de que o sofrimento reflete no trabalhador um sentimento de incapacidade e incompetência diante da realidade, especialmente frente ao seu desempenho no trabalho.

[...] Por outro lado acho que essa sensibilização que a gente tem enquanto funcionário público, e pelo nosso próprio adoecimento no trabalho. A gente está sempre estressada, irritado, mal-humorado,



doente, quer sair de licença, quer se afastar e tal... Porque o trabalho é muito pesado [...] e aí você se identifica quando você vê o outro [...] então, quando você se identificar com o outro fica muito mais fácil de perceber essa carga de trabalho. Eu acho que talvez isso seja um fator que levou a vigilância, que não tinha pensado nisso, a começar a pensar, a se preocupar porque as nossas condições de trabalho são péssimas (C12).

É que na visão de municipalização, como nós somos nível Estadual, seria nossa função daqui para frente estar dando o apoio, suporte, para as VISAs municipais, só que a gente vive ao longo do tempo atuando e sem tempo inclusive de dar o apoio e sem estar supervisionando as VISAs municipais. Então faz muito tempo que a gente está tendo que abraçar o mundo com as mãos e não tendo condição nenhuma de fazer um trabalho decente. (D3).

Esse sofrimento somado ao acúmulo de tarefas e a sensação de incompetência e impotência no não cumprimento das normas sanitárias reflete na sobrecarga do profissional de VISA e do CEREST, o que se apresenta intrinsecamente relacionado às mudanças nas questões do macrossistema (visto aqui como as políticas federal, estadual e municipal), na medida em que as ações foram sendo descentralizadas do Estado para o Município. Tais mudanças geraram conflitos nas VISAs Estaduais e, conforme relatos a seguir, não foram respeitados e considerados os profissionais de VISA, com reflexos em sua vida pessoal.

Ao longo do tempo [...] com fechamento e mudanças na hierarquia do Estado inteiro. Nós tivemos e vivenciamos processos de diminuição dos grupos de vigilância sanitária que eram os ERSAs [Escritórios Regionais de Saúde], depois virou grupo de vigilância sanitária. Da noite para o dia o profissional que trabalhava na vigilância sanitária e residia naquela cidade, ele foi jogado para um outro município, obrigado a trabalhar em outro município, sofrer toda aquela situação de viajar todos os dias, então, tem isso também. Nosso governo infelizmente não foca isso [...] (D3).



Vão influenciar na vida familiar e nas relações de trabalho [estas mudanças] (D5).

É o estilo do Estado há muito tempo. Nós não temos mais a função nossa, nós estamos ai, mas, a gente não é mais reconhecida. (D1).

Outro impasse apresentado pelos pesquisados diz respeito ao acúmulo de tarefas, pois muitas VISAs não possuem número suficiente de profissionais capacitados, porém este é um problema que não acomete apenas as VISAs; faz parte do mundo contemporâneo, que segundo Antunes (2008) tem trocado o trabalhador especializado pelo trabalhador polivalente e multifuncional.

A VISA Estadual que tem como atribuição supervisionar as ações dos municípios, além das suas próprias, apresenta dificuldades nesse sentido, por vários motivos. Há programas a serem desenvolvidos, como os de saúde do trabalhador, que também geram conflitos pela sensação de incompetência e impotência no não cumprimento das normas sanitárias.

É que na visão de municipalização, como nós somos nível Estadual, seria nossa função daqui para frente estar dando o apoio, suporte, para as VISAs municipais, só que a gente vive ao longo do tempo atuando e sem tempo inclusive de dar o apoio e sem estar supervisionando as VISAs municipais. Então faz muito tempo que a gente está tendo que abraçar o mundo com as mãos e não tendo condição nenhuma de fazer um trabalho decente. (D3).

[...] segurança no trabalho é mal vista para a vigilância sanitária e ai eu defendo o profissional de VISA porque o que se constata nas vistorias que a gente faz com a Visa é que já tem um monte de coisa para ser vista dentro da vigilância sanitária não é? (F4).

Observam-se aqui, dois pontos importantes. O primeiro se refere à questão das vivências desse trabalhador, o outro, às condições do trabalho contemporâneo, resultando no acirramento das interações entre esses dois sistemas, ou seja, produzindo influências

recíprocas. Essas influências confirmam que os processos de desenvolvimento “[...] variam como uma função conjunta das características da pessoa e do ambiente, permitindo a detecção de efeitos sinérgicos” (Bronfenbrenner, 2011, p. 148).

Em relação a estas características, é possível questionar o quanto as interações são sinérgicas, isto é, se há esforço suficiente por parte dos funcionários em realizar suas ações e contar um com o outro nesse processo. Sobre as influências do contexto de trabalho, observa-se que as dificuldades apontadas por eles demonstram que as experiências e os métodos utilizados para se desenvolverem não foram o suficiente para executarem suas tarefas frente ao processo de mudanças instaurado nos contextos nesses últimos anos, pois:

[...] o ser humano cria o ambiente que dá forma ao seu desenvolvimento humano. Suas ações influenciam os diversos aspectos físicos e culturais que modelam sua ecologia, sendo este esforço o que faz os seres humanos – para melhor ou para pior – produtores ativos de seu próprio desenvolvimento. (Bronfenbrenner, 2011, s.p.).

CONCLUSÃO

Buscou-se nesse estudo apresentar a percepção de sofrimento no trabalho dos profissionais de VISA e do CEREST. Constatou-se a falta de condições adequadas para a execução de suas ações e exposição a constantes situações de risco, cujos reflexos nesses, remetem a sentimentos de incapacidade e incompetência diante da realidade de trabalho.

Pelos relatos, o trabalho executado por estes funcionários resulta em um desgaste constante enquanto trabalhadores, porém, apesar e todas as dificuldades e precariedades, conseguem realizar suas tarefas minimamente. Ao pensarem sobre o que fazem em termos da saúde do trabalhador, parece se verem muito mais como sujeitos de uma ação de saúde sobre o outro e não como sujeitos que também sofrem essa mesma ação. Supõe-se que da consciência sobre tal questão residam, talvez, as mudanças na sua prática e no desenvolvimento humano de todos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes, R. (2008). Século XXI: nova era da precarização estrutural do trabalho? In: Seminário Nacional de Saúde Mental e Trabalho. Nov. 2008, São Paulo – SP. *Anais eletrônicos...* São Paulo: Fundacentro. [Consul. 11 Mai. 2013]. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/dominios/CTN/anexos/Mesa%201%20-%20Ricardo%20Antunes%20texto.pdf>.
- Arendt, H. (2007). *A condição humana*. 10. ed. São Paulo: Forense Universitária.
- Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo*. 4. ed. Coimbra, Portugal: Edições 70.
- Brandt, L.C.; Minayo - Gomez, C. A temática do sofrimento nos estudos sobre trabalho e saúde. In: Minayo - Gomez, C.; Machado, J.M.H.; Pena, P.G.L. (Orgs) (2011). *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Brasil. Congresso Nacional (1990). Lei 8.080/1990 de 19 de setembro de 1990. Dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 set. 1990. [Consul. 20 Mai. 2011]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
- Bronfenbrenner, U. (2011). *Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos*. Porto Alegre: Artmed.
- Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5.ed. ampliada, São Paulo: Cortez-Oboré.
- Eduardo, M.B. P; Miranda, I.C.S.(Colab.) (1998). *Vigilância Sanitária*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. (Série Saúde & Cidadania, n.8).
- Guilam, M.C.R.; Castiel, L.D. Risco e saúde. In: De Seta, M.H.; Pepe, V.L.E.; Oliveira, G.O. (Orgs.) (2006). *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Lacaz, F.A.C. (1996). *Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical*. 456f. Tese (Doutorado em Medicina) Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Campinas.
- Laurell, A.C.; Noriega, M. (1989). *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec.



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



- Narvaz, M. G.; Koller, S. H. O modelo bioecológico do desenvolvimento humano. In: Koller, S. H. (org.) (2004). *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Oliveira, N. T. (2003). Somatização e sofrimento no trabalho. *Revista Virtual Textos & Contextos*. ISSN 1677-9509. n.1 (2). 1-14.

PESQUISAS SOBRE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NO ATENDIMENTO À DEPENDÊNCIA QUÍMICA¹⁸

Edson Siqueyoshi Hamazaki (Universidade Guarulhos)

Paulo Francisco de Castro (Universidade Guarulhos e Universidade de Taubaté)

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar a produção científica publicada em periódicos nacionais com o tema 'dependência química', principalmente no que tange aos procedimentos empregados na avaliação e no atendimento psicológico dos dependentes. A dependência química é, atualmente, um problema de saúde pública que envolve ações multiprofissionais para a compreensão, avaliação e tratamento dos casos. O ser humano, devido aos comportamentos observados na sociedade moderna está, cada vez mais, desenvolvendo quadros de dependência química. Foram analisados artigos publicados em periódicos nacionais sobre o tema, com foco nos aspectos de avaliação e tratamento psicológico. De acordo com esse objetivo foram investigados artigos publicados em bases de dados nacionais, utilizando-se a expressão 'dependência química', indexados na Biblioteca Virtual de Saúde – Psicologia (www.bvs-psi.org.br) que tratassem direta ou indiretamente sobre procedimentos de avaliação psicológica e tratamento, obtendo-se um total de 50 artigos publicados entre 2000 e 2013. Os dados mais incidentes revelaram que: A maior parte dos artigos teve sua publicação em 2004 (14% - N=7), 2008 (14% - N=7), 2006 (10% - N=5), 2010 (10% - N=5) e 2012 (10% - N=5). Foram levantados 19 periódicos com artigos sobre o tema, sendo que a maior quantidade de textos foi encontrada na Revista Brasileira de Psiquiatria (16% - N=8) e na Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul (14% - N=7). Quanto às principais conclusões observadas na análise dos 50 artigos, tem-se grande variedade de considerações e desdobramentos; sendo assim, optou-se em classificar os dados obtidos nas pesquisas em quatro categorias de análise, considerando-se estudos sobre propostas, relações, avaliações e técnicas terapêuticas (46% - N=23), que trataram de diferentes estratégias para acompanhamento e tratamento em casos de dependência química; aspectos característicos do

¹⁸ **Apoio:** PIBIC/UnG - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade Guarulhos.



dependente químico (28% - N=14) que versaram sobre diferentes descrições de aspectos de personalidade, perfil e outras características observadas em indivíduos em dependência química; dependência química na adolescência (16% - N=8) com foco em estudos sobre a dependência química no caso de adolescentes, suas características e desdobramentos e influência da família na recuperação do dependente químico (10% - N=5) que descrevem a função da família e a necessidade de estudos sobre tal aspecto no cuidado ao dependente. No que se refere aos instrumentos de avaliação psicológica, tem-se trabalhos que se utilizaram de entrevistas (38% - N=19) e questionários (16% - N=16) foram os mais incidentes. No que se refere diretamente aos procedimentos de avaliação psicológica, tem-se pequena incidência (N=7) com trabalhos desenvolvidos usando testes psicológicos. Os dados expostos refletem a baixa produção científica sobre o emprego de técnicas de avaliação psicológica no estudo da dependência química, embora questões de ordem psicológica tenham sido abordadas a partir de outros procedimentos de investigação.

Palavras-chave: Dependência Química. Avaliação Psicológica; Produção Científica.

Eixo Temático: Estratégias de diagnóstico aplicadas à Psicologia da Saúde.

INTRODUÇÃO

Segundo Acseirad e Inem (1993), o uso de drogas lícitas e ilícitas generalizou-se. A indústria química coloca uma infinidade de substâncias psicoativas à disposição de todos. Como uma fórmula mágica de resolução dos problemas, estimula-se o consumo de drogas. Motivado, a partir de um ato de vontade, ou por vezes sem que se tenha consciência do que se ingere, o consumo de drogas se generaliza e banaliza. O uso de drogas como prática coletiva muitas vezes se dá de forma integrada à cultura dos povos, caso típico do álcool no Ocidente, mesmo considerando a vasta patologia decorrente de seu uso indevido: o alcoolismo. Outra forma coletiva de uso decorre da prescrição médica, parece ser resultante de uma formação e de um poder médico que se pretende onipotente e da exigência de pacientes, condicionados a receber algum produto em troca da entrega de seus sintomas.

Dependência Química

Síndrome médica bem definida internacionalmente, a dependência de substâncias psicoativas (álcool e drogas), tem seu diagnóstico realizado pela presença de uma variedade de sintomas que indicam uma série de prejuízos e comprometimentos devido ao consumo de substâncias. Considerada doença crônica, como o diabetes e a hipertensão arterial, acompanha o indivíduo por toda a vida e tem seu tratamento direcionado à redução dos sintomas que afetam, além do paciente, sua família e toda a comunidade ao seu redor. Classificada mundialmente entre os transtornos psiquiátricos, a dependência química tem repercussões que abrangem áreas de conhecimento não circunscritas apenas à medicina, como a psicologia, sociologia, direito, pedagogia, entre outras. Característica importante da dependência química é o fato de que apesar dos prejuízos que o indivíduo passa a apresentar devido ao uso de drogas, ainda assim ele mantém o consumo ou retorna a ele (Leite, 1999).

No início da década de 60, a Organização Mundial da Saúde (OMS), decidiu introduzir o conceito de dependência de drogas ou dependência química como sendo um estado do organismo proveniente do uso periódico ou contínuo de certas drogas, o que leva a um desejo físico e/ou psíquico do seu uso. Em uma revisão realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1997, esta passou a definir a dependência química como um estado psíquico e físico que sempre inclui uma compulsão de modo contínuo ou periódico, podendo causar várias doenças crônicas físico-psíquicas, com sérios distúrbios de comportamento. Pode também, ser resultado de fatores biológicos, genéticos, psicossociais, ambientais e culturais. Hoje é considerada uma epidemia social, pois atinge toda a sociedade, desde a classe social mais baixa a mais elevada (Murad, 1998).

Em vários trabalhos, o dependente é chamado de “adicto”, palavra que provém do latim e que etimologicamente significa “escravo”, daí a expressão “drogadicto”, “escravo da droga”, para se referir à condição do usuário no contexto do abuso da substância. Outros autores empregam o termo “toxicomania”, significando um estado de intoxicação periódica e crônica, prejudicial ao usuário e à sociedade, ocasionado pelo uso repetitivo de qualquer droga, seja ela lícita ou ilícita, natural ou sintética. A Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe o termo “farmacodependência”, definindo-o como: “estado físico e/ou psíquico causado pela ação recíproca entre um organismo vivo e um fármaco usado de forma contínua ou periódica, a fim

de experimentar seus efeitos psíquicos ou para evitar o mal-estar causado por sua privação” (Oliveira, 1997, p. 4-5).

O usuário abusivo ou dependente de drogas é um indivíduo que apresenta um comportamento doentio e que requer informações sobre a periculosidade da droga e tratamento, jamais deve ser visto como um criminoso devido ao uso da droga. O álcool, o café e os fármacos, disponíveis nos bares, farmácias e drogarias como remédios para tudo e para todos, também são drogas e passíveis de um consumo abusivo e doentio, o que implica desajuste e doença para o usuário e não crime. (Oliveira, 1997).

Aspectos Psicológicos do Dependente Químico

São considerados aspectos psicológicos do dependente químico a não percepção e negação de problemas relacionados ao uso de drogas, dificuldade para assumir responsabilidades, dificuldade para se perceber em um processo de autodestruição, dificuldade para estabelecer vínculos, depressão, ansiedade, desejo inconsciente de morrer, desorganização e indisciplina que correspondem a uma desorganização interna, imediatismo, baixa autoestima, tendência à fantasia e humor oscilante (Goulart, 2008).

De acordo com Oliveira (1997), pode-se assinalar como características básicas de uma personalidade toxicômana, uma relação ambivalente para com a figura materna; ausência ou presença precária da figura paterna; baixa tolerância à frustração, gerando necessidade de satisfação imediata e incapacidade de esperar ou projetar concretamente uma realização no futuro; prováveis pontos de fixação numa posição esquizo-paranóide, de onde provém a negação, a idealização e o controle onipotente como mecanismos utilizados diante da angústia; instalação patológica de forma permanente da cisão entre objeto bom e mal identificando na droga o objeto bom; personalidade antissocial; comportamento delituoso; falhas no superego que não se mostra coerentemente adaptado às normas sociais vigentes; presença de sentimentos de culpa e ansiedade como motivadores do uso abusivo de drogas; sentimento de incompletude ou vazio, o qual a droga vem suprir; imediatismo; dificuldade de se projetar em um tempo futuro; autoimagem negativa; sentimentos derrotistas; falta de autoestima; sentimentos de inferioridade e ausência de identidade pessoal definida.

Avaliação, Métodos e Terapias no Tratamento da Dependência Química

Segundo Ferreira e Laranjeira (1998), costuma passar despercebida a importância do consumo de substâncias psicoativas na conservação de quadros ansiosos e depressivos, constituindo-se em fator agravante desses quadros. Muitas vezes o paciente não fornece essa informação por iniciativa própria. Todo paciente eufórico, ansioso ou deprimido deve ser indagado sobre o consumo de substâncias psicoativas e sempre que possível deve-se recorrer aos familiares e pessoas próximas para a obtenção complementar, dessas informações. Exames toxicológicos também são ferramentas úteis para a avaliação do grau de dependência. O conjunto dessas informações, expondo a extensão do problema poderá contribuir para uma diminuição da resistência ao tratamento. A avaliação do indivíduo potencialmente dependente deverá reunir informações sobre o desenvolvimento pessoal, história familiar, história social, tratamentos anteriores e resultados apresentados, quais as substâncias de que já fez uso e os efeitos psicológicos, clínicos e comportamentais provenientes desse uso.

De acordo com Leite (1999), a fase de promoção de abstinência pode ser considerada como o início do tratamento. Interromper o ciclo de consumo é o objetivo principal desta fase, estruturar uma rotina cotidiana básica e um sistema fundamental de suporte, ocupando o paciente que inicia o tratamento com atividades que afastem a sua atenção da falta do uso das drogas. A maioria dos dependentes de drogas abandona o tratamento antes do final do segundo mês. Consultas próximas, engajamento em grupos de autoajuda e contatos telefônicos frequentes, podem ser métodos eficientes para a realização dessa prevenção.

Não se deve esquecer que o uso abusivo de drogas faz parte de um processo de alienação social, onde o dependente não exerce um papel próprio e único, isolado do grupo, apresenta uma resposta socialmente aceita e vive uma transição de valores. Nesse particular, para qualquer problema emocional ou social, o uso abusivo de drogas é consequência e não causa de uma desestruturação social muito maior (Oliveira, 1997).

Evitar a recaída pode ser considerado um dos aspectos essenciais do tratamento. Abarca um conjunto de intervenções que vão desde a identificação das situações de risco e as atitudes que devem ser tomadas nessas situações, o equilíbrio do estilo de vida ao estabelecimento de auto recompensas. O número de recaídas entre seis meses e um ano de tratamento alcança 70% dos dependentes. Afetos negativos, pressão no trabalho e conflitos interpessoais conjugados a situações em que se está sozinho em casa ou em reuniões sociais



em que exista o consumo de substâncias, constituem o cenário para que as recaídas aconteçam. Planejamento e treinamento serão importantes para que essas situações sejam identificadas e evitadas (Ferreira & Laranjeira, 1998)

OBJETIVO

Caracterizar a produção científica sobre procedimentos e técnicas de avaliação e intervenção psicológica, aplicados em casos de dependência química.

MÉTODO

Remontando-se aos primórdios da civilização, desde quando as informações passaram a ser divulgadas de forma escrita, o homem busca o conhecimento por meio de material publicado sob diferentes formas. Desde os primeiros papiros, passando-se pelos livros (fonte de maior busca de informação) até os dias atuais onde toda publicação científica está amplamente divulgada por meios eletrônicos e internet, o conhecimento é socializado e, por isso, passível de análises (Côrtez, 2006).

Para apoiar o desenvolvimento de investigações científicas na área, a revisão de literatura é sempre oportuna e possibilita uma rica análise do material publicado. Witter e colaboradores (1997, 1999, 2005), apresentaram profunda discussão e reflexão sobre a metodologia empregada para pesquisas envolvendo produção científica, bem como expôs vários exemplos de pesquisas sobre o tema. Ampliando as possibilidades de investigações que envolvessem produção científica nos mais diferentes contextos e com as mais diferentes estratégias.

Foram investigados 50 artigos nacionais publicados em revistas científicas e indexados na Biblioteca Virtual de Saúde – Psicologia que tratassem direta ou indiretamente sobre procedimentos de avaliação e atendimento psicológico empregados no tratamento da dependência química.

Primeiramente foi acessado o site da Biblioteca Virtual de Saúde – Psicologia (www.bvs-psi.org.br), com a expressão de busca 'Dependência Química'. Após esse levantamento, os

artigos foram separados e lidos detalhadamente. Publicações que não fossem artigos de periódicos científicos, foram desconsiderados da análise, uma vez que a referida base de dados também acessa outras publicações como livros, dissertações, teses e textos de congressos. Após a leitura, aspectos formais e de conteúdo foram levantados para análise.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Aspectos Formais

Tabela 1. Ano de publicação dos artigos analisados

Anos	N	%
2000	1	2,0
2001	2	4,0
2002	2	4,0
2003	3	6,0
2004	7	14
2005	3	6,0
2006	5	10
2007	3	6,0
2008	7	14
2009	3	6,0
2010	5	10
2011	1	2,0
2012	5	10
2013	3	6,0
Total	50	100

De acordo com os dados observados na Tabela 1, observou-se que a maior parte das publicações ocorreu em 2004 (14% - N=7) e 2008 (14% - N=7), na sequência tem-se em 2006 (10% - N=5), 2010 (10% - N=5) e 2012 (10% - N=5), demonstrando que houve maior produção científica sobre dependência química a partir de 2004.

No que se refere ao periódico científico, observou-se a publicação de artigos relacionados ao tema em 19 diferentes revistas, de várias localidades.

Tabela 2. Periódicos responsáveis pelas publicações dos artigos

Periódicos	N	%
Revista Brasileira de Psiquiatria	8	16
Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul	7	14
Revista de Psiquiatria Clínica	5	10
Psicologia: Teoria e Pesquisa	5	10
Jornal Brasileiro de Psicologia	4	8
Psico USF	4	8
Estudos de Psicologia	2	4
Interface - Comunicação, Saúde e Educação	2	4
Psicologia Clínica	2	4
Revista Gaúcha de Enfermagem	2	4
Periódicos com publicação de um artigo	9	18
Total	50	100

A Tabela 2 identifica os periódicos onde os artigos foram publicados. Observa-se que os responsáveis pela maior parte das publicações sobre o tema foram a Revista Brasileira de Psiquiatria (16% - N=8) e a Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul (14% - N=7); seguido por Revista de Psiquiatria Clínica (10% - N=5), Psicologia: Teoria e Pesquisa (10% - N=5), Jornal Brasileiro de Psicologia (8% - N=4) e Psico USF (8% - N=4). 40% dos artigos foram publicados em Revistas de Psiquiatria denotando o interesse da medicina psiquiátrica pela Dependência química.

Outra característica analisada foram os instrumentos utilizados. Os dados relacionados aos instrumentos foram os seguintes:

Tabela 3. Instrumentos utilizados

Instrumentos utilizados	N	%
Entrevistas	19	46
Questionários	8	19
Observação Comportamental	3	7,5
Mini-Exame do Estado Mental	2	5
Estudo Transversal Descritivo	1	2,5
Inventário Beck de Ansiedade*	1	2,5
Teste WCST (Teste Wisconsin de Classificação de Cartas)	1	2,5
Teste TDC (Teste de Desempenho Contínuo)	1	2,5
Teste de Zulliger*	1	2,5
Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister*	1	2,5
Escala University of Rhode Island Change Assessment	1	2,5
Escala Wechsler de Inteligência (WISC III)*	1	2,5
Figuras Complexas de Rey*	1	2,5

*Instrumentos de avaliação psicológica

A Tabela 3 expõe os procedimentos utilizados nas pesquisas e que fazem parte dos artigos analisados, onde se verificou a prevalência de entrevistas (46% - N=19) e questionários (19% - n=8), seguidos por observação comportamental (7,5% - N=3). Em relação aos instrumentos psicológicos, foram utilizados os que se seguem: Inventário Beck de Ansiedade (2,5% - N=1), Teste de Zulliger (2,5% - N=1), Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister (2,5% - N=1), Escala University of Rhode Island Change Assessment (URICA) (2,5% - N=1), Escala Wechsler de Inteligência (WISC III) (2,5% - N=1) e Figuras Complexas de Rey (2,5% - N=1).

Além dos aspectos apresentados, a fonte de dados das pesquisas empíricas também foi identificada. Nos estudos com seres humanos, foram identificadas pesquisas com usuários e famílias, nos estudos sobre metanálise, ou outros levantamentos, foi considerado material como fonte de informações.

Tabela 4. Participantes

Participantes/Fonte	N	%
Usuários	27	54
Material bibliográfico	20	40
Familiares/famílias	3	6
Total	50	100

A Tabela 4 indica que a maior parte das pesquisas sobre o tema foi desenvolvida utilizando-se a população de usuários (54% - N=27). Seguem-se as pesquisas desenvolvidas com a utilização de material bibliográfico (40% - N=20) e com familiares e/ou famílias de usuários (6% - N=3).

Outro aspecto formal importante para análise é o número de vocábulos do título do trabalho. O título deve ser constituído de tal forma que elucide o que será tratado no artigo e merece atenção especial por parte dos autores. Segundo Witter (2005), foca-se em 12 como número de vocábulos esperado para um título, permitindo-se uma variação entre dez e 15, quantidade que, para a autora, possibilita a identificação do texto de forma clara.

Tabela 5. Quantidade de vocábulos nos títulos dos artigos

Vocábulos título	N	%
10 a 15	30	60
4 a 9	14	28
16 ou mais	06	12
Total	50	100

A Tabela 5 apresenta a distribuição da quantidade de vocábulos nos títulos dos artigos analisados e pode-se observar que a maior parte dos textos possuía entre dez e 15 vocábulos (60% - N=30), com média em 12,6 vocábulos empregados, o que caracteriza o material alvo do presente estudo, atendendo ao que se considera recomendado para nomear uma pesquisa.

Tabela 6. Quantidade de autores

Quantidade de autores	N	%
1	03	06
2	18	36
3	08	16
4	07	14
5	06	12
6	03	06
7	01	02
8	02	04
15	01	02
21	01	02
Total	50	100

A maior parte das publicações foi desenvolvida por dois autores (36% - N=18) seguidos por três autores (16% - N=08), quatro autores (14% - N=07) e cinco autores (12% - N=12).

Tabela 7. Instituição dos autores

Instituição dos autores	N	%
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS)	12	16,9
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS)	12	16,9
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)	11	15,5
Universidade de São Paulo (USP)	04	5,6
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre	03	4,2
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	03	4,2
Universidade Federal de Santa Maria	02	2,8
Instituições com incidência única	22	44

A Tabela 7 identifica as instituições dos autores dos artigos publicados. Observa-se que as instituições responsáveis pela maior parte das publicações sobre o tema foram a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (16,9% - N=12) e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (16,9% - N=12), seguidas pela Universidade Federal de São Paulo (15,5% - N=11).

Aspectos de Conteúdo

No que se refere às principais conclusões observadas na análise dos 50 artigos, tem-se grande variedade de considerações e desdobramentos. No sentido de se articular de forma mais clara tais resultados, optou-se em classificar os dados obtidos nas pesquisas por categorias de análise. As categorias foram assim divididas: 1) Propostas, relações, avaliações e técnicas terapêuticas; 2) Aspectos característicos do dependente químico; 3) Dependência química na adolescência e 4) Influência da família na recuperação do dependente químico.

Tabela 8. Categorias dos resultados dos artigos

Categorias	N	%
Propostas, relações, avaliações e técnicas terapêuticas	23	46
Aspectos característicos do dependente químico	14	28
Dependência química na adolescência	08	16
Influência da família na recuperação do dependente químico	05	10
Total	50	100

Após leitura dos artigos, optou-se pela apresentação dos principais resultados obtidos nas pesquisas, a partir das categorias apresentadas. Os resultados foram sintetizados e agrupados conforme segue:

Tabela 9. Principais conclusões – Propostas, relações, avaliações e técnicas terapêuticas

Principais conclusões – Propostas, relações, avaliações e técnicas terapêuticas	N
Técnicas e propostas terapêuticas	11
Instrumentos de pesquisa psicológica na dependência química	06
Jogos terapêuticos	02
O sono e o sonho na dependência química	02
CrITÉRIOS diagnÓsticos	01
Kits oferecidos pelo serviço público de saúde	01
Total	23

As propostas, relações, avaliações e técnicas terapêuticas foram o principal foco das pesquisas analisadas, como pode ser observado na Tabela 9. Questões ligadas às técnicas e propostas terapêuticas com seus vários instrumentos podem ser observadas como conclusão dos estudos.

Segundo Leite (1999), o tratamento da síndrome de dependência de substâncias psicoativas deve ter característica multidisciplinar, com a participação de profissionais de

especialidades diversas (médico clínico, médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro, entre outros). O trabalho de todos os profissionais envolvidos é ao mesmo tempo autônomo e integrado na estratégia de recuperação do indivíduo. As formas de atuação desses profissionais podem ser agrupadas segundo as modalidades de seguimento individual e aconselhamento, psicoterapia individual, psicoterapia em grupo, prevenção de recaída, treinamento de habilidades sociais e tratamento familiar. Ao final, o objetivo de todas estas técnicas é desenvolver no dependente a capacidade de evitar comportamentos associados ao consumo, de maneira a lidar com relacionamentos e fontes de estresse, para aumentar a autoestima e promover uma mudança significativa do seu estilo de vida. Estas estratégias podem ser agrupadas nas modalidades psicoeducacional /aconselhamento ou cognitivo-comportamental, em ambas a prevenção de recaídas é um de seus métodos mais importantes e orientados para a resolução dos conflitos psicológicos. Após o paciente ter alcançado algumas semanas de abstinência e promovido algumas modificações em sua rotina, estas intervenções terão ampla aplicação na busca pela prevenção de recaída (manutenção da abstinência) e a uma real mudança no estilo de vida.

Objetivo obrigatoriamente presente em qualquer terapia eficaz no tratamento do dependente químico é o encontro de um ponto de equilíbrio, em que prevaleçam critérios oriundos da sinceridade, mostrando-se o que se esconde sob as máscaras sociais, usadas pelo dependente e pelos integrantes do seu núcleo familiar. A terapia deverá propiciar o retorno da confiança na linguagem verbal, a sinceridade, o aumento da tolerância à frustração e a capacidade de controle da agressividade e da impulsividade (Oliveira, 1997).

Tabela 10. Principais conclusões – Aspectos característicos do dependente químico

Principais conclusões – Aspectos característicos do dependente químico	N
Diferenças de gênero na dependência química	06
Perfil de usuários	04
Percepção e motivação em relação ao tratamento	02
Dependentes químicos institucionalizados	01
Uso funcional e disfuncional	01
Total	14

Nessa categoria, observa-se a relevância das diferenças de gênero e do traçado do perfil dos usuários nas pesquisas analisadas.

Segundo Byqvist (2006 citado por Ribeiro, Turato, Azevedo & Campos, 2012), existem significativas diferenças na frequência e perfil psicossocial do sexo masculino e feminino nos

abusadores de substâncias psicoativas. Quando comparados com as mulheres, mais homens usam drogas, no entanto, as mulheres tendem a ser mais jovens e enfrentam maiores problemas relacionados com qualidade de vida associados ao abuso de drogas. O uso de tranquilizantes e estimulantes é mais frequente entre mulheres. Homens apresentam com mais frequência, um histórico de abuso de drogas em longo prazo e tendem a continuar usando a droga, mesmo em idades avançadas, enquanto que mulheres com mais idade tendem a parar ou reduzir significativamente o uso de drogas.

Os profissionais da saúde têm sido desafiados a compreender o perfil do usuário de substâncias psicoativas, em vista das dificuldades de manejo e abordagem do problema. Existe uma grande preocupação em estudar o perfil dessa população usuária de drogas (Ferreira Filho, Turchi, Laranjeira & Castelo, 2003).

De acordo com Miller (1991), existem maneiras de se ajudar o paciente dependente químico a motivar-se para mudar, considera ser mais útil assumir uma postura de se somar ao paciente ao invés de querer destruir as defesas egóicas do dependente. Prochaska e DiClementi (1986), estudaram os estágios de mudança, entendendo-os como um processo onde em cada estágio existem aspectos específicos de motivação.

Tabela 11. Principais conclusões – Dependência química na adolescência

Principais conclusões – Dependência química na adolescência	N
Cuidados parentais	05
Perfil do adolescente usuário	01
Influência social	01
Técnicas para tratamento do adolescente	01
Total	08

Outro conjunto de conclusões refere-se à associação da dependência química com a adolescência. Segundo Wagner, Carpenedo, Melo e Silveira (2005), as regras costumam ser questionadas e contestadas na adolescência, a identidade se forma a partir desses questionamentos e contestações.

A adolescência se constitui em uma época de contestações. Acrescida das influências do contexto social, colabora para o desenvolvimento de comportamentos de risco, entre eles o uso de drogas lícitas e ilícitas (Soldara, Dalgalarrrondo, Corrêa Filho & Silva, 2004).

De acordo com Pons (1998), a família, o estabelecimento de laços afetivos entre seus membros, o cuidado, o monitoramento das atividades e amizades e uma conduta social

adequada, são fatores protetores ao uso de drogas pelo adolescente. A disfuncionalidade familiar se correlaciona com um maior risco para o uso de drogas lícitas e ilícitas (Rebolledo, Ortega & Pillon, 2004).

Tabela 12. Principais conclusões – Influência da família na recuperação do dependente químico

Principais conclusões – Influência da família na recuperação do dependente químico	N
Envolvimento da família	03
Perfil dos familiares	02
Total	05

Os resultados indicados na Tabela 11 apresentam diferentes abordagens acerca da influência da família na recuperação do dependente químico. A maneira como a família funciona pode ser protetiva ou de risco para o desenvolvimento e a manutenção da dependência química entre seus membros. Por isso é importante que o tratamento do dependente químico sempre envolva a família, muitas vezes esse sujeito pode estar representando um sintoma do sistema familiar (Tissot, 2006). Orth e Moré (2008) afirmam ser muito difícil sustentar a melhora de um paciente se não houver uma atuação simultânea em seu meio familiar, o que corrobora e complementa as informações anteriores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A metanálise ou estudo de produção científica constitui-se em importante fonte de recursos em pesquisas. O material publicado sobre um determinado assunto pode ser identificado, propiciando a oportunidade de se estudar e se aprofundar em temas emergentes.

Após a análise dos artigos publicados com o tema “dependência química” entre 2000 e 2013, os dados mais incidentes demonstraram que:

Durante o período estudado, os anos de maior produção de artigos foram 2004, 2008, 2006, 2010 e 2012, observando-se média anual de 5,8 artigos publicados. No que se refere aos periódicos, foram levantadas 19 revistas com artigos sobre o tema, sendo que a maior quantidade de textos foi encontrada na Revista Brasileira de Psiquiatria e na Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul.

Houve predomínio de dupla autoria dos trabalhos e uma identificação adequada do número de vocábulos nos títulos, ou seja, entre 10 e 15 palavras. Houve um predomínio de

estudos utilizando-se de propostas, relações, avaliações e técnicas terapêuticas na dependência química.

As áreas de investigação dos trabalhos foram divididas em categorias de análise: Propostas, relações, avaliações e técnicas terapêuticas (46%, N=23); Aspectos característicos do dependente químico (28%, N=14); Dependência química na adolescência (16%, N=08) e Influência da família na recuperação do dependente químico (10%, N=05).

Foram utilizados poucos instrumentos de avaliação psicológica para a coleta de dados das pesquisas, tendo sido utilizadas: O inventário Beck de ansiedade, o Teste de Zulliger, o Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister, a escala University of Rhode Island Change Assessment (URICA), a escala Wechsler de Inteligência (WISC III) e as figuras complexas de Rey. Demonstrando a baixa utilização de instrumentos de avaliação psicológica quando o assunto é dependência química.

Os dados apresentados na presente reflexão dizem respeito ao período estudado e às bases de dados consultadas, outras investigações mostram-se necessárias para que se possa conhecer o estado da arte sobre dependência química.

REFERÊNCIAS

- Acselrad, G. & Inem, C.L. (Orgs). (1993). *Drogas: uma visão contemporânea: I Jornada sobre toxicomania do NEPAD - UERJ*. Rio de Janeiro: Imago.
- Côrtez, P.L. (2006). Considerações sobre a evolução da ciência e da comunicação científica. In: D.A. Poblacion; G.P. Witter & J.F.M. Silva (Orgs.). *Comunicação e produção científica: contexto, indicadores e avaliação*. (pp. 33-5). São Paulo: Angellara.
- Ferreira Filho, O.F., Turchi, M.D., Laranjeira, R.R. & Castelo, A. (2003). Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Revista de Saúde Pública*, 37 (6), 751-759.
- Ferreira, M.P. & Laranjeira, R.R. (1998). Dependência de substâncias psicoativas. In: L.M. Ito (Org.), *Terapia cognitivo-comportamental para transtornos psiquiátricos*. (pp. 91-103). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Goulart, E. (2008). *Dependência química e espiritismo: medos, inibições e fraquezas*. (2ª ed). Rio de Janeiro: CELD.

- Lakatos, E.M. & Marconi, M.A. (1991). *Fundamentos de metodologia científica*. (3ª ed). São Paulo: Atlas.
- Leite, M.C. (1999). *Aspectos básicos do tratamento da Síndrome de Dependência de Substâncias Psicoativas*. Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991). *Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed.
- Murad, J.E. (1998). *Drogas: O que é preciso saber*. (8ª ed). Belo Horizonte: Editora Lê.
- Oliveira, S.C. (1997). *Conversando sobre as drogas*. Rio de Janeiro: Irradiação Cultural.
- Orth, A.P.S. & Moré, C.L.O. (2008). O funcionamento de famílias com membros dependentes de substâncias psicoativas. *Psicologia Argumento*, 26 (55), 293-303.
- Pons, J. (1998). El modelado familiar y el papel educativo de los padres en la etiología del consumo de alcohol em los adolescentes. *Revista Española de Salud Publica*, 72 (3), 251-266.
- Prochaska, J.O. & Diclemente, C.C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In: W.R. Miller & N. Heather (Eds), *Treating addictive behaviors: processes of change*. (pp. 3-27). New York: Plenum Press.
- Rebolledo, E., Ortega, N. & Pillon, S. (2004). Factores de riesgo asociados al uso de drogas en estudiantes adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12, 369-375.
- Ribeiro, D.V.A., Turato, E.R., Azevedo, R.C.S & Campos, C.J.G (2012). Views on treatment adherence among psychoactive substance-dependent women in the outpatient setting: a qualitative study. *Trends Psychiatry Psychotherapy*, 34 (4), 198-206.
- Soldera, M., Dalgarrondo, P., Corrêa Filho, H.R. & Silva, C.A.M. (2004). Uso de drogas psicotrópicas por estudantes: prevalência e fatores sociais associados. *Revista de Saúde Pública*, 38 (2), 277-283.
- Tissot, C.L. (2006). *A influência da família sobre a adesão ao tratamento do dependente químico: um estudo piloto sobre a emoção expressa*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade de São Paulo. Recuperado em 18 de janeiro de 2014 de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-10102006-173615/>.
- Wagner, A., Carpenedo, C., Melo, L.P. & Silveira, P.G. (2005). Estratégias de comunicação familiar: a perspectiva dos filhos adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (2), 277-282.



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



Witter, G.P. (org.). (1997). *Produção científica*. Campinas: Editora Átomo.

Witter, G.P. (org.). (1999). *Produção científica em psicologia e educação*. Campinas: Alínea.

Witter, G.P. (org.). (2005). *Metaciência e psicologia*. Campinas: Alínea.

PLANEJAMENTO FAMILIAR: ANÁLISE DAS PUBLICAÇÕES SOBRE ESTERILIZAÇÃO FEMININA VOLUNTÁRIA

Paula Valente Braz (Universidade de Taubaté)

Edlaine da Cunha (Universidade de Taubaté)

Márcia Assis Lopes (Hospital Universitário de Taubaté)

Adriana Leonidas de Oliveira (Universidade de Taubaté)

RESUMO

Há décadas a esterilização feminina voluntária é meio de controle de fecundidade comum no Brasil. Embora a Constituição Federal Brasileira de 1988 e a Lei nº 9.263/96 viessem a regulamentar o planejamento familiar, apenas em 1997 a Portaria 144 do Ministério da Saúde (MS) regulamentou a esterilização feminina voluntária. Em 1999, a Portaria 048 do MS revogou a anterior e estabeleceu normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização para a realização de tais procedimentos. Esta não lhes estabeleceu, entretanto, um procedimento operacional padrão nacional. Diante dessa omissão normativa, Estados e Municípios desenvolveram procedimentos próprios. O objetivo do presente estudo foi pesquisar as publicações nas bases de dados da *Scientific Eletronic Library Online* (Scielo) e do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT) sobre a esterilização feminina voluntária e identificar o número de trabalhos produzidos, os temas centrais, a área de conhecimento e as principais conclusões alcançadas. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados da Scielo e do IBICT das duas últimas décadas e utilizados os seguintes descritores: esterilização feminina voluntária, laqueadura tubária e reversão da laqueadura tubária. As pesquisas nessas bases de dados resultaram em oito dissertações no IBICT e dez artigos na Scielo. Os temas centrais abordados são sobre os aspectos sociais e reprodutivos das mulheres submetidas ao procedimento de laqueadura tubária voluntária e sobre a aplicação prática da Lei de Planejamento Familiar. Os profissionais da área da saúde que produziram conhecimento sobre o tema são médicos e enfermeiros. As pesquisas concluíram que a vulnerabilidade social tem relação com a realização do procedimento e com o arrependimento de ter se submetido à cirurgia. Isto porque, as mulheres se submetem à

cirurgia em idade precoce (a maioria das entrevistadas já estava esterilizada antes dos trinta e quatro anos). No mais, possuem um número elevado de filhos (quatro ou mais) e baixa escolaridade (apenas o ensino fundamental), e suas atividades profissionais estão voltadas ao cuidado do lar. Sobre os aspectos legais, a aplicação prática da Lei de Planejamento familiar tem se demonstrado incipiente. Dentre as críticas realizadas pelos profissionais da área da saúde e pela população estão: a falta de estrutura física e recursos humanos para práticas relativas ao planejamento familiar nos atendimentos multidisciplinares das redes públicas de saúde, a falta de informação sobre o procedimento e sua reversão, e as interpretações heterogêneas dos profissionais da área da saúde sobre os requisitos da Lei que autorizam a realização da esterilização feminina voluntária em relação à idade das mulheres (especialmente as mais jovens) e o número de filhos. As pesquisas chegam à conclusão de que a Lei não tem satisfeito plenamente os direitos reprodutivos de quem recorre aos serviços de planejamento familiar, por isso, assinalam a necessidade de se pensarem estratégias de atuação dos profissionais da saúde junto à demanda da população local.

Palavras-chave: Esterilização feminina. Laqueadura tubária. Brasil.

INTRODUÇÃO

A esterilização feminina voluntária é meio de controle de fecundidade comum no Brasil. Embora a Constituição Federal Brasileira de 1988 e a Lei nº 9.263/96 regulamentem o planejamento familiar, apenas em 1997 a Portaria 144 do Ministério da Saúde (MS) passou a regulamentar a esterilização feminina voluntária. Em 1999, a Portaria 048 do MS revoga a anterior e estabelece normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização para a realização de tais procedimentos. Esta não lhes estabelece, entretanto, um procedimento operacional padrão nacional, ou seja, Estados e Municípios tem elaborado e desenvolvido procedimentos próprios.

O objetivo do presente estudo foi pesquisar as publicações nas bases de dados da *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT) sobre a esterilização feminina voluntária e identificar o número de trabalhos produzidos, os temas centrais, a área de conhecimento e as principais conclusões alcançadas.

MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados da Scielo e do IBICT das duas últimas décadas e utilizados os seguintes descritores: esterilização feminina voluntária, laqueadura tubária e reversão da laqueadura tubária.

A pesquisa bibliográfica é aquela baseada em materiais já publicados, especialmente livros e artigos (Gil, 1991). Segundo a proposição de Gil (1991) a pesquisa foi realizada nas seguintes etapas: (1) localização e obtenção do material; (2) leitura do material (leitura exploratória; leitura seletiva; leitura analítica e interpretativa; (3) tomada de apontamentos (4) redação do trabalho.

Foram localizadas oito dissertações no IBICT e dez artigos na Scielo, conforme exposto no Quadro 1, sendo que os resultados das análises realizadas serão apresentados e discutidos na próxima seção.

RESULTADOS

No Quadro 1 a seguir, são apresentadas as dissertações e artigos identificados no levantamento bibliográfico:

Base de Dados	Título da dissertação	Autor	Ano
IBICT	EVOLUÇÃO DA PREVALÊNCIA DE LAQUEADURA TUBÁRIA. ASSOCIAÇÃO COM VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS E SOCIAIS DAS MULHERES E DE SEUS COMPANHEIROS	ANTERO MARQUES PERDIGÃO	1996
IBICT	ATENDIMENTO À DEMANDA POR ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA NA REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS	LUIZ EDUARDO CAMPOS DE CARVALHO	2007
IBICT	HIDROLAPAROSCOPIA TRANSVAGINAL NO PROGNÓSTICO CIRÚRGICO DE MULHERES LAQUEADAS CANDIDATAS À REVERSÃO DA ESTERILIZAÇÃO TUBÁRIA	CARLOS HENRIQUE FONTANA VIEIRA	2007

IBICT	MULHERES ESTERILIZADAS VOLUNTARIAMENTE PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM RIBEIRÃO PRETO, SP, SEGUNDO O TIPO DE PARTO	ADRIANA MARTINS RODRIGUES	2007
IBICT	ANÁLISE HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL	ERNANDA IRENE DA SILVA RAMOS	2008
IBICT	ASPECTOS SOCIAIS E REPRODUTIVOS DAS MULHERES SUBMETIDAS À LAQUEADURA TUBÁRIA NA MATERNIDADE MUNICIPAL MÃE ESPERANÇA EM PORTO VELHO/RO	IDA PERÉA MONTEIRO	2009
IBICT	INTENÇÕES E COMPORTAMENTOS REPRODUTIVOS DE MULHERES QUE VIVENCIAM ALTA FECUNDIDADE EM UM GRANDE CENTRO URBANO	VÂNIA MUNIZ NÉQUER SOARES	2009
IBICT	A ESTERILIZAÇÃO CIRÚGICA FEMININA NO BRASIL, CONTROVÉRSIAS NA INTERPRETAÇÃO E DESAFIOS NA APLICAÇÃO DA LEI 9263	SERGIO TOSHIO YAMAMOTO	2011
SCIELO	ESTERILIZAÇÃO FEMININA: LIBERDADE E OPRESSÃO	CARMEN BARROSO	1984
SCIELO	O ARREPENDIMENTO APÓS A ESTERILIZAÇÃO FEMININA	ELISABETH MELONI VIEIRA	1998
SCIELO	LAQUEADURA TUBÁRIA: CARACTERIZAÇÃO DE USUÁRIAS LAQUEADAS DE UM SERVIÇO PÚBLICO	ANA IZABEL OLIVEIRA NICOLAU, MARIA LEONOR COSTA DE MORAES, DIEGO JORGE MAIA LIMA, PRISCILA DE SOUZA AQUINO E ANA KARINA BEZERRA PINHEIRO	2001
SCIELO	SEGUIMENTO DE MULHERES LAQUEADAS ARREPENDIDAS EM SERVIÇO PÚBLICO DE ESTERILIDADE CONJUGAL	ARLETE MARIA DOS SANTOS FERNANDES, MAURÍCIO DE SOUZA ARRUDA, MARCO ANTÔNIO ROCHA	2001



		PALHARES, NEI DANILO BENETTI JUNIOR E CRISTIANE MENABO MOREIRA	
SCIELO	DIREITOS REPRODUTIVOS DE MULHERES E HOMENS FACE À NOVA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA	ELZA BERQUÓ E SUZANA CAVENAGHI	2003
SCIELO	ESTERILIZAÇÃO FEMININA, AIDS E CULTURA MÉDICA: OS CASOS DE SÃO PAULO E PORTO ALEGRE, BRASIL	REGINA MARIA BARBOSA E DANIELA RIVA KNAUTH	2003
SCIELO	OFERTA DA ESTERILIZAÇÃO FEMININA EM RIBEIRÃO PRETO, SÃO PAULO, BRASIL	ELISABETH MELONI VIEIRA E NICHOLAS JOHN FORD	2004
SCIELO	REPRESENTAÇÕES DE UMA EQUIPE DE SAÚDE ACERCA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR E ESTERILIZAÇÃO FEMININA	CLARICE MARCOLINO	2004
SCIELO	LAQUEADURA INTRAPARTO E DE INTERVALO	ARLETE MARIA DOS SANTOS FERNANDES, ALOÍSIO JOSÉ BEDONE, LARISSA CAPOCHIN PAES LEME E ELZA MITIKO YAMADA	2006
SCIELO	ARREPENDIMENTO APÓS A ESTERILIZAÇÃO FEMININA NO BRASIL	LUCIANA FREITAS BARBOSA, IÚRI DA COSTA LEITE E MARINA FERREIRA DE NORONHA	2009

DISCUSSÃO

Muito embora a esterilização feminina voluntária, também conhecida como laqueadura (tubária), seja meio de controle de fecundidade corriqueiro no setor privado de saúde no Brasil,

sua regulamentação legal é recente e não há ainda uma homogeneidade dos procedimentos operacionais padrões que a acompanham em todo o território nacional. Até o ano de 1997 a legislação brasileira era omissa quanto a sua regulamentação, o que impossibilitava o pagamento das cirurgias pelo sistema público de saúde. O artigo 43 do Código de Ética Médica (revogado pela Resolução nº. 1.931/09 do Conselho Federal de Medicina) proibia os profissionais de descumprir “legislação específica nos casos de esterilização” até 1988. No entanto, o ordenamento jurídico brasileiro não contemplava à época legislação específica que proibisse a realização da esterilização feminina voluntária. Diante deste silêncio legislativo, o art. 129, § 2º, inciso III do Código Penal Brasileiro de 1940 era utilizado como referência legal e sua redação, - que considera lesão corporal de natureza grave a ofensa à integridade corporal ou a saúde de outrem da qual resulte perda ou inutilização do membro, sentido ou função, poderia, tecnicamente, revestir de criminalidade o procedimento de esterilização feminina voluntária. Segundo Berquó e Cavenaghi (2003), a aparente ilegalidade do procedimento somada a sua alta procura explicam o fato de que mais da metade das laqueaduras tubárias tenham sido realizadas durante a cesariana no setor privado, e ainda, a elevada incidência de partos cirúrgicos realizados no Brasil em 1996, chegando a 70% em regiões mais desenvolvidas do país. Em 1997, a Portaria 144 do Ministério da Saúde (MS) (em conformidade com a Lei nº. 9.263 de 1996 de Planejamento Familiar) regulamentou a esterilização feminina e masculina voluntária. Os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 1996 demonstraram que a esterilização feminina voluntária era o método contraceptivo mais utilizado dentre os disponíveis (52%), seguido pela pílula anticoncepcional (27%), pela abstinência periódica e pelo coito interrompido (4%) e, pelo menos praticado, a esterilização masculina voluntária (2,4%) (BEMFAN, 1996). Uma década depois, a esterilização feminina voluntária se manteve como o método contraceptivo mais utilizado (29%), seguido pela pílula anticoncepcional (25%), pelo preservativo (12%), pela vasectomia (5%), pelos hormônios injetáveis (4%) e pelo dispositivo intra-uterino (DIU) (2%). Tanto em 1996 quanto em 2006, a maior parte das cirurgias de esterilização feminina voluntária estava associada ao parto cesáreo (59%) (BEMFAN, 2006). Em 1999, a Portaria 48 do MS revogou a anterior e estabeleceu normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização para a execução da esterilização voluntária para ambos os sexos. A laqueadura tubária é um método eficaz e seguro de anticoncepção. Nos Estados Unidos estima-se que um milhão de procedimentos seja realizado anualmente, e metade deles, logo após o parto. No

Brasil, 21,1% das mulheres entre 25 e 29 anos optam por este método bem como 37,6% das mulheres entre 30 e 34 anos. As taxas mais altas incidiram sobre as mulheres em união estável, 26,9% na primeira faixa etária e 42,7% na segunda (Fernandes, Arruda, Palhares, Benetti e Moreira, 2001). A esterilização feminina voluntária abarca, dentre outros, aspectos políticos, éticos, religiosos, demográficos e sociais polêmicos, bem como desconhecimento, insegurança, mitos em relação a outros métodos, falta ou dificuldade de acesso aos métodos e o não esclarecimento por parte dos profissionais de saúde de que a laqueadura é um método anticoncepcional cirúrgico de difícil reversão. A concepção prescinde e é fruto do envolvimento entre um homem e uma mulher, entretanto, a contracepção não é uma decisão partilhada e decidida igualmente por ambos. No cenário brasileiro, a mulher é responsável pela contracepção, sem o apoio masculino, e exerce um papel muito mais de objeto do que de sujeito de sua história sexual e reprodutiva (Nicolau, Moraes, Lima, Aquino e Pinheiro, 2011). Segundo estes autores, a laqueadura tubária e o anticoncepcional hormonal oral respondem por 60% do uso de contraceptivos entre mulheres em união estável com idade entre 15 e 49 anos, enquanto apenas 2,6% dos homens se submetem à vasectomia. De 1996 a 2006, o número de cirurgias caiu de 40,1% para 36,7%, ainda assim, o país apresenta um dos maiores índices do mundo. Embora 40% das mulheres unidas estejam laqueadas, o cenário descrito ocasiona um arrependimento de 11% a 15% nestas mulheres, expressivamente nas mais jovens. A busca pela reanastomose tubária preocupa os serviços de saúde pública, pois nem sempre o tratamento é possível e o sucesso da cirurgia de reversão é variável. Muitas mulheres que buscam os serviços de fertilidade desistem ou não realizam a cirurgia de reversão, e muitas das que são submetidas ao procedimento não conseguem uma gestação viável, o número de gestações com nascidos vivos gira em torno de 30 a 48%. Segundo Barbosa, Leite e Noronha (2009), idade, paridade, mortalidade infantil, divórcio, qualidade dos serviços de planejamento familiar, número e sexo de filhos e a qualidade da relação conjugal do casal estão entre os fatores mais encontrados associados ao arrependimento do procedimento de laqueadura. As pesquisas sobre esterilização feminina voluntária e reversão de laqueadura atentam para o fato de que a interpretação da legislação específica não é uniforme pelos profissionais da área da saúde, em especial pelos médicos que realizam os procedimentos, o que pode contribuir para a dificuldade de acesso à laqueadura e a desinformação da mulher que busca o planejamento familiar junto à rede pública de saúde (Yamamoto, 2011). Com base nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade

responsável, o parágrafo 7º do artigo 226, da CF afirma que “o planejamento familiar é livre decisão do casal” e compete ao Estado “propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito”. Em uníssono, os artigos 1º e 4º, da Lei nº. 9.263 de 1996 (que regulamenta o parágrafo 7º do artigo 226, da Magna Carta), afirmam que o planejamento familiar é direito de todo cidadão, “orientado por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade”, cabendo ao Sistema Único de Saúde “o treinamento de recurso humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando à promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora o direito ao planejamento familiar encontre-se constitucionalmente respaldado, as pesquisas sobre o assunto demonstram que a sua aplicação prática não é eficiente, em especial pela ausência de capacitação dos profissionais envolvidos (Yamamoto, 2011). Neste cenário que se deslinda, as pesquisas sobre esterilização feminina voluntária e reversão da laqueadura surgem como importantes ferramentas na compreensão, análise e caracterização do perfil das mulheres que buscam os serviços públicos de saúde, e na elaboração de políticas públicas de saúde que atendam, efetivamente, a demanda regional existente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barbosa L.F., & Leite I.C., & Noronha, M.F. (2009). *Arrependimento após a esterilização feminina no Brasil*. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* vol.9 nº.2. Recuperado em 03 abril, 2014, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292009000200007&script=sci_arttext.
- Barbosa, R. M., & Knauth, D. R. (2003). *Esterilização feminina, aids e cultura médica: os casos de São Paulo e Porto Alegre, Brasil*. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 19(Sup. 2), S365-S376. Recuperado em 03 abril, 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a18v19s2.pdf>

- Barroso, C. (1984). *Esterilização feminina: liberdade e opressão*. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 18, 170-80. Recuperado em 03 abril, 2014, de <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/viewFile/23216/25242>
- BEMFAN/PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Recuperado em 27 junho, 2014, de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/pnds/atividade_sexual.php
- Berquó, E., & Cavenaghi, S. (2003). *Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2), S441-S453. Recuperado em 03 abril, 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a25v19s2.pdf>
- Carvalho, L. E. C. (2007). *Atendimento à demanda por esterilização cirúrgica voluntária na região metropolitana de Campinas*. Tese de doutorado, Unicamp, Campinas, São Paulo, Brasil.
- Fernandes, A. M. S., & Bedone, A. J., & Leme, L. C. P., & Mitiko, E. (2006). *Laqueadura intraparto e de intervalo*. Rev. Assoc. Med. Bras. 52(5), 323-7. Recuperado em 03 abril, 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n5/a19v52n5.pdf>
- Fernandes, A.M.S, & Arruda, M.S, & Palhares, M.A.R, & Benetti, N.D.J, & Moreira, C.M. (2001). *Seguimento de mulheres laqueadas arrependidas em serviço público de esterilidade conjugal*. RBGO, v. 23, nº 02, 20. Recuperado em 03 abril, 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v23n2/04054.pdf>
- Gil, A. C. (1991). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo, Atlas.
- Marcolino, C. (2004). *Representações de uma equipe de saúde acerca de planejamento familiar e esterilização feminina*. Ver. Esc. Enferm. USP, 38(4), 422-8. Recuperado em 03 abril, 2014, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000400008
- Monteiro I. P. (2009). *Aspectos sociais e reprodutivos das mulheres submetidas à laqueadura tubária na maternidade municipal mãe esperança em Porto Velho/RO*. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília (UnB), Brasília, Brasil.
- Nicolau, A.I.O, & Moraes, M.L.C, & Lima, D.J.M, & Aquino, O.S, & Pinheiro, A.K.B. (2001). *Laqueadura tubária: caracterização de usuárias laqueadas de um serviço público*. Rev Esc Enferm USP, 45(1), 55-61. Recuperado em 03 abril, 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/08.pdf>

- Perdigão, A.M. (1996). *Evolução da prevalência de laqueadura tubária. Associação com variáveis demográficas e sociais das mulheres e de seus companheiros*. Dissertação de mestrado, FCM/UNICAMP, Campinas, São Paulo, Brasil.
- Ramos, F.I.S. (2008). *Análise histórica das públicas de planejamento familiar no Brasil*. Tese de doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, Brasil.
- Rodrigues A. M. (2007). *Mulheres esterilizadas voluntariamente pelo Sistema Único de Saúde em Ribeirão Preto, SP, segundo o tipo de parto*. Tese de mestrado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.
- Soraes, V. M. (2009). *Intenções e comportamentos reprodutivos de mulheres que vivenciam alta fecundidade em um grande centro urbano*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Vieira, C. H. F. (2007). *Hidrolaparoscopia transvaginal no prognóstico cirúrgico de mulheres laqueadas candidatas à reversão da esterilização tubária*. Tese de mestrado, Faculdade de Medicina de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Vieira, E. M., & Ford, N. J. (2004). *Oferta da esterilização feminina em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil*. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5), 1202-1210*. Recuperado em 03 abril, 2014, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500013
- Vieira, E.M. (1998). *O arrependimento após a esterilização feminina*. *Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 14(Supl. 1), 59-68*. Recuperado em 03 abril, 2014, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000500015
- Yamamoto, S.T. (2001). *A esterilização cirúrgica feminina no Brasil, controvérsias na interpretação e desafios na aplicação da Lei 9263*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, Brasil.

PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NO ESTUDO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: PRODUÇÃO CIENTÍFICA¹⁹

Elisabeth de Lima Duarte (Universidade Guarulhos)

Paulo Francisco de Castro (Universidade Guarulhos e Universidade de Taubaté)

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo caracterizar a produção científica sobre procedimentos e técnicas de Avaliação Psicológica, aplicados em casos de gravidez na adolescência. A gravidez na adolescência é, atualmente, um problema de saúde pública e envolve a ação multiprofissional para a compreensão e tratamento dos casos. As adolescentes, devido aos comportamentos observados na sociedade moderna estão, cada vez mais, desenvolvendo quadros de gravidez na adolescência. Foram investigados artigos nacionais publicados em revistas científicas e indexados na Biblioteca Virtual de Saúde – Psicologia (www.bvs-psi.org.br) que tratassem direta ou indiretamente sobre procedimentos de avaliação psicológica empregados na gravidez na adolescência, obtendo-se um total de 58 artigos publicados entre 2000 e 2013. Os dados mais incidentes revelaram que: A maior parte dos artigos teve sua publicação em 2010 (20,69% - N=12), 2009 (18,96% - N=11) e 2011 (15,52% - N=09). Foram levantados 58 periódicos com artigos sobre o tema, sendo que a maior quantidade de textos foi encontrada no Caderno de Saúde Pública (27,59% - N=16) e Revista de Saúde Pública (8,62% - N=05). Quanto às principais conclusões observadas na análise dos 58 artigos, tem-se grande variedade de considerações e desdobramentos que, para facilitar a análise dos dados foram divididos em cinco categorias como segue: Aspectos psicossociais e de saúde geral relacionado à gravidez na adolescência (48,27% - N=28), que versavam sobre estudos acerca de relações estabelecidas entre as adolescentes e as mudanças necessárias para que as mesmas pudessem se adaptar à nova realidade, além de aspectos de saúde geral tais como pressão arterial, nutrição e conduta no pré-natal observadas nas gestantes. Associação da gravidez na adolescência com quadros psicopatológicos (20,69% - N=12), relacionados a

¹⁹ **Apoio:** PIBIC/UnG - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade Guarulhos.



pesquisas sobre o desenvolvimento de psicopatologias em decorrência da gravidez precoce, tais como depressão, pânico ou ansiedade. Comportamento sexual e gravidez na adolescência (12,07% = N=7), observados em estudos sobre comportamento e educação sexual na adolescência. Relação entre gravidez na adolescência e aborto (10,34% - N=6), verificado em pesquisas sobre atitudes e posicionamento sobre o aborto nesse período do desenvolvimento. Influência da família na ocorrência da gravidez na adolescência (8,62% - N=5), identificado em estudos sobre a relação familiar, constituição das relações familiares e sua possível influência na ocorrência da gravidez na adolescência. Os dados expostos refletem a baixa produção científica sobre o emprego de técnicas de avaliação psicológica no estudo da gravidez na adolescência, embora questões de ordem psicológica tenham sido abordadas a partir de outros procedimentos de investigação.

Palavras-chave: Avaliação Psicológica; Gravidez na adolescência; Produção Científica.

Eixo Temático: Estratégias de diagnóstico aplicadas à Psicologia da Saúde

INTRODUÇÃO

Existem várias formas de analisar essa fase da adolescência, enquanto uns falam que é uma forma de vida entre a infância e a fase adulta, outros falam que essa fase tem uma mentalidade própria. Um estudo que investiga o ponto de vista dos profissionais de psicologia que trabalham com adolescentes de um determinado grupo, mostra ser mais uma fase da característica da adolescência do que um processo que se constrói historicamente (Ozella, 2002).

Na adolescência acontecem muitas mudanças ou transformações, nessa fase tudo é ao mesmo tempo aterrorizante e prazeroso, como o fato do adolescente assumir a possibilidade de ter relações sexuais, por outro lado não saberem bem o que fazer quando engravidam. Geralmente as adolescentes aceitam a gravidez como sendo um castigo, mas a assumem mesmo assim, tornando-se difícil aceitar que a gravidez é indesejável, pois essa gravidez é fruto de um ato biológico e não um planejamento consciente, pois no momento da relação sexual busca-se prazer e não a vontade de engravidar, afinal a maior parte dos adolescentes ainda não estão preparados psicologicamente para serem pais (Barker & Castro, 2002).

Gravidez na Adolescência

Na adolescência, acontecem muitas mudanças ou transformações, nessa fase tudo é ao mesmo tempo aterrorizante e prazeroso, como o fato do adolescente assumir a possibilidade de ter relações sexuais, por outro lado não saberem bem o que fazer quando engravidam. Geralmente as adolescentes aceitam a gravidez como sendo um castigo, mas a assumem mesmo assim, tornando-se difícil aceitar que a gravidez é indesejável, pois essa gravidez é fruto de um ato biológico e não um planejamento consciente, pois no momento da relação sexual busca-se prazer e não a vontade de engravidar, afinal a maior parte dos adolescentes ainda não estão preparados psicologicamente para serem pais. A preocupação da gravidez na adolescência aumentou nas últimas décadas em diversos setores da sociedade, crescem-se também os investimentos em recursos humanos e econômicos, tanto na política quanto em programas voltados para atenção a esse fenômeno (Barker & Castro, 2002).

Alguns autores ressaltam que a gravidez na adolescência é um problema social e de saúde pública. Com base nesse argumento, compreende-se que a gravidez na adolescência pode levar a adolescente a ter mais filhos e em um curto espaço de tempo, aumentando a taxa de fecundidade e da população, ressaltando a importância de fazer uma comparação entre classes sociais para saber em qual classe esse fenômeno se destaca mais. Através dos dados do aumento da gravidez na adolescência nas últimas décadas, três fatores podem contribuir nesse índice: com o aumento do número de adolescentes nas últimas décadas o índice de gravidez na adolescência também aumentou, outro fator é a diminuição de fecundidade de mulheres mais velhas e o aumento de gravidez em mulheres mais jovens, comparado ao passado e também ao fato de maior facilidade de acesso das classes populares ao sistema de saúde (Barker & Castro, 2002).

Em relação à gravidez na adolescência ser um problema social e de saúde pública, vê-se também que vale ressaltar que a uma relação entre a idade que ocorre a gravidez e o risco de problemas de saúde, mais isso depende de alguns setores da população. Nos setores onde existem condições precárias para a mãe como a má alimentação e a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, aumenta a incidência de agravo à saúde. Nesse caso, não é a idade que causa risco à saúde e sim as condições sociais e culturais ocorrem a gravidez. Aponta-se a necessidade de investimentos no setor da saúde em abrir espaços para discussões sobre prevenção das possíveis gravidezes indesejadas (Barker & Castro, 2002).

Como a gravidez na adolescência por muitas vezes impossibilita a conclusão dos estudos, limita também a possibilidade de um bom emprego e, por consequência, dificulta o bom desenvolvimento dos filhos, os estudos associam a maioria dos casos de gravidez na adolescência à pobreza. Vale ressaltar que muitas adolescentes fora dos padrões que já citamos aqui se encontrem fora do sistema educacional antes de engravidarem (Barker & Castro, 2002).

A mesma sociedade que critica, também estimula a gravidez, como critério de maturidade de saúde e até de realização da mulher, esse fato se torna importante em setores onde a maternidade é o único caminho para a mulher, levando o método de contracepção entre adolescentes ser pouco efetivo. As condições sociais e culturais são muito mais importantes do que a idade e contexto psicológico e biológico na gravidez, lembrando que isso não se aplica em casos de gravidez em idade muito prematura, onde os riscos são eminentes a saúde da adolescente. A preocupação com a gravidez na adolescência inicial, em relação à mãe e aos filhos, está mais ligada na relação de desenvolvimento e de crescimento de cada adolescente, do que na idade cronológica previamente estabelecida. O foco maior deveria ser o risco biológico e de saúde e não de consequências psicossociais advindas da gravidez. Sendo assim, a gravidez não desejada sem assistência adequada, pode ser considerada um problema, fragilizando ainda mais as adolescentes. Ressalta-se sempre a importância da diferença entre as adolescentes, dos grupos sociais e das pessoas, colocando-se no lugar delas e criando caminhos para escutar os valores e singularidades de cada um (Barker & Castro, 2002).

OBJETIVO

Caracterizar a produção científica sobre procedimentos e técnicas de Avaliação Psicológica, aplicados em casos de gravidez na adolescência.

MÉTODO

Witter e colaboradores (1997, 1999, 2005), apresentaram proposta para o levantamento e análise da produção científica, ampliando as possibilidades de investigações que envolvessem o tema nos mais diferentes contextos e com as mais diferentes estratégias.

Foram investigados 58 artigos nacionais publicados em revistas científicas e indexados na Biblioteca Virtual de Saúde – Psicologia que tratassem direta ou indiretamente sobre procedimentos de avaliação psicológica de gravidez na adolescência.

No primeiro momento foi acessado o site da Biblioteca Virtual de Saúde – Psicologia (www.bvs-psi.org.br) com a combinação das expressões de busca ‘Avaliação Psicológica’ e ‘Gravidez na Adolescência’. Após esse levantamento, os artigos foram separados e lidos detalhadamente. Foram desconsideradas da análise publicações que não fossem artigos de periódicos científicos, uma vez que a referida base dados também acessava outras publicações como livros, dissertações e teses e textos de congressos. Após a leitura, aspectos formais e de conteúdo foram levantados para análise.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Aspectos Formais

Tabela 1. Ano de publicação dos artigos analisados

Anos	N	%
1999	1	1,72
2000	1	1,72
2001	-	-
2003	1	1,72
2004	1	1,72
2005	-	-
2006	5	8,62
2007	2	3,45
2008	7	12,07
2009	11	18,96
2010	12	20,69
2011	9	15,52
2012	8	13,79
2013	-	-
Total	58	99,98

De acordo com os dados observados na Tabela 1, observou-se que a maior parte das publicações ocorreu em 2010 (20,69% - N=12), em 2009 (19,96% - N=11), em 2011 (15,52% - N=09) e 2012 (13,79% - N=08), demonstrando que houve maior produção científica sobre gravidez na adolescência na segunda metade da década dos anos 2000.

No que se refere ao periódico científico, observou-se a publicação de artigos relacionados ao tema em 29 diferentes revistas, de várias localidades.

Tabela 2. Periódicos responsáveis pelas publicações dos artigos

Periódicos	N	%
Caderno Saúde Pública	16	27,59
Revista de Saúde Pública	5	8,62
Ciência e Saúde coletiva	5	8,62
Revista Brasileira de Psiquiatria	4	6,90
Psicologia em Estudo	2	3,45
Psicologia Reflexão e Crítica	2	3,45
Revista Gaúcha de Enfermagem	2	3,45
Periódicos com publicação de um artigo	22	37,92
Total	58	100

A Tabela 2 identifica os periódicos onde os artigos foram publicados. Observa-se que os responsáveis pela maior parte das publicações sobre o tema foram Caderno Saúde Pública (27,59% - N=16), Revista de Saúde Pública (18,62% - N=05); seguido por Ciência e saúde coletiva (8,62% - N=05) e Revista Brasileira de Psiquiatria (6,90% - N=04).

Outra característica analisada foram os instrumentos utilizados. Os dados relacionados aos instrumentos foram os seguintes:

Tabela 3. Instrumentos utilizados

Instrumentos utilizados	N	%
Entrevistas	17	22,08
Testes psicológicos	11	14,28
Questionários	10	12,99
Ficha de dados	2	2,60
Relatos de vida	2	2,60
CID	2	2,60
Estratégias com incidência única	33	1,30

A Tabela 3 expõe os instrumentos utilizados publicados nos artigos analisados, onde se verificou a prevalência Entrevistas (22,08% - N=17), seguido por diferentes testes psicológicos (14,28% - N=11) e Questionários (12,99% - N=10).

Além dos aspectos apresentados, a fonte de dados das pesquisas empíricas também foi identificada. Nos estudos com seres humanos, foram identificadas as faixas etárias dos participantes das pesquisas, nos estudos sobre metanálise, ou outros levantamentos, foi considerado material como fonte de informações.

Tabela 4. Participantes ou fonte das informações

Participantes/Fonte	N	%
Adolescentes	47	81,03
Pais de adolescentes grávidas	3	5,17
Casais adolescentes	1	1,72
Crianças	1	1,72
Não tem	6	10,34
Total	58	99,98

A Tabela 4 indica que a maior parte das pesquisas sobre o tema foi desenvolvida utilizando-se a população de adolescentes (81,03% - N=47), principalmente devido ao foco central deste levantamento, que trata de gravidez na adolescência. Seguem-se as pesquisas desenvolvidas com a utilização de material bibliográfico (10,34% - N=06), pais (5,17% - N=3), crianças (1,72% - N=1) e com casais adolescentes (1,72% - N=1).

Outro aspecto formal importante para análise é o número de vocábulos do título do trabalho. O título deve ser constituído de tal forma que elucide o que será tratado no artigo e merece atenção especial por parte dos autores. Segundo Witter (2005), foca-se em 12 como número de vocábulos esperado para um título, permitindo-se uma variação entre dez e 15, quantidade que, para a autora, possibilita a identificação do texto de forma clara.

Tabela 5. Quantidade de vocábulos nos títulos dos artigos

Vocábulos título	N	%
2 a 9	42	72,41
10 a 15	14	24,14
16 ou mais	2	3,45
Total	58	100

A Tabela 5 apresenta a distribuição da quantidade de vocábulos nos títulos dos artigos analisados e pode-se observar que a maior parte dos textos possuía entre dois e nove vocábulos (72,41% - N=42), o que caracteriza o material alvo do presente estudo, abaixo ao que se considera recomendado para nomear uma pesquisa.

Tabela 6. Quantidade de autores

Quantidade de autores	N	%
2	17	29,31
4	14	24,14
3	11	18,96
5	7	12,07
1	4	6,90
7	2	3,45
6	1	1,72
8	1	1,72
9	1	1,72
Total	58	99,99%

A maior parte das publicações foi desenvolvida por dois autores (29,31% - N=17) e quatro autores (24,14% - N=14).

Tabela 7. Instituição dos autores

Instituição dos autores	N	%
Universidade de São Paulo	9	11,69
Universidade Federal do Rio de Janeiro	7	9,10
Universidade Federal de Pelotas	3	3,90
Universidade Federal de São Paulo	3	3,90
Universidade Federal da Bahia	2	2,60
Universidade Federal de Minas Gerais	2	2,60
Universidade Federal de Santa Catarina	2	2,60
Universidade Federal do Sergipe	2	2,60
Universidade Federal de São Paulo	2	2,60
Universidade Estadual de Campinas	2	2,60
Instituições com incidência única	43	22,41

A Tabela 7 identifica as instituições dos autores dos artigos publicados. Observa-se que a instituição responsável pela maior parte das publicações sobre o tema foi a Universidade de São Paulo (11,69% - N=9), seguida pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (9,10% - N=7), Universidade Federal de Pelotas e Universidade Federal de São Paulo (3,90% - N=3 cada uma).

Aspectos de Conteúdo

No que se refere às principais conclusões observadas na análise dos 58 artigos, tem-se grande variedade de considerações e desdobramentos. No sentido de se articular de forma mais clara tais resultados, optou-se em classificar os dados obtidos nas pesquisas por categorias de análise. As categorias foram assim divididas: 1) Associação da gravidez na

adolescência com quadros psicopatológicos 2) Aspectos psicossociais e de saúde geral relacionado à gravidez na adolescência 3) Influência da família na ocorrência da gravidez na adolescência 4) Relação entre gravidez na adolescência e aborto 5) Comportamento sexual e gravidez na adolescência

Tabela 8. Categorias dos resultados dos artigos

Categorias	N	%
Aspectos psicossociais e de saúde geral relacionado à gravidez na adolescência	28	48,27
Associação da gravidez na adolescência com quadros psicopatológicos	12	20,69
Comportamento sexual e gravidez na adolescência	7	12,07
Relação entre gravidez na adolescência e aborto	6	10,34
Influência da família na ocorrência da gravidez na adolescência	5	8,62
Total	58	99,99

Após leitura dos artigos, optou-se pela apresentação dos principais resultados obtidos nas pesquisas, a partir das categorias apresentadas. Os resultados foram sintetizados e agrupados conforme segue:

Principais conclusões – Aspectos psicossociais e de saúde geral relacionados à gravidez na adolescência

A gestação na adolescência traz profundas mudanças físicas e psíquicas

Maternidade na adolescência com aspectos positivos e negativos

Reflexão sobre o tempo que as adolescentes levam para se adaptar a sua nova vida

A fecundidade do Brasil está menor do que o nível de reposição

A importância do pré-natal nos casos de gravidez na adolescência

Os benefícios da atividade física na gestação

A gravidez na adolescência agrava a situação social e econômica

Adolescentes preferem partos normais devido à recuperação rápida

Como as adolescentes enfrentam situações de cardiopatia fetal

A gestação na adolescência ainda tem muitos preconceitos

Contexto social que favorece a gravidez na adolescência

Abandono de bebês prematuros por suas mães

A mudança de vida da adolescente grávida

A maioria das adolescentes não planejou a gravidez, mas desejou o filho

A importância dos vínculos dos profissionais de saúde com as pacientes

Aumento de gravidez na adolescência e diminuição de filhos por mulher

Programas insuficientes de planejamento familiar para os jovens

Monitoramento dos riscos psicológicos em gravidez de alto risco

Recém-nascido exposto ao tabaco na gravidez tem pior desempenho e testes

Relação entre uso de drogas e aumento de parceiros sexuais em adolescentes

Na maioria dos casos de gravidez, o desenvolvimento acadêmico é afetado.

Importância da alimentação adequada e boa nutrição no período de gravidez

Perdas e ganhos com a gravidez na adolescência

Relatos de muita dor e estresse, entretanto muito apoio também.

A maioria dessas jovens tem renda familiar de até um salário mínimo.

Relato sobre medo, solidão e dor do parto e a transformação de amor com o nascimento.

A adolescente não está preparada para as responsabilidades da maternidade.

Facilitação para implantação do cuidado humanizado no caso de gravidez na adolescência

Quadro 1. Principais conclusões – Aspectos psicossociais e de saúde geral relacionado à gravidez na adolescência.



Os Aspectos psicossociais e de saúde geral relacionado à gravidez na adolescência foram o principal foco das pesquisas analisadas, como pôde ser observado no Quadro 1.

Principais conclusões - Associação da gravidez na adolescência com quadros psicopatológicos

As adolescentes grávidas têm mais ansiedade, depressão e tabagismo.

As gestantes que tem mais vínculo com o feto têm menos ansiedade e depressão

Quanto menor a autoestima, maior a chance de transtornos mentais na gestação.

A depressão pós-parto pode comprometer a relação mãe e criança

Mulheres têm mais transtornos mentais do que os homens nesse período

Maioria das adolescentes grávidas estava com alto índice de estresse

A gravidez na adolescência pode ser considerada de risco ou de proteção

Mulheres com epilepsia têm melhora de qualidade de vida após a gravidez

Depressão e ansiedade na gravidez são fatores de risco mais fortes para a depressão pós-parto

Mulheres que tinham depressão na gravidez tiveram depressão pós-parto

Gestante com atendimento na saúde pública tem alto índice de depressão

Depressão afeta principalmente adolescente grávidas

Quando 2. Principais conclusões - Associação da gravidez na adolescência com quadros psicopatológicos

Nessa categoria, observa-se a grande influência da associação da gravidez na adolescência com quadros psicopatológicos principalmente com quadros de depressão ansiedade e problemas de comportamento.

Na adolescência, como visto anteriormente acontecem muitas mudanças ou transformações, nessa fase tudo é ao mesmo tempo aterrorizante e prazeroso, como o fato do adolescente assumir a possibilidade de ter relações sexuais, por outro lado não saberem bem o que fazer quando engravidam. Geralmente as adolescentes aceitam a gravidez como sendo um castigo, mas a assumem mesmo assim, tornando-se difícil aceitar que a gravidez é indesejável, pois essa gravidez é fruto de um ato biológico e não um planejamento consciente, pois no momento da relação sexual busca-se prazer e não a vontade de engravidar, afinal a maior parte dos adolescentes ainda não estão preparados psicologicamente para serem pais (Barker & Castro, 2002).

**Principais conclusões – Comportamento sexual e gravidez na adolescência**

A maioria das adolescentes tinha conhecimento insatisfatório dos seus órgãos internos

A idade é muito importante para o início da vida sexual

Os jovens tem uma visão da gravidez como punição por ter tido relação sexual

Comportamento sexual e drogas levam ao alto índice de HIV

Quanto mais informação mais os adolescentes usam preservativo

As maiores dos adolescentes usam preservativos mais para prevenir gravidez do que as DSTs

O silêncio da coerção sexual aumenta a vulnerabilidade

Quando 3. Principais conclusões – Comportamento sexual e gravidez na adolescência

Outro conjunto de conclusões refere-se à associação Comportamento sexual e gravidez na adolescência com a falta de informação.

Por causa da urgência sexual dos adolescentes, é necessário muito mais do que fatos para poder orienta-los. Adolescentes precisam desenvolver atitudes, habilidades e valores sociais que os façam se privar de relações sexuais até que tenham a responsabilidade de assumir as consequências (Berger, 2011).

Muitas instituições revisaram seu material sobre educação sexual para tornar mais fácil a interação social. Por exemplo: pesquisas mostram que os adolescentes usam mais preservativos quando tem conhecimento específico sobre como usa-lo, do que ter um conhecimento superficial sobre os perigos e as doenças sexualmente transmissíveis. Esses esforços educacionais tem um impacto muito grande na educação sexual (Berger, 2011; Klajner, 2005).

Principais conclusões - Relação entre gravidez na adolescência e aborto

Sofrimento quando do aborto e necessidade de informação

Mesmo sendo ilegal a maioria das adolescentes opta pelo aborto

A maioria dos abortos ocorre por causa do vírus do HIV

Gestação na adolescência e o aborto interferem negativamente no cotidiano

A maioria dos entrevistados pensou, tentou ou realizou aborto.

Descoberta tardia da gravidez gera dificuldade na tomada de decisão na continuidade da gestação

Quadro 4. Principais conclusões – Relação entre gravidez na adolescência e aborto

Os resultados indicados no Quadro 4 apresentam diferentes relações entre gravidez na adolescência e aborto.

Como a gravidez na adolescência por muitas vezes impossibilita a conclusão dos estudos, limita também a possibilidade de um bom emprego e, por consequência, dificulta o



bom desenvolvimento dos filhos, os estudos associam a maioria dos casos de gravidez na adolescência à pobreza (Barker & Castro, 2002).

Principais conclusões – Influência da família na ocorrência da gravidez na adolescência

Adolescentes mostram satisfação diante do apoio que recebem

Reclamação das jovens da falta de informação e a não aceitação da sexualidade

Apoio que a adolescente recebe na gestação

Relatos dos familiares sobre a gravidez na adolescência

Dificuldade dos pais no diálogo com suas filhas sobre sexualidade

Quadro 5. Principais conclusões – Influência da família na ocorrência da gravidez na adolescência

Enquanto Aberastury e Knobel (1981) explicam sobre a instabilidade e o desequilíbrio constante do adolescente e fala também da vulnerabilidade perante aos pais, irmãos, amigos e sociedade. Ambos explicam que essa fase da adolescência leva algo além do individual, do meio cultural e histórico, afirmando uma crise existencial da adolescência (Ozella, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise de produção científica ou estudo em metanálise constitui-se como importante fonte de recursos em pesquisas. Identificam o material publicado sobre um determinado assunto, criando condições para que temas emergentes possam ser estudados e aprofundados.

Alguns fatores etiológicos da gravidez na adolescência, como aspectos psicossociais e de saúde geral relacionado a gravidez na adolescência podem atuar de forma mais frequente. Após análise de resumos de artigos publicados com o tema “Gravidez na Adolescência” entre 1999 e 2013, os dados mais incidentes demonstraram que:

Durante o período estudado, os anos de maior conteúdo foram 2011, 2010 e 2009. No que se refere ao periódico, foram levantadas 29 diferentes revistas científicas, sendo as mais expressivas, Cadernos de Saúde Pública, Revista de Saúde Pública e Ciência e Saúde Coletiva.

Houve predomínio de dupla autoria dos trabalhos e com a identificação adequada do número de vocábulos no título, ou seja, entre 10 e 15 palavras. Houve predomínio de estudos utilizando-se como fonte de estudos com participação de adolescentes.

As áreas de investigação dos trabalhos foram divididas em categorias de análise, tais como: Aspectos psicossociais e de saúde geral relacionado à gravidez na adolescência, Associação da gravidez na adolescência com quadros psicopatológicos, Comportamento sexual e gravidez na adolescência, Relação entre gravidez na adolescência e aborto, Influência da família na ocorrência da gravidez na adolescência.

Não foram utilizados instrumentos psicológicos para a coleta de dados das pesquisas, demonstrando assim, a baixa utilização de instrumentos psicológicos, quando o assunto é gravidez na adolescência.

Os dados apresentados na presente reflexão dizem respeito ao período estudado e às bases de dados consultadas, outras investigações mostram-se necessárias para que se possa conhecer o estado da arte sobre a gravidez na adolescência.

REFERÊNCIAS

- Aberastury, A. & Knobel, M. (1981). *Adolescência normal*. Porto Alegre: Artmed.
- Berger, K.S. (2011). *O desenvolvimento da pessoa: do nascimento à terceira idade*. (D.C. Alencar, trad.; C.H. Lima, ver.). Rio de Janeiro: LTC.
- Barcker, S.L. & Castro, D.M.F. (2002). Gravidez na adolescente: dando sentido ao acontecimento. In: M.S.J. Contini, S.H. Koller & M.N.S. Barros (Orgs), *Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas*. (pp. 78-84). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Klajner, H. (2005). *Auto estimulação e adolescentes: prevenção de distúrbios comportamentais salde física e mental*. São Paulo: Marco Zero.
- Ozella, S. Adolescência: uma perspectiva crítica. In: M.S.J. Contini, S.H. Koller & M.N.S. Barros (Orgs), *Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas*. (pp. 16-23). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Witter, G.P. (org.). (2005). *Metaciência e psicologia*. Campinas: Alínea.
- Witter, G.P. (org.). (1999). *Produção científica em psicologia e educação*. Campinas: Alínea.
- Witter, G.P. (org.). (1997). *Produção científica*. Campinas: Editora Átomo.

PSICOEDUCAÇÃO PREVENTIVA: CALATONIA E SOCIODRAMA CONSTRUTIVISTA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA NA COMUNIDADE

Dulce Regina Loureiro Conte (F&Z Assessoria e Desenvolvimento em Educação e Saúde Ltda. e ABRAPAHP Associação Brasileira de Programa de Ajuda Humanitária Psicológica)

RESUMO

A prevenção do câncer de mama é passível de controle, em nível secundário, sob condições de detecção precoce. A presente pesquisa-ação foi desenvolvida numa comunidade no “Centro Kardecista – O Semeador” que divulga os ensinamentos da doutrina espírita, presta assistência espiritual e promove assistência social a famílias carentes, asilos e orfanatos no município de Santana de Parnaíba, na Grande São Paulo. Da pesquisa participaram 243 pessoas, entre mulheres, homens, adolescentes e crianças, membros das famílias que integram um programa de Cesta Básica, durante seis encontros semanais com uma hora de atividade. Nessa comunidade, embora houvesse um mamógrafo disponível em um Pronto Atendimento Municipal (PAM) local, as mulheres apresentavam dificuldades em aderir ao exame de mamografia. Os objetivos desta pesquisa foram: capacitar as mulheres da comunidade a confrontar sua impotência, ajudando-as a enfrentar medos, preconceitos e falta de informação sobre o câncer de mama; conscientizá-las da necessidade de exames clínicos preventivos, por meio da co-construção da percepção e da reorganização da consciência da imagem corporal; promover a auto-estima e responsabilidade quanto a prevenção da doença. Como metodologia, foi utilizado o Sociodrama Construtivista de Zampieri (1996) articulado com o Método Calatônico – Calatonia de Sándor (1974). O Sociodrama Construtivista trata-se de um método preventivo e terapêutico, inicialmente aplicado em relação à doença Aids e, também, utilizado com outros temas como, por exemplo, o câncer de mama da presente pesquisa-ação. Esse Método busca as evidências no nível coletivo, em relação a crenças, pensamentos, conceitos e preconceitos da cultura e rediscuti-los, *in situ*, a possibilidade de novas respostas de prevenção. Já o Método Calatônico objetiva promover o relaxamento e a consciência corpórea, desenvolvido para que o paciente se reestruture. Ao conjugar teoria e ação, o método de Sándor consiste em toques sutis na pele e permite constatar tensões e

indisposições individuais e coletivas, exercitar os meios para condicionamentos fisiopsíquicos e, se necessário, adotar novos condicionamentos para propiciar às pessoas uma autopercepção, visando desenvolver suas potencialidades inerentes. Como resultados, o Sociodrama Construtivista aplicado e articulado com o método Calatônico, nos seis Sociodramas Construtivistas temáticos realizados, promoveu ganhos na psicoeducação preventiva, reorganização fisiopsíquica, percepção e consciência corporal. A Psicologia, Saúde e Políticas Públicas visam evitar doenças na população, com base na concepção de que prevenção e busca por imunidade psíquica representam uma espécie de vacina preventiva para o desenvolvimento de forças internas. O método integrado proposto e aplicado mostrou ser um instrumento eficiente e útil para a prevenção do câncer de mama, ao co-construir na comunidade uma rede multiplicadora na educação fisiopsicossocial de prevenção-deteção do câncer de mama. O Sociodrama Construtivista de Zampieri e a Calatonia de Sándor são métodos desenvolvidos por brasileiros que podem colaborar na educação preventiva como mais uma possibilidade da Psicologia cuidar de aspectos fisiopsicossociais.

Palavras-chave: Sociodrama construtivista. Calatonia. Comunidade.

Eixo temático: Psicologia da Saúde e Políticas Públicas.

“O corpo, portador e criador de nossas experiências internas e externas, está, inevitavelmente, presente no drama; corpo às vezes esquecido e relegado a um segundo plano; corpo sempre, inevitavelmente, ator ou ato.” (López Barberá, 1997, p.57).

INTRODUÇÃO

De acordo com a publicação *Estimativa 2014 – Incidência de Câncer no Brasil*, do INCA (2014), há uma previsão de cerca de 580 mil novos casos da doença para este ano de 2014. São números que refletem o resultado do processo de envelhecimento da população brasileira. Tal estimativa consiste de ferramenta para o planejamento e gestão pública na área da oncologia orientando a execução de ação, detecção precoce e tratamento. A Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde – Portal de Saúde Pública (2010) estabeleceu a Declaração da Alma-Ata 1978 e destaca que saúde não representa simplesmente o estado de

ausência de doença e, sim, o estado completo de bem estar físico, mental e social. A prevenção primária reveste-se de ações de prevenção e promoção à saúde que visam evitar doenças e incluem obter informações sobre os problemas prevalentes na saúde e os métodos de prevenção e controle. A prevenção secundária é o conjunto de ações adotadas para identificação e correção precoce dos desvios de normalidade reduzindo a incidência da doença. A prevenção terciária engloba ações para reduzir a incapacidade, permitindo a rápida reintegração social.

Em nível secundário, o câncer de mama é passível de ser controlado sob condições de detecção precoce. Conforme Conte (2012), a prevenção envolve comportamentos de saúde e percepção de ameaça à saúde bem como em conceitos psicológicos de mudança de crenças, valores e atitudes. Implica em ações preventivas de saúde.

O câncer de mama entre outros tipos de câncer são potencialmente curáveis, sendo que Bottino (2009) demonstra que, mesmo assim, o diagnóstico de câncer de mama é uma experiência traumática para a maioria das mulheres. Essa autora realizou uma pesquisa com o objetivo de estimar a prevalência e o impacto do T.E.P.T (Transtorno de Estresse Pós Traumático) na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama antes do início dos tratamentos. Os sintomas do T.E.P.T foram prevalentes e repercutiram negativamente na qualidade de vida das mulheres recém diagnosticadas com câncer de mama. A mesma autora propõe a orientação de intervenções específicas principalmente em populações com recursos escassos, com desigualdade social e altos índices de violência que já contribuem para o aumento do T.E.P.T.

O presente artigo descreve e apresenta resultados de uma pesquisa-ação realizada em uma comunidade na região da Grande São Paulo, apresentado pela autora à FEBRAP-Federação Brasileira de Psicodrama, à coordenação de pós-graduação da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUCGO) e à F&Z Assessoria e Desenvolvimento em Educação e Saúde Ltda, como pré-requisito para obtenção do título de Psicodramatista Foco Terapêutico, tendo como orientadora a Prof. Dra. Ana Maria Fonseca Zampieri.

O enfoque principal do trabalho reporta-se às questões da psicoeducação preventiva, tendo sido desenvolvido através da articulação de dois métodos de trabalho: o método sociodramático construtivista de Zampieri (1996), com foco na detecção precoce do câncer de mama por meio de autoexames, de mamografias e de exames clínicos de rotina com o método



ABPSA

**IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE**

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



Calatônico de Pethő Sándor (1974), considerando a relação da mulher com o seu corpo pela inter-relação de fatores biopsicoambientais presentes no diagnóstico do câncer.

As atividades da pesquisa-ação foram desenvolvidas com uma comunidade nas instalações do “Centro Kardecista – O Semeador” que divulga os ensinamentos da doutrina espírita, presta assistência espiritual e promove assistência social a famílias carentes, asilos e orfanatos no município de Santana de Parnaíba, na Grande São Paulo. Da pesquisa participaram 243 pessoas, entre mulheres, homens, adolescentes e crianças, membros das famílias que integram um programa de Cesta Básica. Nessa comunidade, embora houvesse um mamógrafo disponível em um Pronto Atendimento Municipal (PAM) local, as mulheres apresentavam dificuldades em aderir ao exame de mamografia. Essa comunidade está também num Projeto de Orientação e Terapia de Grupos, coordenado pela psicóloga voluntária Mércia Barbosa Gomes Lopes, as voluntárias Izilda Maria Campos dos Santos e Laíde Angelina Dutra Sarti. Participou também da pesquisa a Psicóloga Sueli da Silva Machado.

OBJETIVOS DA PESQUISA

A pesquisa teve como objetivos principais:

- Capacitar as mulheres da comunidade a se confrontarem com sua impotência, ajudando-as a enfrentar medos, preconceitos e falta de informação sobre o câncer;
- Conscientizá-las da necessidade de exames para detecção precoce do câncer de mama e a enfrentar exames clínicos preventivos;
- Por meio da co-construção da percepção e da reorganização da consciência da imagem corporal, promover a autoestima e responsabilidade quanto à prevenção da doença;
- Descrever crenças, pensamentos, conceitos e preconceitos da conserva cultural desconstruindo significados pré-determinados pelo contexto social para facilitar a educação preventiva do câncer de mama;
- Identificar o corpo, *lôcus* biológico e psíquico da emoção e do pensamento, para promover a conscientização corporal das participantes;
- Co-construir novas respostas de consciência corporal e prevenção do câncer de mama, pela vivência da corporeidade nas dimensões senso-perceptivas e motoras.

BASES DO MÉTODO ARTICULADO

A pesquisa qualitativa, segundo Rey (2002), orienta a produção de idéias e o desejo de teoria. É um processo diferenciado, irregular, pluri-determinado, interativo e histórico, de forma

a representar a subjetividade humana. Qualquer uma das relações desenvolvidas durante a pesquisa deve ser examinada em termos de seus efeitos sobre o tema principal. Já a pesquisa-ação-prevenção é definida por Tripp (2005), como toda tentativa continuada, sistemática e empiricamente fundamentada de aprimorar a prática.

Para a pesquisa-ação foi proposto e aplicado um método articulado entre o Sociodrama Construtivista de Zampieri (1996) e o Método Calatônico de Sándor (1974), a seguir sucintamente descritos.

Sociodrama Construtivista de Zampieri (1996)

O Construtivismo considera a realidade, a reconstrução da narrativa e a intersubjetividade. A partir da filosofia existencialista do Sociodrama, que busca o conhecimento da realidade no “aqui e agora,” associada à busca contínua da co-elaboração da realidade do Construtivismo Social, Zampieri (1996), criou o Sociodrama Construtivista, como método preventivo e terapêutico aplicado em relação à AIDS. Foi desenvolvido com o objetivo de buscar evidências no nível coletivo em relação às crenças, pensamentos, conceitos e preconceitos da cultura. Objetiva, *in situ*, buscar novas respostas de prevenção. Como método de educação preventiva, amplia a conscientização correta dos sintomas objetivos e subjetivos dos meios de transmissão e prevenção. Ao mesmo tempo, busca unir os processos individual, biológico e psicológico ao sociológico.

Método Calatônico de Sándor (1974)

Pethő Sándor, médico húngaro, radicado no Brasil, concebeu o seu Método Calatônico de relaxação e de consciência dos estados psicocorporais, em Hospitais da Cruz Vermelha, durante a Segunda Guerra Mundial. No Brasil, desde a década de 60 é utilizado por psicólogos, fonoaudiólogos e terapeutas corporais. Conforme Sándor (1974), “o relaxamento como instrumento auxiliar na psicoterapia, através da comutação dos processos fisiológicos, suas auto-regulações, ritmos, memórias, reagibilidade e coordenações, retroage sobre a afetividade, alterando também as reações da personalidade, resultando em introspecção e reprodução construtiva das antigas vivências, atingindo assim, novas coordenações e estruturas psicobiológicas.” Sándor ainda afirma que o seu método de relaxamento, quando aplicado na família, faz emergir dimensões de contatos e vivências comuns pouco experimentadas entre pais e filhos, casais, parentes e amigos. Ao conjugar teoria e ação, seu método consiste de

toques sutis na pele. Adequados estímulos nos órgãos dos sentidos transformam processos no cérebro, levando o paciente à tomada de consciência corporal e promovendo, através do relaxamento, a reorganização e o condicionamento fisiopsíquico. Conforme Leme (1998), a regulação se dá de forma unilinear, construída em estruturas circulares como o processo existencial.

LOCAL E POPULAÇÃO

Local: “Centro Kardecista – O Semeador”, no município de Santana do Parnaíba, na Grande São Paulo. Atende mensalmente uma média aproximada de duas mil pessoas.

População: A população participante da pesquisa foi constituída de 243 pessoas, entre homens, mulheres e crianças que são membros de famílias integrantes de um Programa de Cesta Básica.

Demais Participantes e Parceiros: A pesquisa foi inserida dentro do *Projeto de Orientação e Terapia de Grupos*, do Centro Semeador, coordenado pela psicóloga voluntária Mércia Barbosa Gomes Lopes, em conjunto com as voluntárias Izilda Maria C. dos Santos e Laíde Angelina Dutra Sarti, além da psicóloga Sueli Machado.

Também participaram como parceiros do projeto: F&Z, Assessoria e Desenvolvimento em Educação e Saúde Ltda, PUCGO-Pontifícia Universidade Católica de Goiás, ainda com apoio do Rotary Club de Perdizes, Butantã, Barueri/Alphaville.

DESENVOLVIMENTO DOS TRABALHOS

Cada encontro contou com uma hora de atividade. Foram realizados seis encontros às terças feiras, no período da manhã, nos meses de agosto e setembro de 2010, em uma das salas de aula do Semeador. Os encontros foram dirigidos por Dulce Conte, autora deste artigo, com a supervisão da Prof. Dra. Ana Maria Fonseca Zampieri.

O Sociodrama Construtivista preconiza a utilização de três etapas: na primeira, durante o aquecimento específico, são apresentados o tema, os objetivos, a equipe, os dados sociais do grupo e a metodologia; na segunda, é feito o aquecimento preparatório para a ação psicodramática e, por último, na fase da dramatização, o grupo é mobilizado para a experiência

dramática coletiva, protegendo a identidade dos participantes e facilitando o aparecimento das crenças, dúvidas e tabus. Em seguida, o grupo sobe ao palco para trabalhar o seu drama. Na fase do compartilhar, o grupo divide as vivências ocorridas, articula com a realidade em suas inter-relações ou como membros representantes de um drama coletivo. O Diretor é o sociodramatista que tem a função de dirigir o sociodrama. Os egos auxiliares ou cossociodramatistas têm funções específicas de observadores sociais e atores terapeutas que desempenham papéis sociodramáticos requeridos de acordo com o tema.

OBJETOS UTILIZADOS

Durante as sessões, foram utilizados os seguintes objetos:

- Uma prótese com duas bolas almofadadas com acabamento em crochê em forma de seio com mamilos e com um ponto endurecido e palpável, como se fosse um nódulo;
- Para o treino do autoexame, um seio de silicone, com nódulos que se assemelham aos do seio humano com câncer;
- Caixas de lápis de várias cores; folhas de papel livramento Ref. 1006 de cor bege e palitinhos-vareta coloridos; barraquinha do câncer de mama imaginária;
- Caixas de papelão medindo 15 cm de comprimento, 10,5 cm de largura e 3 cm de altura, as quais continham algumas das orientações sobre prevenção;
- Documento de consenso do controle do câncer de mama do INCA (2004) e dados do Hospital A.C. Camargo de (maio/2010).

PROCEDIMENTOS

Inicialmente, os procedimentos constaram do fornecimento de informações sobre detecção-precoce-prevenção do câncer de mama; a devida orientação para os exames clínicos regulares de mamografias e autoexames; a psicoeducação preventiva e a regulação do tônus fisiopsíquico e o recondicionamento do mesmo, a fim de possibilitar a consciência corpórea.

Seguindo os mesmos princípios da técnica original de Sándor (1974), nos Sociodramas Construtivistas, foi utilizada a técnica do *autotoque*, sendo a Calatonia aplicada com o membro do grupo tocando sua própria cabeça. Na descompressão fracionada, os participantes tocam uma das regiões do seu corpo, de melhor conforto para eles, considerando a posição em pé.

Por exemplo: no osso externo, na crista ilíaca e no abdômen. Nos toques de reajustamento dos pontos de apoio do corpo, os membros do grupo, são orientados a notar os pontos nos quais o corpo se apóia. No ritmo da própria respiração, primeiro, devem movimentar cada uma das articulações do corpo todo e pelo lado dominante do seu corpo (direito/esquerdo) e depois, pelo outro lado do corpo. Os Sociodramas Construtivistas, articulados com a Calatonia, foram assim denominados por Conte (2011, pp 11-23):

- 1º Sociodrama Construtivista: Câncer de Mama;
- 2º Sociodrama Construtivista: Calatonia no Câncer de Mama;
- 3º Sociodrama Construtivista: Calatonia;
- 4º Sociodrama Construtivista: Grupo Prevenção Câncer de Mama da Comunidade;
- 5º e 6º Sociodrama Construtivista: Calatonia e detecção-prevenção câncer de mama.

RESULTADOS E BREVE DISCUSSÃO

Nos solilóquios do 1º Sociodrama Construtivista, nas fases do aquecimento inespecífico e específico surgiram palavras: *doença, perigosa, mata, maligna, morte, dor, tumor, benigno, câncer, sofrimento, amputação, preocupação, angústia, recuperação, esperança, depressão, mudança, tratamento, vencedor, sensibilizar, preconceito, depressivo*. A proposta de Zampieri (1996) é rediscuti-las *in situ*. Uma participante de um dos grupos espontaneamente descreveu o autoexame e a mamografia. O mesmo personagem sociodramático demonstrou o autoexame. A diretora solicitou, no 1º Sociodrama Construtivista, o endereço do local para os exames da mamografia. Somente três participantes levantaram a mão. Na fase da dramatização do 1º Sociodrama Construtivista, na etapa início do câncer, a cena dramatizada foi o autoexame, conforme preconizado pelo INCA (2004). Os personagens sociodramáticos no coral, em apresentação imaginária, cantaram: *Apareceu no seio/ tem que cuidar/ tem o diagnóstico/ tem que cuidar/ Apareceu a mancha/ tem que cuidar/ Tem que cuidar*. Este resultado aponta a co-construção das informações na psicoeducação preventiva da proposta de Zampieri (1996). A cena de dramatização do 1º Sociodrama Construtivista foi de *mulheres em fila com expressão de dor de cansaço e de sofrimento*. Um dos homens do grupo, o ego auxiliar espontâneo, que é esposo de uma senhora não presente, com

diagnóstico de câncer e submetida a tratamentos, participou da cena sociodramática e fez o duplo de Schützenberger (1970) com a frase “*Senti o câncer, fiz o tratamento!*”.

No 2º Sociodrama Construtivista, o grupo recebeu informações e orientações sobre a doença câncer e se submeteu às técnicas do método Calatônico que, de acordo com Gabriel (2001), o método está fundamentado no tripé psiconeuroanatômico ligado aos complexos processos da psique. Na fase do compartilhar, os participantes mencionaram que certas informações causaram medo da doença câncer e preocupações quanto a outros temas preventivos, tais como doenças cardíacas e outras. A crença positiva re-estruturadora neste sociodrama foi: “*eu posso prevenir doenças*”.

Entendemos que estímulos na mente e no corpo atravessam a barreira hematoencefálica num processo simultâneo e bidirecional, do corpo ao sistema nervoso e do sistema nervoso para o corpo, da forma como Pert (2000) identifica os mensageiros neuropeptídeos que influenciam o psiquismo, e ainda, segundo Jung (1981) os fatores fisiológicos e psicológicos suscitam os opostos.

As agradáveis sensações no corpo, na fase do compartilhar do 3º Sociodrama Construtivista, também favoreceram a ocorrência dos diálogos no *continuum* saúde-doença. Delmanto (1997) registra que, durante a Guerra, Sándor buscou conhecimentos no campo da neuropsiquiatria para obter as respostas para os traumas com quadros de somatizações.

Diante de determinados sofrimentos, as pessoas necessitam de recursos teórico-técnicos e assistência psicológica para a elaboração e prevenção de possíveis transtornos de estresse pós-traumático como pode ocorrer em mulheres diagnosticadas com câncer de mama, conforme pesquisa de Bottino (2009).

A crença positiva coletiva no 4º Sociodrama Construtivista foi: “*Eu posso fazer exames de detecção precoce do câncer de mama*”. O relaxamento e a consciência dos estados corpóreos também facilitaram a educação preventiva pela articulação da sociatria de Zampieri (1996).

Foi um processo natural a construção das etapas dos 5º e 6º Sociodramas Construtivistas, nos quais busquei entrelaçar as técnicas de relaxamento calatônico de Sándor (1974) e o problema no “aqui agora”, como propõe Zampieri (1996).

No 5º Sociodrama Construtivista, na passeata imaginária, os participantes criaram esculturas espontâneas com as frases e desenhos anteriormente co-construídos pelo grupo, como a frase: “*Mamografia é um ato de carinho e de cuidado com você e com o próximo!*” e os

desenhos de *um seio saudável dentro de uma espiral* e de duas crianças sorrindo, carregando cartazes escritos: *Prevenção. Não ao câncer, faça exames! Dois olhos e uma boca entre o numero um e o sinal de %, formando 100% sua saúde.*

No 6º Sociodrama Construtivista, em um dos grupos no qual estavam presentes vários adolescentes, foi exibido o cartaz: *Amar é prevenir! Toda mulher divide-se em três partes: casa, emprego, família. Agora, é a sua vez. Cuidar de você é cuidar de todos que você ama! Substitua suas atividades por métodos de prevenção. Tais como: visite um médico periodicamente. Faça mamografia, exame de autotoque em sua casa. Lembre-se: “cuidar de você é lembrar do seu próximo”.*

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa-ação-prevenção foi efetiva no sentido de co-construir na comunidade uma rede multiplicadora com a presença de crianças, adolescentes, homens e mulheres na educação fisiopsicossocial de prevenção-deteção do câncer de mama. A articulação do Sociodrama Construtivista Zampieri (1996) e a Calatonia de Sándor (1974), baseia-se em métodos desenvolvidos no Brasil para colaborar na educação preventiva, como mais uma possibilidade da Psicologia, de cuidar dos aspectos fisiopsiquicossociais e espirituais em comunidades que abrangem grupos, casais e famílias.

Considero a psicoeducação preventiva, a reorganização e o condicionamento corporal e psico-emocional como ações imprescindíveis no tema “Psicologia pela Humanidade”. O Sociodrama Construtivista, sinônimo para educação preventiva e o método Calatônico, puderam transmitir consciência de uma maior responsabilidade às mulheres da comunidade para o cuidado com os seus corpos. Ao mesmo tempo em que eram investigados valores, mitos, preconceitos, pelo intercâmbio compensador e complementar entre o consciente e o inconsciente, juntamente com as alterações correspondentes ou análogas do esquema corporal. O relaxamento calatônico na pesquisa-ação ocorreu pelo *autotoque* na pele em concordância com a premissa de que os seres humanos são capazes de autocura, princípio da proposta no trabalho de Shapiro (2007), que reconheço estar presente tanto no Sociodrama Construtivista de Zampieri (1996) como na Calatonia de Sándor (1974).

BIBLIOGRAFIA

- Bottino, M. S., (2009). *Prevalência e Impacto do Tratamento de Estresse-Pós-Traumático em Mulheres Recém Diagnosticadas com Câncer de Mama*. Doutorado em Psiquiatria – Universidade de São Paulo – USP- Orientador: Julio Litvoc.
- Conte, D. (2011). *Calatonia e Prevenção do Câncer de Mama, Sociodrama Construtivista na Comunidade*. Artigo apresentado à coordenação de pós-graduação da Pontifícia Universidade Católica de Goiás e F&Z Assessoria e Desenvolvimento em Educação e Saúde Ltda., FEBRAP e APTF como pré-requisito para obtenção do título de Psicoterapeuta Psicodramático Construtivista de Casais, Famílias e Grupo. Orientadora: Dra. Ana Maria Fonseca Zampieri Goiânia: PUCGO.
- Conte, D. (2012). *Corpo em Jung: estudos em calatonia e práticas integrativas* In Maria Elci Spaccaquerche (Org.), *Calatonia e Sociodrama Construtivista: ações de psicoeducação preventiva* (pp.117-127). São Paulo: Editora Vetor.
- Delmanto, S. (2007). *Toques Sutis*. São Paulo: Summus Editorial Ltda.
- Gabriel, M.S.A. (2001). *Métodos do Trabalho Corporal: uma proposta sutil*. Dissertação de Mestrado em Psicologia – Faculdade de Ciências e Letras-Campus de Assis, Assis: Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”.
- Hospital A.C. Camargo (mai/2010). Texto publicado na Internet no site <http://www.accamargo.org.br/printTipoCâncer.php?page=14&idTipoCâncer+6>
- INCA- Instituto Nacional do Câncer (2004). *Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV), Controle de Câncer de Mama*. Documento de Consenso.
- INCA (2014). *Estimativa 2014 – Incidência de Câncer no Brasil para 2014* <http://www.farmasintese.com.br/noticias/farmas>
- Jung, C.G. (1981). *A Prática da Psicoterapia*. Petrópolis: Ed. Vozes.
- Leme, E.M. (1998). *O corpo-sentido no processo educativo: uma abordagem fenomenológica*. Dissertação de Mestrado em Psicologia-Instituto de Psicologia. São Paulo: USP.
- López Barberá, E. e Knappe, P.P. (1997). *A Escultura na Psicoterapia-Psicodrama e Outras Técnicas de Ação*. São Paulo: Ágora.
- Maturana, H. (2002). *Emoções e Linguagem na Educação e na Política*. Belo Horizonte: Ed. UFMG.



Pert, C. (2000). *Molecole di emozioni*. Milano: TEA.

Portal de Saúde Pública (2010). Alma-Ata de 1978. Declaração disponível na internet no site:
www.saudepublica.web.pt/...promocaosaude/Dec_Alma-Ata.htm

Rey, F. G. (2002). *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*, São Paulo: Pioneira Thomson.

Sándor, P. (1974). *Técnicas de Relaxamento*, São Paulo: Vetor

Shapiro, F. (2007). *EMDR-Dessensibilização e Reprocessamento Através de Movimentos Oculares*. 2ª Ed. Brasília: Nova Temática.

Schützenberger, A.A. (1970). *Teatro da vida-psicodrama*. São Paulo: Livraria Duas Cidades.

Tripp, D. (set-dez 2005). Artigo: *Pesquisa-ação: uma introdução metodológica*. Revista Educação e Pesquisa, São Paulo, (v.31), n.3, pp.443-466.

Zampieri, A.M.F. (1996). *Sociodrama Construtivista da AIDS Método de Construção Grupal na Educação Preventiva da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida*. São Paulo: Editorial Psy.

Zampieri, A.M.F. (2007/2008/2009). Sociodrama Construtivista da Aids como estratégia de prevenção do HIV/Aids para o empoderamento de adolescentes carentes da região de Butantã A.M.F. Pós Doutorado .

**PSICOLOGIA, SAÚDE E EDUCAÇÃO – UNIVERSO DA INVESTIGAÇÃO EM UMA ESCOLA
PÚBLICA DO VALE DO PARAÍBA**

Elisete Gomes Natário (Universidade de Taubaté e Universidade Metropolitana de Santos)

Maria Aparecida Cursino (Universidade Metropolitana de Santos)

RESUMO

Psicologia, Saúde e Educação caminham imbricadas no universo da escola. O objetivo deste estudo foi investigar a opinião de educadores que trabalham em uma escola pública no interior de São Paulo, sobre a importância do trabalho do psicólogo na educação e sua interface com a saúde. Participaram nove educadores, sendo seis professores e três gestores do ensino fundamental e médio, que responderam, individualmente, um questionário semiaberto durante uma reunião pedagógica. Os resultados mostraram que todos os educadores consideram o trabalho do psicólogo importante na educação e que deveria estar voltado ao tripé educando (46,26%), educador (27,27%) e família (9,09%). Em relação ao trabalho realizado com os educandos, a concentração de respostas foram que a atuação do psicólogo seja dirigida aos alunos no apoio e orientação escolar as dificuldades de aprendizagem (27,27%), identificação de alterações no comportamento do educando (9,09%), e encaminhamento externo de alunos com distúrbios (9,09%). Em relação ao trabalho com os educadores, as respostas foram: orientação na relação professor-aluno (10%), orientação continuada do professor (10%). Em relação à família, as respostas foram amplas – orientação de pais (30%). Os educadores, também, responderam com quem o profissional de psicologia poderia trabalhar dentro da instituição escolar e focaram a comunidade escolar - educando, gestor, família, professores e funcionários. Em primeiro lugar trabalhar com os alunos (29,17%) e pais (29,17%) e depois com os professores (20,83%), funcionário (12,83%) e gestores (8,33%). Ao confrontar esta questão sobre o que o psicólogo deveria fazer com a questão com quem ele deveria trabalhar, observa-se que o foco da intervenção no aluno, está no que já está instalado (dificuldade de aprendizagem) e na família e depois nos próprios professores, mas de forma mais preventiva - atuando com orientações. Estes dados revelam que além da diversidade de papéis que o psicólogo exerce no âmbito da educação escolar, a importância do trabalho ser voltado para a

e com a comunidade escolar e as parcerias. As respostas mostraram que a visão dos educadores sobre o trabalho que o psicólogo deveria exercer focam desde o trabalho de prevenção (orientação) e intervenção com a comunidade escolar – integração da saúde, educação e psicologia, mas carece de um olhar sobre a inserção do psicólogo com a gestão da escola e da articulação com as políticas públicas. É necessário investir, no esclarecimento a estes educadores a perspectiva da interdisciplinariedade - intersecção entre o trabalho dos profissionais da psicologia com outros profissionais -, reforçando que o psicólogo na educação deve refletir criticamente sobre as relações sociais para não recorrer ao mecanismo da naturalização como justificativa dos fenômenos psicológicos.

Palavras-chave: Psicologia. Saúde. Educação

Eixo temático: Psicologia, Saúde e Políticas Públicas.

A contribuição da psicologia no campo da educação não se dá apenas dentro de uma instituição de ensino, ela vai além da escola conforme descreve Martinez (2010). O processo de educação também acontece em diferentes espaços, e desse modo à psicologia na educação assume formas diferentes em sua atuação. Entretanto, o que não se pode negar é que no ambiente escolar, o profissional da área de psicologia conta à ajuda de outros profissionais que compõem o campo da educação como: professores, gestores e coordenadores pedagógicos etc.

Deste modo o psicólogo na educação, além de utilizar seus conhecimentos sobre o funcionamento psicológico do ser humano no processo de aprendizagem e desenvolvimento por meio da avaliação e diagnóstico de alunos com distúrbios ou dificuldades de aprendizagem, de acordo com Martinez (2010) ele pode orientar alunos e pais, tanto em relação às dificuldades escolares e em outros assuntos como; a orientação sexual dos alunos que é sem duvida parte importante nos trabalhos do psicólogo educacional dentro do espaço escolar contribuindo para o esclarecimento de duvidas desses alunos, sobre as responsabilidades que são atribuídas a sexualidade humana. Sabe-se que as duvidas, o medo às inseguranças e as ansiedades as aspirações sobre os afetos, estão presente na maioria dos alunos mesmo antes da adolescência. A autora também descreve a importância da atuação do psicólogo na orientação profissional dos alunos principalmente no ensino médio não apenas na

escolha da profissão, mas também como um processo importante para o desenvolvimento psicológico na carreira que se pretende escolher, sua aceitação no mercado de trabalho e auxiliá-los na busca do autoconhecimento, e a capacidade de reflexão sobre sua escolha profissional.

Martinez (2010) ressalta ainda que o psicólogo pode também auxiliar na formação continuada dos docentes, realizar pesquisas que são importantes para obtenção de dados que são relevantes no desenvolvimento da educação ajudando na compreensão de diversos processos e acontecimentos dentro do contexto escolar, que contribui para que decisões possam ser tomadas, visando aprimoramento dos processos educativos, e o psicólogo em conjunto com outros profissionais da área escolar deve realizar pesquisas com toda a comunidade escolar sobre as questões as quais podem contribuir com o aperfeiçoamento do processo educacional.

Marinho-Araújo e Almeida (2003) descrevem a escola como, sendo também, um campo de produção de pesquisa e de intervenção onde são assumidos compromissos teóricos e práticos com as questões relativas à escola e em seus processos dinâmicos, e Witter (2001) revela que a pesquisa pode fornecer elementos fundamentais para a atuação do profissional. Entre diversas funções exercidas pelo psicólogo escolar, espera-se que a pesquisa esteja sempre presente buscando e promovendo novos conhecimentos para melhor intervir, orientar e partilhar responsabilidades junto com outros profissionais. Witter (2001) frisa, também, que em todas as instituições sempre haverá necessidade de realizar estudos investigativos, visto que o primeiro passo sempre é conhecer a realidade – saber para fazer; conhecer para intervir. Além de a escola produzir todos os dias dados relevantes que poderão ser analisados tanto pela equipe escolar como também, pelo psicólogo, e estes dados poderão ser revertidos em novos conhecimentos, a serem utilizados pela equipe de forma interdisciplinar, permitindo assim uma melhor organização destas informações viabilizando e articulando conhecimento e experiência permitindo a detecção e a incorporação de impactos gerados por novos eventos, rupturas socioculturais e dos avanços tecnológicos da ciência.

Já Del Prette (2002) destaca a importância do trabalho do psicólogo no desenvolvimento de programas de ensino que visam atividades nas salas abrangendo os componentes curriculares, e especialmente articular propostas que possam fornecer subsídios para a integração de alunos portadores de necessidade especiais. Além dos projetos pedagógicos, e analisa que, o psicólogo ao atuar na área escolar pode auxiliar no relacionamento professor-

aluno, alunos com os próprios colegas e com os agentes que compõem o setor educativo daquela instituição.

Outra contribuição do psicólogo na educação escolar tão importante quanto as outras que já foram citadas conforme descreve Martinez (2010), está o trabalho que pode ser realizado na esfera institucional principalmente quando se trata da subjetividade social da escola, ela visa às estratégias que possam contribuir para as mudanças e o aperfeiçoamento dos processos educacionais e que o psicólogo ao desenvolver junto à equipe escolar as habilidades de comunicação torna-se um mediador dos conflitos educacionais e contribui para o incentivo e a criatividade, promovendo inovações no trabalho dos educadores e na integração da equipe escolar na organização dos grupos, contribuindo com as modificações dos aspectos relacionados às crenças e costumes seguidos tradicionalmente pela cultura e nas definições coletivas de funções, promovendo reflexões sobre as formas de comunicações entre a equipe para auxiliá-los a resolver os conflitos que são comuns principalmente quando se trabalha de forma coletiva, e causam desarmonias entre os componentes do grupo quanto às diferenças no ponto de vista de cada um.

Assim como foram descritas ao longo deste trabalho inúmeras contribuições do psicólogo na educação não poderia deixar citar também a questão relacionada ao trabalho de prevenção que deve estar presente na educação escolar, porém, Marinho – Araújo & Almeida (2005) ressaltam que em se tratando de prevenção em Psicologia Escolar, não se faz menção ao ajustamento e adequação de situações e comportamentos inadequados e de padrões aceitos pela sociedade, que favorecem e reforçam a autoridade produzida a partir da padronização de comportamentos e atitudes desconsiderando a característica e a histórica e social de cada indivíduo.

Desse modo, a proposta de intervenção preventiva apresentada pela Psicologia Escolar visa à contribuição na reformulação tanto de caráter pessoal como também institucional buscando transformações qualitativas no desenvolvimento humano, por meio das ações do psicólogo escolar que estejam comprometidos com tal objetivo como; a intervir nas “concepções balizadoras” nas ações dos profissionais. É um meio de promover mudanças tanto nestes profissionais como nos alunos, tende a contribuir para a obtenção da oportunidade para que eles possam rever seus conceitos e práticas, de retomarem o que é prioridade, nas modificações de intenções e objetivos etc. Pois diferente de uma visão controladora, a prevenção em na Psicologia Escolar deve ter o respaldo das ações que visem facilitar a

construção de estratégias de ensino de formas diversificadas, gerar reflexões e a conscientização das responsabilidades das funções e dos papéis exercidos pelos indivíduos. Para a superação dos obstáculos juntamente com os demais profissionais da escola a fim de haja a apropriação do conhecimento (Marinho-Araújo & Almeida, 2005).

Compartilhando das mesmas perspectivas teóricas que os demais autores citados anteriormente neste mesmo estudo sobre as contribuições na atuação do psicólogo na escola, Novaes (2002) acrescenta que o psicólogo escolar deve possuir sempre a capacidade de renovar suas ideias. Assim ele poderá aperfeiçoar cada vez mais seus conhecimentos, reavaliar suas práticas e incorporá-las as transformações sociais que visam o bem estar social, enfrentado os desafios que eventualmente possam aparecer ao longo de seu trabalho, encarando-os de modo crítico, devem ter conhecimentos, e suas técnicas devem ser empregadas de forma clara e com ética. Sua formação interdisciplinar concebe em dois sentidos, o primeiro, é a contemplação de diversas áreas de conhecimento que lhe fornece riquezas a sua atuação como profissional psicólogo e o segundo, é sua preparação para desempenhar seu trabalho de forma multidisciplinar em conjunto com outros profissionais.

O objetivo deste estudo foi investigar a opinião de educadores que trabalham em uma escola pública no interior de São Paulo, sobre a importância do trabalho do psicólogo na educação e sua interface com a saúde.

MÉTODO

Para os procedimentos técnicos deste estudo, optou-se pela realização uma pesquisa exploratória que busca desenvolver, explicar transformar conceitos e ideias já que ao formular o problema ou as hipóteses pesquisáveis tende a ser mais precisa para a realização de estudos posteriores. Além de que a pesquisa exploratória apresenta ainda determinadas características de uma população ou fenômeno específico, por meio de estudo de campo, conforme descreve Gil (1999).

Participaram desta pesquisa 9 educadores – 6 professores e 3 gestores, que trabalham em uma escola estadual no interior do estado de São Paulo. A escolha dos participantes por acessibilidade.

Instrumento da Pesquisa

Foi aplicado um questionário semiaberto, que de acordo com Silva & Menezes (2001), questionário é uma série de perguntas que devem ser respondidas por escrito pelos participantes e pode possuir perguntas abertas e fechadas. As perguntas foram elaboradas com base na literatura e buscou discutir quais as contribuições e funções, que o profissional de psicologia pode realizar no do ambiente escolar.

Procedimentos de Coleta de Dados

A pesquisadora dirigiu-se a Instituição Estadual de Ensino Fundamental e Médio. Solicitou a direção da escola uma autorização para o desenvolvimento deste estudo. Solicitou também que a coleta ocorresse na reunião de HTPC – Hora de Trabalho Pedagógico Coletivo. Após a aprovação pelo Comitê de Ética da UNITAU (Número do Parecer: 244.911), a pesquisadora dirigiu-se a Escola e em reunião pedagógica (HTPC), esclareceu sobre objetivo deste estudo. Solicitou a participação de professores e gestores, entregou-lhes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e após assinatura deu-se então, o início da aplicação do questionário no próprio local. Após o preenchimento dos questionários, a pesquisadora recolheu e agradeceu aos educadores pela participação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As respostas dos educadores mostraram que o trabalho do psicólogo na educação escolar deveria estar voltado ao tripé educando (46,26%), educador (27,27%) e família (9,09%), conforme demonstra a Tabela 1. Estes dados demonstram uma concentração nas respostas dos educadores voltadas a atuação do psicólogo na escola dirigida aos alunos no apoio e orientação escolar (27,27%), identificação de alterações no comportamento (9,09%), e encaminhamento externo de alunos com distúrbios (9,09%). Dados estes que convergem aos trabalhos de Del Prette (2002), Novaes (2002), Martinez (2010), sobre a diversidade de papéis que o psicólogo pode exercer no âmbito da educação escolar e a importância do trabalho ser voltado a comunidade escola e em parcerias. As respostas mostram que os educadores têm uma visão adequada do trabalho que o psicólogo deveria exercer, pois focam desde o trabalho

de prevenção – orientação (Marinho- Araújo & Almeida, 2005) - e intervenção com a comunidade escolar.

Ao confrontar esta questão sobre o que o psicólogo deveria fazer com a questão anterior sobre a importância do psicólogo, pode-se perceber que a importância foi focada sobre questões pontuais dos educandos em relação às dificuldades de aprendizagem, mas a visão da atuação do psicólogo é mais ampla. Possivelmente a importância dada ao psicólogo incidiu sobre as questões emergenciais que estes educadores estão vivendo no seu cotidiano escolar.

Tabela 1 – O trabalho do psicólogo na escola, segundo os educadores

Respostas	Frequência*	Porcentagem
<i>Em relação ao educando</i>		
Orientar e dar apoio escolar aos alunos	3	27,27%
Encaminhar alunos com distúrbios	1	9,09%
Identificar alterações do comportamento	1	9,09%
<i>Em relação ao educador</i>		
Orientar o educador	3	27,27%
<i>Em relação à família</i>		
Orientar a família	1	9,09%
<i>Resposta ampla</i>		
Auxiliar na educação	2	18,18%
Total	11	100%

(*) Cada participante poderia dar mais de uma resposta

As prioridades no trabalho do psicólogo na educação, de acordo com os educadores que participaram desta pesquisa basearam-se no tripé: educando (45%), família (30%) e educador (20%), conforme a Tabela 2. Entre as atividades desenvolvidas com alunos verifica-se uma diversidade de trabalho que o psicólogo pode exercer no ambiente escolar, entre elas a orientação profissional (15%), orientação sexual (10%), orientação sobre as drogas (10%), orientação de estudos (10%). Estes dados reforçam os trabalhos realizados por inúmeros teóricos como Del Prette (2002), Novaes (2002), (2005) e Martinez (2010), sobre as atividades que o psicólogo pode realizar na escola diretamente a questões de saúde (sexualidade, drogas).

A pesquisa apesar de aparecer como sendo prioritária para o trabalho a ser realizado pelo psicólogo na instituição escolar foi citada apenas por um educador, conforme a Tabela 2. Este dado vai de encontro com os trabalhos de Witter (2001), ao salientar que apesar da pesquisa exercer um papel extremamente importante na geração de novos conhecimentos,

constatou-se que existe uma carência no conhecimento por parte destes educadores sobre o trabalho do psicólogo como pesquisador no ambiente escolar, e sobre os eventos que ocorrem diariamente dentro da escola são fenômenos importantes que podem ser também investigado pelo psicólogo em conjunto com a equipe escolar e que estes dados podem ser transformados em novos conhecimentos, ser utilizados pela equipe de forma interdisciplinar na investigação e intervenção.

Tabela 2 – Prioridades no trabalho do psicólogo na escola, segundo a opinião dos educadores

Resposta	Frequência*	%
<i>Em relação à família</i>		
Orientação de pais	6	30%
<i>Em relação ao educando</i>		
Orientação profissional	3	15%
Orientação sexual	2	10%
Orientação sobre as drogas	2	10%
Orientação de alunos nos estudos	2	10%
<i>Em relação ao educador</i>		
Orientação na Relação professor-aluno	2	10%
Orientar na formação continuada do professor	2	10%
<i>Em relação à pesquisa</i>		
Auxilia na aquisição de novos conhecimentos importantes na educação	1	5%
Total	20	100%

(*) Cada participante poderia dar mais de uma resposta

As respostas dos educadores sobre com quem o profissional de psicologia poderia trabalhar dentro da instituição escolar focaram a comunidade escolar - educando, gestor, família, professores e funcionários. No entanto, novamente pode se constatar que os três primeiros itens na Tabela 3, formaram novamente o tripé, educando, família e educador. Estes dados confirmam mais uma vez qual a importância do trabalho do psicólogo na escola. Mas, também, adverte que o trabalho do psicólogo no ambiente escolar deve abranger os gestores e os funcionários em geral.

Em relação aos alunos, 29,17% das respostas afirmou que o trabalho do psicólogo poderia ser o de auxílio na aprendizagem, orientação profissional, melhoria da socialização destes e nas relações com seus familiares.

Tabela 3 – Com quem o psicólogo poderia trabalhar na escola, segundo a opinião dos educadores

Respostas	Frequência*	Porcentagem
Com os alunos, na orientação de aprendizagem, escolhas futuras, na socialização e nas relações familiares	7	29,17%
Com os pais, para melhorar o relacionamento familiar, mais participação na aprendizagem dos filhos	7	29,17%
Com os professores, no auxílio da aprendizagem e na relação professor e aluno	5	20,83%
Com os funcionários, dando suporte, auxiliando-os na resolução de conflitos no ambiente de trabalho	3	12,50%
Com gestores, no auxílio das relações interpessoais na resolução de problemas e conflitos que surgem dentro da instituição	2	8,33%
Total	24	100%

(*) Cada participante poderia dar mais de uma resposta

Em relação à família, 29,17% das respostas focaram em orientar os pais para que se interessem mais pela aprendizagem de seus filhos, ajudá-los a desenvolver programas para que possam auxiliar seus filhos na organização de tarefas e a estimularem os filhos à aprendizagem de forma afetiva (Del Prette, 2002).

Em relação ao professor, 20,83% das respostas dos educadores alegaram que na escola o psicólogo ainda poderá trabalhar com a orientação de professores no auxílio da aprendizagem e na relação professor-aluno. Estas ideias foram também encontradas nos trabalhos de Del Prette (2002) e Martinez (2010).

De acordo com os educadores, o trabalho do psicólogo deve abranger também a orientação de funcionários (12,50%), e gestores (8,33%), como mostra a Tabela 3. Esta orientação ajudaria a resolver conflitos gerados nas relações interpessoais dentro da instituição escolar, contribuindo também na melhora da interação com os alunos, conforme ressalta Martinez (2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

O conhecimento dos participantes sobre a atuação do psicólogo no Ensino Fundamental e Médio focou-se no tripé: professores, alunos e família. Juntos formam um elo fundamental no desenvolvimento tanto na aprendizagem intelectual como também no desenvolvimento social,

além de que, os educadores também consideraram os funcionários entre os envolvidos como importantes no complexo relacional existente na escola.

As sugestões dos trabalhos elencados pelos educadores foram compatíveis com as propostas de atuação da Psicologia Escolar como: avaliar, diagnosticar alunos com dificuldades de aprendizagem, orientar sobre o uso de drogas, gravidez precoce, doenças sexualmente transmissíveis, orientação profissional aos alunos no Ensino Médio; orientar e auxiliar na formação dos educandos, como, também, na formação continuada dos professores, mediar conflitos no ambiente escolar na relação professor-aluno, gestores, funcionários e família, participar ativamente na interação social de todos aqueles que participam na educação escolar. Dados estes de vão desde a prevenção a intervenção profissional.

As práticas de atuação preventiva e de pesquisa a serem realizadas pelo psicólogo nesta escola foram as menos mencionadas. Especificamente em relação à pesquisa e sobre a importância da contribuição que ela pode ocasionar no desenvolvimento educacional, percebe-se que há uma carência de conhecimentos destes educadores sobre os inúmeros benefícios que ela pode proporcionar nos trabalhos relacionados ao setor da educação brasileira.

Pode-se constatar a importância da presença do psicólogo no desenvolvimento das atividades no contexto da escola pesquisada. Inclusive para evidenciar a relevância da Psicologia na Educação, sem, no entanto, reforçar a noção da onipotência dessa profissão frente aos demais profissionais.

É necessário investir, também, na perspectiva da interdisciplinaridade - intersecção entre o trabalho dos profissionais da psicologia e da pedagogia-, reforçando que o psicólogo escolar deve refletir criticamente sobre as condições sociais para não recorrer ao mecanismo da naturalização como justificativa dos fenômenos psicológicos. Um modelo crítico de atuação substituiu o modelo clínico de intervenção, por um paradigma interdisciplinar, subjetivador e contextual. A atuação que contemple todos os envolvidos no complexo relacional existente na escola, como professores, funcionários, família e comunidade.

Considerou-se a relevância deste estudo por vislumbrar a compreensão das relações de extrema complexidade e contradição que envolve o cotidiano da escola.

Recomenda-se que futuras pesquisas ampliem esta temática e o universo populacional pesquisado.



REFERÊNCIAS

- Del Prette. Z. A. P. (2002). Psicologia, educação e LDB: novos desafios para velhas questões? In: Guzzo, R. S. L. (Org.). *Psicologia escolar: LDB e educação hoje*. Campinas- SP: Alínea .p. 12-34.
- Gil, A.C. (1999). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 5ªed. São Paulo. Atlas.
- Marinho-Araújo. C.M & Ameida. (2005). S.F. C de. *Psicologia escolar: Construção e consolidação da identidade profissional*. São Paulo: Alínea.
- Martinez. A.M. O que pode fazer o psicólogo na escola?(2010). *Em Aberto*. Brasília, v. 23, n. 83, p. 39-56, mar. Disponível<<http://www.rbep.inep.gov.br/index.php/emaberto/article/viewFile/1634/1298>>. Acesso em: 25 set. 2013, às 21h40min.
- Novaes. M. H. A. (2002). convivência em novos espaços e tempos educativos. In: Guzzo. R. S. L. (Org.). *Psicologia escolar: LDB e educação hoje*. Campinas, SP: Alínea. p. 91-102.
- Silva. E. L. & Menezes. E. M. (2001). *Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação*. UFSC. Acesso em 15 mai. 2013, às 20h30min.
- Witter. G.P. (2001). Pesquisa em Psicologia Escolar no Brasil. In: Wechsler. S. M (Org.). *Psicologia escolar: pesquisa, formação e prática* Campinas: Alínea. p. 39-60.

QUALIDADE DE VIDA E DINÂMICA FAMILIAR DO IDOSO: ESTUDO EXPLORATÓRIO NA CIDADE DE TAUBATÉ (SP)²⁰

Priscilla Gomes Rezende (Universidade de Taubaté)

Adriana Leonidas de Oliveira (Universidade de Taubaté)

RESUMO

Devido à queda progressiva das taxas de mortalidade e de fecundidade nos países desenvolvidos e ainda em desenvolvimento, o índice de envelhecimento das populações vem aumentando. Tendo em vista o fenômeno do envelhecimento e a importância desse fenômeno em ser estudado e discutido em diversas áreas de conhecimento, esse estudo tem como objetivo geral caracterizar a dinâmica familiar e a qualidade de vida de uma amostra de idosos da cidade de Taubaté (SP). Como objetivo específico, buscou-se caracterizar a Qualidade de Vida dos idosos nos domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente; e, levantar e analisar as características da estrutura e dinâmica familiar de idosos, caracterizando os valores, costumes e rituais presentes nas famílias. Esse estudo possui caráter de pesquisa exploratória, realizado por meio de abordagem quantitativa, e utilizou dois instrumentos para coleta de dados: Questionário sobre a Família na Fase Última do Ciclo vital e WHOQOL-BREF. A amostra foi composta por 35 idosos residentes da cidade de Taubaté. Os dados foram tabulados e analisados com o auxílio do software Excel. Os resultados acerca da qualidade de vida mostram que os idosos participantes da pesquisa percebem, no geral, uma boa qualidade de vida, e também apresentam-se satisfeitos em relação à saúde geral. Referente à estrutura e à dinâmica familiar e aos papéis que cada membro desempenha dentro da família foi possível observar que às mães é dado o papel de cuidar da organização da casa, sendo também responsável pelas atividades domésticas, e ao pai é dado o papel de proteger a família e a responsabilidade do sustento econômico. Quanto aos filhos é dada a responsabilidade de obedecer às regras familiares. Entre as famílias, no que se diz respeito à relação, foi possível observar que há respeito entre os membros. Em relação ao casal idoso constata-se que a amizade prevalece nesta fase da vida e que estão em maior parte preocupados com seus

²⁰ **Apoio:** PIBIC-CNPq/UNITAU

descendentes (netos), pensando em organizar a vida para que haja uma preservação do patrimônio familiar e para deixar bons valores para os seus descendentes. A aposentadoria é percebida pela maioria dos idosos como um merecido descanso, e possibilidade de estar mais com a família. Apesar dos esforços para garantir uma velhice mais ativa, saudável e menos dependente, a maioria dos idosos experimenta alguma fragilidade nessa fase, sendo de real importância uma visão abrangente acerca desse fenômeno, para que profissionais de diversas áreas possam desenvolver novos projetos de estudos dando uma atenção cada vez maior ao fenômeno do envelhecimento.

Palavras-chave: Envelhecimento. Qualidade de Vida. Dinâmica Familiar.

INTRODUÇÃO

Conforme Litvoc e Brito (2004), as facetas que caracterizam o processo do envelhecimento exigem uma abordagem e conceito de saúde difundido pela Organização Mundial da Saúde em 1947, como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência da doença ou enfermidade”. Segundo esses autores, uma das maiores características da população mundial nesse século é o aumento de pessoas com 60 anos de idade e mais. No Brasil, a situação do quadro demográfico é consequente de mudanças que vem acontecendo de maneira rápida e possui características como a redução da mortalidade infantil e declínio da fecundidade; tem-se mostrado mais evidente essa mudança populacional nos indicadores relacionados à estrutura etária, sendo possível observar um aumento da esperança de vida ao nascer (Litvoc & Brito, 2004).

O envelhecimento é caracterizado como um processo dinâmico, progressivo e irreversível, onde interagem os fatores biológicos, psíquicos e sociais; a importância maior ou menor desses fatores e o diferente grau de interação entre eles justificam a variabilidade de comportamento biológico e psicossocial de um idoso em relação ao outro (Litvoc & Brito, 2004).

De acordo com Caldas (1998), o fenômeno do envelhecimento tem despertado a atenção para os problemas enfrentados pelos idosos além da necessidade de garantir condições que propiciem um envelhecimento com dignidade. Na fase final do ciclo vital, a manutenção de autonomia está relacionada à qualidade de vida, sendo possível ser quantificada por meio do grau de autonomia com que um indivíduo exerce as atividades do dia-

a-dia, tornando-o independente dentro de seu contexto socioeconômico-cultural. (Kalache, 1987).

O conhecimento acerca da qualidade de vida, conforme Almeida et al. (2012), é caracterizada como uma área multidisciplinar, indentificando-na em relação à saúde, lazer, moradias, hábitos de atividade física e alimentação; e englobando diversas formas de conhecimento popular e conceitos que permeiam a vida das pessoas como um todo, tanto nos aspectos subjetivos, como nos objetivos, lidando com a percepção e expectativa subjetivas sobre a vida e questões objetivas como o ato diante das enfermidades.

A esfera de percepção subjetiva da qualidade de vida está relacionada às ações individuais mediante a própria vida do indivíduo, englobando sentimentos e juízos de valor atrelado à carga cultural, ao ambiente e local em que o indivíduo vive além das condições de desenvolvimento que são possíveis para sua vida. Estes aspectos direcionam o indivíduo desde sua ação perante a sociedade, até os meios de percepção e julgamento de sua vida por meio das expectativas e do entendimento de bem-estar do grupo a qual convive (Almeida et al., 2012). Já a esfera objetiva lida com a garantia e a satisfação das necessidades básicas do sujeito, tal como alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, saúde e lazer (Minayo, 2000 como citado em Almeida et al., 2012), e independe da interpretação do indivíduo de sua própria vida, pois lida com as possibilidades de consumo e a utilização de bens materiais (Almeida et al., 2012).

Muitas vezes, na população idosa, os valores culturais são marcados pelo papel que a família exerce, e esta é considerado o habitat natural da pessoa, conforme Jede e Spuldaro (2009), sendo assim, é possível considerar que o relacionamento com a família é importante em qualquer fase da vida, especialmente na fase última do ciclo vital.

A família é pensada por Cervený et al (2002, p.17) como um sistema de relações que opera em torno de princípios básicos e que evolui no seu desenvolvimento de maneira particular e complexo determinada por inúmeros fatores. Conforme Cervený et al (1997, como citado em Cervený et al. 2002, p. 18), as rotinas, regras, rituais, segredos e outros padrões interativos que fazem parte da vida cotidiana da família, protegem o sistema e asseguram uma continuidade de uma geração para outra, em meio às mudanças externas. A autora afirma ainda, que a unidade familiar também é um sistema composto por indivíduos que podem ser considerados sistemas e ainda ser parte do sistema familiar como um todo, onde se inclui em outros sistemas mais amplos (econômico, sociocultural, entre outros).

É possível descrever a família como uma estrutura rígida, considerando a qualidade de suas regras, a definição de sua hierarquia, o delineamento dos papéis assumidos por seus membros e outros aspectos que nos retrata a estrutura de uma família (Cervený et al, 2002, p. 20). Mas também pode ser levado em conta o funcionamento, a dinâmica (relação, vínculo, problemas e conflitos, rituais cultivados); e ainda, a etapa desenvolvimental da família (começo, filhos pequenos ou adultos, pais jovens ou de meia idade, quantas gerações), e esse último aspecto dá a descrição da família em relação ao ciclo de desenvolvimento, da etapa na qual a família está inserida, ou seja, do seu ciclo vital (Cervený et al, 2002, p. 20).

O Ciclo Vital Familiar é definido por Cervený et al (2002, p. 21) como “um conjunto de etapas ou fases definidas sob alguns critérios (idade dos pais, dos filhos, tempo de união de um casal entre outros) pelos quais as famílias passam, desde o início da sua constituição em uma geração até a morte do ou dos indivíduos que a iniciaram”. Conforme a autora, nas fases iniciais da vida, o indivíduo possui uma relação de dependência, e gradativamente vai desenvolvendo formas mais independentes de se relacionar com os membros da família, até chegar à fase adulta, onde o padrão das relações se torna mais equilibrado. Ao longo do processo, os afetos, as percepções dos papéis e funções de cada um, a dinâmica das relações e o investimento emocional também sofrem mudanças e reorganização, fazendo com que cada etapa o significado que o sistema adquire na vida particular de cada indivíduo seja diferenciado; sendo assim, a subjetividade individual é construída a partir da subjetividade do sistema, da mesma maneira que esta é construída pelas subjetividades individuais (Cervený et al, 2002, p. 21-22).

Cervený et al (1997 como citado em Cervený et al., 2002, p. 25), apresenta a proposta de compreensão do Ciclo Vital da Família dividido em quatro fases: 1) Fase da Aquisição; 2) Fase da Adolescência; 3) Fase Madura e 4) Fase Última.

A presente pesquisa foi baseada na Fase Última do Ciclo Vital da Família, proposta por Cervený em 1997, que segundo Coelho (2002, p. 129), esta fase apresenta características de fechamento do ciclo vital; e ainda, a autora considera que há três fenômenos que significam essa fase: fazendo retrospectiva, vivendo o presente e fechando o ciclo.

Esse estudo tem como objetivo geral caracterizar a dinâmica familiar e a qualidade de vida de uma amostra de idosos da cidade de Taubaté (SP), e como objetivos específicos caracterizar a Qualidade de Vida dos idosos nos domínios: físico, psicológico, relações sociais

e meio ambiente; e, levantar e analisar as características da estrutura e dinâmica familiar de uma amostra de idosos, caracterizando os valores, costumes e rituais presentes nas famílias.

Como parte integrante dos estudos desenvolvidos na disciplina Psicologia da Saúde responsabilidade da professora orientadora Adriana Leônidas de Oliveira, e aos estudos desenvolvidos no Grupo de Pesquisa “Saúde, Qualidade de Vida e Desenvolvimento Regional” do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Taubaté, vinculado ao Programa de Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional, essa pesquisa visa contribuir para a construção de um conhecimento benéfico tanto para a prática profissional junto aos idosos como para o processo de formação na área da Ciência Psicológica. Pretende-se trazer ao ambiente acadêmico, dados atuais acerca do fenômeno aqui tratado com o intuito de contribuir para o preparo de profissionais que atuam com idosos e suas famílias, sendo que está pode ser percebida em um contexto de risco, mas também de proteção, com a importância de promover um envelhecimento sadio e com qualidade, utilizando da dinâmica da família, que independente da condição socioeconômica cultural, estabelece um papel importante ao idoso, tanto afetivo como economicamente.

MÉTODO

O estudo caracterizou-se como uma pesquisa exploratória desenvolvida por meio de abordagem quantitativa, a qual, conforme Richardson (2008) trabalha com objetos quantificáveis e traduz opiniões e informações em números a fim de analisá-los através de recursos e técnicas estatísticas. A pesquisa foi realizada na cidade de Taubaté (SP), cuja população alvo é formada por idosos de faixa etária acima de 60 anos. Os critérios para a inclusão dos participantes na amostra são: possuir a partir de 60 anos e residir na cidade de Taubaté. Não foram utilizados critérios de escolaridade nem bairro a qual reside.

No presente estudo foram utilizados os seguintes instrumentos:

WHOQOL-BREF: Questionário desenvolvido pelo grupo de estudos sobre qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde. É constituído por 26 questões (duas gerais de qualidade de vida e as outras 24 que representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original, e que foram divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente). As respostas do questionário seguem uma escala Likert (de 1 a 5), onde quanto mais alto o escore, melhor é a qualidade de vida do indivíduo. As questões do

WHOQOL-BREF foram formuladas para uma escala de intensidade, capacidade, frequência e avaliação (Teixeira, 2008).

QUESTIONÁRIO SOBRE A FAMÍLIA NA FASE ÚLTIMA DO CICLO VITAL: Foi desenvolvido com base no instrumento construído para a pesquisa Ciclo Vital da Família Paulista (Cervený et al, 1997 como citado em Oliveira, 2013), para investigar detalhadamente a família na fase última do ciclo vital por meio dos seguintes aspectos: estrutura familiar, dinâmica familiar, valores familiares e especificidades da família em fase última.

Para a coleta de dados, foram aplicados os questionários propostos em 35 idosos de diferentes bairros da cidade de Taubaté (SP), que tiveram tempo livre para responder aos dois instrumentos citados. Cada idoso que participou da pesquisa assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando a utilização dos dados fornecidos. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté sob protocolo número 078/2012.

Os dados foram analisados quantitativamente por meio dos procedimentos de tabulação, análise percentual e média estatística utilizando como recurso o *software* Excel®.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 35 idosos de diferentes bairros da cidade de Taubaté. Os resultados serão apresentados em duas partes:

Parte I: Dados do Questionário sobre a Família na Fase Última do Ciclo Vital

Após fazer a tabulação dos dados e análise percentual, constata-se que houve uma maior participação do sexo masculino (54%) comparado as participantes do sexo feminino (46%). Com relação à idade dos participantes, pode-se verificar que 80% da amostra tem entre 60 e 70 anos; verificou-se ainda que, 54% dos idosos participantes são casados, 29% são viúvos, quando calculado as respostas referente ao estado civil.

Outra questão que o questionário procurou investigar foi a religião adotada pela família do participante. Sendo assim, constatou-se que há uma prevalência de participantes que adotam a religião católica (77%), 17% adotam a evangélica e 6% a religião espírita.

Pode-se observar que 80% dos participantes idosos não tiveram um relacionamento anterior e 82% deles se casaram tanto no civil quanto no religioso, considerando que as alternativas eram: casamento civil e religioso, apenas casamento civil ou religioso, união de

fato (vive junto) e outra alternativa. Referente ao tempo de união desses casais idosos constatou-se que 57% da amostra possuem entre 20 e 40 anos de união, 34% entre 41 e 60 anos e apenas 9% dos participantes não responderam a esta questão.

Pode-se analisar a quantidade de filhos dos participantes da pesquisa, havendo uma prevalência de idosos que possuem entre três filhos ou mais (51%), e apenas 9% da amostra não possuem filhos ou não responderam a esta questão.

Referente ao rendimento familiar líquido, houve uma maior participação de idosos que possuem entre 1 e 4 salários mínimos (de R\$560,00 a 2900.00), contanto com 54% da amostra. E foi considerado por 40% da amostra que quem mantém o rendimento familiar é o marido, e a segunda alternativa que mais apareceu foi o rendimento mantido pelo marido e complementado pela esposa, contando com 26% da amostra.

Outro aspecto que o questionário buscou investigar é a questão da escolaridade. E referente aos maridos, 26% possuem Ensino fundamental completo, 23% sabem ler e escrever, mas nunca frequentaram a escolaridade formal, e contanto com outros 23% da amostra que possuem Ensino médio completo; apenas 6% não responderam a esta questão. Já referente às esposas, 43% possuem ensino fundamental completo e 23% sabem ler e escrever mas nunca frequentaram a escolaridade formal; apenas 8% não responderam a esta questão.

Referente à questão do agregado familiar, constatou-se que 40% dos idosos participantes agregam os filhos, 22% os netos, e apenas 13% moram apenas o casal idoso ou o participante viúvo. Pode-se observar que em grande parte, contanto com 62% da amostra, a responsabilidade pelas atividades domésticas é por parte da esposa, e apenas 13% da amostra assinalou que a responsabilidade é por parte da empregada doméstica.

Observou-se que há uma prevalência de respostas dos idosos em que as regras adotadas para educar os filhos foram baseadas em suas próprias regras da educação familiar, contanto com metade da amostra (50%), sendo que as outras alternativas eram: baseadas em leituras, informações e/ou conselhos profissionais (7%), discutidas e construídas entre o casal (30%) e opção outra, onde os participantes consideram que foram baseadas nas regras da mãe, religião e da esposa (13%).

Com relação à meta da família nesta fase da vida, 40% dos idosos participantes responderam que a meta é “fazer um balanço da vida e organizar o futuro dos descendentes”, considerando que as outras alternativas eram: “construir patrimônio familiar” (11%), “promover

a educação e profissão dos filhos” (6%), cuidar dos filhos, dos pais e de outros elementos da família extensa” (23%) e a opção outra, onde consideram que não possuem metas, que a meta é tranquilidade, cuidar da própria saúde e viajar (20%).

Referente à questão sobre as melhores características da família, as três características que foram apresentadas pelos participantes da pesquisa foram: respeito, considerada por 36% da amostra, diálogo (21%) e carinho (17%); considerando que as outras alternativas eram: estabilidade financeira (13%), liberdade (6%), honra (6%), e outra (1%), onde o participante considera que a melhor característica é “não deixar faltar nada eles”(palavras do participante), ou seja, a família. Já referente aos aspectos menos bons da família considerados pelos participantes foram: falta de diálogo (23%), conflito (12%) e falta de tempo (14%); e ainda, 35% da amostra marcou a alternativa “nada a assinalar” nesta questão.

Uma das questões que o questionário se propôs a avaliar foi referente às funções que cada membro da família desempenha. Sendo assim, constatou-se que à mãe foram assinaladas as funções de cuidar da organização da casa (32%), dar carinho (18%) e 14% da amostra assinalaram as funções de cuidar da educação dos filhos e ser conselheiro. Ao pai foram assinaladas as funções de proteger a família (28%), ser responsável pelo sustento econômico (24%) e ser conselheiro (16%). E ao filho foram assinaladas as funções de obedecer às regras familiares (25%), dar carinho (19%) e 14% da amostra assinalaram as funções de cuidar da organização da casa e proteger a família. Também foi possível analisar as relações estabelecidas entre os membros da família. Logo, foram encontradas nas relações entre filhos e pai, filhos e mãe e irmãos três características mais assinaladas pela amostra participativa, sendo elas diálogo constante, respeito e afeto.

Observou-se que na relação atual do casal, 34% dos idosos participantes assinalaram que há clima afetoso, 24% assinalaram que há amizade entre o casal e 20% consideraram que na relação há diálogo constante, considerando que as outras alternativas eram: bom relacionamento sexual (10%), frieza e distância (6%), acomodação (4%), desrespeito (0%) e na opção outra, 2% da amostra consideraram que há respeito. Referente à questão sobre a atual vida sexual do casal, 57% da amostra preferiu não responder e 29% consideraram que a vida sexual é tão boa quanto antes.

Foi possível analisar a frequência com que o casal possui atividade de lazer, onde 17% da amostra assinalaram que sempre tem atividades de lazer, 29% frequentemente, 20% esporadicamente, 11% raramente e 6% nunca tem atividades. Não responderam a esta

questão, 17% da amostra. E referente a questão complementar a frequência, que diz respeito a quem possui as atividades de lazer, 54% assinalaram que marido e esposa possuem atividade de lazer juntos.

No momento de decisões importante na família, 46% da amostra considerou que marido e esposa decidem em conjunto, e 28% que a família toda decide em conjunto. Apenas 6% não responderam a esta questão.

Quando questionado qual a opinião de cada participante a respeito do significado do casamento, 67% da amostra consideraram que o casamento é uma forma de se realizar afetivamente e 15% consideram que é uma forma de evitar a solidão.

Referente aos valores importantes adotados pela família, os três mais assinalados pelos participantes foram: amor (28%), diálogo (24%) e convívio (18%). Outra questão é referente aos rituais preservados pela família, e houve uma prevalência de respostas nos seguintes rituais: fazer as refeições em família (30%), trocar presentes em datas comemorativas (28%) e reunir a família aos fins de semana (17%). Aos domingos, 43% da amostra consideraram que ficam em casa e cada membro da família realiza atividades diferentes, e 20% considerou que se dedicam ao lazer em comum aos domingos.

Pode-se observar após análise percentual, que os assuntos mais evitados normalmente pelas famílias dos participantes da pesquisa são: morte, considerado por 29% da amostra, sexo e drogas considerados por 20% dos idosos participantes.

No que diz respeito aos valores que são passados entre gerações dentro da família, constatou-se que 39% da amostra consideraram a alternativa relativa a “ser honesto”, 23% considerou a importância dos estudos e 12% tradições religiosas.

Outro aspecto que o questionário procurou analisar foi das dificuldades encontradas no âmbito familiar. Referente às dificuldades atuais da família, foram assinaladas por 21% da amostra participante a falta de tempo para o lazer a dois e 17% assinalaram que uma das dificuldades é a dúvida frente ao futuro dos filhos; 13% consideram que não há dificuldades na família. Em relação às dificuldades atuais do casal, 26% dos participantes consideram que há dificuldade com saúde, 20% assinalaram que a dificuldade está na preocupação com os netos, e 32% da amostra consideraram que não há dificuldades. E no que diz respeito as dificuldades associadas aos filhos, 64% da amostra consideram que não há dificuldades e 17% assinalaram que a dificuldades está na independência financeira dos filhos. Referente aos filhos dos

participantes, 86% deles são casados e observou-se que a relação dos participantes com as famílias constituídas pelos seus filhos é considerada boa.

Em relação às mudanças provocadas nos papéis familiares após a chegada dos netos, 26% dos participantes consideram que houve mudança nas tarefas e funções, 23% assinalaram que a mudança ocorreu nos rituais e comemorações e 20% nas metas e/ou objetivos da família; 17% dos participantes consideram que não houve mudanças. Referente às dificuldades associadas aos netos, 71% da amostra participativa considera que não há mudanças e 20% não possuem netos ou não responderam a esta questão.

No que se diz respeito ao aspecto da aposentadoria abordada no questionário, constatou-se que 74% dos maridos e 37% das esposas são aposentados; 14% da amostra não responderam a esta questão. Como questão complementar a anterior, o questionário buscou investigar o significado da aposentadoria para os participantes, sendo assim, constatou-se que 39% da amostra considera a aposentadoria como um merecido descanso e 26% assinalaram que é uma forma de estar mais com a família, considerando que as outras opções eram: um susto, nunca havia pensado em parar de trabalhar (9%), crise de identidade (0%), muito lazer (10%), perda de status (5%), possibilidade de uma vida nova (5%), uma situação temida (3%) e a alternativa “outro”, onde a aposentadoria foi considerada por 3% da amostra como única fonte de sustento.

A viuvez é outro aspecto que o questionário buscou analisar, e pode-se observar que 31% da amostra vê a viuvez no casal como um fato que vai acontecer (nada se pode fazer), 23% considera que é um fato que merece ser cuidado no sentido econômico, legal e emocional, 20% da amostra não responderam a esta questão, e 6% assinaram que já vivem este fato.

Referente à herança que os participantes consideram que irão deixar aos seus descendentes, 41% da amostra assinalou bons valores como herança, 23% assinalou imóveis, como casas ou terrenos, e 18% os estudos, considerando que as outras alternativas eram: dinheiro (9%), objetos simbólicos (8%) e objetos de valor (1%).

Parte II: Dados do WHOQOL-BREF

A Organização Mundial da Saúde definiu qualidade de vida como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 1995).

Logo, foram obtidas médias específicas em cada domínio analisado pela escala de qualidade de vida do instrumento WHOQOL-BREF.

As duas primeiras questões do teste avaliam a percepção da qualidade de vida e a satisfação com a saúde, e ao obter uma média de escore 4 para a primeira e 3.7 para a segunda, como ilustrado na tabela abaixo, constatou-se que a percepção geral de qualidade de vida dos idosos participantes da pesquisa é classificada como regular. Referente ao domínio físico ilustrado na tabela 1, que avalia se o idoso possui algum desconforto físico ou dor e a qualidade do sono, o que pode chegar a afetar a energia dos indivíduos ao realizar suas tarefas, é possível analisar que a classificação é considerada regular devida à média 3.6, ou seja, os idosos participantes possuem qualidade regular neste domínio. No domínio psicológico, é possível observar que os participantes percebem sua qualidade de vida neste domínio como boa, obtendo média de escore 4. Este domínio avalia os sentimentos e pensamentos positivos e negativos dos indivíduos, além da capacidade de aprender, memorizar e concentrar-se, também avalia a autoestima. Já no domínio das Relações Sociais, que avalia as relações pessoais que o sujeito estabelece além do suporte ou apoio social a eles oferecido e a atividades sexuais, observa-se que a amostra participativa percebe sua qualidade de vida neste domínio também como regular, pois obteve uma média de escore 3.7. Por fim, ao observar a Tabela 1, constata-se que os indivíduos que participaram da pesquisa percebem sua qualidade de vida no domínio ambiente como regular, pois obteve média de escore 3.6. Este domínio avalia subjetivamente os aspectos que interferem na vida dos sujeitos a partir do ambiente ao qual está inserido.

DOMÍNIOS	MÉDIA	CLASSIFICAÇÃO
FÍSICO	3.6	REGULAR
PSICOLÓGICO	4.0	BOA
RELAÇÕES SOCIAIS	3.7	REGULAR
MEIO AMBIENTE	3.6	REGULAR
PERCEPÇÃO DA QV	4.0	BOA
SATISFAÇÃO COM A SAÚDE	3.7	REGULAR

Tabela 1 – WHOQOL-BREF – Qualidade de vida

DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral dessa pesquisa foi caracterizar a dinâmica familiar e a qualidade de vida dos idosos residentes da cidade de Taubaté (SP), buscando levantar e analisar as



características da estrutura e dinâmica familiar, caracterizando seus valores, costumes e rituais presentes nas famílias, além de levantar dados acerca da qualidade de vida dos idosos nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Logo, tendo em vista o objetivo que esta pesquisa se propôs a alcançar, foi possível concluir que em relação à qualidade de vida, os idosos percebem que possuem uma qualidade de vida regular. De acordo com Almeida et al. (2012), é necessário que uma boa vida seja estabelecida primeiramente pelo ambiente físico-social, e em sequência pelas escolhas do próprio sujeito para sua vida, e então, o que ele consegue ou não realizar é consequente das oportunidades disponíveis e também se deu esforço perante à essas oportunidades que sua condição de vida fornece. Tendo isso em vista, constatou-se que a qualidade de vida é percebida como boa apenas no domínio psicológico. Uma boa ou má qualidade de vida, conforme Almeida et al. (2012) depende da percepção que o sujeito adquire de seu existir biológico e social, logo, depende de suas ações e do ambiente ao qual está inserido. Essa noção deve ser analisada a partir da percepção que os sujeitos possuem de sua própria vida, relacionadas às transformações ambientais e às necessidades básicas de cada indivíduo (Barbosa, 1998 como citado em Almeida et al. 2012).

Referente à estrutura e à dinâmica familiar e aos papéis que cada membro desempenha dentro da família foi possível observar que às mães é dado o papel de cuidar da organização da casa, sendo também responsável pelas atividades domésticas, e ao pai é dado o papel de proteger a família e a responsabilidade do sustento econômico, além de ser conselheiro. Entre as famílias, no que se diz respeito à relação, foi possível observar que há respeito entre os membros e o principal valor adotado é o amor. Em relação ao casal idoso constata-se que o clima afetuoso e a amizade prevalecem nesta fase da vida e que estão em maior parte preocupados com seus netos, pensando em organizar a vida e deixar bons valores para os seus descendentes. Apesar dos esforços para garantir uma velhice mais ativa, saudável e menos dependente, a maioria dos idosos experimenta alguma fragilidade nessa fase, sendo de real importância uma visão abrangente acerca desse fenômeno, para que profissionais de diversas áreas possam desenvolver novos projetos de estudos dando uma atenção cada vez maior ao fenômeno do envelhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, M. A. B., Gutierrez, G. L., Marques, R. (2012) *Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa*. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades. Recuperado em 22 novembro, 2013, de http://www.each.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf
- Caldas, C.P. (1998). *A saúde do idoso: a arte de cuidar*. Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Cerveny, C. M.O et al. (1997). *O ciclo vital da família: nossa realidade em pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cerveny, C. M. O. et al. (2002). *Visitando a família ao longo do ciclo vital*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 17-25.
- Coelho, M. R. V. P. (2002) Visitando a Fase Última. In: Cerveny et al *Visitando a família ao longo do ciclo vital*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 129.
- Jede, M., Spuldaro, M. (2009). *Cuidado do idoso dependente no contexto familiar: uma revisão de literatura*. Passo Fundo: RBCEH. Recuperado em 24 agosto, 2013, de <http://www.upf.com.br/seer/index.php/rbceh/article/download/375/822>
- Kalache, A., Veras, R. P., Ramos, L. R. (1987). *O envelhecimento da população mundial: um desafio novo*. São Paulo: Revista de Saúde Pública. Recuperado em 24 agosto, 2013, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101987000300005
- Litvoc, J.; Brito, F. C. (2004). *Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu.
- Richardson, R. J. (2008). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas.
- Teixeira, R.C. (2008). *Qualidade de vida e eficácia adaptativa em estudantes universitários*. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde), Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo.

QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS

Nancy Julieta Inocente (Universidade de Taubaté)

Erica Eugenio Lourenço Gontijo (Mestre em Gestão e Desenvolvimento Regional -
Universidade de Taubaté)

Janine Julieta Inocente (Universidade de São Paulo)

RESUMO

Este estudo se propõe a avaliar a Qualidade de Vida em idosos atendidos no ambulatório do Centro Universitário UNIRG de Gurupi, Tocantins. Realizou-se uma pesquisa do tipo descritiva, o delineamento de levantamento de dados e com abordagem quantitativa. A amostra foi composta de 217 idosos aos quais foram aplicados os questionários de Identificação da Amostra e Questionário de Qualidade de Vida – SF-36. A maior parte dos idosos pesquisados (65,90%) estava inseridos na faixa etária entre 60 e 70 anos, 61,80% eram do sexo feminino, 95,10% pertenciam as classes sociais C e D, 31,30% eram analfabetos, 42,40% apresentavam hipertensão, 26,27% problemas na coluna e 23,04% diabetes. Quanto à qualidade de vida foi observado que cinco domínios apresentaram uma pontuação média menor que 50 que foram: CF (Capacidade Funcional) (46,72), LAF (Limitação por Aspectos Físicos) (22,38), DOR (47,42), EGS (Estado geral de Saúde) (49,11) e LAE (Limitação por aspectos Emocionais) (44,49), obtendo-se assim a baixa média desse parâmetro. Buscou-se mensurar a qualidade de vida e foi possível verificar que, para a população em estudo, os níveis de qualidade de vida são muito baixos. Conclui-se, enfatizando a participação da sociedade civil na gestão compartilhada de políticas públicas voltadas para o atendimento de idosos, visando proporcionar melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Capital Social. Qualidade de Vida. Idosos.

INTRODUÇÃO

O termo qualidade de vida engloba diferentes significados e inúmeras definições. A qualidade de vida pode ser considerada um conjunto equilibrado de realizações nos níveis de saúde, trabalho, lazer, família (Ramos, 1996) ou a expressão de um bom ajustamento (Ribeiro, 2012). A multidimensionalidade do conceito é apresentada por Abbadi-Simon, Gourevitch e Gueldi (2001 citada por Oliveira & Oliveira, 2011), entendida como uma medida integrada de bem-estar físico, mental e social e o grau de satisfação nos campos de saúde, moradia, família, trabalho, educação, auto-estima e relações com os demais.

A Organização Mundial de Saúde (2001) preconiza que o envelhecimento da população é um fenômeno de amplitude mundial e que em 2025 existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos.

Nas últimas quatro décadas, o Brasil mudou o seu perfil de mortalidade deixando o seu perfil de população jovem para quadro constituído por doenças problemáticas e onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas. Esse envelhecimento da população tem como resultado, nos próximos anos, desafios cada vez maiores aos serviços de saúde (Veras, 2003).

O rápido envelhecimento da população que vem sendo observado recentemente em nosso meio tem requerido novas políticas e programas para os idosos, fazendo-se necessário conhecer as características dessa população nas diferentes regiões do Brasil (Benadetti, Petroski, & Gonçalves, 2006). A sociedade está envelhecendo e quanto mais velhas as pessoas, maior a probabilidade de ter uma doença crônica (Ribeiro, 2012), pensar na qualidade de vida dos idosos é emergente visando práticas bem sucedidas.

Porém, conforme Souza Filho (2000), ele é a essência para as regiões enfrentarem. Não é conveniente fazer exclusão dos idosos de grupos e relações sociais, ao contrário disso, deve-se utilizar de mecanismos apropriados, visando sua reintegração na sociedade, tomando cuidado para que indivíduos com menos idade elimine toda forma de atitude preconceituosa para com os idosos (Souza, 1998).

A frequente participação em grupos de amigos que possuem a mesma idade possui forte influência sobre a vida social da população idosa. Mas, a convivência com pessoas mais jovens é de fundamental importância para a elaboração de novos conceitos que eram inexistentes em seu tempo, ou que haja transformação nos conceitos presentes, sem tornarem

nostálgicos e melancólicos, fazendo um somatório que só irá valorizar a vida, os trabalhos e as realizações da vida (Souza, 1998).

Qualidade de Vida

A Organização Mundial da Saúde define qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Nesse conceito, incluem seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (OMS, 1995).

O conceito qualidade de vida é mais uma edificação social com a marca da relatividade cultural, pois é um termo de grande abrangência, consideram conhecimentos, valores e experiências de pessoas e o coletivo a que eles se referem em diferentes períodos, história e espaços (Minayo, Hartz & Buss, 2011).

Avaliação da qualidade de vida do idoso tem levado às implementações de diversas medidas de natureza biológica, psicológica e sócio-estrutural. Diversos fatores são apontados como essenciais ou indicativos de bem estar na vida do idoso: controle cognitivo, status social, rendimento financeiro, prazer longevidade, saúde mental, competência social, saúde biológica, produtividade, atividade, continuidade de papéis familiares e ocupacionais, principalmente rede de amigos, (Somchinda & Fernandes, 2003).

Qualidade possui modelo baseado muito além da cultura, mais que tecnologia; artístico, mais que proveitoso; lúdico, mais que eficaz; conhecedor, mais que científico. Diz respeito ao mundo tão tênue quanto vital da felicidade. Não se consegue a felicidade sem o domínio do ter, mas é, sobretudo uma questão de ser (Rocha, Okabe, Martins, Machado & Mello, 2000).

Ainda que o envelhecimento da população seja considerado como uma vitória social muito importante do último século, é observado que ele promove grandes desafios para as políticas públicas. O principal é garantir o desenvolvimento social e econômico de forma continuada, baseando em valores capazes de garantir um patamar mínimo a subsistência da dignidade do ser humano (Camarano & Pasinato, 2004).

O Brasil apresenta vários avanços principalmente com a constituição de 1988, existem outras criações com marcos bastantes importantes como, por exemplo, a criação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) que tinha como propósito garantir os direitos sociais dos idosos, promovendo sua autonomia, participação na sociedade e sua integração. Criação

da Política Nacional do Idoso consolidou diferentes conquistas como: Tanto a sociedade como a família e o estado devem assegurar os direitos ao idoso quanto à vida, direitos de bem-estar, defender a dignidade do idoso, garantia da participação na sociedade, direito da cidadania, direito ao alimento; à cultura; à educação; ao lazer e esporte; ao trabalho e a profissionalização; à assistência social e a previdência; ao transporte e habitação, entre outros (Brasil, 1993, 1994, 2003).

Os direitos sociais dos idosos de forma mais específica foram garantidos pelo Estatuto do Idoso, criado pela Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Esse estatuto obriga a sociedade a criar melhorias para promover a autonomia, integração e participação real dos idosos na sociedade, e sugere mudanças necessárias de ações políticas (Brasil, 2003; Fernandes & Santos, 2010).

No contexto desse Estatuto, os principais direitos do idoso encontram-se no artigo 3º (2003, p.1) o qual afirma: É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária”.

Na Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, a Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, sobre o pacto de saúde, e a Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, aprovou a atualização da Política Nacional do Idoso. São exemplos de vitórias que continuam acontecendo.

Essa política está direcionada por cinco princípios:

1. É obrigação do estado, da família e da sociedade garantir a população idosa direitos quanto a cidadania, promovendo sua integração na comunidade defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;
2. Esse processo referente ao envelhecimento envolve a sociedade em geral, devendo ser objetivo de conhecimento e informação para todos;
3. O idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;
4. O idoso deve ser o principal agente e o destinatário das mudanças a serem concluídas através dessa política;
5. As divergências financeiras, sociais, regionais e, particularmente, as contestação entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral na aplicação dessa lei.



A análise dos tópicos ora explanados fornece subsídio para concluir que a lei esta condizente à atual concepção de Assistência Social como política de direito, o que inclui não apenas a garantia de uma renda, mas também vínculos de relacionamento e de posse que forneçam a proteção social, visando à participação, a emancipação, a construção da cidadania e de um novo conceito social para a velhice e envelhecimento (Fernandes & Santos, 2010).

MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se como pesquisa do tipo descritiva, o delineamento de levantamento de dados e com abordagem quantitativa usando com ferramenta questionário.

A população pesquisada foi constituída de idosos atendidos no ambulatório do Centro Universitário UNIRG na cidade de Gurupi no estado do Tocantins, totalizando uma população de 500 idosos. Calculou-se o grupo amostral do respectivo trabalho foram realizados os seguintes procedimentos (Spiegel, 1999) e a amostra mínima foi de 217.

A pesquisa foi realizada com 217 idosos, com idade superior a 60 anos, de ambos os sexos, que procuraram um ambulatório da cidade de Gurupi estado do Tocantins no período compreendido entre maio a agosto do ano de 2011.

Foram aplicados os questionários de Identificação da Amostra e o Questionário de Qualidade de Vida – SF-36. Os questionários foram respondidos de forma oral, as respostas foram preenchidas pela própria pesquisadora.

Questionário de Qualidade de vida: O Questionário utilizado na avaliação da Qualidade de Vida SF-36, constitui-se por 36 itens englobados em oito domínios: capacidade funcional, dor, vitalidade, estado geral de saúde, saúde mental, aspectos físicos, sociais e emocionais. Apresenta um escore final de 0 a 100; sendo o maior escore relacionado a um melhor desempenho (Ciconelli, Ferraz, Santos & Meinão, 1997).

Para a coleta de dados, este trabalho foi desenvolvido na cidade de Gurupi-To, no ambulatório da cidade de Gurupi no estado do Tocantins. Foi encaminhado um ofício às instituições, solicitando, aos administradores, permissão para a realização da pesquisa, por meio da assinatura do Termo de Autorização da Instituição.

Foram incluídos no estudo os idosos que concordaram em responder aos questionários e que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido elaborado de acordo com a resolução 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta os protocolos de

pesquisa com seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté e aprovado através do protocolo CEP/UNITAU no 108/11.

Os dados obtidos foram tratados por meio de análise quantitativa com a utilização de uma planilha Excel e do software Minitab® V 15. Para a análise dos dados utilizou-se o programa Minitab®, utilizando estatística descritiva (média, desvio padrão, valor mínimo e máximo). Para a análise da consistência interna foi utilizado o índice de confiabilidade Alpha Cronbach. Foram aceitos como válidos na consistência interna o índice Alpha Cronbach $> 0,6$. O Teste Qui-Quadrado verificou a relação entre as variáveis e foi adotado um nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Perfil Sociodemográfico

Os 217 idosos pesquisados apresentavam idade entre 60 e 95 anos sendo que a faixa etária mais representativa foi a de 60 a 65 anos correspondendo a 42,40% do total de idosos. Quanto ao estado civil 130 (59,9%) eram casados, 58 (26,7%) eram viúvos e 15 (6,90%) eram solteiros. Dos casados 58 estão juntos a mais de 36 anos. Quanto à idade do cônjuge 55 (24,35%) estão entre 71 e 80 anos. 74 (34,10%) idosos afirmam viver apenas com uma pessoa na casa. Em relação ao sexo dos idosos pesquisados, 61,8% eram do sexo feminino e 38,2% do sexo masculino (Gráfico 3).

Resultados da Qualidade de Vida

Na análise dos escores do SF-36 (Gráfico 1), observa-se que cinco domínios apresentaram uma pontuação média menor que 50, que foram CF (Capacidade Funcional) (46,72), LAF (Limitação por Aspectos Físicos) (22,38), DOR (47,42), EGS (Estado geral de Saúde) (49,11) e LAE (Limitação por aspectos Emocionais) (44,49).

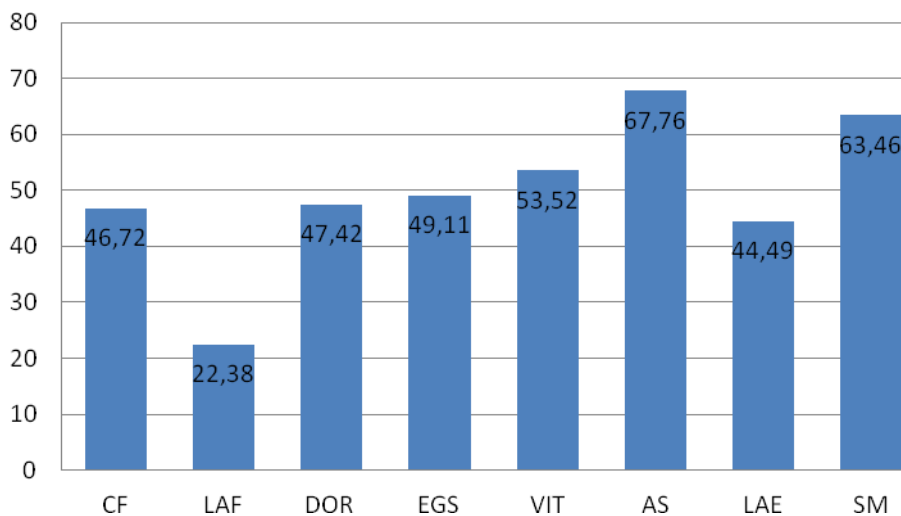


Gráfico 1: Distribuição dos escores do questionário qualidade de vida SF-36

Quando a média dos escores do SF-36 foi avaliada em relação às categorias da variável gênero, pode-se observar em relação aos escores menor que 50 que as mulheres tenderam a ter uma percepção da qualidade de vida pior que os homens no escore DOR e melhor nos demais ($p>0,05$).

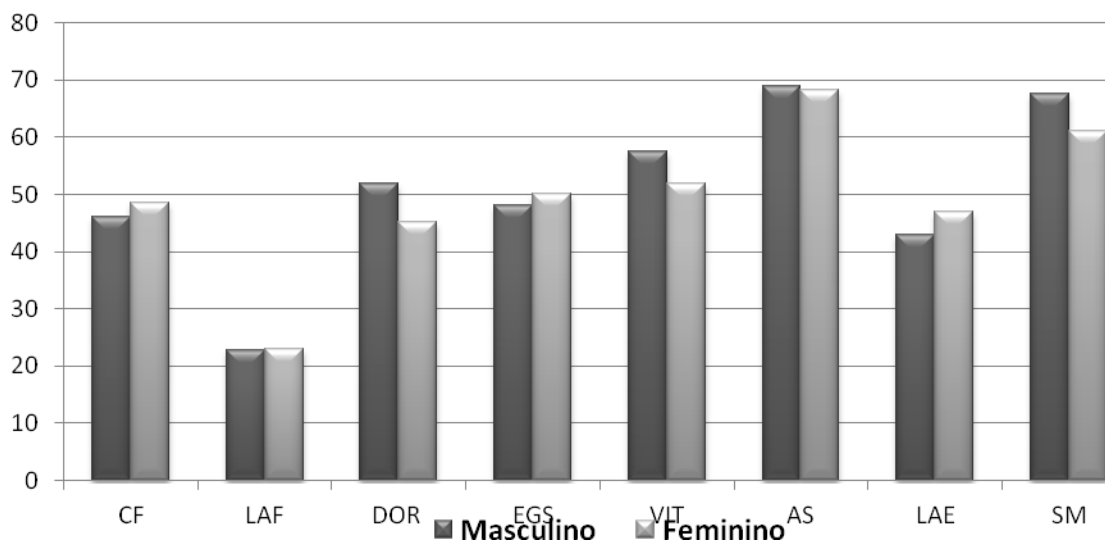


Gráfico 2: média de escores do SF-36 em relação às categorias da variável gênero

A variável idade, foi analisada por meio das categorias da faixa etária, e observou-se que os pacientes mais jovens tinham, em média, uma melhor percepção de saúde em relação aos pacientes mais idosos) ($p>0,05$).

A variável classificação econômica foi analisada através das categorias da CCEB, e foi observado que as classes sociais inferiores tinham, em média, uma pior percepção de saúde em relação aos pacientes mais idosos ($p>0,05$).

As variáveis Doenças então expostas separadamente a seguir: Quando à Hipertensão foi observado que os escores CF, LAF, VIT, LAE e SM, estavam abaixo de 50, indicando assim que sofreram interferência direta de tal moléstia ($p>0,05$).

Quando à Diabetes foi observado que apenas os escores AS e SM, estão acima de 50, indicando assim que todos os demais sofreram interferência direta de tal moléstia ($p>0,05$).

Quando à Hipercolesterolemia foi observado que apenas os escores AS e SM, estão acima de 50, indicando assim que todos os demais sofreram interferência direta de tal moléstia ($p>0,05$).

Quando à Osteoporose foi observado que os escores LAF, DOR e LAE, estão abaixo de 50, indicando assim que sofreram interferência direta de tal moléstia ($p>0,05$).

Quando à Artrite foi observado que apenas os escores AS e SM, estão acima de 50, indicando assim que todos os demais sofreram interferência direta de tal moléstia ($p>0,05$).

Quando à Problemas de coluna foi observado que os escores LAF, DOR e LAE, estão abaixo de 50, indicando assim que sofreram interferência direta de tal moléstia ($p>0,05$).

Estudos de Consistência Interna (Alpha Cronbach)

Das 27 escalas analisadas, 26 atingiram os escores necessários para validação da consistência interna. No estudo das escalas gerais, apenas uma (felicidade) não atingiu os índice de consistência interna satisfatório com Alpha Cronbach $> 0,60$

Correlações entre as diferentes variáveis pesquisadas

Das 14 correlações testadas pelo teste de qui-quadrado, foi observado haver correlação em cinco casos. Dessas três positivas (Idade x problemas de saúde, Idade x Quantidade de doenças e Felicidade x Saúde) e duas negativas (Idade x Classificação Econômica e Felicidade x Dor).

Tabela 7: Correlações entre as diferentes variáveis pesquisadas

Variáveis		Chi-Sq
Idade	Problemas de saúde	5,437
Idade	Classificação econômica	6,344
Idade	Quantidade de doenças	5,437
Idade	Quantidade de medicamentos	0,148
Idade	Participação em grupos sociais	1,675
Idade	Felicidade	0,010
Idade	Quantidade de amigos	1,139
Idade	Ação coletiva	0,058
Idade	Dificuldade de realizar tarefas diárias	2,340
Felicidade	Classificação econômica	0,373
Felicidade	Saúde	18,451
Felicidade	Dor	5,540
Felicidade	Número de grupos sociais	1,477
Felicidade	Dificuldades	1,004

*Os variáveis em negrito apresentaram correlação significativa com (Qui-quadrado $\geq 3,84$)

Quanto maior a idade, mais problemas de saúde foram encontrados, mais quantidade de doenças foram detectadas e foi observado também quanto mais saúde maior a felicidade dos pesquisados.

Foi observada relação inversa entre idade e classificação econômica, felicidade e dor, sendo que quanto maior a idade, menor a classificação econômica e quanto mais dor o idoso apresentava menos feliz ele era.

DISCUSSÃO

O processo de envelhecimento pode ser compreendido como um método de diminuição da reserva funcional, sem comprometimento, na maioria dos mecanismos, a função importante para exercer as atividades do cotidiano. A presença de um limite nas funções de maneira evidente, mesmo em um idoso de 90 anos, deve ser compreendida, portanto, como a resposta de um processo fisiopatológico, logo de uma doença, mais do que uma resposta atribuída ao processo natural de envelhecimento (senescência ou envelhecimento primário). Confort (1979) refere-se ao processo de envelhecer como a diminuição dos mecanismos que a mantém em condição de sobrecarga funcional.

A amostra estudada apresenta similaridade com os idosos do restante Brasil onde a maior parte esta inserida entre 60 e 65 anos, dado esse semelhante ao desse inquérito que encontrou cerca de 42,40% nessa mesma faixa etária, cerca de 31,30% dos pesquisados eram

analfabetos enquanto no Brasil aproximadamente 32,20% dos idosos não sabem ler (IBGE, 2010).

A maior parte dos entrevistados pertence à classe C 107 (49,3%), seguidos da classe D 95 (45,8%%), dados semelhantes aos encontrados a nível nacional. O método de classificação econômica dá ênfase à capacidade de comprar dos indivíduos, deixando de lado pretensão de classificar os indivíduos em termos de classes sociais. A repartição de mercado definida é apenas de classes econômicas (ABEP, 2003).

Os indivíduos classificados entre as classes C e D apresentaram somatória de 8 a 22 pontos em uma escala que utiliza o sistema de pontos de acordo com a característica do domicílio, quanto maior a quantidade de posse de itens domiciliar, maior a somatória de pontos. Essa somatória varia de 0 a 4 de acordo com a quantidade de itens na casa. E o grau de instrução do chefe de família, que varia de 0 a 8 pontos, sendo que, quanto maior a instrução do chefe de família maior foi a sua pontuação.

Em relação ao sexo dos idosos pesquisados, 61,8% era do sexo feminino para 38,2% do sexo masculino, dado esse concordante com os indicadores nacionais. No Brasil em 2009, havia 94,8 homens no país para cada 100 mulheres. É conhecido como razão de sexo, que vem diminuindo devido à mortalidade masculina mais alta. Entre as grandes capitais, a menor porcentagem de sexo encontrada estava em Recife (85 pessoas do sexo masculino para cada cem do sexo feminino) e a maior, em Curitiba (94,6) (IBGE, 2010).

Em uma probabilidade social o modo como se envelhece pode causar a solidão oriunda da carência de vínculos afetivos e o isolamento pela ausência de contatos e de atividades sociais. Isto se sucede que em seu meio de convivência, não conseguiram se estabelecer e/ou manter relações de troca e abstenção às suas necessidades sociais e fraternais, refletindo na sua autonomia e intimidade protegida através de uma rede social primária forte.

Os filhos são os principais constituintes das redes sociais dos idosos bem como são seus maiores apoios, nesse trabalho 44,7% são ajudados diretamente por seus filhos. Esse dado corrobora com a pesquisa de Mota (2010), afirmando que quando a família precisa de ajuda em suas necessidades obteve-se que em 50% há atendimento por parte dos filhos, estes também considerados os membros não residentes mais próximos.

Diversos fatores são apontados como essenciais ou indicativos de bem estar na vida do idoso: controle cognitivo, status social, rendimento financeiro, prazer longevidade, saúde mental, competência social, saúde biológica, produtividade, atividade, continuidade de papéis



familiares e ocupacionais (Somchinda & Fernandes, 2003). Este trabalho focou nas variáveis presentes no questionário SF-36.

Foi encontrada uma correlação direta entre saúde e felicidade pelo teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 18,451$; $P > 0,05$), evidenciando assim que a presença de doenças esta intimamente relacionada à perda da qualidade de vida.

A saúde do idoso interfere diretamente na sua qualidade de vida. Na população, em cada três indivíduos, um é portador de doença crônica e entre os idosos, oito em cada dez possuem pelo menos uma doença crônica (Veras, 2003).

Quanto a dor 38.2% afirmaram sentir dor moderada durante as últimas quatro semanas, sintoma esse que pode interferir diretamente na qualidade de vida dos pesquisados. Pesquisas ressaltam que a dor crônica tem causado um efeito prejudicial à saúde física, bem como as atividades de vida diária, à saúde mental, ao trabalho e à economia. A dor é um dos motivos de maior procura em todo o mundo pelos serviços de saúde. Essa questão relacionada a saúde pública vem sobrecarregando à maioria da população brasileira (Rossetto Dellaroza & Kreling, 1999).

CONCLUSÃO

O objetivo do trabalho foi avaliar a Qualidade de Vida em idosos atendidos no ambulatório do Centro Universitário UNIRG de Gurupi, Tocantins. Neste trabalho identificou-se que, a maior parte dos idosos pesquisados estavam inseridos na faixa etária entre 60 e 70 anos, eram do sexo feminino, pertenciam às classes sociais C e D, eram alfabetizados em sua maioria e que quanto à qualidade de vida foi observado que cinco domínios apresentaram uma pontuação média menor que 50 obtendo-se assim a baixa média desse parâmetro. Buscou-se mensurar a qualidade de vida e foi possível verificar que, para a população em estudo, os níveis de qualidade de vida são muito baixos Conclui-se, enfatizando a participação da sociedade civil na gestão compartilhada de políticas públicas voltadas para o atendimento de idosos, visando proporcionar melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. ABEP (2003). Critério de Classificação Econômica Brasil. http://www.abep.org.br/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf.

- Benadetti, T.B, Petroski, E.L. & Gonçalves, L.T. (2006). Condições de Saúde dos Idosos de Florianópolis: *Arquivos Catarinenses de Medicina* Vol. 35, no. 1, , p. 45.
- Brasil. Lei No 10.741, de 01 de outubro de 2003. *Estatuto do Idoso*. Disponível em < <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm>.
- Brasil. Lei No 8.742, de 7 de dezembro de 1993. *Lei Orgânica de Assistência Social*. Disponível: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1993/8742.htm>.
- Camarano, A.A, Pasinato M.T. (2004). O Envelhecimento Populacional na Agenda das Políticas Públicas. *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada*, Rio de Janeiro: IPEA.
- Ciconelli, R.M. (1997). *Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida*. 1997. 120p. Tese (doutorado em Ciências Médicas) – Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- Ciconelli, R.M, Ferraz, M.B, Santos, W, Meinão, I & Quaresma, M.R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1999; 39(3): 143-50.
- Confort, A. (1979). *The biology of senescence*. Third Edition. New York, Elsevier, p. 27-42.
- Costa, R. (2005). On a new community concept: social networks, personal communities, collective intelligence. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.17, p.235-48, mar/ago.
- Fernandez, M.G.M. & Santos, S.R. (2007). Políticas públicas e direitos do idoso: desafios da agenda social do Brasil contemporâneo. *Achegas.net: Rev Cienc Politica* [periódico on-line] mar/abr; [citado 18 jul 2007].
- IBGE. (2010). Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. *Revista Brasileira de Geografia*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Martins, P.H. (2004). As redes sociais, o sistema de dívida e o paradoxo sociológico. Em: P.H. Martins & Fontes B. *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*. Recife: Editora. Universitária da UFPE.
- Minayo, M.C.S., Hartz, Z.M.A & Buss, P.M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc. saúde coletiva* vol.5, n.1.
- Oliveira, J.A.C. & Oliveira, N.L.C. (2011). Qualidade de vida: evolução do conceito. Em: J.C. Souza (Org.). *Qualidade de vida e Saúde*. São Paulo: Vetor.
- Organização Mundial de Saúde. (2001). *The world health report*. Geneva.
- Organização Mundial de Saúde (OMS), 1947. OMS. Active Ageing: A Policy Framework. *Geneva: World Health Organization*, 1995.

- Ramos, W.M. (1996). *A qualidade de vida de trabalho de médicos e enfermeiros: um estudo de casos em hospital público de Belo Horizonte*. Belo Horizonte, Mg.. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de Minas Gerais.
- Ribeiro, J.L.P. (2012). A qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas. Em M.M. Resende & M.G.V.Heleno. *Psicologia e Promoção de Saúde em cenários contemporâneos*. São Paulo: Vetor.
- Rocha A.D, Okabe I, Martins M.E.A, Machado P.H.B & Mello T.C. (2000). Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final? *Ciênc. saúde coletiva* 5:63-81.
- Rossetto, E.G, Dellaroza, M.S.G & Kreling, M.C.G.D. (1999). Epidemiologia da dor em crianças, adultos e idosos. *Arq Bras Neurocir* ,18:213-224.
- Somchinda, A & Fernandes, F.C. (2003). *Saúde e qualidade de vida na terceira idade: uma introspecção dos idosos institucionalizados*. Brasília: Disponível em:http://vsites.unb.br/fs/sbc/sbc2003abo/saude_e_qualidade_de_vida_na_terceira_idade.pdf.
- Souza Filho, J.R. (2000). *Cooperação e Participação: Novas Formas de Gestão de Políticas Públicas para o Desenvolvimento regional*. Disponível na Internet via www.URL:http://capitalsocial.cjb.net . [S.l.: s.n.], 2000.
- Souza, M.M.C. (1998). O analfabetismo no Brasil sob o enfoque demográfico. *Texto para discussão* n. 639. , Ipea. Brasília.
- Spiegel, M.R. (1999). *Manual de fórmulas e tabelas matemáticas*. Porto Alegre: Bookman.
- Valla, V.V. (2000). Redes sociais e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. *Interface (Botucatu)* ; 4(7):37-56.
- Veras, R. (2003). A novidade da agenda social contemporânea: a inclusão do cidadão de mais idade. *A Terceira idade*, v.14, n.28, p.6-29.
- Veras, R.P. (2003). Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saúde Pública*, maio-junho; 19(3):705-15.

QUALIDADE DE VIDA, BEM ESTAR SUBJETIVO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL: REFLEXÕES TEÓRICAS

Renato Batuíra Ribeiro Pinto (Universidade de Taubaté)

Guilherme Donegatti de Carvalho (Universidade de Taubaté)

Adriana Leonidas de Oliveira (Universidade de Taubaté)

RESUMO

As rápidas transformações ocorridas na sociedade nas três últimas décadas sinalizam que aqueles municípios que anteriormente levavam longos anos para se desenvolver, na atualidade têm vivido estas transformações impulsionadas pelo avanço do capitalismo, da globalização e das necessidades de cada região. Associado a este crescimento, aumenta também a demanda por qualidade de vida, não sendo esta uma condição apenas para cidades de grande porte que padecem com o acelerado curso da vida, com a poluição e com falta de tempo das pessoas. A mensuração da qualidade de vida envolve duas dimensões: a conceitual na qual se inserem princípios, premissas e conceitos que sustentam o discurso da promoção de saúde e a metodológica, relacionada às práticas, planos de ação, estratégias, formas de intervenção e instrumental metodológico. A percepção da qualidade de vida pela população local é de suma importância visto que serve como parâmetro norteador para a avaliação e reelaboração de políticas de desenvolvimento que visam atender seus anseios e suprir suas reais necessidades. No presente artigo busca-se discutir a relação entre qualidade de vida, bem estar subjetivo e desenvolvimento regional. O bem estar subjetivo abrange dois componentes: afetos e satisfação de vida. O primeiro inclui o afeto positivo e ausência de afeto negativo. O segundo envolve uma avaliação cognitiva sobre a vida. Para alcançá-los, é imprescindível que sejam propiciadas condições de vida tais como: políticas de saúde, habitação, educação, lazer, enfim, políticas que atendam as necessidades da população sendo esta também uma maneira de promover a equidade social que se traduz na própria satisfação pessoal. A qualidade de vida além dos aspectos citados anteriormente implica também mudanças das práticas sociais, dos atores envolvidos e da forma de organização social. Mudanças, no contexto contemporâneo, requerem processos dialogados para buscar a qualidade de vida e

incrementar o capital social dos cidadãos. Disso procedem objetivos a se alcançar: um ecossistema seguro, a satisfação das necessidades básicas de todos os cidadãos, uma ordem governativa baseada na solidariedade social, uma visão holística dos problemas e uma redução das iniquidades sociais. Para a construção desta pesquisa, optou-se pela pesquisa bibliográfica, a qual foi desenvolvida a partir da consulta a bases de dados nacionais. Os resultados mostram que existe uma profunda relação entre qualidade de vida, bem estar subjetivo e desenvolvimento regional, pois, quando o desenvolvimento de uma região não consegue contemplar as necessidades básicas que promovem o bem estar aos cidadãos, ele está deixando de cumprir seu principal objetivo, já que a principal premissa do desenvolvimento regional, é antes de tudo, proporcionar bem estar e qualidade de vida para uma população.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Bem estar subjetivo. Políticas sociais.

INTRODUÇÃO

A Qualidade de Vida (QV) tornou-se nos últimos anos um parâmetro adotado tanto pelas organizações, quanto pelas pessoas. O que se busca não é apenas conceituar o termo, mas, principalmente, ressaltar os condicionantes que promovem este bem estar nas pessoas.

Os estudos envolvendo a QV demonstram que para se alcançar este bem estar são necessários seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (OMS).

Além destes domínios, destaca-se o bem estar subjetivo, objeto de estudo deste artigo, cuja análise se deu com a associação da qualidade de vida e desenvolvimento regional. A partir da associação destes três conceitos, ressalta-se que o investimento em desenvolvimento de uma região, somente faz sentido, quando seus objetivos estão voltados para o promoção da qualidade de vida e bem estar do cidadão.

No presente artigo busca-se discutir a relação entre qualidade de vida, bem estar subjetivo e desenvolvimento regional.

MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica tendo como fonte de pesquisa importantes bases de dados nacionais, em especial a Scielo e o IBICT.

A pesquisa bibliográfica é aquela baseada em materiais já publicados, especialmente livros e artigos (Gil, 1991). Segundo a proposição de Gil (1991) a pesquisa foi realizada nas seguintes etapas: (1) localização e obtenção do material; (2) leitura do material (leitura exploratória; leitura seletiva; leitura analítica e interpretativa; (3) tomada de apontamentos (4) redação do trabalho.

QUALIDADE DE VIDA

Qualidade de vida, por ser algo bastante subjetivo, relevante se faz procurar formas para chegar a uma posição sobre o que é e qual o seu nível. A expressão qualidade de vida foi empregada, com repercussão, pela primeira vez, em 1964, pelo presidente dos Estados Unidos (Monteiro, Vilarta & Gutierrez, 2010) à época, Lyndon Johnson, ao declarar que os objetivos dos governantes não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas (Organização Mundial de Saúde, 1998).

De acordo com Monteiro *et al.* (2010) a qualidade de vida é, sem dúvida, um dos temas mais comentados e discutidos na atualidade, em diferentes fóruns. Na imprensa leiga e em várias situações de *marketing* relacionadas a produtos e serviços, a promessa de melhoria da qualidade de vida está presente. Da mesma forma, nas publicações científicas, com frequência, existe referência à avaliação da qualidade de vida.

Monteiro *et al.* (2010) relata que nos últimos 40 anos multiplicaram-se as interrogações acerca do bem-estar do homem no trabalho e o termo Qualidade de Vida (QV). Frequentemente utilizado para explicar esse bem-estar, o termo QV tornou-se cada vez mais popular, sendo usado de maneira desgastada e até banalizada.

Na definição de Qualidade de vida da OMS, incluem seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (Dantas, Sawada & Malerbo, 2003).



Ao conceituar qualidade de vida, Chan (2005) recorre a outros autores para demonstrar que o termo pode ser estudado sob vários aspectos. Segundo ele, os economistas definem o “Nível de vida” como o Produto Interno Bruto (GDP) *per capita*, isto é, consideram o nível de vida como o indicador da satisfação das necessidades básicas, tais como o alimento, a roupa e o alojamento. Os acadêmicos e os especialistas tendem a separar os significados da “vida” e da “qualidade”, ao tentarem definir a “QV”.

Em relação ao significado da “qualidade”, de um modo geral, não há polêmica, porque a igualam à “categoria”, ou à melhoria ou elevação de certa condição. Entretanto, a definição da “vida” oferece muita controvérsia que reside em referir simplesmente à vida espiritual ou dever incluir outras circunstâncias ambientais. A QV foi objeto de estudos em áreas diferentes. Na filosofia, a QV é a referência para os conceitos do “bom” e ao mesmo tempo, a defesa destes conceitos. Na psicologia, a QV explica as causas da saúde mental, do bem-estar subjetivo e o conceito do desenvolvimento humano. Nas ciências sociais, a QV justifica como os governos e os mercados podem contribuir para melhorar as qualidades de vida social e popular (Chan, 2005).

Segundo Fleck *et al.* (2000) a QV possui intersecções com vários conceitos eminentemente biológicos e funcionais, como *status* de saúde, *status* funcional e incapacidade/deficiência; sociais e psicológicos, como bem-estar, satisfação e felicidade; e de origem econômica baseada na teoria “preferência” (*utility*). Entretanto, seu aspecto mais genérico (saúde é apenas um de seus domínios) tem sido apontado como seu grande diferencial e sua particular importância.

A saúde e a qualidade de vida são termos que estão estritamente relacionados ao cotidiano, entretanto tais conceitos ainda se apresentam revestidos de relevantes dúvidas. Saúde é um direito fundamental do homem, sendo reconhecida como o maior e o melhor recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, como também uma das mais importantes dimensões da qualidade de vida (Silva, Jesus, & Santos, 2007).

A promoção em saúde envolve, segundo Sículli e Nascimento (2003), duas dimensões: a conceitual – princípios, premissas e conceitos que sustentam o discurso da promoção de saúde e a metodológica – que se refere às práticas, planos de ação, estratégias, formas de intervenção e instrumental metodológico.

As medidas para a promoção da saúde, em nível de prevenção primário, não são voltadas para determinada doença, mas destinadas a aumentar a saúde e o bem-estar gerais (Buss, 2000).

É importante destacar que a Qualidade de Vida além dos aspectos citados anteriormente, implica também mudanças das práticas sociais, dos atores envolvidos e da forma de organização social. Mudanças, no contexto contemporâneo, requerem processos dialogados para buscar a qualidade de vida e incrementar o capital social dos cidadãos. Disso derivam objetivos a se alcançar: um ecossistema seguro, a satisfação das necessidades básicas de todos os cidadãos, uma ordem governativa baseada na solidariedade social, uma visão holística dos problemas e uma redução das iniquidades sociais (Rocha, Okabe, Martins, Machado & Mello, 2000).

De acordo com Monteiro *et al.* (2010), anteriormente, a avaliação da qualidade de vida e sua mensuração, tinha por objetivo complementar as análises de sobrevida, somando-se aos demais parâmetros clínicos. Contudo, esta avaliação teve seu escopo ampliado quando passou a integrar as análises de custo-efetividade. Atualmente essa mensuração já considera a necessidade de se utilizar parâmetros para a análise dos indicadores sociais. Como exemplos de padrões a serem seguidos encontram-se os princípios subjacentes para os indicadores sociais da Escandinávia, baseados em três verbos considerados básicos a vida humana- *ter*, *amar*, *ser*. Onde o *Ter* refere-se às condições materiais necessárias a uma sobrevivência livre da miséria; *Amar* é a necessidade de se relacionar a outras pessoas e formar identidades sociais; *Ser* refere-se à necessidade de integração com a sociedade e de harmonização com a natureza. Porém, no caso específico, a análise dos dados levará em conta a realidade local, ou seja, o estado socioeconômico natural de um pequeno município brasileiro (Hercullano, 2012; Sen, 2012).

DESENVOLVIMENTO REGIONAL E BEM ESTAR SUJETIVO

O desenvolvimento regional se dá a partir do incremento de ações do governo destinadas a estimular o desenvolvimento econômico em áreas geográficas em que a produção e/ou a renda *per capita* são menores que nos centros dinâmicos da economia nacional.

A discussão sobre a distribuição espacial da atividade econômica no Brasil e, em consequência, sobre políticas de desenvolvimento regional voltou à cena na década passada depois de ter ficado “adormecida” ao longo dos anos 80 e 90. Do final dos anos 50 até o fim da década de 70, as superintendências de desenvolvimento regional foram criadas, as estatais fizeram investimentos nas regiões periféricas e incentivos foram oferecidos para atrair o capital privado para as macrorregiões menos desenvolvidas.

Hoje esta discussão centra-se desenvolvimento Regional Sustentável, uma forma diferente de fazer negócios. Por isso, podemos dizer que o DRS é uma estratégia negocial, que para ser potencializada depende de uma oportunidade já existente numa região (Massara, Yoshizaki & Udaeta, 2012).

Nesse sentido, Vasconcellos e Garcia (1998) in: Xavier, Bender Filho e Vieira (2013) citam que o desenvolvimento regional compreende o crescente esforço das sociedades locais na formulação de políticas territoriais. O que ocorre com o intuito de discutir as questões que incluam alterações da composição da sociedade e a alocação de recursos pelos diferentes setores da economia, de forma a melhorar os indicadores de bem-estar econômico e social (pobreza, desemprego, desigualdade, condições de saúde, alimentação, educação e moradia)

O desenvolvimento regional pode ser entendido como um processo de mudança social sustentada que tem como finalidade última o progresso permanente da região, da comunidade regional como um todo e de cada indivíduo residente nela (Boisier, in: Xavier *et al.*, 2013).

Nesse processo de desenvolvimento regional é necessário pensar nos condicionantes que o envolvem, ou seja, nas pessoas que ali residem com suas respectivas condições de vida, pois, esse desenvolvimento, deve a priori atender a estas demandas.

Dentre as contribuições trazidas pelo desenvolvimento regional está o bem estar subjetivo. Bem estar subjetivo é o estudo científico da felicidade: o que a causa, o que a destrói e quem a tem. A palavra “felicidade” expressa os componentes afetivos do Bem Estar Subjetivo (Albuquerque & Tróccoli, 2004).

Bem estar subjetivo constitui um campo de estudos que procura compreender as avaliações que as pessoas fazem de suas vidas (Siqueira & Padovam, 2008). Esse termo é composto pelos componentes afetivo e cognitivo (Albuquerque & Tróccoli, 2004).

O componente afetivo é identificado como um equilíbrio entre os afetos positivos e negativos. Já o componente cognitivo tem sido identificado como satisfação com a vida. O termo satisfação com a vida se refere ao julgamento que o indivíduo faz sobre sua vida e que

reflete o quanto esse indivíduo se percebe distante ou próximo a suas aspirações. Isso significa que o julgamento da satisfação depende de uma comparação entre as circunstâncias de vida do indivíduo e um padrão por ele estabelecido (Albuquerque & Tróccoli, 2004).

De acordo com Silva e Heleno (2012) o conceito de bem-estar subjetivo é recente e surgiu por volta dos anos sessenta, sendo que suas raízes ideológicas remontam ao século XVIII, época do Iluminismo, no qual se defendia o princípio de que a existência humana é a vida em si mesma. Nessa época, priorizava-se o desenvolvimento pessoal e a felicidade como valores centrais.

O bem-estar subjetivo é considerado um conceito complexo que compreende uma dimensão cognitiva e uma afetiva, englobando outros conceitos e dimensões de estudo como a qualidade de vida, emoções negativas e emoções positivas (Ribeiro & Galinha, 2005).

O Bem Estar Subjetivo elevado inclui frequentes experiências emocionais positivas, rara experiência emocional negativa (depressão ou ansiedade) e satisfação não só com vários aspectos da vida, mas com a vida como um todo (Albuquerque & Tróccoli, 2004).

O método usual de mensuração do bem estar subjetivo é o auto relato onde o indivíduo julga a satisfação que possui em relação a sua vida e emoções de prazer e desprazer vividas recentemente. Medidas de auto relato parecem particularmente apropriadas ao campo, tendo em vista que somente o indivíduo pode experimentar seus prazeres e dores e julgar se está satisfeito com sua vida. Até mesmo medidas globais do bem estar subjetivo que simplesmente perguntam quão satisfeitas ou felizes as pessoas estão têm se mostrado válidas, com certas limitações (Albuquerque, & Tróccoli, 2004).

Alguns estudos que utilizam medidas globais do Bem Estar Subjetivo também utilizam uma série de medidas adicionais tais como relatos informativos (o que seus amigos e sua família dizem sobre o seu Bem Estar Subjetivo?), medidas de memória (você pode rapidamente recordar bons eventos, e não maus eventos, num período de tempo?), entrevista e medidas qualitativas onde são coletados relatos de humor em momentos aleatórios ao longo do dia ou pelo período de algumas semanas. Algumas investigações levam em conta medidas biológicas do Bem Estar Subjetivo como eletro encefalogramas, eletromiografia facial e níveis de cortisol na saliva (Albuquerque & Tróccoli, 2004).

Para que a qualidade de vida seja garantida de maneira equitativa, é necessária a existência de políticas públicas voltadas a esse fim. Desse modo, faz-se necessário que as mudanças endógenas e exógenas da localidade sejam pensadas e executadas com vistas a

promover este bem estar que é traduzido em resultados qualitativos, tanto em nível pessoal, quanto profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se procurar relacionar Qualidade de Vida, bem estar subjetivo e desenvolvimento regional, procurou-se ampliar as discussões acerca dos três conceitos, uma vez que a Qualidade de Vida por si mesma sugere um leque de discussões que poderia até mesmo se desembocar em outro, a exemplo do bem estar subjetivo que é um dos seus princípios.

Neste artigo o bem estar subjetivo foi apresentado na perspectiva do desenvolvimento regional, no qual se procurou demonstrar que qualquer desenvolvimento, seja ela, local, regional, social, dentre outros, requer a priori o planejamento de ações que possam se refletir sobre a qualidade de vida das pessoas.

Conforme amplamente descrito pela literatura que trata do tema, a Qualidade de Vida supõe um bem estar em níveis físicos, econômicos, sociais e psicológicos e tais princípios estão ao mesmo tempo associados ao desenvolvimento. Portanto, o desenvolvimento regional deve ser estimulado se as competências locais forem identificadas e priorizadas nas suas gerações, proporcionando o aumento da competitividade dos setores relevantes em determinada região e consequentemente o bem estar coletivo da população, sendo esta uma condição básica para garantir a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, A. S. & Tróccoli, B. T. (2004) Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 153-164.
- Buss, P. M. (2000) Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva*, 5(1), 163-177.
- Chan, C. (2005) A Qualidade de Vida e os indicadores sociais. *Administração*, 68(18), 607-629.
- Dantas, R. A. S., Sawada, N. O. & Malerbo, M. B. (2003) Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 11(4), 532-538.

- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (2000) Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-bref). *Ciênc. saúde coletiva*, 34 (2).
- Gil, A. C. (1991). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Herculano, S. C. (2000). *A qualidade de vida e seus indicadores*. Niterói: Eduff.
- Massara, V. M., Yoshizaki, H. T. & Udaeta, M. E. M. (2012) Desenvolvimento regional na Região Metropolitana de Santos e o pré-sal. *Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional*, 10(1), 158-182.
- Monteiro, M. I., Vilarta, R. & Gutierrez, G. L. (2010) *Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI*. Campinas: Ipes.
- Organização Mundial de Saúde. (1998) *Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)*. Geneva: WHO. Recuperado em 14 janeiro, 2014, de <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>
- Ribeiro, J. L. & Galinha, I. (2005) História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Saúde & Doenças*, 6(2), 203-204.
- Rocha, A. D., Okabe, I., Martins, M. E. A., Machado, P. H. B. & Mello, T. C. (2000) Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final? *Ciênc. saúde coletiva*, 5(1).
- Sícoli, J. L. & Nascimento, P. R. (2003) Promoção de Saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Comunicação, Saúde, Educação*, 7(12), 91-112.
- Silva, D. A. S., Jesus, K. P. D. & Santos, R. J. D. (2007) Conceito de saúde e qualidade de vida para acadêmicos de Educação Física: um estudo descritivo. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 2(4), 140-153.
- Silva, É. C. & Heleno, M. G. V. (2012) Qualidade de vida e bem-estar subjetivo de estudantes universitários. *Revista Psicologia e Saúde*, 4(1), 69-76.
- Xavier, T. R., Bender Filho, R. & Vieira, K. M. (2013) Desenvolvimento regional no Rio Grande do Sul: um estudo sobre a influência do CONDESUS no processo desenvolvimentista da região da Quarta Colônia. *Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional*, 10(1), 158-182.



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



QUEIXAS EM UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO NA CLÍNICA ESCOLA

Claudia Fabiana de Jesus (Universidade de Taubaté)

RESUMO

Introdução: Salaria a importância da compreensão da queixa no processo de psicodiagnóstico e nas ações interventivas. O psicodiagnóstico é uma área fundamental no curso de psicologia e na supervisão clínica a qual faz parte da formação do aluno. Esta disciplina está ligada ao estágio supervisionado específico em alunos do terceiro ano integral e do quarto ano noturno e se refere a ênfase em Psicologia, Saúde e Processos Clínicos. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo o conhecimento das queixas trazidas pelos usuários de um serviço de atendimento psicológico vinculado a uma clínica escola e a prática dos estagiários a partir de uma leitura crítica, bem como, do manejo do supervisor com os alunos. **Metodologia:** O material utilizado constou dos prontuários e fichas de atendimento que foram conduzidos na disciplina ênfase em psicologia, saúde e processos clínicos cujo foco foi o psicodiagnóstico. A supervisão ocorreu semanalmente, na qual os casos eram discutidos no campo teórico, técnico e prático a partir do estudo de cada caso de cada estagiário. **Resultados:** O total de pacientes acolhidos pelos alunos foi de cinquenta e um pacientes, os quais foram atendidos na triagem e destes, trinta e quatro foram incluídos nos atendimentos em psicodiagnóstico, concluindo todo o procedimento, desde a triagem até as intervenções. No que se refere ao gênero, a predominância do sexo feminino, a faixa etária predominante foi adulto, seguido de crianças e em último adolescentes e o nível de escolaridade mais presente foi o ensino fundamental. As queixas predominantes foram as referentes à insegurança, estresse, ansiedade, depressão, relacionamento interpessoal, impulsividade, agressividade, angústia, medos, insônia e baixa estima. Os estagiários acolhiam as queixas trazidas considerando a fala dos pacientes, porém, trabalhou-se acerca dos alunos desenvolverem a possibilidade dos pacientes ir além da queixa padrão trazida e o diagnóstico a partir do deslocamento da queixa universal para uma queixa singularizada. O percurso dos alunos centrou na triagem e acolhimento, no psicodiagnóstico interventivo e na devolutiva aos pacientes, segmentos estes discutidos nas supervisões. **Considerações Finais:** Os alunos realizaram uma leitura para além de queixas “padrão”, já



prontas, reforçadas pelo discurso baseado na patologia e atuarem a partir da reconstrução das queixas trazidas, com a singularidade de cada caso, implicando o paciente em suas próprias mudanças. Pontuou-se na supervisão a participação ativa dos alunos enquanto protagonistas de seu conhecimento e de sua práxis. Além deste, o desenvolvimento de uma análise crítica acerca das queixas trazidas, considerando o contexto da pós-modernidade e os novos modos de sofrimento e uma análise reflexiva acerca do uso do diagnóstico tradicional e do próprio papel do profissional na contemporaneidade.

Palavras-chave: Psicodiagnóstico. Queixa. Intervenção Breve.

Eixo Temático: Pesquisa e Intervenção em Psicologia da Saúde

INTRODUÇÃO

A supervisão clínica faz parte da formação do curso de Psicologia da Universidade de Taubaté, no período que o aluno inicia o atendimento na clínica escola, o qual é estágio supervisionado específico em alunos do terceiro ano integral e do quarto ano noturno e se refere à Ênfase em Psicologia, Saúde e Processos Clínicos I sendo o foco do projeto é Psicodiagnóstico.

No psicodiagnóstico busca-se compreender os fundamentos teórico-técnicos, relacionar diferentes instrumentos de avaliação no processo diagnóstico, refletir sobre os aspectos éticos no desenvolvimento do processo psicodiagnóstico e a utilização de entrevista como instrumento de diagnóstico. Trabalha-se acerca da importância da visão epistemológica, os diferentes modelos de diagnóstico psicológico; as aplicações do psicodiagnóstico em diferentes contextos e o uso do mesmo.

JUSTIFICATIVA

A saúde integral dos indivíduos compreende o ser biopsicossocial e diante dessa nova perspectiva integrada de saúde, o espaço para os conhecimentos psicológicos tem crescido a cada dia. Entretanto, o modelo tradicional de atuação psicológica não atende às demandas atuais. Diante dessa realidade, emergem as estratégias de psicodiagnóstico, entrevista clínica

e ações de atendimento psicológico, com um trabalho focalizado em núcleos específicos e de necessidade de tratamento direto.

Com intervenções focais, é possível realizar um atendimento de qualidade com um menor número de sessões, o que possibilita ampliar o atendimento psicológico, atingindo maior número de indivíduos, ampliando a possibilidade do trabalho em psicoterapia, tanto individual como em grupos de trabalho terapêutico. Ocampo (2005) e Arzeno (2003) sistematizaram o procedimento do psicodiagnóstico dentro do referencial psicanalítico, desenvolvendo uma concepção ampla e enriquecedora, que valoriza a entrevista clínica, a relação transferencial/contratransferencial e a devolução, ao final do processo.

A Psicanálise, como pressuposto teórico e metodológico, influenciou o desenvolvimento de várias técnicas de intervenção psicoterapêutica, como, por exemplo, a psicoterapia breve. A psicoterapia breve elege, por meio de um processo diagnóstico, um aspecto central que receberá atenção interpretativa, denominado de núcleo focal (Simon, 1989). Neste estágio específico o desenvolvimento de práticas integrativas das competências, habilidades e conhecimentos que definem a ênfase obrigatória – Psicologia e Saúde, propiciando ações no âmbito do tratamento, prevenção e promoção de saúde no contexto clínico, organizacional, institucional e comunitário. O presente estágio atua em processos psicodiagnósticos, aconselhamento e psicoterapias. O objetivo geral deste estágio se refere a planejar e executar o psicodiagnóstico e cabe o atendimento com abordagem de intervenções breve a partir de uma leitura psicodinâmica. Os objetivos específicos do estágio presente se referem a: realizar processo psicodiagnóstico anterior ao atendimento clínico; estabelecer foco de trabalho terapêutico, pautado nos dinamismos e potenciais do paciente; analisar o campo de atuação profissional e seus desafios contemporâneos; atuar profissionalmente, em diferentes níveis de ação, de caráter preventivo ou terapêutico, considerando as características das situações e dos problemas específicos com os quais se depara; planejar e realizar várias formas de entrevistas com diferentes finalidades e em diferentes contextos; descrever, analisar e interpretar manifestações verbais e não verbais como fontes primárias de acesso a estados subjetivos. Em alguns casos de psicodiagnóstico o aluno poderá realizar intervenções breves e será avaliado pelo supervisor, pois este estágio contempla orientações e aconselhamentos.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi descrever o perfil dos pacientes atendidos na clínica escola no estágio psicodiagnóstico e descrever e discutir sobre as queixas trazidas na triagem realizada pelos alunos supervisionados no estágio psicodiagnóstico e analisá-los frente à demanda de sofrimento social e contemporâneo. Além disto, discutir aspectos importantes na leitura do aluno frente as queixas ampliando paradigmas patológicos, focados na doença e desenvolvendo análise crítica frente ao próprio psicodiagnóstico e o uso do mesmo.

METODOLOGIA

Este trabalho com caráter exploratório, descritivo, o qual por meio de levantamento do material triagem se focou no critério queixa principal. Realizou-se a partir dos casos atendidos pelos alunos supervisionados pela professora em questão. Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido assim que se iniciou a triagem.

A supervisão do estágio ocorreu uma vez por semana às quartas feiras para um grupo de estagiários e as sextas feiras para outro grupo com a participação de todos os alunos de cada grupo. Além do horário assinalado para a supervisão, cada aluno atendeu casos individualmente ao longo do ano letivo. Todos os atendimentos foram sistematicamente supervisionados ao longo do ano. O estágio ocorreu entre março a novembro de 2012, a partir de discussões teóricas e apresentação dos principais conceitos de psicodiagnóstico, entrevista clínica, psicoterapia psicodinâmica e supervisões e avaliações.

As atividades de atendimento individual e de supervisão ocorreram nas dependências da Clínica de Psicologia da Universidade de Taubaté. Cada estagiário foi responsável pelos casos para atendimento podendo ser adulto, adolescente ou criança com acompanhamento para pais. Os pacientes foram convocados de acordo com a fila de espera da própria clínica e, em caso de necessidade, poderiam ser triados pelos próprios estagiários.

Os pacientes na instituição foram convocados pelos professores e profissionais da mesma a partir de uma demanda de atendimento. Este atendimento clínico em instituições que dedicam suas atividades assistenciais à população, sendo possível o atendimento em adultos, adolescentes ou crianças. As triagens, geralmente, são realizadas pelos psicólogos da clínica

de psicologia, os quais são encaminhados. Os alunos, na maioria das vezes, já iniciam o primeiro atendimento no psicodiagnóstico. Porém, os alunos, também podem estar realizando a triagem e a partir da mesma já iniciarem o psicodiagnóstico. De forma geral o presente trabalho visa caracterizar a demanda atendida em 2012 neste estágio específico, levantar as queixas, investigar o percurso realizado pelos alunos, psicodiagnóstico e intervenções breves e verificar encaminhamentos oferecidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estágio supervisionado contou com um total de dezesseis alunos os quais todos cumpriram o estágio na clínica da psicologia. O paciente, para estar incluídos no psicodiagnóstico significa ter passado pelo processo de triagem e há pacientes que passaram pela triagem, porém, não compareceram no psicodiagnóstico. Os alunos aguardavam a adesão do paciente e se faltassem duas vezes consecutivos eram desligados e retornam à fila do atendimento e, assim os alunos solicitavam outro caso.

O total de pacientes acolhidos pelos alunos se refere a 51 pacientes, os quais pelo menos foram atendidos na triagem e destes cinquenta e um pacientes, 34 foram incluídos nos atendimentos em psicodiagnóstico pelos alunos. Assim dos 51 casos clínicos dezessete pessoas desistiram e não aderiram ao psicodiagnóstico. Destes que desistiram doze pessoas são do sexo feminino e cinco do sexo masculino.

Dos 34 pacientes atendidos pelos alunos na clínica da Psicologia, 20 pessoas foram do sexo feminino e 14 do sexo masculino.

No que se refere a criança, de 0 a 12 anos, o total foi de 11 crianças, oito meninos e 3 meninas. Em relação a adolescente, de 12 a 21 anos, o total foi de 9, 5 mulheres e 4 homens.

No que se refere a adultos (a partir de 21 anos), o total foi de 14 pessoas, sendo 11 mulheres (entre 24 anos a 49 anos) e 3 homens (37, 42 e 45 anos). Idosos (mais de 60 anos) não teve.

Quanto a escolaridade o ensino fundamental teve total de 24 pessoas, dentre as quais 20 pessoas estão entre crianças e adolescentes ate 21 anos. No ensino médio teve total de 7 pessoas e no ensino superior o total de 3 pessoas.

No que tange os encaminhamentos para a clínica da Psicologia teve total de 16 pessoas por demanda livre e 18 pessoas encaminhadas pela rede de serviço do município, em ordem

de maior demanda: PAMOS, policlínica, escolas, AMETRA, hospital universitário, nutricionista, pediatra, dentista e CAPSad.

No processo de diagnóstico e ate mesmo em intervenções breves realizou-se 1 encaminhamento para atendimento familiar e 6 pacientes foram encaminhados para o psiquiatra da clínica da UNITAU. Um paciente de 42 anos cujo sinais se referem ansiedade, insônia e agitação, outro paciente, 37 anos com pensamentos autodestrutivos, impulsividade, insônia e irritabilidade, uma paciente de 17 anos com quadro depressivo, tentativa de suicídio, uma paciente de 24 anos com fobia, ansiedade, um paciente com falta de ar, medo de morrer e crise de pânico e uma paciente, 29 anos que toma medicação psiquiatra abstinente do álcool.

O número de sessões variou entre 2 a 28 sessões e a média de atendimento por aluno variou de 2 a 3 pacientes por cada aluno no que se refere a realização de diagnóstico e de intervenções breves.

Em relação ao número de sessões 4 alunos realizaram abaixo de 4 sessões, 18 alunos realizaram de 4 sessões a 12 sessões e 12 alunos realizaram acima de 12 sessões.

Dos 34 pacientes atendidos estavam no procedimento do psicodiagnóstico, 16 alunos fizeram o psicodiagnóstico e a realização da entrevista de devolutiva. Os demais, 18 pacientes passaram pelo psicodiagnóstico e intervenções breves.

Da realização do psicodiagnóstico 1 aluno encaminhou para orientação dos pais e uma aluna fechou o processo de diagnóstico, sendo que queixa do filho não foi mantida no processo de psicoterapia.

No que se refere a técnicas e procedimentos utilizados no psicodiagnóstico foram entrevistas, observações e entrevista de devolutiva. Com crianças e adolescentes além destes se utilizou em alguns casos anamnese, hora lúdica, HTP e desenho da família. Outras técnicas utilizadas foram teste Fagerston, AUDIT, inventário de depressão e stress e T.AT. O foco do trabalho não foi a realização de testes psicológicos e sim das entrevistas preliminares, da observação e do desenvolvimento da escuta clínica.

Em relação a queixa principal trazida pelos pacientes segue abaixo:

Crianças até 12 anos: distúrbio do comportamento, agitação, agressividade, dificuldade de relacionamentos, estresse, medo, intolerância à frustração, nervosismo, ansiedade, insônia, hiperatividade, dificuldade de concentração, crise de choro, auto-agressividade, oscilação de humor, bruxismo, pensamentos agressivos e tiques e manias.

Pessoas de 12 anos a 21 anos: distúrbio do comportamento, insônia, tristeza, desânimo, stress, crise de identidade, enurese noturna, mentira, roubo, relação familiar, quadro depressivo, tentativa de suicídio, medo de ficar sozinho e psoríase.

Pessoas de 21 a 31 anos (menor número de pessoas atendidas nesta faixa etária, 2 pacientes): fobias, insegurança, nervosismo, ansiedade e rebaixamento intelectual. Dificuldade de relacionamento com a mãe e estresse.

Pessoas acima de 31 anos: relacionamento conjugal, nervosismo, agressividade, angústia e tristeza, sinais de fobia, medos, medo de morrer e crise de pânico, insônia, irritabilidade, impulsividade, ansiedade, baixa estima, pensamentos compulsivos e destrutivos, depressão, estresse pós-traumático, dificuldade de atenção e déficit cognitivo, dificuldade na educação dos filhos e formigamento e dormência nos pés.

Os alunos supervisionados foram o total de dezesseis, os quais atenderam cinquenta e um pacientes. Considera-se significativo pois trinta e quatro pacientes passaram por todo processo de psicodiagnóstico interventivo, considerando assim adesão dos pacientes nos atendimentos.

Observa-se que, a maioria dos alunos conseguiu boa adesão dos pacientes aos atendimentos e vínculo terapêutico pois dezoito alunos realizaram entre quatro a doze sessões e doze alunos realizaram atendimentos acima de doze sessões. Este dado é significativo pois na atuação dos estagiários percebe a rotatividade de pacientes pela própria fase de início de experiência clínica e neste trabalho, verifica-se que os alunos mantiveram número significativo de sessões com os pacientes, considerando a primeira experiência clínica dos mesmos.

O total de dezoito pacientes passou além do psicodiagnóstico, pelas intervenções breves, ressaltando o vínculo estabelecido entre estagiário e paciente, possibilitando ao estagiário maior atuação a partir, também, da construção do vínculo estabelecido entre o mesmo com o supervisor clínico.

Dos trinta e quatro pacientes atendidos seis foram encaminhados pela psiquiatria da clínica escola, considerando baixa a demanda no campo da psiquiatria focando assim, a desconstrução de encaminhamentos excessivos para a psiquiatria, reforçando assim o foco em intervenções em promoção à saúde e ações psicossociais na escuta clínica.

Após a finalização do estagiário ressaltou-se acerca da importância da continuidade do trabalho realizado pelos alunos com os seus respectivos pacientes, os quais ambos construíram esta possibilidade e o supervisor somente reforçou a continuidade do

acompanhamento. Assim sendo, dos dezesseis alunos, quinze alunos escolheram continuar o atendimento clínico com os respectivos pacientes.

De forma geral, as queixas trazidas pelos pacientes se referem a insegurança, estresse, ansiedade, depressão, relacionamento interpessoal, impulsividade, agressividade, angustia, medos, insônia e baixa estima. As queixas trazidas se referem, de modo geral, aos novos sofrimentos da sociedade atual. As queixas “padrão” no qual a maioria dos pacientes traz como queixa a partir de um discurso pronto sobre o seu sofrimento. Os estagiários acolhiam as queixas trazidas considerando a fala dos pacientes, porém, trabalhou-se acerca dos alunos desenvolverem a possibilidade dos pacientes ir além da queixa trazida e o diagnóstico deslocar da queixa geral para a queixa mais singular.

O conceito de psicodiagnóstico foi passando por transformações, acompanhando o desenvolvimento da Psicologia como ciência e profissão. De acordo com Cunha (1993), logo após o reconhecimento da profissão no Brasil, o trabalho do psicólogo foi marcado pela busca da objetividade e da quantificação e isso se refletia no modelo de psicodiagnóstico que se praticava o modelo psicométrico. Contudo, ainda se vê práticas baseadas neste modelo, porém se percebe a necessidade de reformulação acerca de psicodiagnósticos e o uso dos mesmos.

Na supervisão clínica os estagiários puderam em suas intervenções questionar sobre o uso da queixa, sobre o uso do diagnóstico e desenvolver autorização em possibilitar o paciente a refletir sobre as suas próprias queixas e ter mais cuidado sobre o diagnóstico e o uso do mesmo. Foca-se esta questão, pois na sociedade contemporânea, imediatista e centrada no modelo biomédico, valoriza o fechamento rápido do diagnóstico, a urgência em nomear a doença e o estagiário, devido ao desenvolvimento acadêmico, se sente menos angustiado quando reproduz um saber dito científico.

Muitas vezes, o psicodiagnóstico está mais ligado a uma moral de costumes e neste estágio se possibilitou questionar o modelo da ética médica que se refere ao indivíduo ter uma queixa e o outro tratá-lo, de um lado aquele que sabe e do outro o que não sabe. Os estagiários puderam ir além deste modelo biomédico, considerando os novos modos de sofrimento sem se fixar nele, possibilitando o paciente se flexibilizar e estar diante da angustia das incertezas do próprio sofrimento. A queixa padrão é comum e o estágio trabalhou-se acerca de atuar em cada caso é um caso e assim, singularizar a queixa.

O diagnóstico foca na ideia de patologia, de doença mental contudo, esta ideia traz um erro importante pois nem sempre ter uma doença, uma patologia esta destinado a sofrer ou esta fadado a um funcionamento específico conforme o descritivo, como se existisse uma forma standard de se manifestar, pois há a subjetividade no ser humano. A pessoa pode receber um diagnóstico e não se sentir doente. Os diagnósticos são aproximações provisórias e não raro passíveis de mudanças. As formas de sofrimento são variáveis e ate mesmo existe satisfação no mesmo, o que amplia mais a responsabilidade de cada pessoa em seu próprio sofrimento.

As queixas infantis como distúrbio do comportamento, agitação, agressividade, medo, intolerância à frustração, ansiedade, insônia, hiperatividade, dificuldade de concentração, crise de choro, manias fazem parte de uma panaceia de comportamentos ditos doentes e são queixas comuns trazidas nos atendimentos e no processo de psicodiagnóstico é indicada a avaliação do contexto da sociedade atual e dos sintomas sociais contemporâneos. Os estagiários foram estimulados a não se fixar em queixas no sentido da patologia e escutar além da queixa trazida.

Queixas na adolescência como alterações do comportamento, insônia, tristeza, desanimo, estresse, ansiedade, depressão, crise de identidade, relação familiar, medos, relacionamento afetivo e oscilação de humor são comuns e seria importante a desconstrução destas nomeações para o desenvolvimento do significante destes para cada paciente, em cada caso específico. A ansiedade para cada paciente em particular tem um significado singular e assim, para cada adolescente ou jovem a queixa vem revelar sobre a própria subjetividade, o qual o mesmo pode se apoderar disto e não somente na busca de eliminá-lo ou de mudar o comportamento.

Na fase adulta as queixas, predominante, são relacionamento conjugal, relacionamento familiar, nervosismo, agressividade, angustia e tristeza, fobia, medos, insônia, irritabilidade, impulsividade, ansiedade, baixa estima, depressão e compulsão. Estas queixas falam de um “sofrimento padrão” que a pessoa não consegue nomear por si mesmo e o trabalho foca no paciente em se autorizar a refletir a própria queixa mesmo no processo de psicodiagnóstico e se observa que surgem outras queixas além da queixa inicial. Poderia dizer que há a queixa manifesta e há a queixa latente e no processo de psicodiagnóstico se busca a queixa latente, a queixa subjetiva. Assim, o psicodiagnóstico se baseia no significante da queixa para cada paciente e as intervenções são realizadas a partir da singularidade.

Mesmo que se busque no sistema classificatório descrever meticulosamente o sofrimento humano não é possível enquadrar e classificar descritivamente o mesmo, podendo ter simplesmente aproximações. Algo importante a destacar é que nem sempre uma queixa representa um sofrimento. E por isto é considerável avaliar melhor a queixa manifesta e o significado da mesma para cada pessoa.

Segundo Terzaghi (2011) a ilusão racionalista de obter o conhecimento completo se perpetua em cada revisão da classificação psicopatológica, que inclui e reforça itens e categorias à custa de que quase todos os humanos estejam de uma ou outra maneira em certo lugar da classificação, momento no qual se daria a circunstância paradoxal de que deixaria de ser uma classificação psicopatológica para se transformar em uma taxonomia do humano.

A autora supracitada traz que há a renovação dos sistemas classificatórios e cada vez mais os seres humanos estão dentro das categorias e isto é um reflexo de uma sociedade que cultua a patologia. Vive-se, atualmente, uma patologização da vida e uso indiscriminado de psicofármacos.

Freud (1969) se preocupava com o diagnóstico diferencial, para evitar cometer equívocos durante o tratamento, mas adverte que não podemos afirmar que uma tentativa deste tipo sempre nos capacite a chegar a decisões certas. Afirma que o analista é capaz de realizar muito em prol do paciente, mas não pode garantir de antemão exatamente quais resultados produzirá.

Quinet (2005) afirma que o diagnóstico só pode ser buscado no registro simbólico, onde são articuladas as questões fundamentais do sujeito quando da travessia do complexo de Édipo. Na prática clínica essa questão nem sempre aparece com tanta clareza, há uma dificuldade em estabelecer o diagnóstico e em mantê-lo ao longo do tratamento.

Roudinesco (2000) em relação a atual sociedade globalizada afirma que não se interessa pelo indivíduo mais do que para contabilizar seus sucessos, e se busca sem limite avaliar o déficit, medir a falha, e determinar a quantidade de traumas.

Freud (1969), já dizia que cada caso deve ser tomado como um caso único. Para que o profissional faça uma leitura singular de cada caso, é necessário não apenas que o paciente se permita transpor para a fala o que lhe venha à mente, mas que o profissional também despenda sua atenção flutuante. A partir de tais ferramentas, é possível ao investigador ter uma escuta diferenciada, não sendo guiado por seus valores morais.



A demanda, como afirma Quinet (2005), não deve ser aceita tal como ela chega. Deve ser questionada e endereçada àquele profissional específico, para que se transforme em um sintoma analítico. A passagem do fato de queixar-se dos outros para queixar-se de si mesmo é passagem imprescindível para sua retificação subjetiva, como todo que consiste em revelar, não discriminados, todos os pensamentos que ocorrem ao sujeito, de forma espontânea ou a partir de uma intervenção do profissional. (Laplanche; Pontalis, 2001).

O profissional pode até diagnosticar, mas não classifica, de acordo com Forbes (1999) e o diagnóstico admite transformações ao longo de uma análise. Na clínica contemporânea parece não haver uma linearidade temporal que garanta a permanência de elemento alguma concepção inicial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho buscou a reflexão acerca da queixa e o sistema classificatório em relação a patologias. Assim a clínica ainda se centra na doença e assim é necessária a classificação entre a normalidade e a anormalidade. Na sociedade ainda marcada pelo modelo biomédico é comum que se classifique a queixa e a partir disto se enquadra num sistema de categorias e se feche o diagnóstico, resumindo o ser humano em uma categoria classificatória e o psicodiagnóstico pode representar esta ideologia.

Trabalhou-se com os estagiários a respeito de uma crítica em relação a este modelo de atuação profissional e para isto o estagiário teve que, em supervisão clínica, desenvolver mais sua escuta clínica, desenvolver a crítica em relação aos novos modos de sofrimento, uma nova leitura da sociedade atual, além de trabalhar o status do profissional e suas ações sem ser “seduzido” pelo papel do psicólogo, seu status de cuidador e do lugar do saber.

Salienta-se que se realiza o psicodiagnóstico e sabe-se da importância do mesmo para as ações terapêuticas, porém, se questiona em nome de que, para que e o que se faz com isto? Este trabalho representa esta busca de reflexão com os estudantes de psicologia em atendimento numa clínica escola se faz necessário este espaço pois influenciará na formação dos psicólogos.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arzeno, M. E. G. (2003). *Psicodiagnóstico clínico*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cunha, J. A. (1993). *Psicodiagnóstico*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Freud, S. (1969). Sobre o início do tratamento. In: *Edição Standard das Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, v. XII. Publicado originalmente em 1913.
- Forbes, J. (1999). *Da Palavra ao Gesto do Analista*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed.
- Quinet, A. (2005). *As 4+1 condições de análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Laplanche, J.; Pontalis, J. B. (2001). *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes. Publicado originalmente em 1967.
- Ocampo, M. L. S. (2005). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes.
- Roudinesco, E. (2000). *Por que a psicanálise?* Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Simon, R. (1989). *Psicologia Clínica Preventiva: Novos fundamentos*. São Paulo: EPU.
- Terzaghi, M. A.T. (2011). Efeitos adversos e colaterais do DSM IV. Reflexões desde a clínica em neurologia infantil sobre o uso de categorias psicopatológicas em crianças pequenas. In: A. Jerusalensky & S. Fendrik. *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp. 259-273). São Paulo: Via Lettera.

RAZÃO CARTESIANA E CORPOS ESPINOZISTAS: ENLACES E DESENLACES DAS POLÍTICAS DE SUBJETIVAÇÃO DAS SEXUALIDADES

Mauro da Silva de Carvalho (Centro Universitário de Barra Mansa)

Ana Clara Leitão de Castilho (Universidade Veiga de Almeida)

RESUMO

Ao analisar os discursos contemporâneos que versam sobre a “Cura Gay”, em especial o projeto de lei recentemente tramitados no Congresso Nacional e que visava modificar artigos 3 e 4 da portaria 01/99 do Conselho Federal de Psicologia (que versam sobre a proibição dos profissionais de psicologia de aplicarem terapias “(re)conversivas” em seus pacientes), podemos constatar que esta forma de subjetivar o corpo e suas afecções, no entanto, não é nova mas, a despeito das intenções contidas na resolução citada, ainda perpassam os saberes psi, impactando diretamente nossa atuação na área de saúde em suas interfaces com o cotidiano da prática profissional. As “origens” desta discussões remontam a concepções que surgem no século XVI através da obra de Descartes, que ao buscar os fundamentos e certezas que regeriam a existência humana, concebe o homem como dividido em duas dimensões: *res cogita*, substância pensante, baseada na lógica e na razão e a *res extensa*, lugar do corpo, com seus afetos, emoções, afecções e, por conseguinte (quando analisada sob o primado da razão) da inconstância e do erro. A sexualidade, vista por este prisma, deveria se ater a determinações e racionais e racionalizantes e todo e qualquer desejo ou sensibilidade não previsto deveria ser controlado e normatizado por dispositivos advindos dos discursos “verdadeiros”, em especial os que emanariam, em sua versão contemporânea, dos especialistas advindos da psicologia afim de “restituir” os sujeitos a um estado de saúde, ou seja, de uma sexualidade hetero. Espinoza (séc. XVII) ao refletir sobre esta concepção dualista nos aponta para outras possibilidades de subjetivar o homem. Ao retomar o corpo como objeto de análise este nos possibilita outros olhares, entendendo-o não mais como lugar de erros e desvios e sim como substância potente, vibrante e capaz de articular múltiplas possibilidades de se relacionar com consigo mesmo, tornando-se capaz de produzir sexualidades marcadas por uma relação ética para com os desejos que o acometem, situando-se assim além de

determinações racionais externas. Baseados nos pressupostos Espinozistas, pretendemos analisar as formas cristalizadas de subjetivar o corpo e suas afecções, seus efeitos políticos (em especial na elaboração de políticas e garantia de direitos) e da afirmação da diversidade, apontando para possibilidades de produção de corpos potentes, capazes de gestar práticas e subjetividades inventivas no uso dos prazeres do corpo e da sexualidade.

Palavras-chave: Políticas de subjetivação. Corpo. Razão.

Eixo temático: Psicologia, Saúde e Políticas Públicas.

Ao analisarmos o contemporâneo e seus embates, nos deparamos com a polêmica envolvendo o projeto tramitado na comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa Nacional, ora denominado de “Cura Gay”²¹, que visava suspender os artigos 3 e 4 da portaria 01/99 do Conselho Federal de Psicologia (CFP)²², que versam sobre a proibição aos profissionais de psicologia de aplicarem terapias “(re)conversivas” em seus pacientes tendo em vista a “cura” da homossexualidade.

A despeito de polêmicas morais, religiosas, políticas, profissionais e de direitos envolvidas nesta discussão, o objetivo deste ensaio é por em análise concepções paradigmáticas que vão sustentar, sob muitos aspectos, os discursos que visam normatizar e patologizar os usos dos corpos e seus prazeres.

Para além de modelos estanques, que visam circunscrever a sexualidade em modelos dicotômicos e excludentes que versam sobre o que é ser homem/mulher, masculino/feminino que discursos e práticas podemos conjurar, sob a égide do contemporâneo, que nos permita produzir sexualidades e gêneros marcados pela inventividade e criação?

Ponto central das questões filosóficas que perpassam a discussão ora proposta, cabe-nos interrogar: como concebo subjetivamente o corpo que habito? Para além de sua compleição física e fisiológica, quais limites e possibilidades se estabelecem na relação do corpo com o mundo que o cerca? Quantos desejos, paixões e afetos habitam este corpo?

²¹ Projeto de Decreto Legislativo (PDC) 234/11, disponível em:
http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=881210&filename=PDC+234/2011.
Acessado em 10/04/2014

²² Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf. Acessado em 10/04/2014
31 de julho a 2 de agosto de 2014

Quantos desejos e sexualidades foram ou serão negados ou afirmados em nome de uma pretensa normalidade? O que pode um corpo?

O PROJETO CARTESIANO: O CORPO ERRÁTICO, AS TIRANIAS DA RAZÃO E AS SEXUALIDADES “NORMAIS”.

O que poderá, pois, ser considerado verdadeiro? (Descartes: 1537/1983. P. 32)

Pensador fundamental para se compreender os fundamentos racionalistas que perpassam tais questões, em sua versão moderna, Renê Descartes (Sec. XVII), ao investigar os princípios que regeriam a existência humana, estabeleceu sob vários aspectos, as bases do pensamento que sustentariam concepções deterministas sobre o homem ao concebê-lo como dotado de dois atributos distintos e antagônicos que podemos sintetizar, grosso modo, por corpo (*res extensa*) com e suas afecções (produto da relação deste com o mundo) e afetos e a alma (*res cogita*), sede de toda racionalidade e com suas características lógicas e matemáticas. A concepção de homem que se apresenta nos aponta para um homem cindido, donde emergem duas possibilidades distintas e, sob esta ótica inconciliáveis, de conceber a si mesmo: A imprevisibilidade e inconstância que emergem dos afetos e sentimentos localizados no corpo ou a previsibilidade, regularidade e constância da razão que habita a alma.

Pensador profundamente marcado pela sua época, Descartes buscava em suas meditações estabelecer parâmetros claros e distintos que permitissem delimitar o conhecimento verdadeiro das ilusões e erros que estamos sujeitos no processo de construção do pensamento.

Partindo desta primeira ponderação e dado o fato do homem possuir formas distintas de conceber a si mesmo e ao mundo que o cerca, que fonte de informação se pode confiar para produzir ideias verdadeiras? Em seu método dedutivo o filósofo não titubeia ao afirmar da impossibilidade de se afiançar os dados provenientes do corpo, uma vez que os sentimentos, afetos e desejos que dele emanariam seriam marcados pela inconstância e variação permanente assim como a percepção sensorial das coisas existentes no mundo poderia ser questionada, dado que não se poderia comprova-la, a priori, de forma eficaz e inequívoca pelas faculdades do espírito²³.

²³ A ilustração desta tese cartesiana pode ser demonstrada facilmente quando se leva em conta os estudos sobre a percepção, em especial a percepção de figuras ambíguas e os fenômenos de ilusões de ótica.



O corpo assim concebido passa a ser percebido como fonte de todos os erros e palco de todos os desvios, ou seja, um empecilho na busca da verdade a cerca da existência. Ao voltar-se para a alma e seus atributos racionais, esta torna-se fonte central do processo de aquisição de verdades uma vez que a razão forneceria a capacidade de discernir o conhecimento verdadeiro do falso. Prova disso é a ideia concebida pela alma de corpo como errático e inconstante. Tal pensamento só seria possível dada as características dedutivas da razão do qual o espírito seria dotado.

Sob este aspecto caberia a alma, doravante tomada neste texto sob a forma de consciência, assumir a função primordial de aprimorar o homem na busca da verdade das coisas que o cercam por ser dotada de atributos “divinos”²⁴ e perfeitos.

O homem, assim concebido, seria um ser marcado pelo permanente exercício da razão na sua tarefa de ordenar o caos que o permeia, cabendo-lhe a função de disciplinar e conter as forças que emanam deste corpo errático a fim de enquadrar suas possibilidades, engendrando modos de viver “saudáveis” e “normais” de se conviver com os sentimentos, desejos e afetos que nos habita.

A sexualidade pensada sob a esta égide tem como reflexo a formulação de modelos pretensamente universais e verdadeiros, marcado pelos pares dicotômicos e complementares (homem/mulher, masculino/feminino) ensejando contornos e limites mais ou menos precisos para se viver o prazer o desejo.

Indissociado de seu próprio corpo, no entanto, o homem cartesiano vê-se constantemente frustrado. Seu sonho de controle, a despeito da vontade da razão, jaz perpetuamente em ruínas devido a incapacidade de instituir controles eficientes aos desatinos do corpo.

O encontro deste homem diligente e autoritário com sexualidades dissonantes, desejos intempestivos, gêneros “degenerados”, vislumbre de prazeres inoportunos, enfim, da alteridade que o interpela a conjurar engendramentos caóticos e imprevisíveis e do qual se priva em nome da tranquilidade ordeira da razão, transformam a vida e o viver num campo de permanente tensão, atenção e ansiedade, no seu limite, insuportáveis²⁵.

²⁴ O conhecimento verdadeiro advindo da capacidade de pensar racionalmente, dada as características invariáveis e constantes da razão, só seria possível se este emanasse de uma consciência divina, tornando necessário provar a existência de Deus. Tal argumentação pode ser encontrada em Descartes, R. (1641/1983, I Parte, pp. 61-62; p 64)

²⁵ Rolnik (2013) ao analisar o homem concebido pelo olhar dominante da razão temeria o caos advindo dos encontros com a alteridade por entende-lo sob o olhar da entropia, ou seja da destruição. Ante impossibilidade de

Neste embate de forças distintas e antagônicas o viver torna-se quase impossível sem que se enseje formas de “normatizar” a diferença²⁶ através do domínio do caráter intrinsecamente intempestivo do desejo, entendendo a intempestividade a partir do traçado dado por Nietzsche (2011) de um saber que opera *“contra o tempo e com isso no tempo e, esperemos, em favor de um tempo vindouro”*. Sob esta perspectiva o desejo é tomado a partir da sua relação com o tempo, donde a história deste e de outros conceitos a ele atrelados são conclamados a dimensão do presente a partir de seu caráter disruptor e não a partir de uma leitura determinista ou evolutiva ao qual deveríamos nos adaptar constantemente.

Este olhar intempestivo nos permitirá doravante o desenvolvimento deste ensaio, retomar a noção de sexualidade atrelada ao homem cartesiano a partir do seu viés mais radical, recusando noções totalizantes e normatizantes do desejo ao apostar no potencial criativo que advém dos abalos e incômodos propiciados pelas diferenças que nos assolam.

Ao recusar os revides agressivos e por vezes violentos, tão característicos de formas de subjetivar as relações calcadas na noção de absoluto²⁷, surge-nos um cenário de impasses, tensões e desatinos, de frágeis equilíbrios e arrumações precárias devido a impotência da alma em controlar de forma eficaz o corpo e suas afecções. Ao colocamos em cena outros saberes visamos produzir alianças capazes de parir possibilidades criativas de conceber a relação de si para consigo mesmo e assim abrir caminho para outras formas de se conceber o corpo e a sexualidade.

A crítica espinosista ao cartesianismo: O corpo enquanto potência, a invisibilidade e o declínio da razão.

Sei, na verdade, que o celeberrimo Descartes, embora acreditasse que a alma tinha, sobre as suas ações, um poder absoluto, tentou, todavia explicar [...] o caminho pelo qual a alma pode adquirir um império absoluto sobre as afecções. Mas, na minha opinião, ele nada demonstrou, a não ser a penetração do seu grande espírito[.] (Espinosa: 1677/1983. Livro III, p. 183. Grifo nosso)

evitar tais encontros e do “potencial destrutivo” aí contido, este homem, por elas concebido como da “moral”, constituiria uma subjetividade “sentinela zumbi” ou seja, uma subjetividade sempre a postos, pronta para repelir com todas as suas forças toda e qualquer possibilidade de convivência com a alteridade dado seu caráter ameaçador.

²⁶ Como exemplo de normatização, podemos retomar a proposta parlamentar de instituir o projeto de “Cura gay”.

²⁷ Ao concebermos a sexualidade a partir de um modelo tomado como único e verdadeiro segundo os preceitos de uma razão cartesiana, acabamos por conceber quaisquer outras possibilidades por anormais, devendo, portanto serem terapeutizadas a fim de se retomar a “normalidade” outrora perdida ou eliminá-la para que ela não contagie, tal qual uma doença, outros corpos. Não raro podemos constatar no cotidiano casos de agressão e violência em relação a sujeitos que destoam do modelo hetero-normatizante.

31 de julho a 2 de agosto de 2014

Departamento de Psicologia – Universidade de Taubaté
Taubaté/SP

694

Ao analisar as proposições cartesianas a cerca do homem, Espinosa (SEC. XVII) em sua *Ética*²⁸ nos apresenta uma inversão radical ao pensamento vigente ao eleger o corpo na sua interação com a natureza como *locus* privilegiado de suas análises.

Ninguém, na verdade, até ao presente, determinou o que pode o corpo, isto é, a experiência não ensinou a ninguém, até ao presente, o que, considerado apenas como corporal pelas leis da Natureza, o corpo pode fazer e o que não pode fazer, a não ser que seja determinado pela alma. [...] Isso mostra suficientemente que o corpo, só pelas leis da sua natureza, pode muitas coisas que causam o espanto à própria alma. (Espinosa: 1677/1973. Livro III, Proposição II, Escólio. p. 186)

O que pode um corpo? A resposta a essa pergunta nos lança num estranho paradoxo quanto tomada sob o paradigma cartesiano. Ao levarmos as noções acima expressas podemos crer que a ideia racional sobre nosso corpo é limitada devido a própria limitação dos poderes da alma em compreendê-lo. Sendo a razão incapaz de tal tarefa, cabe-nos buscar outras possibilidades de conhecermos e nos relacionarmos com este estranho e desconhecido que habitamos.

De uma forma reducionista, mas necessária -dada a complexidade da obra do filósofo em questão- bem como do enquadre e limitações relativas ao escopo deste ensaio, podemos traduzir a noção de corpo a partir do conceito de natureza presente na obra de Espinoza (1983), donde o corpo, enquanto extensão de mim, interagiria de infinitas maneiras com outros corpos na natureza, possuindo a capacidade de afetar e ser afetado(afecção)²⁹ de infinitos modos.

A despeito da tentação racionalizante, o resultado do encontro de corpos não pode ser traduzido pelas regras causais e previsíveis da razão, nem mesmo pela vontade da alma em delimitar o que pode ou não se produzir nos encontros.

As afecções provocadas pelos encontros de corpo seriam, por definição, marcadas pela imprevisibilidade, não podendo ser definida ou delimitada a priori, afetando o sujeito na sua potência de agir e pensar, podendo aumenta-la (paixões alegres), reduzi-la (paixões tristes) ou mesmo impedir a expressão da potência que constitui nossos corpos.

²⁸ Espinosa, B. *Ética* In *Os Pensadores*. São Paulo : Abril Cultural. (1677/1973)

²⁹ A capacidade dos corpos de afetar se se afetado Espinoza nomeará de afecção que, por definição, difere de afeto sendo este entendido como um estado da alma, um sentimento que ocorre simultaneamente no corpo e na alma. A definição de afecção como paixão da alma encontra-se na Definição Geral das Afecções (Idem, p 229).

Em síntese podemos afirmar, grosso modo, que simultaneamente aos afectos que percebemos de forma clara através de nossos sentidos e que podem ser traduzidos em imagens/ideias ordenadas pela razão, minúsculas e imperceptíveis partículas e fluxos subjetivos marcam os corpos, ensejando movimentos infinitos de atração e repulsão, de síntese e destruição, engendrando caóticas e imprevisíveis composições que, a partir de certo limiar, emergem na consciência enquanto estados estranhos e inéditos à consistência subjetiva que temos de nós mesmos.

A emergência destes estados singulares nos conclama, de forma irreversível, a tessitura de arranjos existenciais inéditos a partir do agenciamento de nosso corpo atual, daquilo que não somos mais e das inumeráveis possibilidades do que podemos vir a ser, ensejando formas e contornos subjetivos marcados pelo movimento incessante de devires capazes de encarnar formas de agir, desejar, enfim, de viver que suportem as diferenças que se fazem visíveis.

A sexualidade, tomada por este paradigma, já não poderia ser concebida por formas estanques e modelos dicotômicos, dada as conjunções de forças visíveis e invisíveis, racionais e passionais que fremem, em constante ebulição, no homem espinozista.

Livre das amarras que o prendem e o sobre-determinam, atento as afecções que o afetam, o homem seria capaz de conjurar modos de ser marcados pela transitoriedade, onde a tirania da razão e sua busca por formas estáveis e duradouras de viver o prazer e o corpo dão lugar experimentação de possibilidades imprevisíveis, múltiplas e infinitas, articuladas a partir do intempestivo do encontro de corpos em perpétuo devir³⁰.

A GUIA DE UMA CONCLUSÃO OU POR UMA SEXUALIDADE....

Ao retomarmos nossa questão inicial cabe-nos fazer algumas breves ponderações, em especial no que tange a construção de formas de conceber os usos e desusos dos corpos bem como das formas de sexualidade que estes ensejam.

Um importante e inquestionável fato é a influência do discurso cartesiano na formulação de discursos e práticas sobre a sexualidade bem como das tentativas de (re) afirmação da racionalidade como verdadeira, única, imutável articuladora de corpos prazeres e desejos na

³⁰ Por Devir tomamos de empréstimo a noção proposta por Nietzsche (2011) donde pode-se compreender como um movimento, um eterno vir a ser, que instaura perpetuamente no homem em sua relação com o mundo, não sendo, pois, marcado pela ação ou vontade do sujeito, mais como aquilo que propicia a ação num movimento contínuo e ininterrupto.

contemporaneidade. Ao tomarmos esta perspectiva como natural e a-histórica, por isso mesmo hegemônica, tendemos a naturalizar e ratificar o índice de ignorância quanto a potência que habita nossos corpos.

A incitação a um determinado discurso/prática afirmativa de identidades sexuais, a seu turno, também esconde artimanhas políticas poderosas.

Veja bem, se a identidade é apenas um jogo, apenas um procedimento para favorecer relações, relações sociais e as relações de prazer social que criem novas amizades então ela é útil. Mas se a identidade se torna o problema mais importante da existência sexual, se as pessoas pensam que elas devem “desvendar” sua “identidade própria” e que esta identidade deva tornar-se a lei, o princípio, o código de sua existência, se a questão que se coloca continuamente é: “Isso está de acordo com minha identidade?”, então eu penso que fizeram um retorno a uma forma de ética muito próxima a heterossexualidade tradicional [...] Mas as relações que devemos estabelecer conosco mesmo não são relações de identidade, elas devem ser antes de diferenciação, de criação, de inovação [...] nós não devemos excluir a identidade se é pelo viés da identidade que as pessoas encontram seu prazer, mas não devemos considerar identidade como uma regra ética universal. (Foucault: 2004, pp 265-266)

A retomarmos a proposta inicial deste ensaio, o Projeto Legislativo denominado de “Cura Gay” e os discursos que perpassaram esta discussão, percebe-se que as linhas de subjetivação que perpassavam alguns dos discursos da época traziam consigo a afirmação de modelos identitários distintos e antagônicos, onde normatividades hetero e homo em posicionamentos minoritários ou não, se confrontavam engendrando movimentos de recusa e afirmação, de atração e exclusão mútua, na ânsia de se sobrepor sobre o outro, mas que, em última instância, pouco ou nada contribuíram para a questão paradigmática que ora se desenvolve.

A despeito da importância de tais discussões no âmbito da legislação, devemos nos questionar sobre que sexualidade desejamos que corpos, prazeres e desejos queremos implicar na construção de um modo de viver marcado pela “diferenciação, criação e inovação”.

Tal possibilidade, no entanto, torna-se de difícil concretização dentro do paradigma cartesiano dada a limitação imposta pela ideia de um homem cindido. A construção de Uma sexualidade, traduzida na literalidade da escrita pelo entendimento de Uma como qualquer, que recusa a ideia de Uno, de totalização, ao mesmo tempo em que afirma sexualidades múltiplas marcadas pela indiscernibilidade e multiplicidade de modos de viver.

O mesmo raciocínio se aplica aos preceitos espinozistas sobre o corpo e nos perigos que aí residem. Se por um lado temos a limitação dos corpos por outro não podemos nos deixar levar pela tentação da permanência de prazeres intensos e satisfação ilimitada, principalmente numa sociedade marcada pela tentação do consumo, como um fim em si mesmo, dado que a subserviência a qualquer concepção implica no engessamento e limitação da potência que habita nossos corpos. Em outras palavras, o risco de embriagarmos em desejo e prazeres ainda não experimentados por um corpo pode nos levar a tentação de nos deixarmos levar pela sedução intensa e afirmar, no inverso do paradigma cartesiano, corpo que na sua radicalidade, esgarçando-o ao infinito em estases catatônicos e desagregadores no que tange a possibilidade relação e de invenção coletiva.

As vias de possibilidade de construção de corpos sexuados, marcado por Uma sexualidade, prenhes de criação e potência, não se encontram, portanto na afirmação de um polo ou noutro da problemática, nem pela negação do corpo pela razão nem pelo seu inverso. Ela reside na via que passa pelo entre dois, ou seja, na articulação de áreas onde imperem o lusco fusco, nas tramas de luzes e sombras, visibilidades e invisibilidades, ordem e caos, corpos e racionalidades que se articulam em tessitura intensivas, capazes de conjurar corpos vibrantes, marcados pela liberdade e tensão criadora, onde os paradigmas políticos, no que tange negociação e inclusão da alteridade no seu viés intempestivo, éticos, no que diz respeito à relação consigo mesmo e com o outro, nos permitiria conjurar modos de viver sexualidades marcadas por uma vida conjurada tal qual obra de arte (Foucault, op. cit.), onde os contornos e limites, ao invés de marcar territórios cristalizados e estanques em si mesmo, apontam para a porosidade e transitoriedade de suas formas; tessitura onde a relação existencial, concebida a partir da com-vivência consigo e com outros corpos, potências e singularidades- torna-se imprescindível e ainda por se fazer.

REFERÊNCIAS

Descartes, R. Discurso do Método.(1637/1983). in *Os Pensadores*. São Paulo : Abril Cultural,
Descartes, R. Meditações. (1641/1983). in *Os Pensadores*. São Paulo : Abril Cultural,
Descartes, R. (1971). *Princípios da Filosofia*. Curitiba : Editora Hemus,
Espinosa, B. (1677/1973). Ética In *Os Pensadores*. São Paulo : Abril Cultural.



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



Foucault, M. (2004, Maio). Michel Foucault, uma entrevista: sexo, poder e a política da identidade. São Paulo : *VERVE Revista Semestral do NU-SOL - Núcleo de Sociabilidade Libertária*. n.5, pp. 260-277.

Nietzsche, F. (2011). *Vontade de Potência*. Petrópolis/RJ : Vozes Ed.

Rolnik, S . (Acessado em 10/08/2013). *À Sombra da Cidadania: Alteridade, homem da ética e reinvenção da democracia*. Disponível em <http://dev.nucleodesubjetividade.net/0.4/wp-content/uploads/2011/09/homemetica.pdf>.

REFLEXÕES ACERCA DO ENSINO SOBRE DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Sonia Maria Cortez Oldani (Universidade Guarulhos)

Paulo Francisco de Castro (Universidade Guarulhos e Universidade de Taubaté)

RESUMO

Dado a alta incidência de casos de abuso e dependência de álcool e outras drogas psicoativas em nosso país, e a carência no atendimento especializado aos dependentes químicos, seus familiares e a falta de informações adequadas à sociedade em geral, nota-se a urgência na capacitação dos profissionais da área da saúde, incluindo o Psicólogo, neste importante aspecto da saúde pública. O objetivo deste trabalho é levantar a questão do ensino sobre dependência química, nos cursos de graduação em Psicologia do Estado de São Paulo, a partir da conceituação da Síndrome da Dependência Química, sendo esta formada por um conjunto de fatores: físicos, psíquicos, sociais e espirituais, buscando o olhar de algumas abordagens psicológicas e organicistas, dando seguimento a algumas pesquisas já efetuadas no campo, em algumas Instituições de Ensino Superior no Brasil, levantando possíveis reflexões a respeito dos motivos pelos quais não se insere a questão das dependências de maneira mais incisiva na graduação dos profissionais da área da saúde incluindo o Psicólogo. Foi utilizada a pesquisa documental a partir da análise das matrizes curriculares dos Cursos de Psicologia do Estado de São Paulo que estavam disponibilizadas à comunidade pela internet. A matriz curricular apresenta a lista de disciplinas que compõem os cursos de Psicologia, distribuídas nos períodos letivos, com indicação de carga horária e, por vezes, síntese dos conteúdos. Foram encontradas 83 Instituições de Ensino Superior - IES que oferecem o curso de Psicologia no Estado de São Paulo, visando a verificação de disciplinas que tratassem sobre o assunto de dependência química. Observou-se que apenas uma IES possui uma disciplina obrigatória que trata da dependência no ensino de Psicologia, intitulada "Dependência Química", constando da grade curricular do 9º semestre com 80 horas aula; três instituições oferecem a temática em disciplinas optativas, tendo-se como nomenclatura das matérias "Dependência: Contribuições da Psicologia no Diagnóstico e Tratamento", com carga

horária de 33 horas aula, "Tratamento Psicossocial das Dependências", com carga horária de 60 horas e "Estudando as Dependências", com carga horária de 33 horas aula no semestre. Além disso, outras duas universidades expõem o conteúdo em outras disciplinas. Assim, observa-se que a dependência química é assunto ensinado em poucos Cursos de Psicologia do Estado de São Paulo, sendo necessário mais reflexões sobre a inclusão desse importante tema para a formação dos futuros psicólogos para que possam atuar em equipe de saúde integral no cuidado ao indivíduo dependente químico e seus familiares. Pela pertinência do tema, outros estudos são necessários para que se possa analisar a situação do ensino em âmbito nacional ou internacional.

Palavras-chave: Dependência Química. Graduação em Psicologia. Currículo de Psicologia.

Eixo Temático: Educação, Saúde e Políticas Públicas.

INTRODUÇÃO

Segundo dados colhidos pelo Ministério da Saúde (2010), no primeiro levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil em 2001, foi demonstrado que mais da metade dos pesquisados de 12 a 65 anos de idade de ambos os sexos, haviam feito uso de álcool pelo uma vez na vida. No segundo levantamento, que ocorreu no ano de 2005, o número de incidência de casos aumentou ainda mais, tanto para o álcool tanto para o tabaco se levar em consideração as drogas ilícitas, que pesquisas realizadas pelo (INPAD) - Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas (2012), o Brasil perde apenas para os EUA, representando 20% do consumo mundial de cocaína/crack e é o "principal mercado de crack do mundo".

Como se pode perceber o aumento da incidência de casos de dependência química no Brasil tem alcançado números alarmantes, sugerindo a urgência do conhecimento sobre a Dependência Química, pelos profissionais da área da saúde, incluindo o psicólogo clínico, assim também, a importância deste tema chegar ao conhecimento dos graduandos dos cursos da área da saúde inclusive o curso de Psicologia.

A Síndrome da Dependência Química caracteriza-se por um conjunto de sintomas apresentados pelo indivíduo. Segundo a CID-10 (O.M.S., 1993) é conjunto de fenômenos

comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas consequências negativas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física.

Segundo o DSM IV (A.P.A, 2013), a característica essencial da Dependência de Substância é a presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, indicando que o indivíduo continua utilizando uma substância, apesar de problemas significativos relacionados a ela. Existe um padrão de autoadministração repetida que geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo da droga. Um diagnóstico de dependência de substância pode ser aplicado a qualquer classe de substâncias, exceto cafeína. Os sintomas de dependência são similares entre as várias categorias de substâncias, mas, para certas classes, alguns sintomas são menos salientes e, em uns poucos casos, nem todos os sintomas se manifestam (por ex., sintomas de abstinência não são especificados para dependência de alucinógenos). Embora não seja especificamente relacionada como um critério, a "fissura" (um forte impulso subjetivo para usar a substância) tende a ser experimentada pela maioria dos indivíduos com Dependência de Substância (se não por todos).

Pesquisas neurobiológicas têm obtido significativos avanços, utilizando-se de inovações para melhor compreender o fenômeno da dependência, como neuroimagem e farmacoterapia. Demonstrou que o consumo de substâncias psicoativas estimula regiões cerebrais límbicas, principalmente o sistema de recompensa, gerando estímulos de prazer e aumentando a propensão a um novo episódio de uso. Com o uso crônico, o organismo adapta-se à presença constante da substância, gerando a tolerância, e, com a diminuição do uso ou a cessação, os sintomas de abstinência surgem, deixando o indivíduo mais propenso a repetir o uso para evitar o desconforto da falta (Almeida, 2011).

A pesquisa genética pressupõe que o abuso de substâncias em geral, é afetado pelos genes, porém nenhum gene específico faz com que alguém abuse ou crie dependência. Essas pesquisas sugerem que fatores genéticos afetam o modo como as pessoas consomem determinadas drogas, o que, por sua vez, pode determinar parcialmente quem irá tornar-se ou não uma pessoa que abusa de substâncias (Barlon & Durand, 2008).

Tolerância é a necessidade de crescentes quantidades da substância para atingir a intoxicação (ou o efeito desejado) ou um efeito acentuadamente diminuído com o uso continuado da mesma quantidade da substância. O grau em que a tolerância se desenvolve varia imensamente entre as substâncias. Os indivíduos com uso demasiado de opióides e estimulantes podem desenvolver níveis substanciais (por ex., multiplicados por dez) de tolerância, frequentemente em uma dosagem que seria letal para um não usuário. A tolerância ao álcool também pode ser pronunciada, mas em geral é muito menos extrema do que no caso das anfetaminas. Muitos tabagistas consomem mais de 20 cigarros por dia, uma quantidade que teria produzido sintomas de toxicidade quando começaram a fumar.

Os indivíduos com uso extremo de maconha em geral não têm consciência de que desenvolveram tolerância (embora esta tenha sido demonstrada em estudos com animais e em alguns indivíduos). Ainda não há certeza quanto ao desenvolvimento de tolerância com fenciclidina (PCP). A tolerância pode ser difícil de determinar apenas com base na história oferecida, quando se trata de uma substância ilícita, talvez misturada com vários diluentes ou com outras substâncias. Nessas situações, testes laboratoriais podem ser úteis (por ex., altos níveis sanguíneos da substância, juntamente com poucas evidências de intoxicação, sugerem uma provável tolerância). A tolerância também deve ser diferenciada da variabilidade individual na sensibilidade inicial aos efeitos de determinadas substâncias. Por exemplo, alguns indivíduos que ingerem álcool pela primeira vez apresentam muito poucas evidências de intoxicação com três ou quatro doses, ao passo que outros, com peso e história de consumo semelhantes exibem alteração na fala e na coordenação (A.P.A., 2013).

A abstinência é uma alteração comportamental mal adaptativa, com elementos fisiológicos e cognitivos, que ocorre quando as concentrações de uma substância no sangue e tecidos declinam em um indivíduo que manteve um uso demasiado e prolongado da mesma. Após o desenvolvimento dos sintomas desagradáveis de abstinência, a pessoa tende a consumi-la para aliviar ou para evitar estes sintomas utilizando a substância durante o dia inteiro, começando logo após o despertar. Os sintomas de abstinência variam imensamente entre as classes de substâncias, de modo que são oferecidos conjuntos separados de critérios de abstinência para a maioria das classes. Sinais acentuados e, com frequência, facilmente mensuráveis de abstinência são comuns com álcool, opióides e sedativos, hipnóticos e ansiolíticos. Os sinais e sintomas de abstinência frequentemente estão presentes, mas podem ser menos visíveis, no caso de estimulantes tais como anfetaminas, cocaína e nicotina.

Nenhuma abstinência significativa é vista mesmo após o uso repetido de alucinógenos (A.P.A., 2013).

Segundo o DSM IV, (A.P.A., 2013), tolerância ou a abstinência não são critérios necessários ou suficientes para um diagnóstico de dependência de substância. Alguns indivíduos (por ex., com dependência de canabinóides) apresentam um padrão de uso compulsivo sem quaisquer sinais de tolerância ou abstinência. Em contrapartida, alguns pacientes pós-cirúrgicos sem dependência de opióide podem desenvolver tolerância aos opióides prescritos e experimentar sintomas de abstinência sem mostrar quaisquer sinais de uso compulsivo. Os especificadores com dependência fisiológica e sem dependência fisiológica são oferecidos para indicar presença ou ausência de tolerância ou abstinência. Os aspectos a seguir descrevem o padrão de uso compulsivo de substância característico da dependência:

O indivíduo pode consumir a substância em maiores quantidades ou por um período mais longo do que de início pretendia (por ex., continuar a beber até estar severamente intoxicado, apesar de ter estabelecido o limite de apenas uma dose) .

O indivíduo pode expressar um desejo persistente de reduzir ou regular o uso da substância e com frequência, já houve muitas tentativas frustradas de diminuir ou interromper o uso, além disso, pode dispendir muito tempo obtendo a substância, usando-a ou recuperando-se de seus efeitos . Em alguns casos de dependência de substância, virtualmente todas as atividades da pessoa giram em torno da mesma. As atividades sociais, ocupacionais ou recreativas podem ser abandonadas ou reduzidas em virtude do seu uso e o indivíduo podem afastar-se de atividades familiares e passatempos a fim de usá-la em segredo ou para passar mais tempo com amigos usuários da substância (A.P.A, 2013).

Concepções Psicológicas

Historicamente, a psicanálise contribuiu na área da etiologia das dependências químicas a partir da experiência vivenciada na clínica e no trato com estes pacientes, chegando às seguintes teorias que tentam entender a gênese desta condição: teoria das gratificações narcísicas, teoria da oralidade, teoria das relações maníacas e teoria das perversões (Ramos, 2011).

Para Ribeiro (2011), em uma compreensão psicanalítica, a dependência de substâncias, é resultante de um desenvolvimento anormal da personalidade, oriundo das experiências infantis. Isto é, propõe que cada estágio infantil possui seus desafios e necessidades, e o

fracasso em superá-los acarreta dificuldades para suplantar os estágios posteriores. Dessa maneira, o consumo de substâncias psicoativas, surge como um mecanismo para aliviar as frustrações resultantes da inabilidade de administrar conflitos.

Segundo Gurfinkel (1996), a busca do prazer na droga pode ser interpretada como a busca do prazer pelo "caminho mais curto", ou seja à maneira do funcionamento primário, na tentativa de evitar as mediações impostas pelo princípio da realidade. O prazer que se obtém no processo primário, a partir da satisfação alucinatória do desejo, é o mesmo que ocorre no sonho. O bebê que reinveste as marcas mnêmicas de uma experiência de satisfação, e neste reinvestimento processa-se uma regressão no interno do aparelho psíquico que se estende até o polo perceptivo.

O bebê ao chupar o dedo, alucina a experiência com o seio, está em busca deste tipo de prazer. A experiência com a droga, expressaria também, uma busca deste tipo de prazer. A satisfação alucinatória se dá na sua forma mais ampla com a criação de uma neo-realidade, uma relação com os objetos na qual eles são muito mais restos diurnos de um clima onírico, que bem se esclarece com o termo "viagem" (Gurfinkel, 1996).

Segundo o pressuposto da Psicologia Cognitivo Comportamental, os indivíduos desenvolvem-se de acordo com a influência do meio onde habitam; o que conta não é a vivência em si, mas o significado que o indivíduo dá a essa vivência, como ele interpreta aquilo que acontece. A dependência química pode ser desenvolvida, por meio de comportamentos apreendidos ou interpretações feitas de determinadas situações pelo próprio indivíduo a partir do contato com uma situação disparadora, provocando pensamentos automático, e gerando crenças nucleares, que consecutivamente geram esquemas mentais, que só poderão ser modificados a partir das técnicas cognitivas comportamentais, que são variadas e não necessariamente utilizadas em sua totalidade (Zanelato, 2011).

A dependência de substâncias psicoativas é um fenômeno complexo e tem sido considerado, tanto na prática clínica quanto na pesquisa clínica, por visões muitas vezes contraditórias. O clínico dessa área, ao observar os vários contextos que circundam tal fenômeno, deve ter em mente que o seu papel fundamental é auxiliar os indivíduos que buscam assistência a modificar seus comportamentos dependentes da forma mais eficaz possível, diante dos recursos que dispõe (Zanelato, 2011).

Para Freire (2011), na teoria cognitivo comportamental, o problema com o uso indevido de substâncias deve ser tratado em contraposição à visão psicanalítica do uso como sintoma.

Nesta proposta, a dependência química é vista como um hábito adquirido ou um comportamento aprendido, automático e passível de ser modificado ou desaprendido.

Pesquisas neurobiológicas têm obtido significativos avanços, utilizando-se de inovações para melhor compreender o fenômeno da dependência, como neuroimagem e farmacoterapia. Demonstrou que o consumo de substâncias psicoativas estimula regiões cerebrais límbicas, principalmente o sistema de recompensa, gerando estímulos de prazer e aumentando a propensão a um novo episódio de uso. Com o uso crônico, o organismo adapta-se à presença constante da substância, gerando a tolerância, e, com a diminuição do uso ou a cessação, os sintomas de abstinência surgem, deixando o indivíduo mais propenso a repetir o uso para evitar o desconforto da falta (Almeida, 2011).

A pesquisa genética pressupõe que o abuso de substâncias em geral, é afetado pelos genes, porém nenhum gene específico faz com que alguém abuse ou crie dependência. Essas pesquisas sugerem que fatores genéticos afetam o modo como as pessoas consomem determinadas drogas, o que, por sua vez, pode determinar parcialmente quem irá tornar-se ou não uma pessoa que abusa de substâncias (Barlon & Durand, 2008).

OBJETIVO

Este estudo tem por objetivo refletir sobre o ensino dos conteúdos relacionados à dependência química na grade curricular dos cursos de graduação em Psicologia, nas 83 Instituições de Ensino Superior do Estado de São Paulo.

O estudo do tema em questão, visa pesquisar o ensino sobre conceitos relacionados à dependência química nas grades curriculares dos cursos de graduação em Psicologia, sua situação atual de conhecimento, pela razão do atual crescimento do número de casos em nosso país.

Dessa maneira, busca-se possibilitar benefícios a toda população brasileira que sofre pela falta de conhecimento, podendo beneficiar também o dependente químico, que atualmente é visto pelo senso comum de maneira marginalizada, sendo desprezado e humilhado quando procura por atendimento clínico.



MÉTODO

Foi utilizada a pesquisa documental como delineamento neste estudo que se caracteriza por consulta à documentos de fonte primária arquivos, fontes estatísticas e fontes não estatísticas. Os arquivos podem ser públicos e particulares. Os arquivos públicos podem ser nacionais, estaduais e municipais (Rampazzo, 2005).

Para Reis (2008), como o próprio título já diz, pesquisa documental é um tipo de pesquisa que objetiva investigar e explicar um problema a partir de fatos históricos relatados em documentos. Baseia-se em informações e dados extraídos de documentos que não receberam ainda tratamento científico, não deixando de serem fontes valiosas de informações. Tais dados podem ser encontrados em documentos pessoais como cartas, diários fotos, vídeos, ofícios, informativos, etc.; como também em documentos institucionais: relatórios de pesquisa que incluem dados estatísticos, gráficos e tabelas, boletins, periódicos, jornais, etc..

A pesquisa documental é muito similar à pesquisa bibliográfica, diferindo apenas na natureza das fontes consultadas.

Material

O material utilizado na pesquisa foram as matrizes curriculares disponibilizadas à comunidade pela internet. A matriz curricular apresenta a lista de disciplinas que compõem os cursos de Psicologia, distribuídas nos períodos letivos, com indicação de carga horária.

Procedimento

Foram levantadas todas as Instituições de Ensino Superior no Estado de São Paulo que oferecem o curso de Psicologia. Assim como Castro (2013), o levantamento foi realizado no portal do Ministério da Educação, por meio do acesso em emec.mec.gov.br. Foram encontradas 83 Instituições de Ensino Superior - IES que oferecem o curso de Psicologia no Estado de São Paulo.

O procedimento seguinte foi de listar essas instituições e verificar quais delas possuem em sua matriz curricular a disciplina obrigatória ou opcional Dependência Química, com busca direta nos respectivos sites

Foi possível analisar os dados apresentados nas matrizes curriculares das 83 diferentes IES que possuem o curso de Graduação em Psicologia no Estado de São Paulo, de acordo com o tipo de Administração:

Tabela 1. Administração e tipo das IES

Administração	N	%	Tipos	N	%
Privada	76	91,6	Sem fins lucrativos	7	8,4
			Com fins lucrativos	32	38,5
			Filantrópica	37	44,5
Pública	7	8,4	Municipal	3	3,6
			Estadual	2	2,5
			Federal	2	2,5
Total	83	100		83	100

RESULTADOS

Das 83 IES, observou-se que Dependência Química como disciplina foi encontrada em uma única Instituição, como disciplina optativa em três Instituições. A IES que possui Dependência Química como disciplina em sua matriz curricular, localiza-se na região oeste do estado de São Paulo, é administrada por órgão Público Municipal, sem fins lucrativos, tendo como título "Dependência Química", sendo ministrada no 9º semestre do curso com carga horária de 80 horas aula no semestre.

Das três IES que possuem Dependência Química como disciplina optativa, duas delas são instituições privadas sem fins lucrativos, localizadas na região noroeste do estado de São Paulo, uma com o título de: "Dependência: Contribuições da Psicologia no Diagnóstico e Tratamento", com carga horária de 33 horas aula no semestre e a outra, tem como título: "Tratamento Psicossocial das Dependências", com carga horária de 60 horas aula no semestre, além dessas duas há uma IES privada com fins lucrativos localizada na região sudoeste do estado de São Paulo com o título de "Estudando as Dependências", com carga horária de 33 horas aula no semestre.

Sete cursos abordam o tema Dependência Química em Psicopatologia, uma em Psicologia Comunitária e uma em Psicofarmacologia. Das 71 IES restantes do Estado de São Paulo, cinco abordam o tema distribuído em outras disciplinas.

De acordo com os dados colhidos, o tema Dependência Química atualmente abordado na disciplina Psicopatologia em sete IES e que, segundo a OMS (1993), no CID-10

Dependência Química é um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas consequências, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física, pode-se sugerir a inclusão do tema na disciplina de Psicopatologia nas IES de graduação em Psicologia, sendo que a disciplina é um ramo da ciência que trata da natureza essencial da doença mental - suas causas, as mudanças estruturais e funcionais associadas a ela e suas formas de manifestação.

Pode-se dizer que Psicopatologia é um conjunto de conhecimentos referentes ao adoecimento mental do ser humano. É um conhecimento que se esforça por ser sistemático, elucidativo e desmistificante (Dalgalarondo, 2008).

DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido ao aumento de casos de incidência no uso, abuso e possível dependência de álcool e outras drogas e aos dados colhidos nas 83 Instituições de Ensino Superior do Estado de São Paulo, demonstrando atualmente a escassa oferta de conhecimento do tema Dependência Química na formação do profissional de Psicologia em sua graduação, pode-se aferir a necessidade premente da inclusão do tema nos cursos de graduação em Psicologia, como disciplina principal ou abordando o tema na disciplina de Psicopatologia, desde que Psicopatologia define-se como: "conjunto de conhecimentos referentes ao adoecimento mental do ser humano".

Segundo Dias, Ruiz, Propp, Mendonça e Costa, (2008), em pesquisa realizada via internet, nos sites de 540 universidades em território brasileiro que oferecem cursos de graduação na área da saúde, sendo validadas 327 instituições, nenhuma delas possui Dependência Química como disciplina obrigatória, cinco possuem como optativa. Em dezenove delas Dependência Química é abordada em outras disciplinas.

Para Duarte (2011), em investigação sobre o conhecimento de dezesseis enfermeiros que atuam nos Centros de Atenção Social em Álcool e outras Drogas da cidade de São Paulo, entre setembro e dezembro de 2007, a partir de entrevistas, 68,8%, não possuíam formação



específica em álcool e outras drogas, 93,8% não receberam preparo nessa área durante a graduação em Enfermagem.

Não sendo encontrado nenhum trabalho de pesquisa com profissionais na área de Psicologia, e com os resultados desta pesquisa nas 83 Instituições de Ensino Superior do estado de São Paulo que oferecem curso de Graduação em Psicologia, encontrando uma única instituição oferecendo Dependência Química como disciplina obrigatória, pode-se inferir na urgência na capacitação de tais profissionais nos bancos acadêmicos da graduação, ficando evidenciado o despreparo e insuficiência de tais profissionais ao se depararem com os diversos problemas que se originam da Dependência Química, sejam de ordem física, psicológica ou social.

A crescente disseminação do uso de substâncias psicoativas na modernidade, atinge todas as camadas sociais, deixando-as a mercê de suas consequências. A introdução de novas drogas e novas formas de uso das antigas drogas, tem feito com que a Dependência Química, deixe de ser um problema individual ou familiar, para tornar-se um problema de saúde pública e ordem social. Diante dessa realidade pode-se dizer que as Instituições de Ensino Superior necessitam desenvolver uma nova postura, pautada na necessidade de adequar o perfil das formações profissionais da área da saúde e serviço social, a fim de oferecer a capacitação necessária a uma atuação voltada a prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento da Dependência Química.

REFERÊNCIAS

- Almeida, P.P. (2011). Neurobiologia e Neuroimagem dos comportamentos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. In: A. Diehl, C.C. Cordeiro & R. Laranjeira (Org.), *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. (pp. 35-42). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (4ª ed. rev.). Porto Alegre: Artmed.
- Barlow, D.H. & Durand, V.M. (2008). Causas dos transtornos relacionados às dependências de substâncias. In: D.H. Barlow & V.M. Durand (Orgs.), *Psicopatologia uma abordagem integrada*. (pp. 478-484). São Paulo: Cengage Learning.
- Castro, P.F. (2013). Caracterização do ensino de avaliação psicológica no Estado de São Paulo. *Boletim de Psicologia*, 63 (138), 81-102.

- Dalgalarrondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Dias, D.V., Ruiz, G.C.D., Propp, L., Mendonça, L.A.B. & Costa, T.A.D.L. (2008). *Currículo Básico para o Profissional da Saúde - O que todo profissional da saúde deveria saber sobre dependência de álcool e drogas?* São Paulo, 2008. Recuperado em 25 de abril de 2013 de <http://www.unifesp.br>.
- Duarte, C.E. (2010). Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas. In: Ministério da Saúde *Prevenção ao uso indevido de drogas*. (pp. 62-68). Brasília: SENAD.
- Duarte, F.A.B. & Vargas, D. (2011). Enfermeiros dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPES AD): A formação e a busca pelo conhecimento específico na área. *Texto e Contexto em Enfermagem*, 20 (1), 119-126.
- Freire, S.D. (2011). Implicações práticas no tratamento psicoterápico em dependência química. In: I. Andretta & M.S. Oliveira (Orgs.), *Manual Prático em terapia cognitivo comportamental*. (pp. 389-399). Itatiba: Casapsi Livraria e Editora.
- Gurfinkel, D. (1996). *A pulsão e seu objeto-droga: estudo psicanalítico sobre a toxicomania*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Laranjeira, R. (2012). *II LENAD - Levantamento nacional de álcool e drogas*. Recuperado em 19 de março de 2013 de www.inpad.org.br.
- Organização Mundial da Saúde (2008). *CID-10 - Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. (10ª ed. rev.). Porto Alegre: Artmed.
- Ramos, S.P. (2011). Psicodinâmica. In: A. Diehl, C.C. Cordeiro & R. Laranjeira (Org.), *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. (pp. 346-356). Porto Alegre: Artmed.
- Rampazzo, L. (2005). *Metodologia científica*. São Paulo: Edições Loyola.
- Reis, M. (2010). *Metodologia da pesquisa*. Curitiba: IESDE Brasil.
- Ribeiro, M. (2011). Etiologia dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. In: A. Diehl, C.C. Cordeiro & R. Laranjeira (Org.), *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. (pp. 43-48). Porto Alegre: Artmed.
- Zanelato, N. (2011). Terapia cognitiva comportamental aplicada à dependência química. In: A. Diehl, C.C. Cordeiro & R. Laranjeira (Org.), *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. (pp. 252-268). Porto Alegre: Artmed.



RESILIÊNCIA DE HABITANTES DO AMAZONAS E A CIDADANIA

Suely Aparecida do Nascimento Mascarenhas (Universidade Federal do Amazonas)

Juliana de Lima da Silva (Universidade Federal do Amazonas)

Gisele Cristina Resende Fernandes da Silva (Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto e Faculdade Martha Falcão)

Cristian Martins (Universidade Federal do Amazonas)

José Luís Pais Ribeiro (Universidade do Porto - Portugal)

RESUMO

O conceito de resiliência na psicologia objetiva referir um processo psicológico dinâmico que abrange a adaptação positiva num contexto expressivamente adverso, pode ser considerada como o resultado de processos de proteção que não eliminam os riscos experimentados, mas que encorajam o indivíduo a lidar efetivamente com situações e a sair fortalecido das mesmas. Para o desenvolvimento da resiliência é primordial considerar os processos sociais (mecanismos de socialização e participação em comunidade) e intrapsíquicos (construídos através das interrelações entre indivíduo e meio, intersubjetividade e intrasubjetividade), além disso, há níveis de resiliência, sendo: (i) recuperar-se de traumas e adversidades, (ii) tornar-se mais flexível, fluido “leve”, consistente e coerente, (iii) crescer, desenvolver-se e fortalecer-se mesmo em ambiente de mudança e instável e (iv) antecipar-se, produzir ajustes, aproveitar e maximizar oportunidades, minimizar e evitar problemas, antecipar acontecimentos, produzir congruência, transformar a realidade. No presente trabalho realizado ao abrigo de projetos de pesquisa apoiados pelo CNPq/FAPEAM onde dentre outros propósitos, objetivou-se avaliar a resiliência de habitantes do Amazonas, pois são populações que não possuem recursos com qualidade nos serviços de saúde, educação e saneamento básico, destituídos de direitos de cidadãos. A metodologia foi a aplicação da Escala Breve de Resiliência adaptada de Portugal que possui quatro itens e é organizada em uma escala likert de 5 pontos (quase sempre a quase nunca) realizado com a participação, voluntária e anônima de n=1320 habitantes do Amazonas de diversa localidades (Manaus, Humaitá, Lábrea, Manicoré, Benjamin Constant), observando procedimentos éticos vigentes, sendo 58,3% do sexo feminino e 41,7% do



masculino, com faixa etária entre 18 e 87 anos; $M=25,28$; $DP=9,73$. Os resultados foram analisados por meio de estatística para a comparação entre médias e desvio padrão buscando os níveis de resiliência na referida escala, além da Análise de Variância (ANOVA) para compreender a significância dos resultados entre os grupos e as variáveis (itens da escala). Verificou-se que as populações se enquadram num nível de resiliência 3 (RN3), descrito como a capacidade de crescer, desenvolver-se e fortalecer-se mesmo em ambiente de mudança e instável. Também se constatou que os itens da escala obtiveram significância entre si no grupo pesquisado (Sig. 0,000). As conclusões são de que os habitantes da região possuem uma grande capacidade de acreditar que podem superar as adversidades de forma positiva (aspecto de vivência intrapsíquica), entretanto, há indicadores de que é necessário oferecer mecanismos de proteção social (aspecto de vivência em comunidade) a essa população, pois precisam desenvolver a capacidade criativa para lidar com situações inesperadas e adversas. A sociedade quando oferece educação, assistência social e os direitos do cidadão, pode fortalecer as pessoas, tornando-as mais conscientes de suas responsabilidades (deveres) e de seus direitos na convivência social e resilientes, favorecendo qualidade de vida e saúde.

Palavras-chave: Resiliência. Cidadania. Avaliação psicológica.

INTRODUÇÃO

O conceito de resiliência na psicologia objetiva referir um processo psicológico dinâmico que abrange a adaptação positiva num contexto expressivamente adverso, pode ser considerada como o resultado de processos de proteção que não eliminam os riscos experimentados, mas que encorajam o indivíduo a lidar efetivamente com situações e a sair fortalecido das mesmas. Para o desenvolvimento da resiliência é primordial considerar os processos sociais (mecanismos de socialização e participação em comunidade) e intrapsíquicos (construídos através das interrelações entre indivíduo e meio, intersubjetividade e intrasubjetividade).

Para Carmello (2008) o indivíduo de conduta resiliente caracteriza-se por apresentar um perfil que demonstre competências como: (i) saber antecipar-se e adaptar-se a situações complexas; (ii) não desistir diante de situações difíceis, mantendo a persistência e a serenidade; (iii) adaptar sua posição ou comportamento para ajustar-se a outras posições e



novas situações; (iv) Ser capaz de recuperar-se de esgotamento, exaustão e traumas; (v) manter a energia e persistência em situações de risco e/ou incerteza ou mesmo pressão e estresse constantes. O processo de resiliência assemelha-se ao de *coping* que divide o enfrentamento da situação em duas frentes: (i) *coping* focado no problema buscando atuar diretamente na situação geradora de estresse e (ii) *coping* focado na emoção visando regular o estado emocional que acompanha o estresse. Sendo *coping* entendido como o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais utilizados pelos indivíduos no processo de lidar com demandas específicas sejam de natureza interna ou externa, que caracterizam as situações de estresse e são avaliadas como responsáveis por sobrecarregar ou exceder os recursos pessoais (Carmello, 2008; Folkman, 1984). No quadro a seguir estão os níveis de resiliência apontados por esse autor.

Níveis de resiliência (a partir de Carmello, 2008, p.54;59)

Nível	Características
Resiliência nível 1 - RN1	Recuperar-se de traumas e adversidades
Resiliência nível 2 - RN2	Tornar-se mais flexível, fluido “leve”, consistente e coerente.
Resiliência nível 3 - RN3	Crescer, desenvolver-se e fortalecer-se mesmo em ambiente de mudança e instável.
Resiliência nível 4 - RN4	Antecipar-se, produzir ajustes, aproveitar e maximizar oportunidades, minimizar e evitar problemas, antecipar acontecimentos, produzir congruência, transformar a realidade.

Por outro lado, os aspectos sociais podem ser compreendidos como as oportunidades que a sociedade e cultura propiciam aos indivíduos para o desenvolvimento da resiliência, pois as sociedades precisam ter características ou pilares promotores dessa capacidade. Para Assis, Pesce e Avanci (2006) a resiliência é a habilidade que a pessoa possui de se acomodar e reequilibrar constantemente frente às adversidades da vida e é um processo dinâmico da interação entre os processos sociais e intrapsíquicos de risco e proteção que são tecidos na cotidianidade e na vivência em comunidade.

Em relação aos estudos na América Latina há de se considerar os pilares da resiliência na perspectiva da coletividade: a auto-estima coletiva (que se traduz na atitude e sentimento de orgulho por viver em determinado local), a identidade cultural (significa a identidade construída na cultura, ela pode ser compreendida como a incorporação dos valores, costumes e folclores da cultura que é expresso pelo grupo), humor social (que é a capacidade dos grupos de encontrar comédia na tragédia, esse humor funciona como uma estratégia de tranquilização, que favorece o ajuste e a tomada de decisões após a ocorrência de eventos adversos), e, a

honestidade estatal (que é compreendida como a capacidade de manejo decente e transparente da administração e do cuidado com os órgãos e espaços públicos). Esses aspectos (pilares) contribuem para o desenvolvimento da resiliência coletiva, que no âmbito social é elemento que possibilita a vivência de situações adversas pela comunidade e não somente pelo indivíduo (Ojeda, 2005).

Também é na vivência em sociedade e comunidade que o contato humano é permeado pela cidadania. De acordo com a literatura da área, cidadania implica na consciência dos direitos, deveres, liberdades e responsabilidades por ações e omissões. Sendo que os indicadores de desenvolvimento social e humano sinalizam como condição para o seu exercício e acesso a serviços públicos essenciais e estratégicos como educação formal de qualidade, habitação, alimentação, informação, comunicação, segurança, seguridade social, saneamento básico, saúde dentre outros (Brasil, 1988).

É verdade sabida e conhecimento público do Brasil e do mundo que as populações amazônicas inclusive a brasileira situa-se num contexto de precário de acesso a bens públicos de desenvolvimento da cidadania, por isso interessa-nos conhecer em que medida as populações das comunidades do sul do estado do Amazonas – Vale do Rio Madeira apresentam resiliência para superar as adversidades e avançar na luta por seus ideais e direitos de cidadania. A partir desse diagnóstico é possível desenvolver estratégias interventivas orientadas para o fortalecimento da capacidade de resiliência dos indivíduos que imersos no grupo social também desenvolve suas especificidades.

OBJETIVOS

Objetivou-se avaliar a resiliência de habitantes do Amazonas, pois são populações que não possuem recursos com qualidade nos serviços de saúde, educação e saneamento básico, destituídos de direitos de cidadãos.

METODOLOGIA

A metodologia foi a aplicação da Escala Breve de Resiliência adaptada de Portugal que possui quatro itens e é organizada em uma escala likert de 5 pontos (quase sempre a quase nunca) realizado com a participação, voluntária e anônima de n=1320 habitantes do Amazonas

de diversa localidades (Manaus, Humaitá, Lábrea, Manicoré, Benjamin Constant), observando procedimentos éticos vigentes. Os resultados foram analisados por meio de estatística para a comparação entre médias e desvio padrão buscando os níveis de resiliência na referida escala, além da Análise de Variância (ANOVA) para compreender a significância dos resultados entre os grupos e as variáveis (itens da escala).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o diagnóstico da resiliência nos habitantes do Vale do Rio Madeira, no sul do Amazonas foi aplicada a Escala Breve de Comportamento Resiliente Ribeiro (2010) - a Brief Resilient Coping Scale (BRCS) de Sinclair e Wallston (2003) - adaptada para o contexto de Portugal da e traduzida por Mascarenhas (2012) para o português do Brasil.

A escala foi aplicada em 1320 pessoas residentes no Amazonas (Manaus, Humaitá, Benjamin Constant, Tabatinga, Lábrea, Manicoré de contextos urbanos e rurais). Em relação aos participantes foram 58,3% do sexo feminino e 41,7% do masculino, com faixa etária entre 18 e 87 anos; $M=25,28$; $DP=9,73$.

Os resultados a seguir demonstram as médias de respostas em cada item da escala e percebe-se que a maior média se encontra no item “*Acredito que posso crescer positivamente lidando com situações difíceis*” ($M= 3,84$ e $DP= 1,27$), revelando a capacidade de acreditar na própria capacidade para a resolução de problemas e crescimento pessoal. Este comportamento de acreditar no crescimento pessoal caracteriza-se como no Nível 3 de Resiliência (RN3) descrito como a capacidade de crescer, desenvolver-se e fortalecer-se mesmo em ambiente de mudança e instável, proposto por Carmello, 2008. O indivíduo nesse nível de resiliência é capaz de ajustar-se às mudanças e não perder suas energias em busca de melhores condições.

Além, disso percebe-se que há aspectos individuais intrapsíquicos em pessoas com esse nível de resiliência, como a independência (que consiste em saber fixar limites entre si e o meio problemático de forma a manter uma distância física e emocional, sem isolar-se) e a capacidade de se relacionar (a habilidade para estabelecer intimidade com os outros, de equilíbrio afetivo nas relações interpessoais), como propuseram Mellilo, Estamatti e Cuestas (2005).



O item *“Procuro ativamente formas de substituir as perdas que encontro na vida”* (M= 3,64 e DP= 1,41) revela que os moradores do Sul do Amazonas procuram encontrar esperança diante das perdas, segundo Mellilo, Estamatti e Cuestas (2005) esse comportamento é um aspecto intrapsíquico que colabora para o desenvolvimento da resiliência, pois podem ter a introspecção (que é a capacidade de olhar para si mesmo e questionar-se e ser honesto nesse processo). Os indivíduos demonstraram saber antecipar-se e adaptar-se a situações complexas ou ajustar-se a outras posições e novas situações (Carmello, 2008).

Já o item *“Independentemente do que possa me acontecer, acredito que possa controlar minhas reações”* (M= 3,50 e DP= 1,33) revela o autocontrole diante da realidade e o humor (encontrar o cômico na tragédia, para tranquilizar-se e poder lidar com as situações) proposto por Mellilo, Estamatti e Cuestas (2005) ou como afirma Carmello (2008) os indivíduos apresentam resiliência porque são capazes não desistir diante de situações difíceis, mantendo a persistência e a serenidade e recuperação do esgotamento, de exaustão e de traumas.

A média mais baixa encontrada na escala foi em relação ao item *“Procuro formas criativas de superar as situações difíceis”* (M= 3,47 e DP= 1,35), o que demonstra que as pessoas residentes no Sul do Amazonas precisam desenvolver estratégias criativas para o enfrentamento das adversidades, esse resultado pode nos remeter que são necessárias mais ações educacionais e sociais para que as pessoas utilizem a capacidade criativa e percebam outros modos de se organizar para superar situações difíceis. Mellilo, Estamatti e Cuestas (2005) descrevem como capacidades intrapsíquicas a iniciativa (empreender-se em tarefas mais exigentes) e a criatividade (a capacidade de ordenar o caos com beleza e finalidade), mecanismos que podem ser desenvolvidos nessas comunidades.

Nas tabelas a seguir se podem ser visualizados os resultados da aplicação da Escala Breve de Comportamento Resiliente.

Tabela 1: Estatísticos Descritivos comportamento resiliente habitantes do Amazonas, 2014.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
1.Procuro formas criativas de superar as situações difíceis	1206	1,00	5,00	3,4677	1,35127
2.Independentemente do que possa me acontecer, acredito que possa controlar minhas reações	1206	1,00	5,00	3,5041	1,33248
3.Acredito que posso crescer positivamente lidando com situações difíceis	1205	1,00	5,00	3,8423	1,26742
4.Procuro ativamente formas de substituir as perdas que encontro na vida	1207	1,00	5,00	3,6413	1,41000
N válido (según lista)	1202				

Fonte: Base de dados projeto, LAPESAM, UFAM-CNPq, 2014.

Pelos indicadores de média e desvio padrão verificados na tabela 1, constata-se que o item 3 acredito que posso crescer positivamente lidando com situações difíceis $M=3,8423$; $DP=1,26742$ revela um estilo de resiliência positivo que caracteriza os habitantes do Amazonas como cidadãos com recursos psicológicos importantes para a luta por dias melhores.

Tabela 2: ANOVA Comportamento resiliente habitantes do Amazonas, 2014.

		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Procuro formas criativas de superar as situações difíceis	Inter-grupos	113,010	7	16,144	9,251	,000
	Intra-grupos	2055,858	1178	1,745		
	Total	2168,868	1185			
Independentemente do que possa me acontecer, acredito que possa controlar minhas reações	Inter-grupos	113,424	7	16,203	9,567	,000
	Intra-grupos	1995,076	1178	1,694		
	Total	2108,499	1185			
Acredito que posso crescer positivamente lidando com situações difíceis	Inter-grupos	194,603	7	27,800	19,139	,000
	Intra-grupos	1708,227	1176	1,453		
	Total	1902,830	1183			
Procuro ativamente formas de substituir as perdas que encontro na vida	Inter-grupos	211,160	7	30,166	16,468	,000
	Intra-grupos	2159,671	1179	1,832		
	Total	2370,831	1186			

Fonte: Base de dados projeto, LAPESAM, UFAM-CNPq, 2014.

Além dos aspectos referidos, podemos perceber (Tabela 2) por meio da Análise de Variância (ANOVA) que os itens da escala obtiveram significância entre si no grupo pesquisado (Sig. 0,000), isto é, para o comportamento resiliente são necessários todos os aspectos citados pelos itens da escala, porém num grau de importância maior “*acreditar que posso crescer positivamente lidando com situações difíceis*” (F=19,13) e em menor grau “*Procurar formas criativas de superar as situações difíceis*”(F=9,25).

Percebe-se que a resiliência é um comportamento que ocorre na interação bidirecional entre o social (vivência em comunidade) e o pessoal (vivência intrapsíquica) e pode ser desenvolvida e na população do Sul do Amazonas. Os resultados revelaram uma grande capacidade de acreditar que podem superar as adversidades de forma positiva (aspecto de vivência intrapsíquica), entretanto, há indicadores de que se precisa oferecer mecanismos de proteção social (aspecto de vivência em comunidade) à essa população, pois precisam desenvolver a capacidade criativa para lidar com situações inesperadas e adversas. Os aspectos sociais podem ser compreendidos como as oportunidades que a sociedade e cultura propiciam aos indivíduos para o desenvolvimento da resiliência, pois as sociedades precisam ter características ou pilares promotores dessa capacidade. Para Assis, Pesce e Avanci (2006) a resiliência é a habilidade que a pessoa possui de se acomodar e reequilibrar constantemente frente às adversidades da vida e é um processo dinâmico da interação entre os processos sociais e intrapsíquicos de risco e proteção que são tecidos na cotidianidade, e, a comunidade e sociedade fazem parte dessa vivência.

A sociedade quando oferece educação, assistência social e todos os direitos do cidadão pode fortalecer as pessoas a se tornarem mais conscientes de suas responsabilidades (deveres) e de seus direitos na convivência social e resilientes, tornando também os indivíduos cidadãos.

CONCLUSÃO/PERSPECTIVAS

Para a promoção da resiliência é necessário a construção de um sistema social que rompa e supere as barreiras instituídas pelo poder econômico e os direitos sociais que ferem diretamente a cidadania. A cidadania implica na consciência dos direitos, deveres, liberdades e responsabilidades por ações e omissões. Sendo que os indicadores de desenvolvimento social e humano sinalizam como condição para o seu exercício e acesso a serviços públicos essenciais e estratégicos como educação formal de qualidade, habitação, alimentação, informação, comunicação, segurança, seguridade social, saneamento básico, saúde dentre outros (Brasil, 1988).

É verdade sabida e conhecimento público do Brasil e do mundo que as populações amazônicas inclusive a brasileira situa-se num contexto de precário de acesso a bens públicos de desenvolvimento da cidadania, por isso, o modelo social e econômico atual consegue

promover o sentimento de inferioridade, a violência e o fracasso ao pautar-se em princípios de competitividade de uma sociedade econômica que valoriza o consumismo (o ter) a partir de um modelo capitalista e as pessoas precisam desenvolver a resiliência para viverem nesses sistemas.

Partindo-se do pressuposto de que a promoção da resiliência pode ocorrer, acredita-se que os pilares da resiliência no sistema coletivo (compreendendo-se a comunidade local como um sistema menor vinculado a outro sistema maior: a sociedade brasileira): autoestima coletiva, identidade cultural, humor social e honestidade estatal como apontou Ojeda (2005) contribuam para que a comunidade se torne um espaço de ações resilientes, uma vez que esses pilares podem embasar a ação educativa.

A ação educativa para a resiliência pode estar presente no currículo escolar (quando é promovida a ação coletiva, a consciência das próprias capacidades e a criatividade), quando há incentivo para a participação popular nas associações de moradores de bairros, nos conselhos municipais de saúde, educação e nos órgãos reguladores do poder executivo municipal e estadual promovendo também a cidadania. A promoção da resiliência está presente em programas sociais e educacionais que tenham como pressupostos o favorecimento da solidariedade, da coletividade, e, sobretudo a formação humana, o Ser. Essas ações podem objetivar o desenvolvimento de competências pessoais [autoestima, autonomia, criatividade, senso de humor, introspecção, capacidade de se relacionar com os outros e independência, como defende Mellilo, Estamatti e Cuestas (2005)] e desenvolvimento de altos níveis de resiliência como proposto por Carmello (2008), pois a ação educativa ocorre nessa dinamicidade e no movimento entre fatores internos e externos.

Utilizando-se o conceito de resiliência e associando-o aos estudos na área da psicologia/sociologia/educação pode-se corroborar para a implementação de políticas públicas que visem à promoção da saúde e do bem estar biopsicossocial, pois em situações de adversidades as pessoas precisam ter um ambiente ou um programa de proteção para o enfrentamento de adversidades e para a superação de situações de risco de formas saudáveis, pois "... o ser humano é influenciado pelas adversidades, também o é pelas situações boas e generosas da vida." (Assis & cols., 2006, p. 59).

REFERÊNCIAS

- Assis, S. G.; Pesce, R. P. & Avanci, J. Q. (2006). *Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Garmezy, N. (1996). Reflections and commentary on risk, resilience, and development. In: Haggerty, R. J.; Sherrod, L. R.; Garmezy, N.; Rutter, M. (Editors). *Stress, risk and resilience in children and adolescents: processes, mechanisms and interventions*. Cambridge University Press p.1-18.
- Carmello, E. (2008). *Resiliência: a transformação como ferramenta para construir empresas de valor*. São Paulo: Editora Gente.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839-852.
- Grotberg, E. H. (2005). Introdução: novas tendências em resiliência. In: Melillo, A.; Ojeda, E. N. S. & Cols. (2005). *Resiliência descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed, p.15-22.
- Infante, F. (2005). A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. In: Melillo, A.; Ojeda, E. N. S. & Cols. (2005). *Resiliência descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed, p. 23-38.
- Melillo, A.; Estamatti, M.; Cuestas, A. (2005). Alguns fundamentos psicológicos do conceito de resiliência. In: Melillo, A.; Ojeda, E. N. S. & Cols. (2005). *Resiliência descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed, p.59-72.
- Ojeda, E. N. S. (2005). Uma concepção latino-americana: a resiliência comunitária. In: Melillo, A.; Ojeda, E. N. S. & Cols. (2005). *Resiliência descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed, p.47-57.
- Polonia, A.C.; Dessen, M. A. & Silva, N. L. P. (2005). O modelo bioecológico de Bronfenbrenner: contribuições para o desenvolvimento humano. In: Dessen, M. A. & Costa Júnior, A. L. (2005). *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais*. Porto Alegre: Artmed, p.71- 89.
- Yunes, M. A. M. & Szymanski, H. (2000). Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: Tavares, J. (Org.) (2000). *Resiliência e Educação*. São Paulo: Cortez Editora, p.13-42.

SAÚDE DO PROFESSOR: UMA ANÁLISE COM RELAÇÃO À INCLUSÃO DO ALUNO AUTISTA

Monique Marques da Costa Godoy (Universidade de Taubaté)

Elvira Aparecida Simões de Araujo (Universidade de Taubaté)

RESUMO

O ensino de crianças com autismo deve ser realizado no ensino regular, porém por suas características específicas como, por exemplo, diferentes graus de déficits na socialização e na comunicação, a presença desses alunos em classes regulares pode causar ansiedade e sentimentos de medo e frustração em seus professores. Além disso, se o professor se sente despreparado, a simples ideia de um aluno diferente pode sugerir que a sua prática é insuficiente e que terá que submeter-se a uma dupla-jornada para com a sala de aula. Esses aspectos podem influenciar na percepção do professor acerca da inclusão de seus alunos autistas, em sua relação com esses alunos e, conseqüentemente, em sua saúde ocupacional. O presente estudo tem como objetivo identificar a percepção do professor acerca da inclusão do aluno autista nas escolas regulares. Para tanto foi aplicado um questionário em uma amostra de 58 professores que atuam em nove escolas da rede municipal de ensino de Taubaté. Tal instrumento foi elaborado pelos autores, e se trata de um conjunto de 18 afirmativas, em uma escala Likert, onde 1 representava “discordo totalmente” e 4 representava “concordo totalmente”, e abordava aspectos acerca da percepção dos professores sobre a inclusão de autistas. Embora a amostra da pesquisa não seja significativa para permitir a plena generalização, apresenta aspectos relevantes acerca de como este grupo de professores percebe o tema em estudo. Os resultados mostram que há contradições na percepção dos docentes sobre este assunto. Ao mesmo tempo em que 63% deles concordam que a melhor opção para o aluno autista é o ensino regular, 62% dos professores também concordam que os mesmos alunos devem estar em instituições especializadas. Sobre a percepção acerca de terem recebido orientações para trabalharem com alunos autistas 84,4% respondem negativamente, porém 43% percebem-se capazes de identificá-los, ou seja, metade daqueles que dizem que não receberam informação para trabalhar com alunos autistas, também dizem

que são capazes de identificá-los. Os resultados também demonstram que, na percepção dos professores, trabalhar com autista é muito difícil (86%), eles não se sentem a vontade para trabalhar com esses alunos (65,5%). Os professores também concordam que só é possível mantê-los em sala com a presença de um auxiliar (84%). Além disso, os resultados apresentam que frente a trabalhar com alunos com outras deficiências 74% discordam, e ainda 63,7% dos professores preferem não trabalhar com alunos com necessidades educativas especiais. Numa sociedade que luta pela inclusão de todas as crianças na escola regular como forma de garantia de direitos sociais e cidadãos podemos observar que as professoras participantes deste estudo não se percebem capazes de cumprir este papel. A implicação desta percepção pode incidir ao na saúde dos professores e na disponibilidade deste em assumir as responsabilidades decorrentes de sua função, ao mesmo tempo, e de modo trágico, pode interferir na garantia de suporte educacional adequado para todos os alunos, inclusive os que demandam atenção especial. Tal quadro revela a importância de ações de formação continuada e suporte pedagógico, psicológico e institucional para o professor.

Palavras-chave: Saúde do professor. Inclusão. Autismo

INTRODUÇÃO

O professor é uma figura importante para a sociedade, uma vez que ele compõe os esforços em preparar os cidadãos para a vida. Porém este profissional está submetido a demandas variadas e a atividades que nem sempre favorecem a preservação de sua saúde, exigindo até mesmo sobre-esforço físico e mental.

Reis, Carvalho, Araújo, Porto, e Silvany Neto (2005) afirmam que o somatório de demandas de tarefas extra-classe, extensas jornadas de trabalho, cumprimento de tarefa com curto prazo, múltiplos empregos, entre outros, propicia o surgimento de efeitos sobre a saúde mental deste grupo ocupacional.

Além disso, o estudo de Reis *et al.* (2005) corroboram com o estudo de Guaparini, Barreto e Assunção (2005), uma vez que ambos comprovam que há entre os professores prevalência dos distúrbios psíquicos menores e riscos a sofrimento psíquico. Ainda, de acordo com a pesquisa documental de Guaparini *et al* (2005) este é o motivo que mais comum para o afastamento de professores.

Para Reis *et al.* (2005) esta prevalência está relacionada a alta exigência do trabalho do professor e Guaparini *et al.* (2005) consideram a hipótese de que a saúde do professor possa estar relacionada às suas condições de trabalho.

O estudo de Silveira, Enumo, Pozzatto e Paula (2014) aponta como principais estressores relativos ao trabalho docente a grande quantidade de alunos em sala de aula, lidar com problemas comportamentais dos alunos, atitude pública de incompreensão sobre a carga de trabalho do professor, falta de motivação dos alunos e falta de recursos suficientes para o ensino. Para as autoras a grande quantidade de alunos e a falta de recursos suficientes para o ensino são fatores indiretamente ligados à sobrecarga e as atividades escolares no contexto inclusivo.

Naujorks (2002) afirma em sua pesquisa com 163 professores da cidade de Santa Maria – RS, que os professores se vêem sozinhos e desamparados nessa missão, uma vez que a proposta de incluir crianças com necessidades educacionais especiais lhes foi imposta e eles não visualizam o movimento inclusivo nem na sociedade e nem na comunidade escolar.

Como o foco deste estudo é a percepção dos professores sobre a inclusão de alunos autistas e as suas conseqüências na saúde do professor, cabe ressaltarmos que Silva e Almeida (2011) constatarem em seu trabalho que o professor de salas regulares com inserção de alunos com necessidades educacionais especiais, em comparação com os professores de salas de recurso e professores de salas regulares sem alunos com necessidades educacionais especiais, podem ser mais propensos a desenvolverem *Burnout*, que é uma resposta ao estresse laboral crônico, que envolve condutas negativas em relação às pessoas e ao trabalho. Em professores o *Burnout* acarreta prejuízos na relação professor-aluno e no processo de ensino e aprendizagem.

Naujorks (2002) elenca cinco categorias nas quais encontramos fatores de estresse do professor no processo de inclusão: 1) *perspectivas com relação a inclusão*, os professores percebem que não se sentem a vontade com o projeto de inclusão, da escola e de seus colegas de trabalho, não há estrutura para inclusão e os órgãos responsáveis não lhes oferece proposta de inclusão nem prepara-os para tal; 2) *condições de trabalho (material e estrutura física)*, quanto maior a faixa etária do professor, mais desgastado ele está com as condições adversas de trabalho e mais sujeito ao processo de estresse; 3) *reconhecimento de trabalho pela escola e pela sociedade*, nessa categoria são mais susceptíveis ao processo de estresse os professores mais novos por se sentirem inseguros e não reconhecidos; 4) *satisfação*

pessoal e financeira, os professores concordam que os salários são baixos, mas incomodam-se mais o feedback dos alunos e; 5) *metodologia utilizada em sala de aula*, refere-se a limitação que os professores tem para atuarem em algo que não foram formados.

Em Silveira *et al.* (2014) os fatores de estresse que mais apareceram ligados ao contexto de educação inclusiva foram a sobrecarga de serviço e a percepção de pouca preocupação em fornecer aos professores subsídios necessários ao trabalho junto à diversidade.

O Autismo é um transtorno invasivo do desenvolvimento. Segundo Dumas (2011) o Autismo caracteriza-se por alterações qualitativas das interações sociais, das modalidades da comunicação e do repertório comportamental. Devido as suas características específicas, o autista pode causar sentimentos de frustração em seus pais e professores que não possuem o retorno de seus esforços a através do olhar dessas crianças, por exemplo (Ferreira, 2012; Dumas, 2011).

Goldberg (2002) afirma que a essência da promoção do desenvolvimento das habilidades nas crianças com Autismo é a percepção do professor sobre o transtorno. Por isso procura-se entender neste artigo aspectos que possam interferir na saúde do professor e a percepção do professor sobre a inclusão dos alunos autistas.

METODOLOGIA

A pesquisa aqui apresentada é caracterizada como exploratória que, segundo Cervo e Bervian (2002), é aquela que tem como objetivo proporcionar uma maior familiaridade com o fenômeno ou obter nova percepção do mesmo e descobrir novas ideias.

A área de realização da pesquisa foram as escolas municipais da Zona Norte de Taubaté que atendem as crianças matriculadas do 1º ao 5º ano.

A população é composta por um universo de 122 professores da rede municipal que atuam em escolas municipais da Zona Norte de Taubaté do 1º ao 5º ano.

Esta população encontra-se distribuída em dez escolas situadas na Zona Norte da cidade, porém uma das dez escolas situada nesta região não permitiu a condução da pesquisa com seus professores. Assim foram entregues 109 questionários.

Destes 109 questionários entregues, 78 foram devolvidos. Dos questionários devolvidos, 67 foram respondidos, 11 foram excluídos por motivos de incompletude ou dubiedade no

questionário, e um desses, apesar de respondido adequadamente foi eliminado por ausência de assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido.

Portanto, a amostra deste estudo foi composta de 58 professores que são aqueles que responderam ao questionário e autorizaram sua participação na pesquisa.

O cálculo da amostra indica que uma amostra de 93 participantes seria adequada para garantir a generalização, considerando um nível de confiança 95%, uma margem de erro 0,5. Não alcançando este número, a generalização dos resultados fica comprometida, porém representa o que o grupo de professores estudado percebe acerca da inclusão do aluno autista.

Esta pesquisa utilizou como instrumento um questionário elaborado pelas pesquisadoras.

O questionário foi composto por três partes iniciais: a) identificação do respondente, solicitava dados sobre a formação, atuação e dados sociodemográficos; b) informações sobre o conhecimento acerca do Autismo composto por 18 questões de múltipla escolha e uma questão aberta, procurando identificar como a inclusão, a escolarização e socialização de alunos autistas é percebida pelo respondente.

Após a aprovação da Secretaria Municipal de Educação e do Comitê de Ética da Universidade de Taubaté, iniciou-se a coleta de dados em cada uma das escolas selecionadas para o trabalho.

Em cada escola, foram explicados os objetivos e procedimentos da pesquisa, e aspectos relativos aos padrões éticos, como garantia de sigilo e ausência de dano ou risco aos entrevistados. Somente então o questionário e o termo de consentimento eram entregues para os diretores ou direto aos professores, conforme conveniência de cada escola.

Inicialmente foi sugerido que os questionários seriam entregues aos professores e recolhidos uma semana depois, porém isso foi feito apenas em três das dez escolas. Em uma das escolas, a direção não aceitou receber os questionários, pois estavam com muitas tarefas a fazer. Em outras três escolas, os professores preferiram responder imediatamente. E em três escolas, a recolha dos questionários foi uma tarefa mais longa, pois os professores levaram os questionários para casa e a devolução foi esporádica. Isso demandou várias visitas às escolas para ampliar a amostra.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa mostram contradições na percepção dos professores acerca da inclusão dos alunos autistas devido a não se perceberem capacitados em assumir a responsabilidade de uma educação inclusiva em resultados similares a aqueles de Naujorks (2002) na qual os professores desamparados e percebiam a inclusão como imposição e não como uma ação coletiva.

No instrumento aplicado encontramos que 84,4% (n=49) dos 58 participantes percebem que não receberam orientações para trabalhar com alunos autistas, mesmo possuindo formação acadêmica e estarem expostos às leis e protocolos sobre educação inclusiva. Esta percepção pode se dever ao fato de que os educadores, por vez ou outra, já ouviram ou leram sobre autismo, mas o ignoram as discussões mais atuais e não estão familiarizados com as principais características dos alunos com este transtorno (Suplino, 2005). De acordo com Lopes (2011), a falta de conhecimento em relação ao autismo diminui as expectativas e as tentativas de contato e interação dos professores (até mesmo os de atendimento especializado) com os estudantes autistas, prejudicando assim a inclusão efetiva e global desses alunos.

Além de ter a inclusão comprometida, o desconhecimento acerca das características autísticas provoca medo e ansiedade no professor frente aos comportamentos desses alunos (Montagner *et al.*, 2007). Em outras palavras, para Naujorks (2002), a falta de conhecimento sobre as práticas de inclusão trás como consequencias um profissional mais propenso ao processo de estresse e um aluno cada vez mais discriminado, uma vez que o mal preparo dos profissionais comumente provoca nos alunos autistas sentimentos de ameaça, humilhação, ansiedade e rejeição (Montagner *et al.*, 2007).

Em contradição a questão anterior, dos professores que dizem que não receberam orientações para atuar com crianças autistas, cerca de metade deles (n= 25; p= 43,1) afirma que são capazes de identificar se um aluno é autista. Isso nos trás uma preocupação quanto à rotulação de alunos, já que para Santos e Santos (2012) os professores constroem “autismos”, num processo de conhecimento baseado em repertórios da psicanálise, neurociências e linguagem midiática.

Outra contradição encontrada nesse estudo é que ao mesmo tempo em que 63% (n= 37) deles concordam que a melhor opção para o aluno autista é o ensino regular, 62% (n= 36) dos professores também concordam que os mesmos alunos devem estar em instituições especializadas. De acordo com as políticas públicas de educação, sabe-se que o aluno autista deve freqüentar a escola regular e receber apoio pedagógico especializado seja de instituição especializada e/ou reforço com profissional especializado (Brasil, 2007), levando em consideração que uma modalidade não anula os benefícios da outra, por isso, para maiores benefícios do aluno e para toda a comunidade escolar, deve-se manter constante diálogo entre os ambientes que o aluno freqüenta, escola regular, escola especializada e família. Essa percepção contraditória dos professores pode evidenciar uma crença da incapacidade desses alunos que, por muitas vezes, move os professores a reconsiderar a necessidade de investimento pedagógico e a pensar se há necessidade de ensinar alunos com necessidades educacionais especiais (Melo; Ferreira, 2009 como citado em Silveira, Enumo & Rosa, 2012).

Vale ressaltar aqui a importância desses alunos estarem em salas regulares e com pares de idade similares. Numa perspectiva sócio-cultural, a criança aprende e desenvolve-se a partir de interações e vivências, com o compartilhamento de significados e sentidos (Vygotsky, 1991), considerando esse conceito a inclusão deve envolver aspectos sociais, afetivos e cognitivos do aluno (Lopes, 2011). Assim, longe dos colegas, a criança com necessidades educacionais especiais também perde a oportunidade de conviver com diferentes modelos de comportamento e de aprender com ele.

Os professores que compõe a amostra deste estudo, em sua maioria (n= 50; p=86), afirmam que é muito difícil trabalhar com alunos autistas. Na literatura encontramos que as principais dificuldades referem-se ao desconhecimento das características específicas do autismo, a falta de compreensão dos sentimentos desses alunos, a dupla jornada para com a sala de aula e lacunas na formação acadêmica e profissional dos professores (Santos & Santos, 2012; Montagner, *et al.*, 2007; Naujorks, 2002; Silveira *et al.* 2012). Na pesquisa de Montagner *et al.* (2007), encontramos que os sentimentos dos professores desencadeados por essas dificuldades são ansiedade, medo e frustração, já para Naujorks (2002) esses sentimentos são considerados estressores internos para os professores. Diante dessas dificuldades e sentimentos entende-se a razão de 65,5% dos professores do presente estudo não se sentirem a vontade em trabalhar com alunos autistas.



Embora sintam muita dificuldade em trabalhar com os alunos autistas, cerca de 74% (n=43) da amostra não apresentam preferência em trabalhar com outras necessidades educacionais especiais. Aliás, 63,7% (n=37) deles preferem não trabalhar com crianças com necessidades educacionais especiais. No seu trabalho de revisão, Silveira *et al.* (2012) encontram que os professores não se sentem aptos a trabalharem com as diferenças, e isso provoca neles sentimentos insegurança, frustração e impotência, gerando mal-estar nos professores frente ao processo de inclusão e, por consequência, prejudicando a prática pedagógica.

Emde Silveira *et al.* (2012) e Montagner *et al.* (2007) encontramos estratégias de *coping* que os professores fazem diante o processo de inclusão como estudar o assunto, procurar ajuda de outros profissionais. Silveira *et al.* (2014) constataram que as estratégias de enfrentamento mais utilizados pelos professores sem estresse estão ligados ao planejamento, busca de informações ou reestruturação cognitiva diante de desafios. Estratégias de enfrentamento ou de *coping* são ferramentas para o manejo do estresse. De acordo com Savoia (1999), o *coping* tem como objetivo aumentar, criar ou manter a percepção de controle pessoal ao enfrentar as situações estressoras que ocorrem por toda a vida e, a maneira como este enfrentamento é determinado depende diretamente de fatores pessoais, sociais e/ou culturais relacionados ao ambiente no qual este indivíduo está inserido. Lembrando que para Naujorks (2002) a falta de infraestrutura da escola para inclusão foi apontada como um fator de estresse para professores diante do processo de inclusão, a presença de um auxiliar de sala não só possibilita maior qualidade à inclusão do aluno com necessidades educacionais especiais como também colabora para a saúde ocupacional do professor, que poderá dividir a sua dupla jornada para com sala com esse profissional e ainda receber apoio. Isso explica também a percepção de 84% (n=49) dos participantes deste estudo de que só é possível manter um aluno autista dentro de sala de aula na presença de um auxiliar de classe.

Um dado relevante da pesquisa de Silveira *et al.* (2014) é que a presença de alunos com necessidades educacionais especiais não é uma variável determinante para o estresse. Porém, como aqui já foi exposto, a falta de recursos e a debilidade na formação dos professores para trabalharem com esses alunos configuram-se em variável bem mais significativas para compreender o processo de saúde dos professores.

CONCLUSÃO

Com tudo que foi exposto, podemos compreender que as condições de trabalho precárias, deficiência na formação acadêmica e profissional e falta de conhecimento do professor sobre as características do autismo são aspectos que prejudicam tanto a saúde do professor quanto a prática inclusiva.

Recomenda-se mais estudos que relacionem a formação do professor e a sua saúde ocupacional, além de pesquisas de intervenções com os professores sobre conhecimentos das necessidades educativas especiais.

REFERÊNCIAS

- Cervo, A. L., & Bervian, P. A. (2002) *Metodologia Científica*. 5ª ed. São Paulo: Prentice Hall.
- Dumas, J.E (2011). *Psicopatologia da infância e da adolescência*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Ferreira, O. M. P. N.O (2012). *Inclusão de alunos com perturbações do espectro Autismo: percepções de professores*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa, Portugal.
- Gasparini, S. M., Barreto, S. M. & Assunção, A. A. (2005) O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. *Educação e Pesquisa*, 31(2), 189-199.
- Goldberg, K. (2002). *A Percepção do professor acerca do seu trabalho com crianças portadoras de Autismo e Síndrome de Down: um estudo comparativo*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
- Lopes, J. C. (2011). *A formação do professor para a inclusão escolar dos estudantes autistas: contribuições psicopedagógicas*. Curso de especialização em psicopedagogia clínica e institucional, Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.
- Montagner, J., Santiago, È., & Souza, M. G. G. (2007). Dificuldades de interação dos profissionais com as crianças autistas de uma instituição educacional de autismo. *Arq. ciênc. saúde*, 14(3), 169-174.



- Reis, E. J. F. B., Carvalho, F. M., Araújo, T. M., Porto, L. A., & Silvany Neto, A. M. (2005). Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(5):1480-1490.
- Santos, M. A. & Santos, M. F. S. (2012). Representações sociais de professores sobre o autismo infantil. *Psicologia & Sociedade*, 24(2), 364-372.
- Silva, N. R. & Almeida, M. A. (2011). As características dos alunos são determinantes para o adoecimento de professores – um estudo comparativo sobre a incidência de Burnout em professores do ensino regular e especial. *Rev. Bras. Ed. Esp.*, 17(3), 373-394.
- Silveira, K;A., Enumo, S.R.F, Pozzatto, R.N., & De Paula, K. M. P (2014). Indicadores de estresse e coping no contexto da educação inclusiva. *Educ. Pesqui*,40(1), 127-142.
- Silveira, K. A., Enumo, S. R. F, & Rosa, E. M. (2012). Concepções de professores sobre inclusão escolar e interações em ambiente inclusivo: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Educação Especial*,18(4), 695-708.
- Vygotsky, L. S. (1991). *Pensamento e linguagem*. Tradução de Camargo, J. L. São Paulo: Martins Fontes.

SEXUALIDADE E PRODUÇÃO DA SUBJETIVIDADE DOS JOVENS CONTEMPORÂNEOS

Dalila Nascimento Paiva da Silva (Universidade de Taubaté)

Camila Young Vieira (Universidade de Taubaté)

RESUMO

Este trabalho é resultado do Trabalho de Conclusão de Curso realizado em dois mil e doze e dois mil e treze na Universidade de Taubaté e se propôs a estudar sexualidade e juventude. Para tanto, tem como objetivo geral compreender a produção da subjetividade dos jovens na atualidade por meio dos sentidos atribuídos a vivência da sexualidade. A pesquisa foi realizada na comunidade de Trindade, que está localizada no município de Paraty-RJ, a partir do estudo qualitativo com enfoque na constituição da subjetividade por meio da relação social-subjetivo. A pesquisa foi delineada a luz da Psicologia Social, destacando a dialética social-subjetivo e a categoria de sentidos e significados propostos por Vygotsky. Desta forma, este trabalho se organizou inicialmente por meio do percurso histórico da sexualidade no Brasil, o conceito de juventude e de subjetividade. A coleta de dados foi feita via entrevista semiestruturada e participaram da pesquisa quatro jovens, sendo dois do sexo masculino com idades de dezoito e vinte e um anos, e duas jovens do sexo feminino com dezenove e vinte um anos. Não houve necessidade de tecer reflexões sobre gênero, visto que não se verificou grande diferencial estabelecido sobre as perspectivas do sexo feminino e masculino. A análise foi construída a partir da categoria de sentidos e significados proposta por Vygotsky, na qual foram identificados quatro núcleos de significação representativos das vivências em relação à sexualidade dos participantes. No primeiro núcleo foi identificado que ao serem questionados sobre o significado da sexualidade, esta foi potencialmente reduzida ao ato sexual, não existindo contornos claros sobre seu amplo papel no cotidiano. Posteriormente foi produzido o segundo núcleo, que abarcou os engodos dos relacionamentos e a constante dicotomia relacionamento sério e a perda de liberdade. No terceiro núcleo foi destacada a função do álcool como facilitador de experiências sexuais e seu livre acesso. O último núcleo, não menos importante, ressalta a forte influencia da mídia nos comportamentos de riscos e seu escasso papel enquanto meio de informação e formador de pensamento crítico. As mídias apontam que

o sexo é para pessoas saudáveis e felizes, sempre se soube que todos querem a felicidade, mas após o sexo muitos veem sua necessidade ainda não suprida e partem para outros encontros. Tal fato suscita a seguinte questão: será a sexualidade é responsável pela felicidade, ou só mais um produto a deriva na prateleira de uma sociedade consumista e infeliz? Por fim, este estudo não buscou censurar a busca pelo prazer, mas ampliar o olhar de forma a entender este fenômeno, ou seja, contribuir com uma reflexão sobre os jovens fomentando atitudes mais reflexivas e menos impulsivas, tornando-os sujeitos conscientes de seus atos, isto é, sujeitos críticos.

Palavras-chave: Sexualidade. Juventude. Subjetividade.

INTRODUÇÃO

Atualmente, a adolescência e juventude ocupam lugar de destaque em nossa sociedade, as grandes demandas trazidas e apresentadas nesta fase do ciclo vital fazem com que pesquisas sobre as singularidades desse período sejam relevantes para melhor entender o processo de desenvolvimento humano e como o contexto psicossocial influencia.

Conforme a perspectiva de Papalia, Olds e Feldiman (2010), não existe um momento exato ou definível para as divisões do ciclo de vida, os autores afirmam que as percepções subjetivas ou ideias compartilhadas por membros de uma sociedade é que irão construir essas determinações.

Esses mesmos autores acrescentam que a adolescência foi considerada um período de desenvolvimento específico apenas no começo do séc. XX, antes disto não existia esse conceito. As crianças entravam para o mundo adulto, em geral, quando amadureciam fisicamente ou ao iniciarem uma atividade profissional, sendo então este período uma construção social.

No Brasil, apenas em 2008 que se inseriu oficialmente o termo Juventude na Constituição Federal. Neste mesmo ano, realizou-se a 1ª Conferência Nacional de Políticas Públicas de Juventude, que discutiu a importância dos direitos e garantias fundamentais de Brasileiros e Brasileiras na faixa etária de 15(quinze) a 29 (vinte e nove) anos.(SOARES, 2009).

De acordo com Cano, Ferriani e Gomes (2000) o desejo de pertencer ao mundo adulto, pode trazer mais angústias do que prazer, pois muitas vezes o jovem acaba por ceder às pressões de determinadas condutas para se sentir pertencente ao grupo e/ou à sociedade, dentre elas a curiosidade e descoberta da sexualidade que está sempre presente nos dias de hoje, principalmente pelo apelo midiático que a cerca.

Diante desta realidade este estudo se dedicou a compreender como vem sendo constituída a sexualidade dos jovens a partir da relação com a sociedade, tendo em vista a relação social-subjetivo.

A pesquisa foi realizada na comunidade de Trindade, que fica a 30 km do município de Paraty-RJ e pertence ao Parque Nacional da Serra da Bocaina. O vilarejo tem, em média, 1.500 moradores que vivem da pesca, artesanato e comércio local, mas devido ao turismo desenfreado acontece uma descaracterização da cultura e costumes locais, atingindo também os jovens pertencentes a esta comunidade.

À luz do conceito de subjetividade e das categorias de sentidos e significados propostos por Vygotsky (1993), foi analisada a produção da subjetividade por meio dos sentidos atribuídos à sexualidade, buscando um entendimento dialético entre a singularidade e as construções sociais.

Sendo a busca pela compreensão do homem, um dos principais interesses da Psicologia desde o seu surgimento, este trabalho contribuiu para o entendimento de como o jovem hoje percebe, sente e atua sua sexualidade com foco nas questões que atingem o seu cotidiano e sua saúde psíquica.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Compreender a sexualidade contemporânea a partir da produção de sentidos para jovens entre 18 e 29 anos, que já tenham iniciado sua vida sexual, residentes de Trindade - Vilarejo no Litoral Sul Fluminense.

Objetivos Específicos

Verificar como os jovens pensam, sentem e atuam a sexualidade na atualidade;



Identificar como as determinações sociais interferem na constituição dos sentidos sobre sexualidade.

MÉTODO

Esta pesquisa teve como orientação o método qualitativo, buscando sintetizar a percepção dos participantes entrevistados, levando em conta a relação entre a subjetividade e o contexto social em que se encontram.

As metodologias de pesquisa qualitativa são entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes aos atos, as relações, e as estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.(MINAYO, 2004, p.10).

As informações reunidas nessa pesquisa foram fundamentadas com base no estudo de caso, possibilitando a captura da subjetividade presente nos dados coletados nas entrevistas semiestruturadas. Chizzotti (2000) caracteriza o estudo de caso, como forma de reunir e organizar resultados de diversos casos ou de um em particular a fim de avaliar a situação com base nas condições socioculturais e dos múltiplos aspectos globais presentes na situação estudada, de forma a fundamentar uma pesquisa fidedigna e propor também intervenções significativas, se necessário.

Depois de autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa, a coleta de dados se iniciou por meio da escolha dos participantes. Tendo em vista a pequena população da comunidade de Trindade e poucos pontos de encontro, os participantes foram abordados por meio de um contato pessoal direto nestes locais. Participaram deste estudo quatro jovens, sendo dois do sexo masculino com idades de dezoito e vinte e um anos, e duas jovens do sexo feminino, com dezenove e vinte um anos. Para preservar e garantir o sigilo dos participantes, os mesmos foram identificados pela ordem em que as entrevistas foram realizadas, (Entrevista 01, Entrevista 02, Entrevista 03 e Entrevista 04).

O instrumento utilizado na coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, que tem a flexibilidade para analisar e discutir aspectos que são trazidos no decorrer da entrevista, porém segue um roteiro para nortear a entrevista e colher as informações mais relevantes para pesquisa.



A partir da coleta e transcrição das entrevistas, foram realizadas análises por meio da categoria de sentidos e significados proposta por Vygotsky. Após diversas leituras, foi iniciado o processo de articulação dos conteúdos semelhantes, contraditórios ou complementares, com o objetivo de determinar os núcleos de significação que compreenderam as implicações subjetivas e contextuais nas narrativas dos entrevistados.

Os sentidos expressam a unidade do sujeito, os processos cognitivos, efetivos e biológicos, suas vivências e perspectivas subjetiva, lembrando que estas expressões não são fixas e muitas vezes o próprio sujeito a desconhece, sendo este um processo contínuo da subjetividade. (AGUIAR; OZELLA 2006).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Sexualidade é Sexo, é Prazer!

A partir das definições acerca da sexualidade apresentadas no depoimento dos participantes da pesquisa, pode-se perceber que em todos os discursos, os jovens atribuíam à sexualidade, em geral, a prática do ato sexual. O sentido da sexualidade se definiu ao desejo de se auto satisfazer e não necessariamente associado a um relacionamento amoroso, que poderá ocorrer posteriormente aos encontros sexuais.

Depende, com minha namorada é uma coisa mais apegada, mais antes era para aliviar, zuar, no começo zuação, quando eu era mais novo, aí depois começou para aliviar, bom pra mim, agora me sinto apegado a ela. (Entrevistado nº 02).

Com a ação por impulso profundamente incutida na conduta cotidiana pelos poderes supremos do mercado de consumo, seguir um desejo é como caminhar constrangido, de modo desastrado e desconfortável, na direção do compromisso amoroso. (BAUMAN, 2004).

Sendo Trindade uma cidade turística, os participantes desta pesquisa convivem com a influência de um grande número de turistas que buscam o local para se divertirem nos feriados. Diante disto, foi possível identificar o forte impulso destes jovens para utilizar o sexo como forma de divertimento na obtenção de prazer, sendo a sexualidade manifestada como algo do “aqui e agora”. As relações estabelecidas nesse contato não propiciam o encontro com o outro, e sim a necessidade de outro corpo (outro parcial) para oficializar uma noite prazerosa.

As minhas amigas a maioria são solteiras e fazer por prazer é frequente, elas são muito assim se elas querem vão lá e faz, vem coisa nova e elas aproveita. (Entrevistado nº 02).

Pode-se também destacar uma forte significação positiva a cerca da sexualidade destes jovens, podendo ser atribuída à sexualidade como uma experiência integradora desses sujeitos no seu contexto social.

Iniciação sexual e relacionamentos: afetos e desafetos

Neste núcleo, os aspectos centrais a serem abordados se referem à significação que os jovens atribuíram a sua primeira experiência sexual, e como estes compreendem seus relacionamentos.

Tendo em vista que a primeira vez é sempre uma experiência inovadora e típica da fase da adolescência e da juventude, sua descoberta, em geral, gera expectativas e esta experiência pode imprimir no sujeito formas de sentir e pensar seus próximos encontros sexuais e relacionamentos futuros.

Na perspectiva adotada, portanto, a separação entre pensamento e afeto jamais poderá ser feita sob o risco de fechar definitivamente o caminho para explicação das causas do próprio pensamento, o que pressupõem necessariamente a revelação dos motivos, necessidades e interesses que orientam o seu movimento (AGUIAR; OZELLA, 2010).

A sociedade pós-moderna na busca de novas formas de realização e entendimento do homem legitimou o individualismo, desconstruindo valores e os modos de amar. É o fim da cultura sentimental para uma exacerbação da era narcísica. (CARVALHO, 1999)

A primeira experiência sexual passa a ser apenas mais um acontecimento que abre novas possibilidades, e não caracteriza um momento especial na esfera subjetiva dos participantes.

Quando iniciei minha sexualidade foi uma experiência nova, eu achava divertido, todas minhas amigas já tinha perdido a virgindade, então era uma coisa nova, era legal, (risos) você transa e fala com as amigas, ah eu transei! (Entrevistado nº 02).

Verifica-se que nos depoimentos não existe uma dimensão afetiva, sendo assim, é algo momentâneo que norteia as relações. A iniciação é apenas uma passagem em meio a um destino que não se sabe aonde se quer chegar.

Em relação as relações afetivas mais duradouras, relatam insatisfações com os parceiros. Este fator pode ser atribuído ao momento atual em que vivemos, no qual os indivíduos se encontram desmotivados a construir relações sólidas, já que esta escolha irá privar tantas outras possibilidades.

A crescente busca pela experimentação exacerbada e satisfação instantânea acaba por nomear noites avulsas de sexo pela palavra amor, alimentando a ideia de que amor é algo que envolve a prática e o acúmulo de experiências sexuais, trazendo à tona a ilusão de que o melhor sempre estará por vir, favorecendo um futuro fragilizado por indivíduos incapazes de amar (BAUMAN; 2004).

Cabe ressaltar que neste contexto social em que se exalta o exercício da sexualidade plena, também se encontram discursos, principalmente no que se referem à educação sexual, de protótipos moralmente produzidos que norteiam os papéis sexuais.

Prazer: imediatismo e álcool

Neste núcleo, foi analisado o modo como estes jovens estão se relacionando sexualmente e como o uso do álcool age como propiciador para aventuras na busca de sensações de prazer.

De acordo com Papalia, Olds e Feldman (2010), com base em pesquisas sequenciais realizadas com adolescentes Jovens, este período aponta para um distanciamento do ambiente familiar no que se refere à vida social e emocional do jovem, que se volta para seus pares e atribuem ao fim de semana um aspecto especial e, muitas vezes, esta expectativa impulsiona comportamentos de risco.

Diante da chegada do fim de semana, o pacato vilarejo de Trindade começa a receber turistas. Os jovens recebem amigos que já conhecem ou pretendem conhecer nas baladas locais e buscam o prazer, normalmente, combinando álcool e sexo.

[...] mas uma situação que eu fiquei feliz mesmo, tipo com alta estima, foi uma vez que eu fiz um ménage com duas amigas minhas, foi uma coisa espontânea de balada né, as meninas iam dormir lá em casa e elas já eram meio lésbicas e a gente chapa, bebemos tequila pra caramba na balada e rolou, acabou rolando, e foi bem legal, eu recomendo (risos). (Entrevistado nº 03).

Neste discurso, a análise ressalta a experimentação vista como algo espontâneo, gerador não só de prazer físico, mas também psicológico, na qual sua virilidade masculina foi consumada pelo ato sexual com duas amigas, mas cabe uma reflexão sobre em que circunstância este ato ocorreu e quais as consequências dessa situação, pois conforme foi exposta todos estavam “chapados”. Sobre isto, Meyer, Klein e Andrade (2007) apontam que a vida sexual dos brasileiros, de forma muito mais intensa que em outros tempos, está pautada

em uma vivência do exercício da sexualidade, sendo a centralidade no prazer vista como fator de sucesso e felicidade. Contudo, deve-se levar em conta o quanto este contexto propicia a vulnerabilidade e produção de comportamentos de riscos.

Para as mesmas autoras, a vulnerabilidade pode ser vista tanto pela dimensão individual, que se caracteriza pelos comportamentos que propiciam determinadas condutas prejudiciais, dentre elas a contaminação por doenças, como também pelas dimensões culturais e sociais, que acabam por serem constituintes de elementos produtores da vulnerabilidade.

O uso do álcool foi identificado como o principal condutor para a livre expressão da sexualidade dos participantes. Cabe ressaltar que, mesmo sendo uma substância que altera a percepção, assim como outras drogas, é uma bebida de livre acesso, podendo ter seu consumo exagerado, poucas vezes visto como fator prejudicial. Para Bock, Furtado e Teixeira, (1994, p.288) “A droga vem para preencher um „vazio”, que, de outra forma a realidade social não preenche”.

Conforme apontam os mesmos autores, o uso da droga deve ser entendido em suas várias dimensões, desde as permitidas socialmente, como o álcool e o tabaco, como aquelas que não são permitidas legalmente, pois todas veem com a possibilidade de iniciar um processo de dependência física e psíquica. A insegurança, a falta de satisfação afetiva e a não comunicação com o mundo dos adultos irão propiciar este movimento de autodestruição, ou seja, uma forma simbólica de estar destruindo os valores da sociedade em que se vive.

Os meios de comunicação

Este núcleo pretende tecer uma reflexão sobre o que pensam os jovens sobre os meios de comunicação e como estes estão influenciando as vivências da juventude hoje.

Os participantes desta pesquisa relataram existir uma falta de clareza sobre o que é transmitido em relação à sexualidade, o que resulta em uma falta de contornos claros sobre o que é apropriado, muitas vezes atingindo a sexualidade apenas como produto de consumo.

Eu acho que os meios de comunicação deveriam abordar mais, por que eu acho que depende dos programas, tem programa que criança assiste e acha que deve fazer, e tem programa que tem que abordar mais pra ensinar as pessoas, o certo e o errado de como fazer. (Entrevistado nº 02).

Para Meyer, Klein e Andrade (2007) o contexto contemporâneo modificou o discurso da conquista do exercício da sexualidade enquanto possibilidade para o dever deste exercício,

caracterizando a sexualidade nos dias de hoje como um imperativo para o indivíduo saudável, feliz e bem sucedido.

É evidente que as mídias sociais são de grande influência nas informações que os jovens obtêm sobre a sexualidade e cabe aos profissionais de saúde intervir em qual tipo de informação está sendo repassado e de que forma ela está sendo utilizada, trabalhando o jovem a ter um olhar crítico sobre as informações que recebe constantemente.

Sendo assim, na busca de entender o discurso dos participantes a cerca das mídias sociais e a utilização destas informações disponíveis, faz-se necessário contextualizar como os mesmos fazem o uso das mídias disponíveis no seu dia a dia.

Na verdade o Facebook foi uma ferramenta criada para facilitar o sexo né, é isso que eu costumo falar para os meus amigos, você está conectado com todo mundo a todo o momento, então você pode abordar uma menina que você não tem cara de pau de chegar na rua e falar, e falar com ela no Facebook que é bem mais fácil né, logico que ela não vai te dar tanta credibilidade porque você não chegou cara a cara com ela, mas já quebra o gelo. (Entrevistado nº 04).

Bauman (2004) alerta para as ansiedades resultantes da líquida era moderna, na qual a rotatividade das relações reproduz a cultura consumista que veem estrategicamente substituir a qualidade dos vínculos pela quantidade. O ser é substituído pelo ter, para ser basta parecer.

Percebe-se que no universo do Facebook se pode minimizar os possíveis riscos de um encontro formal. Nesta forma de contato virtual, as chances de sucesso se potencializam, nesta perspectiva de consumo. Se algo não agrada pode ser facilmente trocado ou substituído, e até mesmo retocado.

É também percebido que a Televisão é vista por estes jovens como um meio de comunicação de massa que trata a sexualidade de forma bem superficial.

Para Bock, Furtado e Teixeira (1994) a escola, a família e os meios de comunicação, mesmo sendo instâncias sociais, não têm a mesma função socializadora. Alertam que os meios de comunicação em massa apenas objetivam informar, divulgar e garantir o lazer e interesses da coletividade suas mensagens e não visam cuidar ou educar os indivíduos desta sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da articulação teórico-prática foi identificado que os jovens tendem a conceituar a sexualidade na sua forma mais concreta, ou seja, o ato sexual. Esta vivência exclui, muitas vezes, a reflexão de que sexualidade pode abranger mais definições como, intimidade, sentimentos, sensualidade e troca. Não se pode afirmar que esses sentimentos não são vividos, mas o imediatismo para sentir o prazer e ser feliz faz com que exista uma incompletude na compreensão do pensamento em relação aos motivos que levam esses jovens à prática do sexo sem compromisso.

Diante disto, identifica-se um reducionismo da experiência sexual, mediada apenas pelo prazer físico, que logo torna uma experiência vazia, devido à falta de sentido existente.

Atualmente as concepções a cerca da sexualidade desencadearam um movimento em que a exposição dos corpos, a liberdade sem limites e a independência, faz com que ocorra uma propagação de que não se necessita do outro para ser feliz. O outro acaba por se tornar uma mercadoria, ocorrendo um enfraquecimento dos encontros entre pessoas. Esta fragilidade social pode culminar em falta de solidariedade, ética, amor próprio e uma identidade autêntica, afinal, apresentam-se rótulos fragmentados no qual se valoriza a razão em detrimento da emoção.

A sexualidade, tal qual está posta atualmente, é uma construção social, que revela a superficialidade do ser, que prefere não correr riscos de sofrer, pois a tristeza não tem espaço na sociedade atual. Deve-se buscar a felicidade de forma integral, e pelo caminho mais fácil. Todos querem avaliar o que se tem de melhor no mercado, mas ninguém quer ter o triste fim de ser a mercadoria devolvida.

Esse distanciamento do outro produz a falsa sensação de proteção, ou seja, ao manter-me distante emocionalmente, evito os prejuízos do sofrimento. Porém, o que se sabe é que as trocas significativas auxiliam o amadurecimento e fazem parte da natureza humana.

Este trabalho não buscou censurar a liberdade da busca pelo prazer, mas sim alertar para a construção de uma subjetividade que se limita ao corpo no sentido estético, de uso, e a psicologia enquanto área de Saúde deve buscar questionar esse fenômeno do ponto de vista biopsicossocial. Dessa maneira, destaca-se a necessidade de mais estudos e possibilidades de intervenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, W. M. J. & Ozella, S. (2006) Núcleos de Significação como Instrumento para apreensão da constituição dos sentidos. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*. Brasília. 26 (2), 222-245.
- Bauman, Z. (2004). *Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Bock, A. M. B.; Furtado, O. & Teixeira, M. L. T. (1994). *Psicologias: Uma introdução ao estudo de Psicologia*. São Paulo: Saraiva.
- Cano, A. T. M.; Ferriani, C. G. M. & Gomes, R. (2000). Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto. 8 (2), 18-24.
- Carvalho, C. C. (1999) *Identidade e Intimidade: Um percurso histórico dos conceitos psicológicos*. Dissertação de Mestrado - Programa de ciência da junta de investigação científica e tecnologia. Lisboa. Portugal.
- Chizzotti, A. (2000). *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. São Paulo: Cortez.
- Meyer, E. E. D.; Klein, C. & Andrade, S. S. (2007). Sexualidade, prazeres e vulnerabilidade: implicações educativas. *Educação em Revista*. Minas Gerais: Belo Horizonte. 46, 219 – 239.
- Molon, S.I. (2009). *Subjetividade e Constituição do Sujeito em Vygotsky*. 2. ed. Petrópolis: Vozes.
- Mynayo, M. C. (2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec.
- Papalia, E. D.; Olds, W. S. & Feldman, D. R. (2009). *Desenvolvimento Humano*. Tradução de Maria Cecília V. M. S.; Maria Thereza A. L.; Odette G. P.; Plínio A. M. Porto Alegre: AMGH.
- Soares, L. (2009). Conselho Nacional de Juventude, *PEC da juventude nº 42/2008*. Brasília.
- Vygotsky, L. S. (1993). *Pensamento e Linguagem*. São Paulo: Martins Fontes.

**SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE**

Nancy Julieta Inocente (Universidade de Taubaté)

Sirlei Aparecida dos Santos (Universidade de Taubaté)

RESUMO

Buscando compreender o processo de adoecimento que se manifesta na Síndrome de Burnout, este estudo teve como objetivo analisar artigos científicos publicados no período de 2002 a 2012 na área da saúde. Pesquisou-se os sites Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Para atingir o objetivo proposto, desenvolveu-se uma pesquisa bibliográfica que resultou na seleção de 23 artigos que se relacionavam com a Síndrome de Burnout em profissionais da área da saúde. A pesquisa se estendeu aos artigos publicados de 2002 até 2012 e neste período contribuiu com 8,69% do total da amostra; 17,39% dos artigos foram publicados em 2011; 13,04% nos anos de 2006, 2007 e 2010, respectivamente; os anos de 2002, 2005, 2008 e 2009 contribuíram cada um, com 8,69%. Foi possível observar que, na área de pesquisas sobre a Síndrome de Burnout em profissionais da saúde, predominam os trabalhos feitos em grupo, variando entre 02 e 17 o número de autores, representando diversas áreas do conhecimento, como a enfermagem, a medicina e a psicologia. De um modo geral, os artigos analisados se dividiram entre pesquisa de revisão bibliográfica sobre o conceito de Burnout e seus fatores desencadeadores e pesquisas de levantamento sobre a taxa de prevalência dessa síndrome entre os profissionais da saúde, além de fazerem considerações sobre as consequências do Burnout para a saúde do trabalhador. Os profissionais da área da saúde e da saúde mental e, mais especificamente, os agentes comunitários de saúde, os enfermeiros e os médicos, nesta ordem, foram os profissionais que apresentaram maior prevalência da Síndrome de Burnout. Conclui-se que, um contexto de trabalho que proporcione o contato direto e intenso com o sofrimento de outras pessoas, pode se constituir em uma variável preditora da Síndrome de Burnout, exigindo medidas preventivas.

Palavras-chave: Síndrome de Burnout. Profissionais. Saúde.

INTRODUÇÃO

As condições de trabalho podem produzir disfunções e lesões biológicas, reações psíquicas às situações patogênicas e desencadear processos psicopatológicos (Ministério da Saúde do Brasil, 2001).

Nos últimos anos tem-se observado e dado maior relevância ao impacto do trabalho na saúde do trabalhador, que muitas vezes, frente a condições de trabalho que proporcionam sentimentos intensos e permanentes de insatisfação, esgotamento físico e mental, desmotivação (Benevides-Pereira, 2010).

A Síndrome de Burnout em geral é definida como uma reação negativa ao estresse crônico no trabalho, manifestada por sintomas de fadiga persistente, falta de energia, distanciamento afetivo, insensibilidade, irritabilidade ou indiferença expressa nas relações de trabalho de um modo geral, além de sentimentos de ineficiência e baixa realização profissional (Codo & Vasques-Menezes, 1999).

A Síndrome de Burnout passou a ter importância no mundo do trabalho à medida que veio explicitar a grande parte das consequências do impacto das atividades ocupacionais no trabalhador e deste no ambiente de trabalho. O Burnout incide principalmente nos profissionais que ajudam, prestam assistência ou são responsáveis pelo desenvolvimento de outros, tais como médicos enfermeiros, professores, assistentes sociais, psicólogos, dentistas, bombeiros, agentes penitenciários, policiais, enfim, cuidadores em geral. (Benevides-Pereira, 2010).

No exercício de suas funções, os profissionais da área da saúde convivem com acontecimentos que podem causar danos ou agravos à sua própria saúde e a Síndrome de Burnout traz consequências negativas para a saúde do trabalhador. Partindo desta colocação pergunta-se: Como os estudos sobre a Síndrome de Burnout têm contribuído para o desenvolvimento do assunto nas publicações acadêmico científicas no período de 2002 a 2014?

Objetivo Geral

Identificar as contribuições das publicações acadêmico científicas sobre Síndrome de Burnout no período de 2002 a 2012.

Objetivos Específicos

Descrever os aspectos dos artigos científicos selecionados, quanto ao ano de publicação, a área de conhecimento, o tema, o objetivo, o tipo de pesquisa, o local de pesquisa, o tipo de amostra, o número de autores, os principais resultados e as principais conclusões.

SÍNDROME DE BURNOUT

A Síndrome de Burnout passou a ter protagonismo no mundo laboral à medida que veio a explicitar grande parte das consequências do impacto das atividades ocupacionais no trabalhador e deste na organização (Benevides-Pereira, 2010).

Segundo Perlman e Hartman (1982, citado por Carlotto & Câmara, 2008) o interesse pela síndrome de Burnout cresceu devido a três fatores. O primeiro deles foram as modificações introduzidas no conceito de saúde e o destaque dado a melhoria da qualidade de vida pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O segundo foi o aumento da demanda e das exigências da população com relação aos serviços sociais, educativos e de saúde. E por último, a conscientização de pesquisadores, órgãos públicos e serviços clínicos com relação ao fenômeno, entendendo a necessidade de aprofundar os estudos e a prevenção da sua sintomatologia, pois a mesma se apresentava mais complexa e nociva do que se projetava nos estudos iniciais.

Segundo Souza e Silva (2002), a Síndrome do Burnout foi inicialmente descrita em 1974 por Herbert J. Freudenberger e coube às pesquisadoras Christina Maslach e Susan Jackson, no final da década de 70, elaborar, tanto um modelo teórico quanto um inventário para a mensuração da Síndrome de Burnout: o Maslach Burnout Inventory – MBI, que se tornou o instrumento de pesquisa de Burnout.

Literalmente, Burnout em português significa “queimar para fora”, uma vez que o termo consiste em uma conjunção de duas palavras da língua inglesa, “burn” e “out”. O termo constitui uma metáfora para significar aquilo, ou aquele, que chegou ao seu limite e, por absoluta falta de energia, não tem mais condições de desempenho físico ou mental (Benevides-Pereira, 2010). A Síndrome de Burnout é um processo que ocorre em resposta ao estresse ocupacional crônico, quando os métodos de enfrentamento falharam ou não foram

suficientes, trazendo consequências negativas tanto a nível individual, quanto profissional, familiar e social (Benevides-Pereira, 2010).

Segundo Codo e Vasques-Menezes, não existe uma definição única sobre a síndrome de Burnout, mas há um consenso de que, embora o Burnout se constitua em resposta a uma situação de estresse prolongado, ele difere do estresse.

De acordo com Benevides Pereira (2010), o estresse não é necessariamente um processo nocivo ao organismo, podendo apresentar aspectos positivos, quando em intensidade breve, o que pode ser convertido em possibilidades de crescimento e amadurecimento para o indivíduo; já a síndrome de Burnout vai além do estresse, tem sempre um caráter negativo e está mais especificamente relacionada à influência direta do mundo do trabalho sobre o trabalhador e das condições que envolvem o ambiente laboral.

Benevides Pereira (2010) apresenta algumas questões que refletem essa diversidade: o Burnout é um estado ou um processo? Uma doença ou uma disfunção? A resposta a essas questões dependerá da concepção teórica adotada. Dentre essas concepções destacam-se:

a) A concepção Clínica: Dentro dessa teoria a Síndrome de Burnout é um estado e não um processo e ocorre em função da atividade laboral, porém por influência de características individuais, apresentando um conjunto de sintomas (fadiga física e mental, falta de entusiasmo pelo trabalho e pela vida, sentimento de impotência e inutilidade e baixa autoestima), que pode levar o profissional à depressão ou até mesmo ao suicídio.

b) A Concepção Sócio Psicológica: nessa perspectiva teórica as pesquisadoras Christina Maslach e Susan Jackson (1997 citadas por apud Benevides-Pereira, 2010), apontaram as variáveis sócio ambientais (condições e relações do trabalho) como participantes no processo de desenvolvimento da Síndrome de Burnout associadas aos aspectos individuais, de forma a constituir um conjunto de variáveis que proporcionam o aparecimento dos fatores multidimensionais da síndrome que, de acordo com as autoras são: a Exaustão Emocional, a Despersonalização e a Reduzida Realização Profissional.

As três dimensões: EE- Exaustão Emocional – constitui o elemento central da síndrome de Burnout e caracteriza-se por uma sensação crescente de esgotamento no trabalho, diminuição e perda dos recursos emocionais, aparecendo sintomas de cansaço, irritação, sinais de ansiedade e depressão, propensão a acidentes, abuso de álcool, cigarro, drogas e doenças psicossomáticas; DE- Despersonalização – desenvolvimento de atitudes negativas, de insensibilidade, cinismo no ambiente de trabalho, distanciamento dos companheiros de

trabalho e dos clientes, o que origina uma desumanização nas relações, uma depreciação cínica do trabalho e tendência a culpar os demais pelas próprias frustrações laborais; RP- Falta de Realização Profissional – tendência a avaliar o próprio trabalho de forma negativa, sentimentos de baixa autoestima e diminuição da produtividade profissional, originando uma tendência a sentimentos de inadequação profissional; porém pode surgir um efeito contrário, uma sensação de onipotência e de incremento de capacidades, esforços, interesses e dedicação ao trabalho e aos demais Inocente (2005 e 2007).

c) A Concepção Sócia Histórica: enfatiza a influência da forma de organização da sociedade moderna, cada vez mais competitiva e individualista como desencadeadora das dimensões que caracterizam a Síndrome de Burnout, uma vez que prioriza mais o individual que o comunitário (Benevides-Pereira, 2010).

d) A Concepção Organizacional: com base na Teoria das Organizações, alguns autores consideram que a Síndrome de Burnout é a consequência de um desajuste entre as necessidades apresentadas pelo trabalhador e as exigências impostas pela instituição. Dessa forma, os agentes estressores organizacionais aparecem como desencadeadores do processo de Burnout e as dimensões que caracterizam a síndrome (Exaustão Emocional, Despersonalização e Reduzida Realização Profissional) constituem-se em mecanismo de enfrentamento (Benevides-Pereira, 2010).

Com relação a essas demandas interpessoais e organizacionais as variáveis que interferem são citadas por Inocente (2005) e Benevides-Pereira (2010) destacam: Características pessoais: idade, sexo, nível educacional, estado civil, filhos, personalidade, sentido de coerência, motivação, idealismo; Características do trabalho: tipo de ocupação, tempo de profissão, tempo na instituição, trabalho por turnos ou noturno, sobrecarga, relação profissional/cliente, tipo de cliente, relacionamento entre colegas de trabalho, conflito ou ambiguidade de papel, suporte organizacional, satisfação no trabalho, controle, responsabilidade, pressão no trabalho, possibilidade de progresso, percepção de iniquidade, conflito com os valores pessoais, falta de feedback; Características organizacionais: ambiente físico, mudanças organizacionais, normas institucionais, clima organizacional, burocracia, comunicação, autonomia, recompensas, segurança; Características sociais: suporte social, suporte familiar, cultura, prestígio.



MÉTODO

Este trabalho é uma pesquisa de caráter exploratório, de delineamento bibliográfico com abordagem quantitativa. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória que tem como objetivo principal proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses (Gil, 1995, 2002). O delineamento escolhido para esta pesquisa foi o bibliográfico que desenvolve-se a partir de material já elaborado, constituído, principalmente de livros e artigos científicos. A abordagem quantitativa considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las (Gil, 2002).

A população foi composta de 2.810 artigos publicados nas Bases de dados: Google Acadêmico, “Scientific Electronic Library Online” (SCIELO) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) no período de 2002 a 2012. Dessa população selecionou-se 23 artigos que se relacionavam com a Síndrome de Burnout em profissionais da área da saúde, considerando a saúde desse trabalhador como seu objeto de pesquisa.

Para a realização desta pesquisa fez-se busca nas Bases de dados: Google Acadêmico, “Scientific Electronic Library Online” (SCIELO) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), sendo critério para seleção dos artigos aqueles que se utilizaram das seguintes palavras chaves: Síndrome de Burnout, Profissionais de saúde, Saúde do Trabalhador.

Etapas: 1) Localizou-se nos sites de artigos científicos Google Acadêmico, “Scientific Electronic Library Online” (SCIELO) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) os artigos que apresentavam as palavras chaves selecionadas para buscar materiais referentes ao tema deste estudo.

2) Selecionou-se os artigos mais associados ao tema do trabalho, lendo primeiro seus títulos e posteriormente seus resumos, excluindo os artigos repetidos e os que pouco ou nada se relacionam com os objetivos do trabalho.

3) Categorizou-se os artigos encontrados de acordo com os temas neles estudados e analisou-se estes artigos segundo seus conteúdos.

O procedimento para análise de dados, de acordo com Gil (1994), não existe uma regra fixa a ser seguida, porém espera-se cumprir com as seguintes etapas:



Exploração das fontes bibliográficas, tais como: artigos em revistas; teses e dissertações, além de bases de dados científicas; Leitura do material – Este momento será dedicado à leitura dos materiais levantados; Fichamento do material – Após a primeira leitura, será realizada uma leitura mais aprofundada e as fontes serão devidamente fichadas; Ordenação e análise das fichas – Como afirma Gil (1994), as fichas serão organizadas de acordo com seu conteúdo e devidamente analisadas, seguindo os objetivos deste projeto;

Após cumprir as etapas referidas acima, os artigos foram descritos por meio de uma leitura exploratória e seletiva, quanto ao ano de publicação, área de conhecimento, tema, objetivo, tipo de pesquisa, local de pesquisa, tipo de amostra, número de autores, principais resultados e principais conclusões.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O objetivo geral da presente pesquisa foi Identificar o desenvolvimento dos estudos sobre Síndrome de Burnout em profissionais de saúde nas Bases de dados: Google Acadêmico, “Scientific Electronic Library Online” (SCIELO) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) no período de 2002 a 2012 e analisar a contribuição destas publicações para o desenvolvimento do assunto. Neste capítulo foram apresentados os resultados encontrados na análise dos artigos relacionando-os com os aspectos teóricos desenvolvidos pelos autores sobre o tema.

Número de artigos

Foram selecionados 23 artigos relacionados à Síndrome de Burnout em profissionais de saúde distribuídos pelo período de 2002 a 2012. O gráfico 1 mostra a quantidade de artigos no total encontrados por ano de publicação.

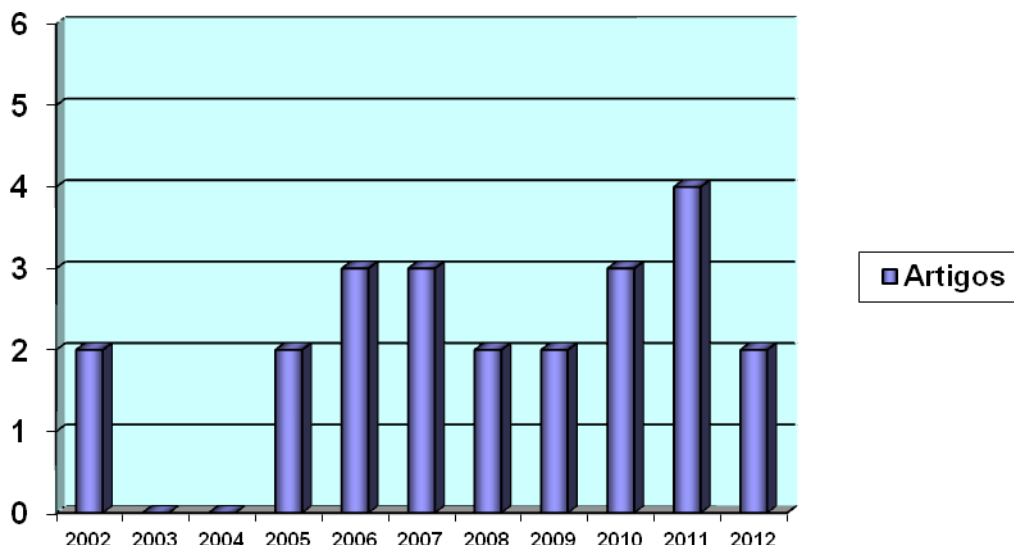


Gráfico 01 – Quantidade de artigos por ano de publicação

Pode-se perceber no gráfico apresentado que ao longo dos últimos dez anos, houve algumas variações em relação à quantidade de artigos científicos publicados, sendo que, em 2002 e 2005, ocorreu uma manutenção do número de publicações e que nos anos que compreendem o intervalo entre esse período, não foram encontradas publicações para serem consideradas nessa pesquisa. Um pequeno aumento em 2006 e 2007, uma ligeira queda em 2008 e 2009, em relação ao período imediatamente anterior e uma retomada dessas publicações, então com significativo crescimento à partir de 2010. A queda apresentada em 2012 ocorreu, muito provavelmente, em consequência do período de pesquisa deste trabalho ter sido feita no mês de março do mesmo ano. Indicando que até o final do mesmo ano, possivelmente, haverá ainda, segundo aponta os anos anteriores, um crescimento quantitativo em relação às publicações acerca do assunto.

Número de autores: Dos 23 artigos selecionados foram registrados 45 autores, apenas 01 artigo foi escrito individualmente, enquanto que, em contrapartida, 01 artigo teve a participação de 17 autores, o que chamou a atenção como sendo um número bastante incomum de autores trabalhando em conjunto na produção de um mesmo artigo. Os demais artigos variaram entre 02 e 10 autores.

Categorização e análise dos artigos

Área de Conhecimento: os agentes comunitários de saúde, os enfermeiros e os médicos, nesta ordem, foram os profissionais que apresentaram maior prevalência da Síndrome de Burnout, sendo que os agentes comunitários de saúde apresentaram uma prevalência de 24,1% em um artigo de 2008, os enfermeiros uma prevalência de 18% em um artigo de 2009 e os médicos 15,57% em um artigo de 2006.

Abordagem das pesquisas selecionadas: Observou-se que dos 23 artigos levantados, 7 desses artigos abordaram o tipo de pesquisa Qualitativa, com característica exploratória, a frequência desse levantamento foi de 30,43%. No que se refere a pesquisa quantitativa, observou-se uma frequência de 69,57%, equivalente a 16 artigos.

Instrumentos: houve uma predominância de artigos que fizeram o uso de questionários, apresentando uma frequência de 65,21%. Com uma frequência de 4,34% aparecem os artigos que se utilizaram de entrevistas e pesquisas documentais

Prevalência: Em relação à prevalência da Síndrome de Burnout nos artigos, embora muitos declarem como objetivo determinar essa prevalência nas amostras de população pesquisada, dos 23 artigos selecionados, apenas 07 quantificou a existência dessa prevalência. No entanto, nos artigos pesquisados a prevalência variou de 2,87 a 44,5 % de ocorrência da síndrome, conforme a amostra pesquisada.

Tratamento Recomendado: Observou-se que 05 artigos indicaram o tratamento psicoterapêutico, sendo que um artigo de 2002 e outro de 2011 indicaram em especial, o tratamento comportamental como forma de minimizar a influência dos fatores estressores organizacionais. O artigo do ano de 2007 recomenda a associação do tratamento psiquiátrico e psicoterapêutico, por considerar a possibilidade da comorbidade de transtornos psiquiátricos à Síndrome de Burnout.

DISCUSSÃO

O objetivo deste trabalho foi identificar, a partir de revisão bibliográfica, as contribuições das publicações acadêmicas científicas sobre a Síndrome de Burnout no período de 2002 a 2012.

Partindo da descrição dos aspectos dos artigos científicos selecionados, quanto ao ano de publicação, a área de conhecimento, o tema, o objetivo, o tipo de pesquisa, o local de pesquisa, o tipo de amostra, o número de autores, os principais resultados e as principais conclusões, fez-se uma análise desses aspectos apresentados, o que permitiu elaborar algumas conclusões por períodos de publicação.

Dessa forma foi possível identificar que a Síndrome de Burnout, foi prevalente com os profissionais da área da saúde e que as áreas de conhecimento que mais produzem sobre a Síndrome de Burnout são a área da Psicologia, Medicina, Saúde Pública, Enfermagem, Psiquiatria, Odontologia, Neurociências, Fisioterapia, Saúde Mental e Engenharia.

A totalidade dos artigos pesquisados nesse trabalho utilizou como referencial teórico a Concepção Sócia Psicológica desenvolvida pelas pesquisadoras Christina Maslach e Susan Jackson (1997 apud BENEVIDES-PEREIRA, 2010), que evidenciam, como coadjuvantes no processo de desenvolvimento do Burnout, as variáveis socioambientais. Além disso, o Maslach Burnout Inventory (MBI), instrumento elaborado por essas autoras, foi o questionário utilizado em todos os artigos analisados para identificar a manifestação e o nível da Síndrome de Burnout em cada amostra pesquisada.

Partindo do conteúdo trazido pelos artigos analisados, observou-se que os profissionais da área da saúde e da saúde mental e, mais especificamente, os agentes comunitários de saúde, os enfermeiros e os médicos, nesta ordem, foram os profissionais que apresentaram maior prevalência da Síndrome de Burnout.

Com relação à abordagem da pesquisa utilizada, observa-se que o tipo de pesquisa qualitativa representou 30,43%, o que equivale a 07 artigos analisados, enquanto que a pesquisa quantitativa apresentou uma frequência de 69,57%, equivalente a 16 artigos.

Também um grande número de artigos destacou a associação de outros transtornos psiquiátricos, como a depressão e ansiedade à Síndrome de Burnout, reforçando a importância de se fazer um diagnóstico precoce e correto dos sintomas da síndrome, de forma a diferenciá-la do estresse e da depressão, identificando, principalmente, que fatores contribuem para o seu desenvolvimento, evitando, assim, a comorbidade com outros transtornos psiquiátricos ou a cronificação da doença.

Houve unanimidade também, sobre a importância de estudos que identifiquem precocemente a Síndrome de Burnout propiciando uma melhor compreensão e intervenção nos fatores identificados como desencadeantes da síndrome, buscando-se chegar a um consenso



sobre seu conceito, fatores desencadeadores e estratégias de enfrentamento que possam intervir, ou mesmo prevenir sua manifestação em profissionais da área da saúde.

CONCLUSÃO

Num cenário de grandes transformações o trabalhador ainda está em processo de adaptação e construção de sua identidade e atuação prática, sofrendo com isso o impacto de muitas incertezas e desafios, o que torna o ambiente laboral um espaço favorável ao adoecimento. Concluiu-se que, embora haja interesse genuíno por parte de pesquisadores de várias áreas do conhecimento acerca da Síndrome de Burnout, as pesquisas ainda se mantêm no campo conceitual, mais focadas no acometimento em profissionais da área da Saúde e Educação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benevides-Pereira, A.M.T. (Org.) (2010). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.
- Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4 ed. São Paulo: Saraiva, 1990. p 168 (Série Legislação Brasília).
- Brasil.(1990). Lei Federal N° 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de set. 1990. p.18055.
- Carlotto, M. S. & Câmara, S. G. (2008). *Psico*, Porto Alegre, PUCRS, v. 39, n. 2, pp. 152-158, abr./jun.
- Codo, W. & Vasques-Menezes, I. (1999). O que é Burnout. In: CODO, W. (Org.). *Educação: carinho e trabalho*. Petrópolis: Vozes.
- Gil, A. C. (1995). *Métodos e Técnicas de pesquisa social*. 4 ed. São Paulo: Atlas.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4 ed. São Paulo: Atlas.



Inocente, N.J. (2005). *Síndrome de Burnout em Professores Universitários do Vale do Paraíba (SP)*. Tese de Doutorado. Pós Graduação em Ciências Médicas, Área de Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas-UNICAMP,.

Inocente, N.J. (2007). .Estresse Ocupacional: Origem, Conceitos, Relações e Aplicações nas Organizações e no Trabalho. In: CHAMON, E. M. Q. O. (Org.) *Gestão e Comportamento Humano nas organizações*. p. 146-174. Rio de Janeiro: Brasport, 2007.

Ministério da Saúde do Brasil.(2001). Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de Elizabeth Costa Dias (Org); colaboradores Ildeberto Munis Almeida et al. – Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde do Brasil (2002). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde; elaborado por José Roberto Ferreira; Paulo Marchiori Buss. Brasília: Ministério da Saúde.

Organização Mundial de Saúde.(1978). Alma-Ata, 1978. *Atenção primária de saúde*. Genebra, OMS.

Santini, J.(2004). Síndrome do esgotamento profissional: revisão bibliográfica. *Revista Movimento*, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 183-209, 2004.

Souza, W. C.; Silva, A. M. M.(20020. A influência de fatores de personalidade e de organização do trabalho no Burnout em profissionais de saúde. *Revista Estudos de Psicologia*, Campinas, v.19, n.1, p.37-48.



SUBJETIVIDADE DOCENTE: IDENTIDADE, TRAJETÓRIA E SAÚDE DO PROFESSOR

Shirley Sheila Cardoso (Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul)

Claus Dieter Stobäus (Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul)

RESUMO

Esse presente trabalho apresentará os resultados da pesquisa realizada com 73 professores de um Colégio particular da Rede Marista de Porto Alegre-RS. É uma pesquisa quanti-quali, em que os dados quantitativos serão apresentados através das análises das respostas ao questionário: *Instrumento para avaliação das variáveis que constituem indicadores do bem/mal-estar docente* analisado com Estatística Descritiva e Inferencial, e as respostas qualitativas da entrevista semiestruturada realizada com quatro professores do colégio foram analisadas pela Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin, complementada com elementos da Avaliação Institucional da Rede e o Sistema Marista de Avaliação (SIMA). A partir do contributo das variáveis de motivação, identificando nas questões do instrumento aplicado, pretendeu-se analisar os indicadores e os elementos que constituem a trajetória subjetiva do professor.

Palavras-chave: Psicologia da saúde. Subjetividade. Docentes. Identidade. Saúde.

A SUBJETIVIDADE COMPREENDIDA NOS QUESTIONÁRIOS

Considerando que a pesquisa originou muitos elementos, nos permitimos entremear os dados com o referencial teórico utilizado de apoio e consultado a partir das análises.

O questionário aplicado foi desenvolvido pelo professor Dr. Saul N. de Jesus (1996; 1998) e foi cedido pelo mesmo para aprofundamento nesse estudo. Consta de 113 questões que são agrupadas em dezesseis variáveis, distinguindo entre cognitivo-motivacionais e de mal-estar docente. A análise dos dados supera a dicotomia entre o profissional e o pessoal, a história de vida e a formação acadêmica e tantas outras 'interferências', que englobam os elementos para analisar o sucesso ou fracasso do professor. Foram aplicados em reuniões



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



pedagógicas de formação continuada do Colégio, em processos de abordagem formativa. Foram considerados os 73 instrumentos preenchidos, 100% dos entregues no dia da reunião.

Os docentes tem entre 27 e 72 anos de idade. O tempo de atuação em docência na escola e em outras instituições é entre 6 meses e 52 anos, 55 são mulheres e 18 homens. Na Tabela 1, abaixo, estão os resultados encontrados nesse estudo, comparados em uma primeira análise com as médias aos de Jesus (1996), Mendes (2011) e Zacharias (2011), contrastados entre os níveis de ensino da escola pesquisada (EFI, EF II e EM) com as de Jesus (1996).

As médias dos resultados, no estudo, na sua grande maioria, foram superiores aos das médias dos docentes de Portugal (JESUS, 1996) e das outras duas pesquisas realizadas em Porto Alegre (Mendes, 2011; Zacharias, 2011) com a utilização do mesmo instrumento, exceto nos dados de estresse e exaustão profissional. Os quatro grupos de professores apresentam médias aproximadas na variável do valor das metas profissionais: 30,61 (JESUS); 32,86 (no estudo); 30,66 (MENDES) e 30,86 (ZACHARIAS), indicando que atribuem importância às suas metas, quanto a aprendizagem e relacionamento com o estudante.

Tabela 1 – Resultados do questionário com as médias dos professores deste estudo e médias das variáveis de Jesus (1996), Mendes (2011) e Zacharias (2011)

VARIÁVEIS	Médias JESUS (1996)	Médias CARDOSO (2013)	Médias MENDES (2011)	Médias ZACHARIAS (2011)
Avaliação do projeto profissional	4,41	7,89	4,46	3,5
Avaliação do empenho profissional	62,87	71,50	61,5	63,04
Avaliação do valor das metas profissionais	30,61	32,86	30,66	30,86
Avaliação da motivação intrínseca	22,46	26,62	24,33	20,63
Avaliação da expectativa de eficácia	29,51	34,83	30,4	31,77
Avaliação da expectativa de controle	44,84	47,84	44,9	39,27
Avaliação das atribuições causais:				
Sucessos – dimensão locus	22,5	23,89	22,86	20,77
Fracassos – dimensão locus	16,3	11,59	12,93	8,77
Sucessos – dimensão estabilidade	16,3	19,14	16,86	14,13
Fracassos – dimensão estabilidade	11,4	8,93	9,16	6,45
Avaliação do stress profissional	317,59	309,59	384,53	376,27
Avaliação da exaustão profissional	428,78	271,27	607,33	591,31
Avaliação das crenças irracionais	39,09	39,57	38,7	42,13
Avaliação das estratégias de coping	23,56	26,4	24,33	24,63
Avaliação do sucesso profissional	26,94	32,32	28,5	28,18
Avaliação da motivação inicial para a profissão docente	26,75	32,16	25,4	27,09

Relacionando esta variável com a expectativa de eficácia indica o quanto essa meta estabelecida se torna eficaz, ou não, nas estratégias adotadas por esses professores. Foi possível constatar que os estudos, possuem aproximações nas suas médias: 29,51 (JESUS); 34,83 (no estudo); 30,4 (MENDES) e 31,77 (ZACHARIAS). Assim, o que podemos dizer é que, na maioria, estabelecem suas metas e procuram estratégias para alcançá-las, o que nem sempre é garantia de sucesso na aprendizagem de seus estudantes. As aproximações possíveis com estratégias de *coping* indicam o quanto docentes as utilizam em suas práticas, já que as médias foram: 23,56 (JESUS); 26,4 (no estudo); 24,33 (Mendes) e 24,63 (Zacharias).

Ressalta-se, nas análises realizadas até o presente momento, uma especial atenção a indicadores relacionados à natureza do trabalho como professor, ou seja, processos de ensino e de aprendizagem, no seu trabalho, pois estabelecem metas e estratégias para executá-las. Há convergências em médias, em Portugal e sul do Brasil, em escolas públicas e privadas.

Destacamos também as variáveis que indicam o mal-estar docente: stress e exaustão profissional, com médias de escolas públicas de Porto Alegre muito superiores às de Portugal e da escola particular, retratando o quanto as condições para o exercício da docência podem ser balizadores para essas variáveis, com resultados do estresse profissional: 317,59 (JESUS); 309,59 (no estudo); 384,53 (MENDES) e 376,27 (ZACHARIAS). Já em exaustão profissional, as diferenças são superiores de uma realidade para outra: 428,78 (JESUS); 271,27 (no estudo); 607,33 (MENDES) e 591,31 (ZACHARIAS). Indicando que têm elevadas expectativas de controle de resultados, talvez por dificuldade de lidar com situações em aula.

O valor nas atribuições para o fracasso, que também apresentou um índice baixo nas escolas públicas, parece contribuir para a exaustão emocional dos professores. A análise evidencia que docentes demonstram índices baixos nas variáveis: fracassos – dimensão *locus* com 16,3 (JESUS); 11,59 (no estudo); 12,93 (MENDES) e 8,77 (ZACHARIAS) e fracassos – dimensão estabilidade com 11,4 (JESUS); 8,93 (no estudo); 9,16 (MENDES) e 6,45 (ZACHARIAS). Evidenciou-se fatores de bem-estar docente e identificação com a profissão, pelas médias superiores das variáveis do *projeto profissional*, com média obtida de 78,91%, mais elevada que a média de Jesus (1996), *empenho profissional* foi 13,72% a mais que a média de Jesus e a *motivação intrínseca* foi de 18,52% mais elevada que a média de Jesus, pois docentes reconhecem-se na profissão, desejam permanecer nela e sentem-se motivados.

Esses fatores de bem-estar dão suporte para a saúde do corpo docente, apesar de que já sinalizam uma alerta para o fator de *stress profissional*, pois a média obtida é apenas 0,02% mais elevada do que a média de Jesus (1996), porém não apresentam sintomas de *exaustão profissional*, onde obtiveram 36,73% a mais que a média de Jesus (1996) nessa variável.

O estudo também demonstrou que eles têm coerência entre as metas estabelecidas e as estratégias utilizadas para alcançá-las. O *valor das metas profissionais* foi 7,35% mais elevada que o estudo de Jesus, a *expectativa da eficácia* que indica se essa meta estabelecida é eficaz ou não nas estratégias adotadas por eles, foi de 18,02% a mais e as *estratégias de coping*, que determinam o quanto utilizam estratégias para sanar dificuldades (12,05% a mais), sendo de uma realidade promissora e potencializadora de projeto educativo.

Stobäus e Mosquera (2008) destacam que, para o bem-estar docente, faz-se necessário oportunizar ações eficazes de autoformação, formação reflexiva e trabalho em equipe, para que se sintam preparados e motivados para solidificar práticas atendendo demandas.



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



Continuando a análise das respostas desse grupo de professores, foram os profissionais que demonstraram também as médias mais elevadas nos indicadores de mal-estar docente: stress profissional (393); exaustão profissional (385) e um indicador baixo para as crenças irracionais (38). Assim, pode-se pensar que eles estão vulneráveis no contexto de sala de aula, no qual a intensidade e frequência de situações recorrentes e estressantes influenciam, em parte, sua atuação, porém não os desmotivam e nem desqualificam sua docência. Apresentam-se motivados, acreditam na profissão, reconhecem-se em situações de mal-estar que, em momentos, apresentam-se em desafios na sua prática, mas não indicam, através de suas respostas, sucesso na sua carreira docente. Aqui cabe uma alerta à gestão escolar, pensando em processos formativos para garantir estratégias/espços para trabalhar situações.

Tabela 2 - Resultados das médias dos professores da Escola por níveis de ensino e de Jesus

VARIÁVEIS	Médias JESUS (1996)	Médias CARDOSO (2013) Geral	Médias CARDOSO (2013) EF I	Médias CARDOSO (2013) EF II	Médias CARDOSO (2013) EM
Avaliação do projeto profissional	4,41	7,89	7,89	7,61	8,17
Avaliação do empenho profissional	62,87	71,50	71,33	68,86	74,33
Avaliação do valor das metas profissionais	30,61	32,86	32,30	31,86	34,44
Avaliação da motivação intrínseca	22,46	26,62	25,85	26,14	27,89
Avaliação da expectativa de eficácia	29,51	34,83	33,67	34,54	36,28
Avaliação da expectativa de controle	44,84	47,84	48,11	45,32	50,11
Avaliação das atribuições causais:					
Sucessos – dimensão locus	22,5	23,89	18,96	25,00	27,72
Fracassos – dimensão locus	16,3	11,59	13,04	11,14	10,61
Sucessos – dimensão estabilidade	16,3	19,14	18,56	18,65	20,22
Fracassos – dimensão estabilidade	11,4	8,93	10,09	9,00	7,72
Avaliação do stress profissional	317,59	309,59	275,58	290,21	363,00
Avaliação da exaustão profissional	428,78	271,27	198,18	230,63	385,00
Avaliação das crenças irracionais	39,09	39,57	39,67	41,04	38,00
Avaliação das estratégias de <i>coping</i>	23,56	26,4	26,37	25,61	27,22
Avaliação do sucesso profissional	26,94	32,32	32,89	31,46	32,61
Avaliação da motivação inicial para a profissão docente	26,75	32,16	32,26	31,07	33,17

Constatou-se, no grupo de professores do Ensino Fundamental - anos finais (EFII), um cenário diferente do grupo acima destacado. Esses apresentaram as médias mais baixas nas seguintes variáveis: projeto profissional (7,61); empenho profissional (68,86); metas

profissionais (31,86); expectativa de controle (45,32); estratégias de *coping* (25,61) e motivação para a profissão docente (31,07). São médias superiores à do estudo de Jesus (1996), o que demonstra o bom desempenho profissional do grupo, porém, comparados aos demais professores da escola, apresentam certa preocupação e atenção.

A baixa média no projeto profissional (7,61) desse grupo leva-nos a pensar que, a longo prazo, tendem a realizar outra atividade profissional, não estando muito satisfeitos com sua profissão. Esse dado se confirma quando observamos o resultado da variável motivação inicial para a profissão docente, em que o grupo apresenta média mais baixa (31,07) que os outros níveis de ensino. Importante destacar que não apresentam médias baixas no estresse profissional (290,21) e nem na exaustão (230,63), isso demonstra o equilíbrio e maturidade de lidarem com as situações estressantes no cotidiano. Ao mesmo tempo, quando foram submetidos às avaliações nas quais deveriam identificar as explicações causais para os fracassos obtidos no processo de ensino-aprendizagem, a média ficou baixa com (9,0).

Já nos professores dos anos finais pode-se também identificar que o maior indicador foi crenças irracionais (41,04), o que nos faz pensar que esses professores têm uma elevada expectativa e confiança em crenças irreais de perfeição e aprovação do seu trabalho, que uma vez não atendidas geram certo desinteresse pela profissão, já sinalizado anteriormente.

Os professores do Ensino Fundamental- anos iniciais responderam que não se encontram em situações de estresse profissional (275,58) e exaustão profissional (198,18), pois pontuaram a média mais baixa do grupo, mostrando bons indicadores de saúde e qualidade no trabalho. Esse diagnóstico possibilita um trabalho efetivo com o grupo, pois poderão corresponder com as expectativas, uma vez, motivados e desafiados.

A avaliação do sucesso profissional desses professores apresentou um elevado indicador (32,89), mostrando assim que o grupo se reconhece como profissionais de sucesso, com objetivos e metas sendo alcançados com o seu trabalho. Fazem uso elevado de estratégias de *coping* (26,37), permitindo que o trabalho seja planejado e repensado a cada ação. O uso dessas estratégias denota o quanto o grupo é potencializado para buscar recursos, sejam eles internos e externos, com vista à garantia de uma boa prática profissional.

Apresentaram médias inferiores na motivação intrínseca (25,85) e na expectativa da eficácia (33,67). Lembrando a teoria da Autoeficácia (de Bandura), podemos compreender melhor esses resultados, uma vez que possuem interfaces na sua análise.



Esse resultado pode sugerir que esses professores apresentam baixa motivação intrínseca, pois relatam que suas expectativas em relação às estratégias que adotam no seu trabalho não estão sendo eficazes, ou seja, as médias apontam que projetam grande expectativa no trabalho que no momento, não são correspondidas, causando baixa motivação.

A subjetividade compreendida nas entrevistas

Atribui-se grande relevância à experiência pessoal e profissional dos docentes numa tentativa de ultrapassar a visão equivocada de uma formação apenas na perspectiva técnica, mas sim, estruturada em três pilares: pessoal, profissional e organizacional, que Nóvoa (2002, p. 56) chama de “*trilogia da formação contínua: produzir a vida, a profissão e a escola*”. Essa etapa investigativa buscou, nos relatos das trajetórias de vida, elementos constitutivos da subjetividade docente, que posteriormente serão descritos e analisados a partir da categoria de análise de conteúdo. “Sob o signo de um contrato de confiança”, destaca Ferrarotti (1990, p.12), dedicou-se tempo para a singularidade e subjetividade das narrativas, exigindo cuidado, respeito e reconhecimento pelas histórias de vidas dedicadas a educação.

Nóvoa (1995, p. 16) fala desse lugar de escuta e análise como forma de realçar a dinamicidade da maneira de se sentir e de se dizer professor, pois a “identidade é um lugar de lutas e de conflitos, é um espaço de construção de maneiras de ser e estar na profissão”.

Desse modo, apoiados no objetivo da pesquisa de identificar elementos constituintes da subjetividade docente, na premissa de um processo autoformativo e na escuta atenta e detalhada das entrevistas emergiram as categorias de análise: identidade profissional abarcando realização, bem-estar docente e pertencimento a um grupo e trabalho docente que tratará das questões de saber ensinar, corpo de saberes e reconhecimento na profissão. As mesmas contemplam as dimensões identitárias do eu profissional e do eu pessoal. Realizou-se a entrevista semiestruturada com 17 questões abertas, sendo que a primeira era sobre questões introdutórias, um histórico profissional do entrevistado. Optou-se em designar cada professor com duas letras alfabéticas, de modo a preservar sua integridade e privacidade, uma designando a identidade profissional P de professor e a outra letra, escolhida aleatoriamente.

Identidade profissional: realização, bem-estar e pertencimento

A originalidade com que cada professor se diz e faz professor, apropriando-se de sua história de vida e de suas escolhas, sejam elas metodológicas, acadêmicas e formativas, diz

muito desse sujeito. Na trajetória docente as opções realizadas são carregadas de sentido e de identificações de aprendizagens anteriores à vida docente.

Nesse processo de vir a ser, de construção de si, importa a compreensão e a internalização de como se forma por meio das experiências ao longo da vida. Assim, o cotidiano escolar é, sobretudo, um lugar de organização, experiência e transcendência do crescimento de cada sujeito que nele vive e atua.

Josso (2004, p. 58) diz que "encarar o seu itinerário de vida, os seus investimentos e os seus objetivos na base de uma auto-orientação possível, que articule de uma forma mais consciente as suas heranças, as suas experiências formadoras, os seus grupos de convívio, as suas valorizações, os seus desejos e o seu imaginário nas oportunidades socioculturais".

Evidenciou-se em todas as falas dos professores entrevistados essa dimensão da indissociabilidade entre o eu pessoal e o eu profissional. Acreditam e regem seu trabalho com essa crença. Diz a professora PE que "[...] a pessoa que sou revela o meu profissional, meus valores, minhas habilidades refletem no meu trabalho. Não consigo ser diferente. Ser professora é muito mais do que só um trabalho, é entrega, é uma opção".

Nóvoa (2000, p. 16) corrobora com o conceito de que a identidade docente não é um dado adquirido, nem um produto, mas sim um lugar de opções, interfaces e construções, pois exige "tempo para refazer identidades, para acomodar inovações, para assimilar mudanças".

Confunde vida e profissão, é o que diz o relato da professora "a minha vida é dar aula, essa é a minha vida! Como levantar e não dar aula? Isso já é o meu sangue, a minha rotina, a minha vida. Gosto muito do que faço. É uma profissão de persistência, precisa de muita força de vontade, pois é muito difícil. É uma constante busca de novas respostas e isso me fascina e me faz feliz". (PL)

Evidencia-se, em suas falas, uma harmonia, deixando a impressão de que é muito natural essa eleição identitária com a profissão-professor, de modo que os anos passam, surgem novos saberes, as exigências do mundo contemporâneo acontecem velozmente, as atribuições aumentam mas a paixão pelo ensinar e aprender permanece sólida. Para Habermas (1983, p. 21), identidade é o "resultado das realizações de identificação da própria pessoa".

Mosquera & Stobäus (2012, p. 151) esclarecem que "é um processo, e não um produto [...] sendo responsável para o reconhecimento de nossa própria pessoa e da construção que

estabelecemos de nos mesmos”. Arroyo (2000, p. 124) também ajuda-nos a compreender essa dinâmica tão simples e tão complexa ao mesmo tempo:

Carregamos a função que exercemos, que somos, e a imagem de professor(a) que internalizamos. Carregamos a lenta aprendizagem de nosso ofício de educadores, aprendido em múltiplos espaços e tempos, em múltiplas vivências. Falamos como incorporamos o ser professora, professor, como outra personalidade, como o outro de nós mesmos. Sabemos pouco sobre esses processos de internalização, de aprendizagem, de socialização do ofício que exercemos. Somos e continuamos sendo aprendizes de mestre e professoras e professores.

Incorpora a identidade da profissão tem caráter comunitário, social e institucional, como nas falas: “ser reconhecido pela direção e coordenação é motivador para o meu trabalho. Tive o privilégio de ter sempre pessoas maravilhosas ao meu lado, professores e pessoas amigas sempre *me inspiraram a ser melhor a cada dia. (PR)*”; “*ambiente de trabalho é tudo*. O contato no colégio é muito carinhoso e muito próximo. Reconhecimento profissional é muito importante por parte dos alunos, da direção, da coordenação, dos colegas. Poder agregar valor na vida dos colegas é muito gratificante”. (PB); “*preciso de um ambiente favorável para o meu trabalho, os alunos devem estar motivados para o trabalho que vou desenvolver, assim, é metade do caminho andado do teu trabalho*”. (PR)

Sentir-se reconhecido e respaldado pelo grupo e pela instituição no qual pertencem é referendado, torna-se elemento da subjetividade, e relatam que se constroem no coletivo, descrevendo como uma necessidade social e por que não dizer, ontológica: *preciso; ambiente de trabalho é tudo; reconhecimento é muito importante*. Além de um esforço individual, que é inegável através de *dedicação, competência e muito estudo*, há uma ação educativa que se revela na comunidade, no corpo docente, na instituição e nas pessoas que constituem aquele grupo, com esses registros: “eu tenho aprendido muito com os colegas, estar ao lado da M.I. que está há 30 anos na escola é um orgulho para mim, que estou começando agora”. (PB); “minha inspiração vem dos colegas do trabalho, estou sempre atento ao trabalho deles, como fazem, como trabalham”. (PB); “o grupo de professores *unido é fundamental* para o trabalho efetivo. Há trocas e avanços, parte do sucesso é fruto da persistência, da vontade e da paciência de todos. *Dedicação, competência e muito estudo!*” (PL) (grifo meu)

A Instituição escola, nessa perspectiva, assume um lugar importante, o lugar do encontro de profissionais da educação, o lugar-espço para que os sonhos, metas e saberes

sejam evidenciados por todos e por cada um: “Pertencer a essa Rede, nessa escola é uma alegria imensurável, um sonho que se concretizou inesperadamente e me causa muita surpresa e felicidade. Não tenho nem palavras para descrever essa experiência”. (PB); “Estar nessa escola é um sonho de vida, foi uma conquista que eu realizei. Aqui vivo uma etapa em minha vida de muito crescimento profissional”. (PE)

Esse pertencimento que evidenciam também se manifestou de muitas formas, seja no relato de como se sentem na profissão, seja na narrativa das alegrias já vividas e experienciadas pelos professores ou nos momentos marcantes da sua trajetória docente. Quando são convidados a rememorar a sua trajetória, sentem-se cumpridores de um papel social importante e não descartável, pois traduzem a certeza de que estão empenhados a fazer o melhor pelos alunos e com eles, deixam-se emocionar, crescer, amadurecer e transformar.

Certa tarde, na turma 65 estava explicando o conteúdo do Egito Antigo e de repente vi que entre a turma estava circulando bilhetezinho, gerando risos, alvoroço e distração nos alunos. Parei a aula e comecei a discursar (xingar) dizendo que deveriam prestar atenção, que o conteúdo era importante e que todos mereciam um ambiente propício para aprender. Para minha surpresa, o bilhete que circulava era um bilhete para mim, um cartão postal da Esfinge, me agradecendo a oportunidade de estar ensinando Egito. Fui surpreendido muito, positivamente! (PB)

A alegria, a surpresa, a leveza, o cuidado e atenção ao inusitado fazem da profissão um lugar de realização.

No ano passado, eu tinha um aluno que tinha uma dificuldade enorme de adaptação, foi um ano bem difícil, desafiante, passei por vários momentos/fases para tentar me aproximar e trabalhar com ele. No final do ano, a família me procurou para dizer e agradecer o quanto tinha ficado feliz com o meu trabalho com o filho deles. A maneira, o choro e a emoção que a mãe expressou naquele momento me marcaram muito. Eu não sabia o quanto tinha sido importante na vida dessa criança. Eu ainda consigo ver a emoção da mãe e a felicidade ao me agradecer por tudo o que fiz pelo filho dela. (PE)

A disposição com que o professor consegue responder a conflitos cotidianos, inerentes a escolha feita, e a forma como os resolve marcam sua autoestima, sua satisfação pessoal e a forma como segue o percurso profissional e como projeta essa nova etapa, conforme Marchesi (2008) “quero continuar até eu ter condições de saúde, pois a sala de aula é o meu maior sonho realizado. Sinto-me realizado que nem penso em parar de dar aula!” (PR)

Diante disso, podemos entender, que a identidade docente, embora entrelaçada de buscas ora individuais ora coletivas, é feita de escolhas e de ações que inclui a esfera pessoal e profissional, porém não perde as suas características próprias: paixão, entrega, pertencimento e realização em ensinar.

Trabalho docente: saber ensinar, corpo de saberes, reconhecimento

O mandato do trabalho docente e sua atividade profissional estão ligados, segundo esses professores entrevistados, de uma tríade composta pelo reconhecimento na profissão, por um corpo de saberes construídos e adquiridos e um olhar atento para a finalidade última da profissão que o processo de aprendizagem dos alunos: “minha meta é que os alunos me aceitassem e eu batalhei muito para que isso acontecesse”. (PL)

Entre tantos outros critérios constitutivos da docência, identificou-se que esses três aspectos, acima mencionados, tornaram-se evidentes nos registros verbais dos professores. Nas quatro trajetórias de vida que aqui se relata, fica evidente que o trabalho do professor precisa ser reconhecido, pelos alunos, pela comunidade e pelos gestores. Precisa ser embasado em um *corpus* de conhecimento com múltiplos saberes, tanto acadêmicos, curriculares, mas também saberes experiências e por último, não como fim, mas como finalidade, precisa saber ensinar. É nítida a emoção e a satisfação que decorre do relato do professor abaixo citado, quando seus alunos expressam sua sede de conhecimento. Muito mais, sua motivação aumenta e sua capacidade amplia com o desejo de ensinar a todos, mesmo os que têm dificuldade: “minha maior alegria é ser recebido em cada aula pelos alunos com alegria e vontade de aprender. Eu sinto que eles gostam da minha aula, isso é uma fonte de motivação para mim. Mesmo os que têm dificuldade de aprendizagem, sentem-se contentes na sala de aula. O conteúdo do corpo humano me empolga”. (PR)

A tríade retrata entrelaçamento de percursos. É como que, quanto mais se sentir reconhecimento pelos alunos, ele se compromete com seu ofício. Podemos pensar que o aluno devolve-lhe o ‘lugar que ele merece’: “eu sou muito honesto com meus alunos, digo quando não sei e essa honestidade humaniza, porque não cria um ser distante que sabe tudo. É uma relação saudável. Eles estão construindo conhecimento, mas eu também estou construindo conhecimento”. (PB) Assim, “quando o aluno reconhece o meu trabalho e encontra essa qualidade lá fora nos concursos e vestibulares é muito gratificante. Os recursos

tecnológicos são acessórios, o que verdadeiramente importa é a pesquisa, a interação, a participação e envolvimento do aluno”. (PL)

No reconhecimento que se prolonga nos anos e nas marcas que esses profissionais deixam na vida de seus alunos e vice-versa: “o reconhecimento dos alunos e dos ex-alunos é muito gratificante, isso me agrada, dinheiro nenhum paga essa emoção de reencontrar um ex-aluno e ele te dizer: você foi a minha professora. O amor se expressa de muitas formas: num bilhete, beijos, reencontros”. (PL); “eles guardam boas lembranças de mim, sinto uma alegria. Quando nos reencontramos é uma festa!” (PR). São conscientes das exigências da educação contemporânea, por isso, fixam suas metas e seu trabalho na aprendizagem do aluno.

Reconhecem-se na mediação de processos de aprendizagem intencionados, onde contribuem efetivamente não só na formação do aluno, mas na sua própria formação, onde sujeitos reconstroem com o saber cultural herdado: “meu maior sonho é que todos os alunos fossem nota 7,0, ou seja, todos pudessem ter sucesso nos estudos” (PL).

Esteve (2004, p. 121) elucida essa opção e fala de sua própria experiência de docência:

Há tempos descobri que o objetivo último de um professor é ser mestre da humanidade. A única coisa que importa mesmo é ajudar nossos alunos a se compreenderem a si mesmos e a localizar o sentido de sua vida e de sua profissão no contexto do mundo que os rodeia. Para isso, não há outro caminho senão resgatar, em cada uma de nossas aulas, o valor humano do conhecimento.

Nessa perspectiva do trabalho docente parte-se da ideia de que sua tarefa primordial está impregnada, na sua natureza, com a capacidade de lidar com o ‘elemento humano’, ou seja, centrado nos alunos, para os alunos, com os alunos. Nesse sentido, originar toda a ação e opção para esse fim engrandecerá essa profissão e ressignificará as relações sejam elas cognitivas, relacionais, pessoais, afetivas, sócias e culturais. Reconhecem que o ofício docente lhes atribui uma tarefa complexa: “eu não me atenho só no conteúdo, sempre me refiro ao cotidiano, uso a mídia, as notícias, uso exemplos de casa e envolvo a famílias para me ajudar no conteúdo, trazendo novidades da área da saúde. Isso é um diferencial do meu trabalho”. (PR); “sensibilidade para poder enxergar a todos os alunos, desde o mais quietinho até o mais extrovertido e poder ajudar da melhor forma a cada um”. (PE)

Mostram-se conscientes dessa realidade:

A exigência da educação contemporânea me desafia, mobiliza, mas não me paralisa, me mobiliza para a mudança. Estudar deveria ser a primeira tarefa de um bom professor, ter

humildade, pois lidamos com o elemento humano e não vamos conseguir resolver tudo e isso dá uma certa serenidade, aceitação e alegria para contagiar crianças e jovens. [...] A forma de pensar educação precisa ser o tempo todo trabalhada e debatida para que possamos mudar algumas coisas. As pessoas precisam se sentir pertencças para mudarem. (PB)

E ainda acreditam que: “um bom professor é aquele que gosta da profissão, precisa dominar o conteúdo, saber transmiti-lo, e os alunos precisam perceber que estou indo para a sala de aula satisfeito com o meu trabalho”. (PR); “o bom professor é aquele que tem fundamento teórico e coerência entre o que diz e o que fala, em tudo!” (PL)

Esteve (1999, p. 38) destaca funções que são exigidas ao docente, ao “assumir as novas funções que o contexto social exige dos professores supõe domínio de uma série de habilidades que não podem ser reduzidas ao âmbito do conhecimento”. Nóvoa (1997, p. 59) diz que, “através da procura de uma nova epistemologia da formação” e reitera (2002, p. 56) que a “*trilogia da formação contínua: produzir a vida, a profissão e a escola*” eu chamaria de paixão, identidade, sentido. Tornar-se e ser professor é dar sentido às suas experiências de aprendizagem e simplesmente compartilhá-las, com recursos, plenos de sentidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificou-se, com clareza, o quanto a vida profissional do docente transparece quanto a quem ele é, e como diz que atua. De fato, há um estreitamento entre essas dimensões pessoal e profissional, de modo que se identificam com a sua atuação, fazendo da docência um caminho também de crescimento enquanto pessoa, assumindo na tarefa de ensinar muito mais do que transmissão de saber, mas um compromisso com discentes em desenvolvimento.

As médias superiores nas variáveis do projeto profissional, empenho profissional e a motivação intrínseca, em comparação com as médias dos outros estudos comentados nessa pesquisa, revelou que os professores do Colégio, na sua grande maioria, se reconhecem na profissão, desejam permanecer nela e sentem-se motivados, como nos indicadores retratando uma realidade (auto)formativa, em que se trabalha na perspectiva de uma formação integral.

Esses bons resultados em estratégias de *coping* sugerem que, de fato, o corpo docente usa diferentes recursos, estratégias e dizem que sabem, em situações complexas e desafiantes, utilizar ferramentas que amenizem e solucionem problemas do cotidiano escolar. Esse dado se confirma quando identificamos médias baixas em variáveis de stress profissional

e exaustão profissional, mostrando que, apesar de ser profissão de muito desgaste físico, emocional e social, eles conseguem manter-se equilibrados para o desempenho da sua função.

Verificou-se que as correlações das atribuições para os sucessos, sejam eles na dimensão estabilidade ou na *locus*, ocorrem com as expectativas de controle dos resultados e com as expectativas de eficácia, nas quais todas as médias dessas quatro variáveis foram altas, ou seja, atribuem o sucesso de seu trabalho a sua eficácia e controle dos processos.

A variável idade e tempo de serviço tem uma influência significativa nesses resultados descritos acima, pois a média de idade do grupo de 50,57 e a média do tempo de serviço de 17,38 revelam que esses professores atribuem as causas para explicar os resultados positivos e negativos que obtêm no processo de aprendizagem, através do seu comprometimento com os resultados da aprendizagem de seus alunos e das estratégias que ele usa para desenvolver um bom trabalho. Isso mostra a maturidade do grupo, pois confere ao seu trabalho o sucesso ou fracasso e não delega somente a fatores externos e causais. Talvez esses resultados retratem que o grupo de professores, por terem grande tempo de serviço na docência, já desenvolveram competências para lidarem com o confronto em situações de insucesso profissional, não deixando que os mesmos interfiram de forma direta na sua motivação.

Na parte qualitativa, evidenciou-se elementos de um processo autoformativo quando surgiram as categorias de análise: identidade profissional abarcando realização, bem-estar docente e pertencimento a um grupo e trabalho docente que abordou as questões de saber ensinar, corpo de saberes e reconhecimento na profissão. As mesmas contemplam as dimensões identitárias do eu profissional e do eu pessoal.

Ao dedicar tempo para a singularidade e subjetividade das narrativas, exigiu cuidado, respeito e reconhecimento por essas histórias de vidas dedicadas à Educação, dando voz a dinamicidade da maneira de se sentir e de se dizer professor. Face ao exposto, verificou-se que, de fato, a formação docente contribuirá ou, quem sabe, determinará a carreira docente quanto ao seu processo de pensar-se enquanto sujeito-professor e assim qualificar sua vida e profissão. A própria formação docente deveria propor espaços e caminhos de reflexão e maturação para as questões relativas à identidade docente e implicações em sua prática.

De fato, pensar sobre a constituição subjetiva do professor é poder prospectar caminhos para o desenvolvimento da autoconsciência, do (auto)cuidado, da busca de novas possibilidades de ensino e de uma formação continuada, sempre humana e pedagógica.

REFERÊNCIAS

- Arroyo, M. *Ofício de mestre: imagens e auto-imagens*. Petrópolis: Vozes.
- Bardin, L. (2006). *Análise de Conteúdo de Bardin*. 3. ed. Lisboa: Edições 70.
- Esteve, J. M. (1999). *O mal-estar docente*. Bauru: EDUSC.
- Esteve, J. M. (2004). *A terceira revolução educacional*. São Paulo: Moderna.
- Ferrarotti, F. (1990). *Histoires et histories de vie*. Paris: Méridiens Klincksieck.
- Jesus, S. N. (1996). *A motivação para a profissão docente*. Aveiro: Estante Editora.
- Jesus, S. N. (1998). *Bem-estar dos professores*. Porto: Porto Editora.
- Jesus, S. N. (2000). *Motivação e Formação de professores*. Coimbra: Quarteto Editora,
- Jesus, S. N. (2002a). *Perspectivas para o bem-estar docente*. Porto: ASA Editores.
- Jesus, S. N. (2002b). *Perspectivas para o bem-estar docente: uma lição de síntese*. Lisboa, Portugal: Centro de Recursos de Informação e Apoio Pedagógico.
- Jesus, S. N. (2007). *Professor sem stress*. Porto Alegre: Mediação.
- Jesus, S. N. (2012). Estudo do bem/mal estar segundo um modelo integrativo das teorias da motivação. In: Santos, B. (org), *Processos Motivacionais em contextos educativos: Teoria e prática*. Porto Alegre: Pedago.
- Josso, M.C. *Experiência de vida e formação*. São Paulo: Cortez, 2004.
- Mosquera, J. M. & Stobäus, C. D. (2008). O Professor, Personalidade Saudável e Relações Interpessoais: Por uma Educação da Afetividade. In: D. Enricone, D. (Org.), *Ser Professor*. (6. ed.) Porto Alegre: Edipucrs.
- Nóvoa, A. (Org.). (1995). *Os professores e a sua formação*. Lisboa: Dom Quixote.
- Nóvoa, A. (1997). *História de vida. Educação de Adultos*. Lisboa: DEB.
- Nóvoa, A. (2002). *Formação de professores e trabalho pedagógico*. Lisboa: Educa.

**SUJEITO E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

Luís Sérgio Sardinha (Universidade do Grande ABC)

Cibele Pombo de Moraes (Universidade do Grande ABC)

RESUMO

As substâncias psicoativas são utilizadas pelos indivíduos para diversas finalidades, podendo ser definida como uma substância que produz algum efeito no organismo seja este benéfico ou maléfico. O trabalho teve como objetivo compreender como ocorre o funcionamento da psicodinâmica do indivíduo dependente de substâncias psicoativas, procurando entender o significado da substância na vida deste sujeito. O método empregado foi um levantamento bibliográfico de trabalhos recentes, disponibilizados em periódicos científicos acessados pela internet, versando sobre a psicodinâmica do dependente de substâncias psicoativas. Os principais resultados apontam importantes características deste dinamismo psíquico do indivíduo dependente, evidenciando que o uso desenfreado de drogas, termo mais comum quando os autores se referem a substâncias psicoativas, é um recurso, mesmo que paliativo, que o indivíduo utiliza como consolo e refúgio para seus aborrecimentos advindos de seu próprio funcionamento psíquico e da sua rotina em geral, visto sua dificuldade em lidar com as angústias e frustrações. Além disso, foi verificada a importância das figuras parentais frente ao indivíduo dependente, descrevendo que se caso a figura materna não tenha sido suficientemente boa, isso poderia gerar um estado de falta no sujeito que desencadearia a procura por recursos substitutos, no caso a droga. Já a figura paterna seria responsável pelo estabelecimento de limites e regras fundamentais no desenvolvimento psíquico do indivíduo. Observou-se também que os autores destacam a relação peculiar e idiossincrática estabelecida entre o dependente e a substância, podendo somente ser compreendida por meio da escuta e análise de cada discurso. As diferentes pulsões que levam o sujeito a usar substâncias psicoativas e delas depender, só podem ser conhecidas por meio da análise e escuta singular de cada indivíduo toxicômano, termo geralmente utilizado para os dependentes de substâncias psicoativas, pois o uso de droga assume diversas faces dentro de cada discurso. As principais conclusões, a partir da análise deste material, são que o sujeito



dependente de substâncias psicoativas possui um déficit no funcionamento psíquico, o que faz com que este não saiba lidar com as frustrações e angústias oriundas das situações do cotidiano, recorrendo às drogas como consolo para seus sofrimentos. Ressalta-se aqui o papel das figuras materna e paterna no desenvolvimento psíquico deste sujeito. No entanto, a relação própria entre indivíduo e substância psicoativa só pode ser conhecida mediante a escuta de cada discurso singular dos sujeitos dependentes. Esta situação aponta para a complexidade do tema e as possibilidades de outros estudos na área. Se espera que assim como este trabalho aponta para aspectos percebidos como importantes do funcionamento psíquico do dependente, outros trabalhos podem ser realizados, no intuito de entender o significado que a droga assume na vida dos indivíduos, visto o crescente número de pessoas dependentes de substâncias psicoativas atualmente.

Palavras-chave: Dependência. Substâncias psicoativas. Psicodinâmica.

INTRODUÇÃO

A dependência de substâncias psicoativas é caracterizada por um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos no qual o uso de uma substância ou classe de substâncias alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham maior valor (Organização Mundial da Saúde – OMS, 1993). Uma característica descritiva central da síndrome de dependência é o desejo (frequentemente forte, algumas vezes irresistível) de consumir drogas. Nesta mesma linha de pensamento, a American Psychological Association - APA (2002) entende a dependência de substâncias psicoativas como um padrão mal adaptativo do uso de substâncias, levando a prejuízo ou a sofrimento clinicamente significativos, quando isto ocorre num período de até doze meses após a última utilização.

Com o passar dos anos o consumo de substâncias psicoativas vem aumentando. Já na década de 90 do Século Passado, aponta Mota (2011), estudos indicavam que o consumo de substâncias psicoativas seria considerado um dos 20 fatores de risco para problemas de saúde. Segundo o Instituto Nacional de Políticas Públicas de Álcool e Drogas (2012) o Brasil representa o segundo maior mercado de cocaína do mundo em razão do número absoluto de usuários e é considerado o maior mercado de crack do mundo. Quanto ao consumo de álcool

foi constatado que os índices de uso abusivo e dependência eram altos entre os bebedores. Além destes dados estatísticos, a dependência de substâncias psicoativas pode ser entendida do ponto de visto psicológico e psicodinâmico.

Pimenta et al (2011) refere que a toxicomania e a melancolia bebem da mesma fonte metapsicológica. Um paciente que se apresenta, em um primeiro momento, como dependente químico, à medida que a clínica avança, se pode perceber que sob a toxicomania, repousa um sujeito que padece de uma tristeza e de uma posição melancólica, que seria uma posição profundamente dolorosa, com perda de interesse pelo mundo exterior, capacidade de amar e inibição do amor próprio.

Ribas et al (2009) entende o desenvolvimento de uma toxicomania como um movimento defensivo, a fim de sanar os sintomas depressivos das frustrações e as ansiedades decorrentes do “não”. Assim, o mesmo autor afirma que todas as toxicomanias são atitudes defensivas do ego contra a manifestação de sintomas depressivos. Autores como Costa (2007) explicam a dificuldade do adicto em ingressar na posição depressiva visto que a droga funciona como um escape para que este não entre nesta posição, assim o dependente tenta preencher com objetos reais (droga) a falta de seu desejo com a intenção de acabar com sua insatisfação.

Kessler et al (2003) aponta que na relação do dependente com suas figuras parentais bem como em todas as suas relações objetais estabelecidas o sentimento de ambivalência irá permea-lás, ou seja, ao mesmo tempo em que este pede a atenção e o amor de uma figura materna, este a rejeita sendo a mesma atitude empregada em relação às drogas, o prazer momentâneo que ela causa em contrapartida com o prejuízo adquirido pela mesma.

Ainda com relação à figura materna, Olievenstein (1990) diz que a mãe insuficientemente boa geraria um estado de crônica falta. Assim o depender de drogas seria o resultado do deslocamento deste sentimento de falta para uma *coisa*. Assim, com esta pesquisa bibliográfica muitos questionamentos podem ser levantados acerca desta temática. Neste trabalho o principal objetivo é tentar compreender como ocorre o funcionamento da psicodinâmica do indivíduo dependente de substâncias psicoativas, procurando entender o significado da substância na vida deste sujeito.

MÉTODO

Na tentativa de compreender os questionamentos apresentados foi realizado um levantamento bibliográfico. Segundo Gil (2002) a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Assim, foram levantados artigos científicos e literaturas já existentes de cunho psicanalítico sobre o tema dependência de substâncias psicoativas, tomando as precauções de serem referências publicadas a partir do ano 2000. Estas foram retiradas das plataformas disponíveis nos sites Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

A triagem dos textos deu-se por meio da utilização das seguintes palavras-chaves: dependência, substâncias psicoativas, drogas, toxicomania e psicodinâmica do dependente. Anterior à seleção dos textos, foi definido o tema, o objetivo e o problema de pesquisa já anteriormente citada. Em seguida realizou-se o plano de pesquisa a fim de nortear sua escrita. Os resultados, discussões e conclusões são apresentados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o levantamento bibliográfico, foram encontrados 23 artigos científicos, sendo que 12 destes artigos foram utilizados para compor o presente trabalho e 11 artigos não foram utilizados. Os 12 artigos foram selecionados segundo seu conteúdo, de cunho psicanalítico voltado para o sujeito dependente de substâncias psicoativas e baseado nas palavras chave determinadas e acima mencionadas: dependência, substâncias psicoativas, drogas, toxicomania e psicodinâmica. Os demais artigos não foram utilizados neste trabalho, pois se relacionavam aos aspectos psicanalíticos das famílias do sujeito dependente de substâncias psicoativas, ao surgimento da codependência, à análise dos modelos de intervenção e abordagem adotados no tratamento destes indivíduos e as consequências da dependência. Questões importantes, relacionadas ao tema proposto, mas que não foram diretamente abordadas neste momento. A seguir os conteúdos dos 12 artigos são apresentados.

Segundo Costa (2007) e Mota (2011) a dependência de drogas é uma doença multifatorial, sendo uma combinação de fatores biológicos, sociais e psicológicos. Com relação aos fatores sociais e culturais, Kessler et al (2003) nos mostra alguns fatores de risco como: a

permissividade social, a disponibilidade de droga e a privação econômica. O recurso às drogas é entendido como uma resposta possível do sujeito ao mal estar que é inerente tanto ao processo de formação das sociedades e culturas quanto à própria constituição psíquica do ser humano. Diante dessa pressão exercida pela civilização e pelas instâncias repressoras do psiquismo, instaura-se um mal-estar que apenas pode ser suportado por meio do que Freud designou de medidas paliativas. Dentre as medidas paliativas existentes, este considerou o recurso aos tóxicos como o método mais grosseiro, embora também o mais eficaz para evitar o sofrimento humano, pois influencia o nosso corpo e altera sua química de forma a nos tornar insensíveis à nossa desgraça conforme relata Freud (1930) apud Ribeiro (2011).

A intoxicação seria um tipo de defesa contra o sofrimento que procura dominar as fontes internas de nossas necessidades e a intoxicação crônica é uma forma extrema disso que leva ao aniquilamento das pulsões. Para Lacan (1976) apud Ribeiro (2011) a importância que os tóxicos adquirem para cada um passa a ser atribuída fundamentalmente ao lugar que eles vêm a ocupar na economia psíquica daquele que faz da intoxicação uma prática. Esta afirmação é complementada por Santiago (2001) apud Ribeiro (2011) no qual se torna necessário situar, precisamente, o lugar que a droga ocupa no modo particular de satisfação de um sujeito determinado.

Assim, segundo Ribeiro (2011) somente por meio de uma escuta do que o indivíduo tem a dizer sobre sua relação com os tóxicos e sobre como ele entende que estas o ajudam a lidar com o mal-estar inerente à sua condição humana que se pode identificar o lugar que a droga ocupa na subjetividade do paciente. Giansesi (2005) também coloca que cada sujeito dito toxicômano apresenta sua particular relação com o objeto droga dentro de sua estrutura.

De acordo com Nogueira (2006) apud Bersani (2009) a droga é um significante que ocupa um lugar para o sujeito que faz uso dela bem como para cada membro da família. Já para Olievenstein (1990) apud Kessler et al (2003) o uso de substâncias psicoativas estaria ligado a um sentimento de falta, o qual seria aliviado por elas. Com isso, a dependência se configuraria no deslocamento deste sentimento de falta para uma “coisa”, que estaria ao fácil alcance dos indivíduos.

Considerando a relação particular entre indivíduo e substância, Pimenta et al (2011) colocam que a toxicomania e a melancolia bebem da mesma fonte metapsicológica ao analisar um paciente dito em um primeiro momento como dependente químico e a medida que o tratamento avança percebe-se uma tristeza e uma posição melancólica, que leva a uma

expectativa de castigo e a depressão. Nesta mesma relação entre a toxicomania e a melancolia, Caravelli (2005) relata a droga como um recurso, matéria-prima que, apesar da inadequação, faz valer sua condição anestésica, no qual o sujeito atribui a ela, a função de selar seu vazio, coagular sua hemorragia narcísica e aliviar sua dor de existir.

Estas ideias podem ser embasadas pelo conceito de *moldura vazia* citada por Lambotte (1997) apud Caravelli (2005), na qual o bebê não se sente o objeto de desejo da figura materna, assim esse olhar vazio terá a condição de dar ao sujeito um estado de existência e não de atribuição, fazendo com que este carregue uma marca identificatória com o nada. Nesta situação de desamparo, na qual o bebê ainda é absolutamente dependente de sua figura materna para sobreviver, mas se encontra confrontado com uma ausência materna, fazendo com que haja a perda de seu objeto de amor mesmo sem a sua simbolização.

Pimenta et al (2011) afirma que essa situação de desamparo irá acompanhar o sujeito por toda a sua vida e é para lidar com esta, que surge a substância psicoativa. Em virtude disso, o toxicômano enfrenta dificuldades ao encarar a falta, assim apresenta uma maneira intensa de se relacionar com seus objetos, não deixando espaço à falta e à perda, passando de um objeto de dependência a outro. Assim dá-se o movimento de repetição em busca da substância. A repetição relaciona-se à falta e esta ao objeto, fazendo com que o indivíduo tente reencontrar o objeto perdido (Gianesi, 2005).

Ribas et al (2009) também colocam que todas as toxicomanias são atitudes defensivas do ego contra a manifestação de sintomas depressivos. Para este mesmo autor, a estrutura de personalidade do dependente de substâncias psicoativas possui menos recursos psíquicos para lidar com as frustrações e com as ansiedades do cotidiano, assim a droga teria por função ocupar o lugar de sua intolerância às frustrações, configurando-se em uma busca pelo prazer e pela felicidade, no entanto de curto espaço de tempo. A relação entre sujeito dependente e imagem materna fica dominada por sentimentos de ambivalência que são estendidos a sua relação com as substâncias e as suas outras relações objetais. Assim, ao mesmo tempo em que o dependente clama pelo amor objetual de uma figura materna, ele o despreza. Como consequência da ambivalência, a criança não é capaz de introjetar a imagem desta figura, o que leva a uma falta das funções de autocuidado.

Klein (1940) apud Ribas et al (2009) entende que ocorreu uma separação exageradamente hostil da criança em relação ao seio materno, isso fez com que o ego do toxicômano se estruturasse com excessiva divisão de objetos idealizados e ao mesmo tempo,

denegridos fazendo com que haja dificuldades de ingresso na posição depressiva, fixando o sujeito na posição esquizoparanóide. Ainda com relação às figuras parentais, Kohut (1972) apud Kessler et al (2003) reafirma que as funções paterna e materna encontram-se comprometidas. A personalidade do dependente encontra-se privada de coesão, necessitando de algo para unir estas partes, já que faltou a identificação com a figura paterna e a empatia com a figura materna. É nesta falta que a droga entra (Kessler et al, 2003).

Além disso Kessler et al (2003), apoiado nas ideias de Winnicott, ressalta que as figuras maternas não suficientemente boas gerariam um estado de crônica falta, esta que seria oceânica e jamais saciável. No que tange a figura paterna Costa (2007) afirma que a figura paterna assinala seu lugar como significativo e posiciona o lugar da figura materna e do filho. Isso faz com que haja duas interdições: a figura materna deixa de ser vinculada com a família de origem e mostra o lugar do filho à medida que este castra o acesso genital à mãe (Bento, 2007).

Assim conforme Ribas et al (2009) o pai pode intervir nessa relação mãe-filho, porém não o suficientemente forte para assumir o seu próprio lugar (interdição) configurando-o como impotente ou segundo Costa (2007) o pai pode abster de seu lugar e de sua função não servindo com um modelo de identificação para o filho, que passa a não conhecer a aquisição de limites. Com isso, sua relação com a lei passa a ser transgressora conforme relata Olievenstein (1983) apud Ribas et al (2009).

Com isso, a figura paterna que não promove um modelo de identificação com o filho, não estabelece limites de relações e não evidencia o lugar da figura materna, do filho e da figura paterna, pode vir a prejudicar a configuração essencial para o bom desenvolvimento psíquico. Enfim, o dependente traz consigo o modelo familiar internalizado durante sua infância e pelo qual irá atuar em sua vida, estabelecendo os mesmos vínculos aprendidos com a droga. Como afirma Kalina (1999) apud Costa (2007) o paciente identificado (dependente) representa uma disfuncionalidade da família, trazendo consigo os conflitos familiares a ser representados por ele, sendo uma forma de “mascarar” todas as dificuldades que estão presentes no contexto familiar. O dependente de substâncias psicoativas dispensa o outro como parceiro, pois este é representado pela droga. Ribas et al (2009) também coloca que no momento em que o dependente toma consciência de sua situação, este passa a se deparar com um superego bastante punitivo, exigente e castigador, fato característico de dinâmicas psíquicas depressivas (Sardinha, 2008).



Portanto a dependência de substâncias psicoativas pode ser considerada como uma tentativa, desesperada, de compensar a baixa autoestima e os déficits de funcionamento do ego conforme Ferreira (1998) apud Costa (2007) nos aponta. No entanto deve ser analisada multifatorialmente, pois como afirma Giansi (2005) cada sujeito toxicômano apresenta sua particular relação com o objeto droga dentro de sua estrutura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste trabalho foi buscar um melhor entendimento do funcionamento da psicodinâmica do indivíduo dependente de substâncias psicoativas, procurando entender o significado da substância na vida deste sujeito. Por meio de revisão bibliográfica foi evidenciado que a droga é um recurso, mesmo que paliativo, que o indivíduo utiliza como consolo e refúgio para seus aborrecimentos advindos de seu próprio funcionamento psíquico e da sua rotina em geral, visto sua dificuldade em lidar com as angústias e frustrações. Além disso, foi verificada a importância das figuras parentais frente ao indivíduo dependente, descrevendo que se caso a figura materna não tenha sido suficientemente boa, isso poderia gerar um estado de falta no sujeito que desencadearia a procura por recursos substitutos, no caso a droga. Já a figura paterna seria responsável pelo estabelecimento de limites e regras fundamentais no desenvolvimento psíquico do indivíduo.

Observou-se também que a relação estabelecida entre o dependente e a substância é única, podendo somente ser compreendida por meio da escuta e análise de cada discurso. Esta situação aponta para a complexidade do tema. Se espera que assim como este trabalho pode levantar alguns aspectos importantes do funcionamento psíquico do dependente, outros trabalhos possam ser realizados, no intuito de entender o significado que a droga assume na vida dos indivíduos, visto o crescente número de pessoas dependentes de substâncias psicoativas atualmente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Bento, V. E. S. (2007, março). *Para uma semiologia psicanalítica das toxicomanias: adicções e paixões tóxicas no Freud pré-psicanalítico*. *Revista Mal Estar e Subjetividade*. Fortaleza, v.7, n.1. Recuperado em 17, maio, 2014, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482007000100007.
- Bersani, R. A. A. (2009). *Psicanálise e Toxicomania*. Minas Gerais, s.d. Artigo apresentado em cumprimento às exigências do curso de pós graduação de psicanálise - teoria, interfaces e aplicações da Universidade Vale do Rio Doce, Minas Gerais. Recuperado em 06, maio, 2014, de <http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Psicanaliseetoxicomania.pdf>.
- Caravelli, S. A. L. (2004). *Inundação no deserto: A toxicomania pelo viés da melancolia*. Rio de Janeiro. Dissertação (mestrado) Instituto de Psicologia da UFRJ, Rio de Janeiro. Recuperado em 19, abril, 2014, de http://www.psicologia.ufrj.br/nepecc/files/dissertacao_selenacaravelli.pdf.
- Centro Brasileiro de Informações sobre drogas psicotrópicas - CEBRID. Recuperado em 17, maio, 2014, de http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/folhetos/drogas_.htm.
- Costa, C. P. (2007). *O vínculo com a figura paterna e o desenvolvimento da dependência química em jovens do sexo masculino*. Rio Grande do Sul. Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título de Psicólogo – PUCRS, Rio Grande do Sul. Recuperado em 11, maio, 2014, de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0200.pdf>.
- Gianesi, A. P. L. (2005, junho). A toxicomania e o sujeito da psicanálise. *Revista Psychê*. São Paulo, v.9, n.15. Recuperado em 25, abril, 2014, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-11382005000100010&script=sci_arttext.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Instituto de Medicina Social e de Criminologia - IMESC (2012). Recuperado em 13, abril, 2014, de <http://www.imesc.sp.gov.br/infodrogas/Psicotro.htm>.
- Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Drogas (2012). *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - LENAD*. São Paulo. Recuperado em 04, abril, 2014, de <http://inpad.org.br/lenad>.
- Kessler, F. et al. (2003, abril). Psicodinâmica do adolescente envolvido com drogas. *Revista de Psiquiatria*, Rio Grande do Sul, v.1, p.33-41. Recuperado em 28, abril, 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a05v25s1.pdf>.
- Mota, B. C. D. (2011). *Avaliação da implementação das políticas públicas sobre o álcool e outras drogas em nível municipal*. Centro de Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool

- e Outras Drogas – UFJF, Minas Gerais. Recuperado em 13, abril, 2014, de <http://www.ufjf.br/crepeia/files/2009/09/avaliacao-implementacao-politicas-publicas.pdf>.
- Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas - OBID. Recuperado em 13, maio, 2014, de <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>.
- Olivenstein, C. (1989). *A clínica do toxicômano: a falta da falta*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Organização Mundial da Saúde – OMS (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Coord. Organização Mundial da Saúde; trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pimenta, S. N., Cremasco, M. V. F., & Lesourd, S. (2011, junho). Clínica da toxicomania: uma expressão melancólica? *Revista Latinoamericana de psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v.14, n.2, p.252-267. Recuperado em 25, abril, 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v14n2/04.pdf>.
- Ribas, V. R. et al. (2009, julho/setembro) Personalidade do dependente químico. *Revista de Neurobiologia*, Recife, v.72, n.3, p.65-73. Recuperado em 28, abril, 2014, de [http://www.neurobiologia.org/ex_2009.3/Revista%20Neurobiologia72-\(3\)2009%20.pdf](http://www.neurobiologia.org/ex_2009.3/Revista%20Neurobiologia72-(3)2009%20.pdf).
- Ribeiro, C. T. (2009, julho/dezembro). Que lugar para as drogas no sujeito? Que lugar para o sujeito nas drogas? Uma leitura psicanalítica do fenômeno do uso de drogas na contemporaneidade. *Revista Ágora*, Rio de Janeiro, v.12, n.2. Recuperado em 13, abril, 2014, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982009000200012.
- Ribeiro, C. T. (2011). Usuário ou toxicômano? Um estudo psicanalítico sobre duas formas possíveis de relação com as drogas na contemporaneidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.633-647. Recuperado em 13, abril, 2014, de <http://www.revispsi.uerj.br/v11n2/artigos/html/v11n2a17.html>.
- Sardinha, L. S. (2008). As Emoções de Dependentes de Drogas: estudo através do Rorschach. In: V Encontro da Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos. Ribeirão Preto/SP. *Livro de Programas e Resumos do V Encontro da Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos*. Ribeirão Preto/SP: ASBRo, 2008. v. 1. p. 549-558.

TIPOLOGIA PSICOLÓGICA EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO E DIABETES³¹

Ilka Camargo de Moraes (Universidade de Taubaté)

Paulo Francisco de Castro (Universidade de Taubaté e Universidade Guarulhos)

RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo analisar a personalidade de indivíduos com hipertensão e diabetes, por meio da descrição da Tipologia Psicológica, a partir da proposta junguiana. A escolha por tal tema deu-se por se tratarem de quadros clínicos que apresentam altos índices de incidência na atualidade, tendo-se uma previsão de uma ampliação de ocorrência no futuro. Devido ao aumento da expectativa de vida, associado às condições ambientais e hábitos cotidianos, há possibilidade de ocorrência cada vez maior de casos de hipertensão e diabetes, o que demanda um conjunto de investigações e ações em saúde coletiva para que se possa minimizar os efeitos físicos e psíquicos dos referidos quadros. Aspectos psicológicos devem ser considerados para o cuidado em saúde integral aos pacientes com hipertensão e diabetes, uma vez que se observa, nos estudos sobre os quadros, componentes psíquicos que contribuem de forma positiva no tratamento dos pacientes e de forma negativa no desenvolvimento ou piora do quadro. Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, sendo desenvolvida a partir da pesquisa de campo. O trabalho foi realizado em instituições de saúde e atendimento na cidade de Taubaté, onde há a participação de pacientes com esses quadros clínicos, totalizando 90 participantes, divididos igualmente em 30 pacientes com hipertensão, 30 com diabetes e 30 com comorbidade de hipertensão com diabetes. Todos foram submetidos ao Questionário de Avaliação Tipológica - QUATI, a fim de se avaliar as características psicológicas com foco no perfil de personalidade, independente do sexo e dados socioeconômicos. A amostra foi composta por 86,6% do gênero feminino e 11,1% do gênero masculino, com idades entre 25 e 80 anos e 44,4% tem o diagnóstico de tais enfermidades há até dez anos. Em relação ao perfil de personalidade, os dados gerais evidenciam elevada incidência para o perfil psicológico I Ss St - atitude introvertido, função principal sensação e função auxiliar sentimento - sendo este

³¹ **Apoio:** PIC/Unitau - Programa de Iniciação Científica da Universidade de Taubaté.

representado por 43,33% (N=39) da amostra geral, seguido por de I St Ss - atitude introvertido, função principal sentimento e função auxiliar sensação - com incidência de 15,55% da totalidade dos participantes (N=14). Considerando-se os dois perfis de maior incidência, tem-se que os pacientes indicam predominantemente atitude introversiva, com associação às funções de sentimento e sensação. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas, quando os três grupos são comparados ($p=0,444$) indicando que os elementos de personalidade, avaliados por meio da tipologia psicológica, não diferenciam os pacientes de acordo com o quadro vivenciado. Estudos mais amplos são necessários em caso de generalizações.

Palavras-chave: Avaliação Psicológica. Hipertensão. Diabetes.

Eixo Temático: Estratégias de diagnóstico aplicadas à Psicologia da Saúde.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) é um grave problema de saúde pública, não só no Brasil, mas também no mundo. Dessa forma é responsável pelo desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo, portanto, um importante fator de risco; além disso, é a causa de no mínimo 40% das mortes por AVC, 25% das mortes por doença arterial coronariana e, junto com o diabetes, resulta em 50% dos casos de insuficiência renal terminal. A grande importância da identificação e controle da HA está no fato de reduzir suas complicações, como doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença renal crônica, doença arterial periférica (Brasil, 2006).

Atualmente estima-se que no Brasil 35% da população acima de 40 anos seja portador da HA, o que representa um total de 17 milhões de portadores desta doença, conforme estimativa de 2004 do IBGE. Desses indivíduos aproximadamente 75% recorrem ao SUS para serem atendidos na Atenção Básica (Brasil, 2004). O número de brasileiros diagnosticados com HA elevou-se de 21,6% em 2006, para 23,3% em 2010, de acordo com pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde. Também se observou que a HA é mais comum em mulheres, cerca de 25,5%, do que em homens, aproximadamente 20,7% (Brasil, 2011).

Já o diabetes está se tornando a epidemia do século e já afeta aproximadamente 246 milhões de pessoas no mundo, podendo chegar a 380 milhões até 2025 (Brasil, 2007). A OMS tem mostrado um grande aumento da prevalência da doença no mundo, sendo que nesse contexto o Brasil ficaria em 8º país com maior índice da doença (OPAS, 2008). Conforme dados da Vigitel - Sistema de Monitoramento de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis, no Brasil a prevalência média de diabetes na população adulta (acima de 18 anos) é de 5,2% representando 6.399.187 pessoas diagnosticadas como diabéticas. A prevalência eleva-se com a idade, ou seja, o diabetes atinge 18,6% da população acima de 65 anos (Brasil, 2007). Segundo a Opas (2008), o diabetes causa cerca de 5% das mortes globais anuais, e podem aumentar em mais de 50% nos próximos 10 anos se medidas urgentes não forem tomadas, já que 80% dos portadores de diabetes vivem em países de baixo ou médio desenvolvimento.

OBJETIVO

Descrever o perfil de personalidade em um grupo de pacientes com hipertensão e diabetes, por meio do Questionário de Avaliação Tipológica – QUATI.

MÉTODO

Participaram desta pesquisa noventa pessoas, sendo trinta portadoras de hipertensão, trinta portadoras de diabetes, trinta portadoras de hipertensão e diabetes. Essas pessoas foram adultas e independentes da classe social, econômica e da escolaridade. Todos deveriam estar em processo de tratamento clínico de seus quadros. Nenhum outro critério foi utilizado para a escolha e o convite dos sujeitos.

Nesta pesquisa foi utilizado o QUATI (Questionário de Avaliação Tipológica), criado por Zacharias (2000), que avalia a personalidade por meio dos tipos psicológicos criados por Carl Gustav Jung, a partir de escolhas situacionais que os indivíduos fazem. Trata-se de uma observação tipológica que busca “identificar de modo geral o que algumas pessoas têm em comum com as outras e também suas diferenças” (p. 3).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1: Distribuição da idade dos participantes

Idade	Hipertensão		Diabetes		Hipertensão Diabetes		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 40 anos	-	-	1	3,3	-	-	1	1,1
41 a 50 anos	3	10	1	3,3	-	-	4	4,4
51 a 60 anos	2	6,6	8	26,6	2	6,6	12	13,3
61 a 70 anos	17	56,6	12	40	17	56,6	46	51,1
71 a 80 anos	8	26,6	8	26,6	10	33,3	26	28,8
81 ou mais	-	-	-	-	1	3,3	1	1,1
Total	30	99,8	30	99,8	30	99,8	90	99,8

Percebe-se que os 30 participantes com hipertensão estão acima dos 40 anos, corroborando com a estimativa do Ministério da Saúde, na qual afirma que cerca de 35% da população com mais de 40 anos seja hipertensa (Brasil, 2004). Estudos sobre pacientes com hipertensão assinalam resultados semelhantes ao presente estudo, relacionando o aumento da idade com o surgimento de quadros de elevação de pressão arterial (Borelli et al., 2008; Passos, Assis & Barreto, 2006).

Também foi constatado que a idade entre os participantes com diabetes variou de 25 a 80 anos, mostrando assim uma frequência de 40% (N=12) de participantes entre 61 e 70 anos. Além disso, evidencia-se ainda que 26,6% (N=8) da amostra têm idade entre 51 e 60 anos, 26,6% (N=8) das pessoas que participaram da pesquisa estão com idades entre 71 e 80 anos e, 3,3% (N=1) dos participantes têm idades até 40 anos e entre 41 e 50 anos. Não houve a participação de pessoas com 80 anos ou mais em tal amostra. Dados semelhantes também são observados em estudos sobre a incidência do diabetes em vários contextos e inserções (Malerbi & Franco, 1992; Vieira & Castiel, 2003; Brasil, 2007).

Do total de participantes, é possível observar que a faixa etária predominante, com 51,1% (N=46) e 28,8% (N=26), está respectivamente, entre 61 e 70 anos e entre 71 e 80 anos. Partindo desses dados, pode-se inferir que tais doenças têm maior frequência em idades acima de 60 anos, não sendo regra para o surgimento destas, visto que houve participantes com idades inferiores a 60 anos que as apresentaram. É importante ressaltar que o fator idade é apenas um dos possíveis motivos para o surgimento destas patologias, já que atingem com mais frequência indivíduos de mais idade e suas incidências aumentam com esta (Silva, Feldman, Lima, Nobre & Domingues, 2006)

Porém, podem surgir em qualquer período da vida, e por isso, não se deve negligenciar os fatores de risco para tais enfermidades. Segundo as Sociedades Brasileiras de Hipertensão Arterial, Cardiologia e Nefrologia (2006), têm-se como fatores de risco para a HA, além da idade, também o sexo e etnia, fatores socioeconômicos, uso abusivo de sal e álcool, obesidade, sedentarismo, tabagismo e estresse.

Também, sabe-se que uma pode ser observada em comorbidade à outra. De acordo com as Sociedades Brasileiras de Hipertensão Arterial, Cardiologia e Nefrologia (2006), a associação entre a HA e o diabetes provoca um grande aumento no risco cardiovascular. Em pacientes portadores de diabetes tipo 1, há evidente relação entre a HA e o desenvolvimento de nefropatia diabética, e no diabetes tipo 2, a HA faz parte da síndrome metabólica. Por isso, o tratamento da HA é muito importante ao portador de diabetes, pois auxilia tanto na prevenção da doença cardiovascular quanto na diminuição da progressão da doença renal e retinopatia diabética.

Tabela 2: Distribuição do sexo dos participantes

Sexo	Hipertensão		Diabetes		Hipertensão Diabetes		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Feminino	26	86,6	26	86,6	27	90	79	87,7
Masculino	4	13,3	4	13,3	3	10	11	12,2
Total	30	99,9	30	99,9	30	100	90	99,2

Ao observar a Tabela 2, percebe-se que da amostra de 30 pessoas com hipertensão, 86,6% são do sexo feminino (N=26) e 13,3% são do sexo masculino (N=4). Pesquisas sobre o tema apontam dados semelhantes quanto ao predomínio de mulheres. Costa et al. (2007) também mencionam que na sua pesquisa, as mulheres apresentaram 17% mais chances de desenvolver HA do que os homens. Na pesquisa de Zaitune, Barros, César, Carandina e Goldbaum (2006), também foi verificado que mulheres apresentam mais probabilidades de ter HA do que os homens, para eles, as mulheres apresentam maior percepção de enfermidades, mostrando mais intenções ao auto-cuidado e a assistência médica em relação aos homens, provando o aumento da probabilidade de diagnóstico da HA.

Constata-se, na amostra de indivíduos com diabetes, que o número de pessoas do sexo feminino foi equivalente a 86,6% (N=26) e do sexo masculino a 13,3% (N=4). Dados semelhantes são observados em outros estudos sobre o quadro em questão e corroboram as

informações aqui colhidas (Batista, Priore, Rosado, Tinôco & Franceschini, 2005; Bosi et al., 2009; Meireles, Matsuda, Coimbra & Mathias, 2007).

Verifica-se também, que no grupo de pacientes com a vivência de ambos os quadros, a quantidade de mulheres foi maior do que homens, sendo 90% (N=27) contra 10% (N=3), confirmando dados apresentados em pesquisas anteriores que estudaram a referida população (Martins, Albuquerque, Nascimento, Barra, Souza & Pacheco, 2007; Miranzi, Ferreira, Iwamoto, Pereira & Miranzi, 2008).

No geral, observa-se que a quantidade de pessoas do sexo feminino foi superior a do sexo masculino, sendo respectivamente 87,7% (N=79) e 12,2% (N=11). Isso, talvez se deva ao fato de as mulheres aceitarem mais facilmente a participação na pesquisa ou também ao fato delas assumirem mais vezes que são portadoras dessas enfermidades, ou então, por essas doenças serem mais frequentes em mulheres do que em homens. Além disso, tem-se também o fato de que mulheres cuidam da saúde mais que homens, sendo, talvez, por isso, diagnosticadas em maiores números.

Existem vários estudos que se assemelham aos dados aqui apresentados, apresentam um predomínio do sexo feminino, assim como neste trabalho, podendo esse fato relacionar-se a maior procura de assistência e autocuidado a saúde desempenhada pelas mulheres. Além disso, tem-se o fato da divisão sexual do trabalho, em que é atribuída a mulher a função de fornecer assistência médica à família, favorecendo o crescente contato da mulher com o serviço de saúde bem como lhe garantindo acesso facilitado (Laurindo, Recco, Roberti & Rodrigues, 2005). Também, segundo Grillo e Gorini (2007), têm-se o fato de que o homem é tido como o provedor da família, fato este que pode dificultar a procura pelos serviços de saúde.

Tabela 3: Distribuição do tempo de doença dos participantes

Tempo de doença	Hipertensão		Diabetes		Hipertensão Diabetes		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 10 anos	11	36,6	24	80	7	23,3	42	46,6
11 a 20 anos	9	30	3	10	6	20	18	20
21 a 30 anos	6	20	1	3,3	4	13,3	11	12,2
31 a 40 anos	2	6,6	2	6,6	6	20	10	11,1
41 ou mais	2	6,6	-	-	7	23,3	9	10
Total	30	99,8	30	99,9	30	99,9	90	99,9



Pelos dados da Tabela 3, nota-se que dos 30 pacientes com hipertensão, 36,6% sabem da doença há pelo menos dez anos (N=11), 30% estão cientes da enfermidade de 11 a 20 anos (N=9), 20% foram diagnosticados entre 21 a 30 anos (N=6), 6,6% são portadores da doença entre 31 a 40 anos (N=2), e 6,6% tem conhecimento acerca da enfermidade há 41 anos ou mais (N=2). Partindo desses dados, observa-se que a maioria dos participantes (36,6%) afirmou que foram diagnosticados há pelo menos dez anos. Isso corrobora com estudo de Sousa, Souza e Scochi (2006), que em uma pesquisa constataram que mais de 38% dos pacientes afirmaram ser hipertensos há menos de seis anos.

Verifica-se que os indivíduos com diabetes 80% (N=24) têm a doença há pelo menos dez anos, 10% (N=3) sabem que são portadores entre 11 a 20 anos e 6,6% (N=2) estão entre 31 a 40 anos, e 3,3% (N=1) tem conhecimento desta patologia entre 21 e 30 anos. Não houve afirmações acerca da presença desta enfermidade de 41 anos ou mais. Dados semelhantes são observados na pesquisa realizada por Barros, Rocha e Helena (2008), em que a maioria dos participantes apresentaram como tempo de diagnóstico da enfermidade entre dois e dez anos, equivalendo a 53,4% dos entrevistados.

Observa-se que no grupo com os dois quadros, 23,3% tem as doenças há pelo menos dez anos (N=7) e outros 23,3% as têm há 41 anos ou mais (N=7). Ainda 20% são portadoras entre 11 a 20 anos (N=6) e outros 20% entre 31 a 40 anos (N=6). Além disso, 13,3% foram diagnosticados entre 21 a 30 anos (N=4).

Nota-se, em síntese, que 23,3% dos participantes mencionaram saber dos quadros clínicos há até dez anos, e outros 23,3% das pessoas relataram que o tempo de conhecimento dessas enfermidades está entre 41 anos ou mais, isso se juntando o tempo de diagnóstico da hipertensão e diabetes. Na pesquisa de Barros, Rocha e Helena (2008), a frequência de diagnósticos há até dez anos, foi igual a 68,5% da amostra, mostrando-se semelhante a este trabalho, visto haver grande frequência de pessoas com tempo de doença a até dez anos.

Na amostra total, observa-se que os participantes apresentam-se em maior frequência, com 46,6% (N=42), no grupo em que o tempo de doença é de até dez anos e, com 20% (N=18), no grupo em o tempo de doença varia entre 11 e 20 anos. Esses dados corroboram com pesquisas passadas, realizadas por Sousa, Souza e Scochi (2006) e por Barros, Rocha e Helena (2008), as quais mostram uma maior frequência de pessoas com tais doenças há no mínimo dez anos.

Tabela 4. Dados QUATI – Perfil

Perfil	N	%
E In Ps	1	1,11
E In St	1	1,11
E Ps In	3	3,33
E Ps Ss	3	3,33
E Ss Ps	1	1,11
E Ss St	5	5,56
E St In	4	4,44
E St Ss	13	14,44
I In St	2	2,22
I Ss Ps	2	2,22
I Ss St	39	43,33
I St In	2	2,22
I St Ss	14	15,56
Total	90	99,98

Pelos dados da Tabela 4, observa-se que a maioria dos sujeitos estudados apresentou o perfil I Ss St – atitude introvertido, função principal sensação e função auxiliar sentimento – sendo este representado por 43,33% (N=39) da amostra, seguido pelos perfis I St Ss – atitude introversão, função primária sentimento e função auxiliar sensação - com 15,56% (N=14).

Tabela 5. Dados comparativos do Perfil nos três grupos

Perfil	Pacientes com Hipertensão		Pacientes com Diabetes		Pacientes com Hipertensão e Diabetes		Análise Estatística
	N	%	N	%	N	%	
E In Ps	0	0,00	0	0,00	1	3,33	p = 0,444
E In St	1	3,33	0	0,00	0	0,00	
E Ps In	0	0,00	2	6,67	1	3,33	
E Ps Ss	1	3,33	1	3,33	1	3,33	
E Ss Ps	0	0,00	1	3,33	0	0,00	
E Ss St	3	10,00	0	0,00	2	6,67	
E St In	3	10,00	0	0,00	1	3,33	
E St Ss	6	20,00	3	10,00	4	13,33	
I In St	0	0,00	1	3,33	1	3,33	
I Ss Ps	1	3,33	0	0,00	1	3,33	
I Ss St	13	43,33	16	53,33	10	33,33	
I St In	0	0,00	1	3,33	1	3,33	
I St Ss	2	6,67	5	16,67	7	23,33	

Pela Tabela 5, referente à comparação dos perfis nos três grupos pesquisados, pode-se verificar que nos pacientes com hipertensão, o maior índice foi dos perfis I Ss St (43,33% - N=13) e E St Ss (20% - N=6). Nos pacientes com diabetes, a maior frequência foi dos perfis I

Ss St, com 53,33% (N=16) e I St Ss, com 16,67% (N=5). E nos pacientes com hipertensão e diabetes, os perfis que tiveram mais incidência foram o I Ss St (33,33% - N=10), I St Ss (23,33% - N=7) e E St Ss (13,33% - N=4).

Os sujeitos com perfil psicológico I Ss St (43,33% - N=39; 43,33% - N=13; 53,33% - N=16; 33,33% - N=10), são extremamente confiáveis, sensatos e capazes de aceitar responsabilidades que vão além de sua obrigação. Costumam ter um respeito completo, realista e prático por fatos concretos. Quando, a partir desses, percebem que é preciso fazer algo, geralmente param para pensar a respeito e decidem que sua ação poderá contribuir para que a situação possa ser esclarecida, aceita a responsabilidade por ela. Utilizam grande número de fatos, dando grande importância à sua fidedignidade. Apreciam muito que tudo seja apresentado da forma mais clara possível. Suas reações mais íntimas são frequentemente vividas e intensas, e muitas vezes imprevisíveis. Raramente mostram suas emoções através de sua expressão facial, o que faz com que possam parecer extremamente calmos mesmo quando tem de enfrentar uma emergência. Então, atrás de uma máscara de calma, encaram os fatos e situações a partir de uma perspectiva muito própria, frequentemente humorística. No entanto, quando estão a serviço e tem de lidar com o mundo da realidade concreta, mostram-se confiáveis e sensatos. Caracterizam-se como perfeccionistas, diligentes e capazes de trabalhar com afinco, além de muito pacientes com procedimentos e pormenores, sendo, portanto, capazes de executar sem problemas todos aqueles pormenores que precisam ser feitos para que um projeto seja levado a cabo. Portanto, a perseverança de que se mostram capazes contribui para estabilizar tudo e todos que lhe dizem respeito. Não entram impulsivamente em situações, mas uma vez dentro delas, não é fácil desencorajá-lo. Também só desistem quando convencidos de que estão errados através de sua própria experiência. Quando tem de assumir a responsabilidade por algo, seu julgamento prático e apreciação das soluções eficazes faz com que se mostrem consistentes e conservadores, tomando cuidado para conhecer todos os fatos necessários para apoiar suas avaliações da situação, bem como as decisões que irão tomar. Poderão ter problemas, se não desenvolverem adequadamente suas funções ligadas ao julgamento, pois se não o fizer não será eficiente para lidar com o mundo que os cerca, adotando uma atitude de fechar-se dentro de si mesmo e focalizando toda a atenção em suas próprias reações e nas impressões que lhe vem através dos órgãos dos sentidos. Um outro ponto, vem da tendência a desconfiar bastante da imaginação e da intuição, não levando a sério as informações fornecidas por elas (Zacharias, 2000).

Os indivíduos com perfil psicológico I St Ss (15,56% – N=14; 16,67% - N=5; 23,33% - N=7) possuem pontos de vista muito particular sobre a vida, tendendo a julgar tudo e todos a partir de seus ideais e valores individuais, embora se prendam a valores facilmente influenciáveis por aqueles de que gostam. Sua existência é governada com lealdade e ideais internos sobre os quais não tem facilidade de falar. Expressam muito raramente suas emoções mais profundas e escondem, atrás de uma máscara tranqüila, reservada, um núcleo interior muito suave e doce. Na sua vida cotidiana demonstram tolerância, flexibilidade, adaptabilidade e espírito aberto. Porém, quando sentem que alguma de suas ideias está sendo ameaçada, podem se mostrar surpreendentemente inflexíveis. São capazes de aproveitar ao máximo o momento presente, saboreando cada uma das múltiplas facetas. De um modo geral, pode-se dizer que não se sentem motivados a impressionar ou dominar outras pessoas, valorizam principalmente aquelas que são capazes de refletir longamente para alcançar a compreensão de seus valores pessoais e dos objetivos que pretendem alcançar. Tem sua atenção voltada principalmente para a realidade que apreende através de seus órgãos dos sentidos, realidade esta que tanto pode ser interior quanto exterior. Geralmente se sentem bem em um tipo de atividade na qual é importante o bom-gosto, a capacidade de discriminação e o senso estético. Tem uma relação toda especial com a natureza e uma grande simpatia pelos animais. Além disso, possuem grande habilidade manual e frequentemente aquilo que produzem com suas mãos fala muito mais do que aquilo que exprimem através de palavras. São muito mais eficientes quando trabalham em algo em que acreditam, pois suas emoções são o que lhes fornece a motivação para seus esforços. Usualmente são capazes de ver o que precisa ser feito em um determinado momento e fazê-lo sem hesitação. Quando estão emocionalmente envolvidos com seu trabalho tendem a querer executá-lo da maneira mais perfeita possível. É importante que encontre uma maneira prática para expressar seus ideais, pois se não conseguirem continuarão a sonhar com o impossível e a realizar muito pouco. Além disso, se não conseguir algum modo de expressar estes ideais através da ação, correm o risco de se tornarem tão sensíveis e vulneráveis, que pouco a pouco a confiança em si e na vida vão sendo corroídas. É preciso buscar um lugar apropriado para que suas qualidades se manifestem (Zacharias, 2000).

Ao realizar uma comparação entre os grupos de pacientes por meio do Teste Exato de Fischer, obteve-se um valor de $p = 0,444$ revelando que não existem diferenças estatisticamente significativas na tipologia psicológica nos três grupos.

Em pesquisa realizada por Peruzzolo (2006), a autora concluiu que a maioria de sua amostra demonstrou atitude de introversão, além disso, pode-se verificar ainda que os sujeitos idosos acometidos por hipertensão estão relacionados a esta atitude. Acredita-se ainda que pessoas com diabetes também tenham influência desta atitude em sua personalidade, pois como pode ser observado na presente pesquisa, houve grande índice de tais pacientes que apresentaram introversão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados obtidos no QUATI evidenciou que a maior parte dos pacientes com hipertensão e diabetes que compuseram a amostra deste estudo revelou atitude introversiva, com combinação de sensação e sentimento nas articulações das funções principal e auxiliar.

Em linhas gerais, indivíduos com esse perfil mostram-se extremamente confiáveis, sensatos e capazes de aceitar responsabilidades que vão além de suas obrigações. Realistas e práticos com os fatos concretos utilizam e lembram de um grande número de fatos, dando grande importância a sua fidedignidade. Quando pensam sobre alguma situação qualquer, podem aceitar a responsabilidade deles para si.

Vivem com intensidade suas reações de modo muito próprio, mostrando raramente suas emoções por meio de sua expressão facial, podendo parecer extremamente calmo. Perfeccionistas, diligentes e perseverantes, são capazes de trabalhar com afinco, sendo muito pacientes com procedimentos e pormenores. Dificilmente entram impulsivamente em situações.

Com sua observação cuidadosa, bondade, compassividade e diplomacia demonstram um interesse genuíno em ajudar as pessoas. Precisos, organizados e conservadores, possuem o cuidado de conhecer todos os fatos necessários para apoiar suas avaliações e decisões. Possuem a tendência a comparar os problemas atuais aos que tiveram que enfrentar antes.

REFERÊNCIAS

Barros, A.C.M., Rocha, M.B. & Helena, E.T.S.A. C. M. (2008). Adesão ao tratamento e satisfação com o serviço entre pessoas com diabetes mellitus atendidas no PSF em Blumenau, Santa Catarina. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 37 (1), p. 54-62.

- Batista, M.C.R., Priore, S.E., Rosado, L.E.F.P.L., Tinôco, A.L.A. & Franceschini, S.C.C. (2005). Avaliação dos resultados da atenção multiprofissional sobre o controle glicêmico, perfil lipídico e estado nutricional de diabéticos atendidos em nível primário. *Revista de Nutrição*, 18 (2), 219-228.
- Borelli, F.A., Souza, M.G., Passareli Junior, O., Pimenta, E., Gonzaga, C., Cordeiro, A., Lotaif, L. & Amodeo, C. (2008). Hipertensão arterial no idoso: importância em se tratar. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 15 (4), 236-239.
- Bosi, P.L., Carvalho, A.M., Contrera, D. & Casale, G. (2009). Prevalência de diabetes mellito e tolerância à glicose diminuída na população urbana de 30 a 79 anos da cidade de São Carlos. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica*, 53 (6), 726-732.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Pratique saúde contra a hipertensão arterial*. Recuperado em 10 de agosto de 2011 de portal.saude.gov.br/portal/saude.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Hipertensão arterial sistêmica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Dia Mundial do Diabetes: dados estatísticos*. Recuperado em 11 de agosto de 2011, de portal.saude.gov.br/portal/saude.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Hipertensão arterial atinge 23,3% dos brasileiros*. Recuperado em 10 de agosto de 2011, de portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias.
- Grillo, M.F.F. & Gorini, M.I.P.C. (2007). Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60 (1), 49-54.
- Laurindo, M.C., Recco, D.C., Roberti, D.B. & Rodrigues, C.D.S. (2005). Conhecimento das pessoas diabéticas acerca dos cuidados com os pés. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 12 (2), 80-84.
- Malerbi, D.A. & Franco, L.J. (1992). Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in urban brazilian population aged 30-69 Yr. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. *Diabetes Care*, 15 (11), 1509-1516.
- Martins, J.J., Albuquerque, G.L., Nascimento, E.R.P., Barra, D.C.C., Souza W.G.A. & Pacheco, W.N.S. (2007). Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto Contexto Enfermagem*, 16 (2), 254-262.
- Meireles, V.C., Matsuda, L.M., Coimbra, J.A.H. & Mathias, T.A.F. (2007). Características dos idosos em área de abrangência do programa de saúde da família na região noroeste do

Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. *Saúde e Sociedade*, 16 (1), 69-80.

Miranzi, S.S.C, Ferreira, F.S., Iwamoto, H.H., Pereira G.A. & Miranzi, M.A.S. (2008). Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Texto Contexto Enfermagem*, 17 (4), 672-679.

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde. (2008). *Doenças transmissíveis e não transmissíveis: Diabetes Mellitus*. Recuperado em 11 de agosto de 2011 de new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=view&id=394&Itemid=539.

Passos, V.M.A., Assis, T.D. & Barreto, S.M. (2006). Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 15 (1), 35-45.

Peruzzolo, E.T.L. (2006). *La actitud, los tipos y la función psicológica inferior asociada a la hipertensión en sujetos mayores hipertensos*. Tese de Doutorado não publicada. Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y Del Deporte Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona.

Silva, T.R., Feldman, C., Lima, M.H.A., Nobre, M.R.C. & Domingues, R.Z.L. (2006). Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma unidade básica de saúde. *Saúde e Sociedade*, 15 (3), 180-189.

Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão & Sociedade Brasileira de Nefrologia. (2006). *V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*. Recuperado em 24 de março de 2012 de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_arterial_2.

Sousa, L.B.; Souza, R.K.T. & Scochi, M.J. (2006). Hipertensão arterial e saúde da família: atenção aos portadores em município de pequeno porte na região sul do Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 87 (4), 496-503.

Vieira, V.A. & Castiel, L.D. (2003). Hipertensão arterial em idosos atendidos em grupos de aconselhamento. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23 (2), 76-83.

Zacharias, J.J.M. (2000). *QUATI: Questionário de Avaliação Tipológica (versão II): Manual*. (4ª ed. rev. e ampl.). São Paulo: Vetor.



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



Zaitune, M.P.A., Barros, M.B.A., César, C.L.G., Carandina, L. & Goldbaum, M. (2006). Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 22 (2), 285-294.

TRAÇOS DEPRESSIVOS EM TABAGISTAS: ANÁLISE POR MEIO DO MÉTODO DE RORSCHACH

Luís Sergio Sardinha (Universidade do Grande ABC)

RESUMO

Foram verificados traços depressivos no funcionamento psíquico de jovens tabagistas, por meio do Método de Rorschach, auxiliando a explicitar aspectos relevantes da personalidade dos tabagistas em processos psicodiagnósticos utilizados pelos profissionais que trabalham com esta população, seja em trabalhos preventivos ou no tratamento em si da dependência de cigarro. O uso de drogas, característica do homem em nossa sociedade é um problema de saúde pública e a depressão é a comorbidade mais encontrada nesta população. O preconceito diminui sensivelmente a possibilidade de se compreender a complexidade deste tema. O cigarro se destina a ser fumado, sugado, mastigado ou cheirado, tendo a nicotina como ingrediente psicoativo altamente indutor da dependência. Já o Método de Rorschach pode auxiliar a verificar como o sujeito funciona mentalmente e a sua maneira de apreensão da realidade, auxiliando a mensurar traços do funcionamento da personalidade e a compreender os processos psíquicos do indivíduo, em especial o Índice de Depressão (DEPI), composto por 15 variáveis agrupadas em sete elementos, como um possível indicador de traços normalmente encontrados entre pessoas com diagnóstico de depressão ou transtorno afetivo.. Neste trabalho o Rorschach foi aplicado em sessenta jovens de ambos os gêneros, estudantes universitários que residem e estudam em regiões urbanas do estado de São Paulo; divididos em dois grupos, os fumantes (trinta sujeitos) e não fumantes (trinta sujeitos), buscando verificar possíveis traços depressivos da população tabagista em relação aos não tabagistas. Nenhum dos participantes dos dois grupos tratou de qualquer transtorno mental até o momento da coleta de dados. Os dependentes de cigarro foram nove homens (30%) e 21 mulheres (70%); com idade média de 21 anos (entre 17 e 33 anos). Já o grupo dos não fumantes contou com quatro homens (13%) e 26 mulheres (87%); com idade média de 22 anos (entre 20 e 36 anos). O Método de Rorschach foi aplicado individualmente, seguindo as recomendações técnicas do Sistema Compreensivo. Os principais resultados, discutidos neste momento estão relacionados



com o Índice de Depressão (DEPI) e suas 15 variáveis agrupadas em sete elementos. Os resultados significativos a 0,05 foram: Soma V (0,20 fumantes e 0,50 não fumantes), relacionadas com o processo de inspeção de si mesmo, além de indicar sofrimento emocional; Soma Sombreado (3,30 fumantes e 5,13 não fumantes), relacionado com os disparadores internos de tensão do tipo ideacional, que podem interferir no curso do pensamento deliberado; e Isolamento/R (0,13 fumantes e 0,21 não fumantes) índice relacionado com o isolamento e o retraimento social, podendo informar como o indivíduo percebe o meio social e consequentemente como se relaciona com ele. As considerações finais são que os fumantes, em relação aos não fumantes apresentam características distintas quanto ao nível de sofrimento emocional, aos disparadores internos de tensão do tipo ideacional e ao retraimento social. Ainda se faz necessário a análise das outras variáveis oriundas dos protocolos, a fim de se verificar outras características distintas.

Palavras-chave: Depressão. Transtornos do Humor. Método de Rorschach.

INTRODUÇÃO

Fumante pode ser definido como aquele que consome o tabaco e seus derivados. Entre os fumantes, que são conscientes dos perigos do tabaco, a maioria expressa o desejo de parar de fumar. Mas após o uso experimental, fumar se torna uma resposta psicossomática de enfrentamento da realidade adotada por muitas pessoas, a dependência, do ponto de vista psíquico, passa, em algum momento a ser uma resposta automática, mas intencional para lidar com as demandas do meio, quando não é possível atender as demandas externas de modo objetivo, seja porque não está consciente, seja pela falta de recursos disponíveis da personalidade do indivíduo (Melo, 1992). Em geral o tabagismo se inicia na adolescência. Depois da dependência instalada, quando as pessoas procuram tratamento para abandonar o comportamento indesejado as taxas de insucesso são grandes, principalmente quando ocorre o diagnóstico de depressão (Santos et al, 2008). Comorbidade em saúde mental é entendida como a ocorrência simultânea, num mesmo indivíduo, de duas entidades diagnósticas de transtornos mentais. O abuso ou dependência de substâncias é o transtorno mais frequente descrito por pessoas que já sofrem de algum outro transtorno mental. Nestes casos é importante ter clareza dos diagnósticos existentes (American Psychiatric Association - APA,

2002). Os transtornos mais comuns incluem os transtornos de humor, como a depressão, tanto uni como bipolar, transtornos de ansiedade, transtornos alimentares, transtornos da personalidade, transtornos de conduta, déficit de atenção e hiperatividade e até a esquizofrenia.

Em estudo de Calheiros et al (2006) sobre o uso de tabaco e comorbidades psiquiátricas foram encontrados resultados mais contundentes relativos a este problema de saúde pública. Numa extensa revisão de literatura os achados indicaram comorbidades psiquiátricas no tabagismo, relacionadas à maioria dos transtornos mentais. No entanto, transtornos de humor e de ansiedade, além de outras substâncias psicoativas são mais comumente relacionados. Inúmeros estudos poderiam ser citados, mas a questão é se entender com clareza a relação entre estes dois transtornos e como ambos colaboram, mutuamente, para o insucesso do tratamento (Rondina, Gorayeb & Botelho, 2003; Gabbard, 2008; WHO, 2010).

O instrumento que foi escolhido para explicitar algumas destas questões é o Método de Rorschach. Hermann Rorschach (1884-1922). Atualmente, o Rorschach é um dos meios de investigação da personalidade mais estudado e utilizado, pois é uma técnica que oferece muitas garantias de êxito na análise dos resultados obtidos (Souza, 1982; Nascimento, 2002; Rocha, 2004; Castro 2008), sendo apreciado na comunidade científica por ser um método de grande aplicabilidade (Pereira, 1987; Silva, 1987; Exner, 2003; Passos; Yazigi & Claudino, 2008).

No Sistema Compreensivo, após a aplicação do Rorschach e codificação das respostas obtidas, são conseguidas diversas variáveis, oriundas de grupamentos e derivações estatísticas da localização, determinantes, conteúdos, atividade organizativa e demais códigos que compõem o sumário estrutural (Nascimento, 2010). Estas variáveis aparelham módulos que se referem a conjuntos relativos a diferentes esferas da personalidade (Nascimento, 2010).

O módulo de afeto reúne informações sobre como o indivíduo dá sentido às estimulações emocionais, os recursos que apresenta para lidar com as mesmas. Dentre as variáveis dos afetos tem-se o Índice de Depressão (DEPI), composto por elementos cognitivos e afetivos. O DEPI pode ser analisado de modo quantitativo e qualitativo. No parâmetro quantitativo existe segurança que o indivíduo possa ser diagnosticado como apresentando traços de um transtorno afetivo quando o DEPI for maior ou igual a cinco (Exner & Sendín, 1999), ou seja, quando cinco ou mais condições forem verdadeiras, dentro dos parâmetros estabelecidos no sistema compreensivo (Exner, 1999).



OBJETIVOS

Dentro do espectro que o estudo se apresenta, este trabalho teve o propósito de colaborar com os profissionais que trabalham com tabagistas, explicitando indicadores do funcionamento psíquico que possam auxiliar na prevenção, no tratamento e outras intervenções na saúde psíquica do indivíduo. Foram comparados aspectos de personalidade, por meio do Método de Rorschach (Exner & Sendín, 1999), de indivíduos dependentes de drogas do tipo cigarro e indivíduos que nunca apresentaram em sua vida qualquer tipo de problema relacionado ao uso desta droga. Este trabalho buscou investigar e explicitar o maior número possível de aspectos de personalidade de pessoas que usem de maneira sistemática e dependente o tabaco, em relação aos indivíduos que não fazem uso de drogas ou a utilizaram a título de experiência, curiosidade ou divertimento, mas sem dependência ou uso sistemático. Dentre estes aspectos, destaque para os indicadores de depressão que podem ser apontados por meio do instrumento referido (Exner, 1999; Nascimento, 2006; Custódio, 2008; Esteves; Custódio & Castro, 2008).

Os autores que estudam os transtornos depressivos, ao longo do desenvolvimento humano, apontam que os sintomas variam, dependendo da fase de desenvolvimento, enfatizando a importância do processo de maturação das diferentes fases no surgimento de diferentes sintomas e comportamentos depressivos, existindo uma caracterização sintomatológica predominante por faixa de desenvolvimento (Bahls, 2002).

MÉTODO

Investigou-se e compararam-se aspectos de personalidade, por meio do Método de Rorschach (Exner & Sendín, 1999) de indivíduos (adultos) que fazem uso de cigarro de maneira dependente. Estes indivíduos (adultos) que são dependentes desta droga são comparados com indivíduos (adultos) que nunca apresentaram em sua vida qualquer tipo de problema relacionado ao uso de nicotina. Os critérios utilizados para determinar em qual destes grupos o indivíduo está inserido se deu pela Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de comportamento (Organização Mundial de Saúde - OMS, 1993), particularmente o

capítulo referente aos Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa.

Foram organizados dois grupos de jovens de ambos os gêneros, estudantes universitários (30 em cada um dos grupos), que residiam e estudavam em regiões urbanas do estado de São Paulo. Foram trinta fumantes, que preencham os critérios de dependência de nicotina, preconizados pela Organização Mundial da Saúde. O grupo controle foi organizado com as mesmas características do anterior, mas não são dependentes ou usuários esporádicos de nicotina no momento do estudo. Eventualmente podem ter experimentado nicotina durante sua história de vida por curiosidade. Nenhum dos participantes dos dois grupos tratou de depressão ou outro transtorno mental até o momento da coleta de dados. A exclusão de pessoas que já foram ou são portadoras de algum transtorno, principalmente depressão, é uma tentativa de diminuir o número de variáveis que possam interferir no entendimento das questões apontadas.

Os sujeitos avaliados estudavam em três instituições de nível superior, todas localizadas em centros urbanos do estado de São Paulo. Entre os 60 estudantes avaliados, 30 dependentes de nicotina (Fumantes) e 30 não são dependentes (Não Fumantes). Os dependentes satisfazem os critérios de dependência da Organização Mundial da Saúde. Os não fumantes, eventualmente experimentaram cigarro, em algum momento da infância ou adolescência, mas nunca fizeram e não estavam fazendo uso regular de nicotina no momento da coleta de dados.

Após serem apresentados os propósitos da pesquisa e o participante assinar o consentimento livre e esclarecido de pesquisa era realizada uma breve entrevista para verificar possível histórico de tratamento de transtornos mentais, além do preenchimento dos critérios de dependência de cigarro para o grupo dos fumantes. Aos não fumantes o critério era de não fazer uso esporádico, abusivo ou dependente de cigarro. No máximo um uso experimental durante a vida era aceito. Depois era feita a aplicação Método de Rorschach, no Sistema Compreensivo (Exner, 1999). Para a análise dos protocolos foi utilizado dois juízes para a avaliação do Rorschach, não existiu necessidade da realização de treinamento, por se tratarem, os juízes, de profissionais com experiência anterior na correção do Rorschach no Sistema Compreensivo. A concordância entre os dois juízes foi de 94% e os casos de divergência eram analisados e desempatados pelo autor do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra de dependentes de cigarro ficou composta com nove homens (30%) e 21 mulheres (70%), com idade média de 21 anos, variando entre 17 e 33 anos. Já o grupo de não fumantes ficou composto por quatro homens (13%) e 26 mulheres (87%), com idade média de 22 anos, variando entre 20 e 36 anos. No somatório dos dois grupos tem-se 22% de homens ($n = 13$) e 87 % de mulheres ($n = 47$). Importante ressaltar que estes são os sujeitos, que aceitaram participar deste estudo e compareceram na data e horário estabelecido, já que muitos, num primeiro momento aceitavam participar, mas não compareciam no horário marcado.

Algumas análises podem ser realizadas com os dados encontrados. Os casos que apresentam a DEPI positiva maior ou igual a cinco, são, em 35% das vezes, não significativos. Quando a DEPI é maior ou igual a seis este índice cai para 30%. Com isto pode se entender que em 65% e 70 % das vezes, respectivamente, os grupos apresentam diferenças significativas. Podendo indicar que a DEPI não expressa uma característica específica do grupo estudado ou do grupo controle, mas da amostra como um todo.

Também foi realizada uma análise para cada uma das variáveis do Índice de Depressão (DEPI), buscando aprofundar a discussão sobre os indicadores psíquicos do funcionamento dos jovens, dependentes de cigarro ou não e amostra total. Todos os dados são comparados com estudos comparativos do Sistema Compreensivo publicados no Brasil (Nascimento, 2010), em estudo normativo com 409 sujeitos do Estado de São Paulo e estudo de Exner (1999), realizado com 700 não pacientes.

A análise destes dados trouxe uma série de informações significativas sobre cada uma das variáveis que compõe o DEPI. Neste momento são discutidos os três itens que foram significativos a 0,05. Todas as médias foram verificadas para saber se as distribuições são normais ou não para posterior análise. Quando as distribuições foram normais, foi realizado o teste t de Student. Isto aconteceu com a variável da DEPI *Soma Sombreado* (3,30 Fumantes em relação a 5,13 dos Não Fumantes), que se refere à soma de sombreado e de cor acromática. Já quando a análise preliminar se constatou que a distribuição normal não pode ser assumida a alternativa *não paramétrica* que foi utilizada foi à análise pelo teste de Mann-Whitney. Isto ocorreu com as variáveis da DEPI *Soma V* (0,20 Fumantes em relação a 0,50 dos

Não Fumantes), que se referem à soma das respostas de Vista e ao Índice de Isolamento – Isolamento/R (0,13 Fumantes em relação a 0,21 dos Não Fumantes).

Os grupos estudados, Fumantes e o grupo controle (Não Fumantes) não pode ter suas médias comparadas com os estudos de Nascimento (2010) ou Exner (1999), por não se ter, neste momento, os valores individuais que compõe a amostra destes autores. A seguir estas três variáveis são discutidas detalhadamente.

As respostas de Vista (Soma V) são as que apresentam características de sombreado usadas para criar uma impressão de dimensionalidade ou profundidade. As respostas de Vista (V) mostram uma atitude de introspecção ruminadora por parte do indivíduo, evidenciando a tendência a perceber características próprias de forma negativa. Os não fumantes são os que apresentam uma maior média (0,50) que todos os outros índices disponíveis, mas principalmente, estão num valor bem mais elevado que a média dos fumantes (0,20). Deste modo pode se dizer que os fumantes utilizam menos da introspecção.

Já na Soma de Sombreado e de Cor Acromática - Soma Sombreado, novamente tem-se uma variável com características significativas entre os grupos estudados (Fumantes) e o grupo controle (não fumantes). Os dados apontam que esta variável é bem mais saliente entre os não fumantes (5,13), quando comparados com os fumantes (3,30). Aparentemente os jovens universitários não fumantes estão mais invadidos por estes processos emocionais e não conseguem deter esta situação por sua vontade.

A última variável apresentada de maneira significativa a 0,05 é o Índice de Isolamento. Na análise desta variável relacionada com a percepção do meio interpessoal, os jovens universitários não fumantes, aparentemente, percebem o meio social (0,21) do mesmo modo que a população do Estado de São Paulo ou a população americana (0,20), mas de maneira diferenciada dos fumantes (0,13). Este índice se relaciona com o isolamento e o retraimento social, podendo informar como o indivíduo percebe o meio social e consequentemente como se relaciona com ele. Nos níveis apresentados pelos estudantes fumantes, estes apresentam uma característica distinta no que se refere a estarem envolvidos nas interações sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O meio de investigação privilegiado neste momento foi o Método de Rorschach, servindo neste estudo, como importante ponto de partida para todas as análises realizadas. Entendeu-

se como importante que o DEPI, ora seja relacionado aos transtornos afetivos ou depressão, ora somente à depressão, não se tendo clareza de quando uma situação é diferente da outra, quando o índice é utilizado. A questão merece uma discussão específica posterior. A despeito disto, em geral, o DEPI é sempre referido como um índice de depressão como o próprio nome diz. Dentro deste espectro que ele foi utilizado e suas variáveis analisadas ao longo do trabalho. Mas não se deve esquecer que os quadros maníacos são parte dos transtornos do humor ou afetivos.

Resumidamente, os fumantes são menos introspectivos, sofrem menos, são menos impulsivos e menos isolados. O que significa isto? Que refletem menos e estão mais anestesiados que o grupo controle (não fumantes)? Autores diversos apontam que o deprimido reprime suas ideias, não conseguem externar seus sentimentos ou interagir. Neste sentido, fumar pode ser entendido com uma forma de enfrentamento, adotado por este grupo, para esta situação. Uma maneira de não lidar com a carga afetiva.

O quadro de menor introspecção, menos impulsividade e menor isolamento podem ser expressões de dificuldades em vivenciar suas emoções e aparentarem retardo psicomotor. Estas características do funcionamento psíquico poderiam ser enfatizadas nos processos terapêuticos. Um acompanhamento destes indicadores poderia trazer subsídios para uma melhor compreensão destas questões. Todas estas ilações apontam que outros estudos poderiam ser realizados, principalmente estudos longitudinais, com a possibilidade de se verificar como ocorre o processo de desenvolvimento destes jovens, assim como o andamento destes indicadores do funcionamento psíquico. A questão do tamanho da amostra também merece comentários, um grupo maior poderia auxiliar a verificar com mais detalhamento as correlações aqui apontadas. Os dados iniciais são promissores e incutem a expectativa de que outros trabalhos abordem as questões aqui apontadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, I. C. B.; Dias, A. R.; Conti, F. D. & Sardinha, L. S. (2010). Precisão entre juízes na avaliação dos aspectos formais do Teste de Wartegg. *Aletheia (ULBRA)*, 31, 54-65.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV-TR*. (4ª ed. ver.). Porto Alegre: Artmed.

- Bahls, S. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78 (5) 359-366.
- Bohm, E. (1968). *Vademecum del Test de Rorschach: tablas auxiliares para su aplicacion*. Madrid: Ediciones Morata.
- Calheiros, P. R. V., I; Oliveira, M. S. & Andretta, I. (2006). Comorbidades psiquiátricas no tabagismo. *Aletheia*, 23, 65-74.
- Castro, P. F. (2008). *Caracterização da personalidade de pacientes com transtorno de pânico por meio do Método de Rorschach: contribuições do sistema compreensivo*. Tese de doutorado, Programa de pós-graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Custódio, E. M. (2008). O Teste de Bender como instrumento de avaliação da personalidade. In A. E. Villemor-Amaral, & B. S. G. Welang, (Orgs.). *Atualizações em métodos projetivos para avaliação psicológica*, 307-325. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dancey, C. P. & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia / Usando SPSS para Windows*. Trad. de Lori Viali. Porto Alegre: Artmed.
- Emmanuelli, M., & Azoulay, C. (2008). *As técnicas projetivas na adolescência: abordagem psicanalítica*. São Paulo: Vetor.
- Esteves, C.; Custódio, E. M. & Castro, P. F. (2008). Avaliação da personalidade a partir dos fatores observados no Bender-Hutt: a influência da experiência com o instrumento. In S. R. Pasian; E. T. K. Okino; S. R. Loureiro & F. L. Osório (Orgs.). *Avaliação de personalidade: técnicas e contextos diversos*, 826-843. Ribeirão Preto: ASBRo.
- Exner, J. E. (1999). *Manual de classificação do Rorschach para o sistema compreensivo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Exner, J. E. & Sendín, C. (1999). *Manual de interpretação do Rorschach para o sistema compreensivo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Exner, J. E. (2003). *The Rorschach: a comprehensive system* (4a ed.). New York: Wiley.
- Melo, J. F. (1992). *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Nascimento, R. S. G. F. N. (2002). Estudo normativo do sistema compreensivo do Rorschach para a cidade de São Paulo. *Psico-USF*, 7 (2), 127-141.
- Nascimento, R. S. G. F. (2006). Estudo normativo do sistema compreensivo do Rorschach para São Paulo: resultados dos índices PTI, SCZI, DEPI, CDI, HVI, OBS e S-COM. *Avaliação Psicológica*, 2006, 5 (1), 87-97.

- Nascimento, R. S. G. F. N. (2010). *Sistema Compreensivo do Rorschach: teoria, pesquisa e normas para a população brasileira*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Organização Mundial de Saúde. (Coord.) (1993). *CID-10 Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento: Cap. V. Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Paes, Â. T. (2009). O que fazer quando a distribuição não é normal? (Seção: Por dentro da estatística). *Einstein: Educ Contin Saúde*, 7 (1), 3-4.
- Passos, T. C. B. M.; Yazigi, L. & Claudino, A. M. (2008). Aspectos ideativos no transtorno da compulsão alimentar periódica: estudo com o Rorschach. *Psico-USF*, 13 (1), 69-74.
- Pereira, A. M. T. B. (1987). *Introdução do método de Rorschach*. São Paulo: EPU.
- Rocha, A. J. (2004). *A influência Religiosa na Vida dos Adolescentes Universitários da Grande São Paulo: um estudo à luz do Método de Rorschach*. Tese de doutorado, Programa de pós-graduação em Ciências da Religião, Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo.
- Rondina, R. C., Gorayeb, R. & Botelho, C. (2003). Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 30 (6), 221-228.
- Santos, S. R. et al (2008). Perfil dos fumantes que procuram um centro de cessação de tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 34 (9), 695-701.
- Silva, M. D. V. (1987). *Rorschach: uma abordagem psicanalítica*. São Paulo: EPU.
- Silva, M. A. M. et al (2006). Prevalência e variáveis associadas ao hábito de fumar em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 56 (5), 365-370.
- Silva, A. C. N & Custódio, E. M. (2010). Estabilidade Temporal do Sistema Compreensivo do Rorschach: um estudo com adultos da cidade de São Paulo. In S. R. PASIAN, S.R. (Org.). *Avanços do Rorschach no Brasil*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 55-85.
- Signer, R. (2010). *Inventory Fonds Hermann Rorschach Location*. The Hermann Rorschach Archives and Museum. Berne: Rorschach Archives.
- Soares, C. B. (2007). *Consumo Contemporâneo de Drogas e Juventude: a construção do objeto na perspectiva as Saúde Coletiva*. Tese de livre-docência, Programa de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Souza, C. C. (1982). *O método de Rorschach*. (3ª ed.). São Paulo: T. A. Queiroz.
- Word Health Organization. (2010). Tobacco. *Tobacco control country profiles*. Geneva: WHO.



ABPSA

IV CONGRESSO BRASILEIRO
DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

ANAIS

ISBN 978-85-67927-00-8



Zaleski, M. et al (2006). Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (2), 142-148.

TRANSTORNOS MENTAIS E A PSICOLOGIA JURÍDICA

Nancy Julieta Inocente (Universidade de Taubaté)

Bruno Romeu Inocente (Université Montesquieu-Bordeaux IV - França)

Janine Julieta Inocente (Universidade de São Paulo)

RESUMO

O termo Psicologia Jurídica é uma denominação genérica das aplicações da Psicologia relacionadas às práticas jurídicas e denomina-se de Psicologia Criminal, Psicologia Forense e Psicologia Judiciária as suas especificidades. A Psicologia Jurídica constitui-se um campo de investigação psicológico especializado em uma área de estudo da interface da psicologia e a justiça. A Psicologia Criminal é um subconjunto da Psicologia que estuda as condições psíquicas do criminoso e o modo pelo qual nele se origina e se processa a ação criminosa. Seu campo de atuação abrange a Psicologia do delinquente, a Psicologia do delito e a Psicologia das testemunhas. A Psicologia Forense corresponde à aplicação do saber psicológico no âmbito de um processo em andamento no Foro e incluem as intervenções exercidas pelo psicólogo criminal, pelo psicólogo judiciário e pelo psicólogo assistente técnico. O objetivo do estudo é levantar a questão da imputabilidade a nos transtornos mentais no âmbito da Psicologia Jurídica. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica com consultas em artigos e livros que abordam o tema. Os resultados indicaram que o exame para a verificação da responsabilidade penal é realizada por médicos psiquiatras e psicólogos forenses. O psicodiagnóstico abrange a entrevista psicológica e a aplicação de testes psicológicos. A imputabilidade é a capacidade pessoal de um indivíduo compreender e autodeterminar o seu comportamento. É atribuído, responsabilidade jurídica, quando o autor do delito possui o entendimento sobre o seu comportamento. Conclui-se sobre a importância da Psicologia Criminal para promotores e juízes para conhecerem o tipo de delito e fixarem penas e demais medidas corretivas.

Palavras-chave: Psicologia Jurídica. Transtornos Mentais. Imputabilidade.

INTRODUÇÃO

O termo Psicologia Jurídica é uma denominação genérica das aplicações da Psicologia relacionadas às práticas jurídicas e denomina-se de Psicologia Criminal, Psicologia Forense e Psicologia Judiciária as suas especificidades.

A Psicologia Jurídica é uma emergente área de especialidade da ciência psicológica e faz a interface com o Direito e com o sistema de justiça (França, 2004). Psicologia Jurídica é uma das denominações para nomear essa área da Psicologia que se relaciona com o sistema de justiça. A Psicologia Jurídica constitui-se um campo de investigação psicológico especializado em uma área de estudo da psicologia e a justiça (Leal, 2008)

A Psicologia Criminal é um subconjunto da Psicologia que estuda as condições psíquicas do criminoso e o modo pelo qual nele se origina e se processa a ação criminosa. Seu campo de atuação abrange a Psicologia do delinquente, a Psicologia do delito e a Psicologia das testemunhas (Leal, 2008).

A Psicologia Forense corresponde à aplicação do saber psicológico no âmbito de um processo em andamento no Foro e incluem as intervenções exercidas pelo psicólogo criminal, pelo psicólogo judiciário e pelo psicólogo assistente técnico (Leal, 2008).

No Brasil, o termo Psicologia Jurídica é o mais adotado, mas há profissionais que preferem a denominação Psicologia Forense. França (2004) argumenta que, prefere o adjetivo “jurídica” por ser mais abrangente. por referir-se aos procedimentos ocorridos nos tribunais, bem como àqueles que são fruto da decisão judicial ou ainda àqueles que são de interesse do jurídico ou do Direito (França, 2004).

Em Portugal, observa-se a amplitude da Psicologia Forense, que tem como objeto a avaliação do comportamento humano nos vários contextos, sobretudo numa perspectiva pré-sentencial – funcionando deste modo como elemento de ajuda à tomada de decisão judicial e auxilia nos processos de intervenção do sistema judicial, quer se trate de agressores, vítimas, testemunhas ou funcionários desse mesmo sistema, como: magistrados, polícias, peritos, distinguindo-se da Psicologia Jurídica (Gonçalves, 2010).

A Psicologia Forense é definida por Nicholson (1999, p. 121, citada por Gonçalves, 2010), como “a aplicação dos princípios e procedimentos da avaliação psicológica à resolução de questões surgidas em contextos legais” . Na visão de Gonçalves a Psicologia Forense



parece ter um duplo papel: de legitimador da Justiça, para elucidar as decisões judiciais; e, responsabilidades de esclarecer as motivações que levaram determinados indivíduos a cometer crimes, averiguar da veracidade e credibilidade dos depoimentos de vítimas, arguidos nos processos judiciais ou cíveis. Para o autor, percebe-se que o trabalho de um psicólogo forense apresenta vários riscos e outras tantas responsabilidades.

No entanto, a definição de Psicologia Forense, não é simples nem consensual. Para alguns autores a psicologia do comportamento desviante será o conceito mais abrangente de todos, pois está para além das dimensões criminais ou judiciais, contempla a forma de desvio: desvio da norma legal, da norma social, desvio dos padrões culturais, desvio do desenvolvimento, desvio ser patológico ou normativo, criminal e não criminal, fenômenos como os do crime e da delinquência juvenil, antissocialidade, subculturas juvenis, sentimento de insegurança, abuso de drogas e álcool, relações entre crime e droga, prostituição, também a pobreza e a exclusão social, a marginalidade, o estigma, ou até certos tipos de doença mental ou de deficiências (Manita & Machado, 2012).

O objetivo do estudo é levantar a questão da imputabilidade nos transtornos mentais no âmbito da Psicologia Jurídica.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica com consultas em artigos e livros que abordam o tema.

RESULTADOS

A Lei 10.216, aborda a proteção e os direitos dos sujeitos com transtornos mentais. No Art. 3º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil: II - os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos.

O artigo 2º da Lei 10.216 de 04 de junho de 2001, enumera como direitos das pessoas portadoras de transtorno mental:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação que trata a Lei, são

assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. § 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário. Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária.

DISCUSSÃO

A saúde mental e saúde física são elementos entrelaçados e interdependentes. Avanços na neurociência e medicina do comportamento mostraram que muitas doenças físicas, as perturbações mentais e comportamentais resultam de uma complexa interação dos fatores biológicos, psicológicos e sociais (OMS, 2001).

Quanto ao transtorno mental, para a Organização Mundial de Saúde são condições caracterizadas por alterações mórbidas do modo de pensar e/ou do humor (emoções), e/ou por alterações mórbidas do comportamento associadas à angústia expressiva e/ou deterioração do funcionamento psíquico global (Ballone, 2008).

Conforme esclarece Assis (2014), aceita-se o uso da expressão transtornos ou distúrbios mentais para se referir aos problemas psicopatológicos que são diagnosticados pela presença de sintomas, que são manifestações únicas e desviantes do comportamento dito normal. Um grupo de sintomas pode ser classificado como uma síndrome e uma determinada síndrome psicológica classificada, então, pode receber o nome de transtorno mental.

Muitos profissionais da área de saúde mental utilizam de manuais para auxiliar no diagnóstico do paciente após avaliação, como: a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e a Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10).

Na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, elaborada pela Organização Mundial da Saúde, os transtornos mentais e comportamentais, indica o conjunto de sintomas ou comportamentos reconhecíveis clinicamente, acompanhados, na maioria dos casos, de sofrimento e interferência nas funções pessoais (Organização Mundial de Saúde, 1995; 1998).

Já a Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10), os transtornos mentais se classificam como manifestação psicológica associada a algum comprometimento funcional resultante de disfunção biológica, social, psicológica, genética, física ou química. Ainda, podem ser classificados, como: alterações do modo de pensar e/ou do humor associadas a uma angústia expressiva, produzindo prejuízos no desempenho global da pessoa no âmbito pessoal, social, ocupacional e familiar.

Estudo epidemiológicos mostram que milhões de pessoas sofrem algum tipo de transtorno mental no mundo e que ocorre aumento na prevalência em adultos de cerca de 30% em um ano e principalmente em países em desenvolvimento (Maragno et al., 2006).

A epidemiologia psiquiátrica é o ramo da pesquisa em psiquiatria que investiga a distribuição dos transtornos mentais na população e os fatores que influenciam a sua incidência (Last, 2001 citado por Silveir, 2009) na população geral. Tais estudos proporcionam levantar os fatores que determinam a prevalência, quanto ao início e a evolução dos transtornos mentais e comportamentais, como: fatores sociais, econômicos, demográficos, sexo e idade, ameaças graves como conflitos e desastres, a presença de doença física grave, o ambiente familiar, a pobreza e as condições associadas ao desemprego, baixo nível de instrução, privação e ausência de domicílio. Quanto ao início dos transtornos psicóticos nos homens é em torno dos 18-25 anos e nas mulheres dos 25–35 anos (Silveir, 2009). Por sua vez, Fávero esclarece que, quando um indivíduo apresenta desenvolvimento comum até a idade adulta (18 anos) e depois passa a apresentar comprometimentos intelectuais é resultado de processos relacionados a doenças mentais.

A Associação psiquiátrica Americana por meio do DSM alerta que, pessoas que dividem o mesmo diagnóstico não devem ter a mesma etiologia (causa) ou o mesmo tratamento. Observa-se, também, que o DSM não contém informações a respeito de tratamento ou uma extensa explanação sobre questões psiquiátricas ou psicológicas. Cabe ao profissional selecionar o tratamento adequado para cada paciente.

Para a Organização Mundial de Saúde (2001), um diagnóstico objetivo correto é fundamental para o planejamento da atenção individual e para a escolha do tratamento apropriado. A intervenção precoce é fundamental no bloqueio do progresso rumo a uma doença plenamente instalada, no controle dos sintomas e na melhoria dos resultados. Nos transtornos mentais graves, a duração da psicose não tratada vem tendo a sua importância confirmada. Ainda, o Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo (OMS, 2001) ressalta que, o

tratamento apropriado dos distúrbios mentais implica o uso racional de intervenções farmacológicas, psicológicas e psicossociais de uma forma clinicamente significativa, equilibrada e bem integrada.

Segundo Ballone (2008), os Transtornos Mentais e Comportamentais são identificados e diagnosticados na psiquiatria, por meio dos métodos clínicos e incluem entrevista (*anamnese*) colhida com o paciente e com outras pessoas, a família, um *exame clínico* sistemático para verificar o estado mental e suas condições orgânicas, testes e exames especializados que forem necessários.

A Organização Mundial de Saúde (2001), classificar as intervenções para manejo dos transtornos mentais e comportamentais em três grandes categorias: prevenção, tratamento e reabilitação, a saber:

a) Prevenção (prevenção primária ou proteção específica) é a tomada de medidas aplicáveis a certa doença ou grupo de doenças para interceptar suas causas antes que estas envolvam o indivíduo; noutras palavras, para evitar que ocorra a afecção.

b) Tratamento (prevenção secundária) refere-se às medidas tomadas para sustar um processo patológico já iniciado, a fim de evitar maiores complicações e sequelas, limitar a incapacidade e evitar a morte.

c) Reabilitação (prevenção terciária) envolve medidas orientadas para indivíduos incapacitados, restaurando a sua situação anterior ou maximizando o uso das suas capacidades restantes. Compreende tanto intervenções no nível do indivíduo como modificações no meio ambiente.

Cabe ao psicólogo realizar o psicodiagnóstico que abrange a entrevista psicológica e a aplicação de testes psicológicos e fazer a análise funcional do comportamento. No entender de Silva (2003), cabe ao psicólogo fazer a perícia judicial e consubstanciar seus resultados e conclusões em laudo.

Em relação a área Jurídica é atribuído, responsabilidade jurídica, quando o autor do delito possui o entendimento sobre o seu comportamento. O transtorno dissociativo, pode levar à interdição para os atos da vida civil. A incapacidade relativa refere-se as situações mais próximas da normalidade, em que o indivíduo necessita de assistência, por ter capacidade reduzida (Fiorelli & Mangini, 2012).

Nos casos de processo de interdição, o juiz deverá interrogar o interditando, conforme esclarece o Código do Processo Civil, no artigo 1.181: O interditando será citado para, em dia



designado, comparecer perante o juiz, que o examinará, interrogando-o minuciosamente acerca de sua vida, negócios, bens e do mais que lhe parecer necessário para ajuizar do seu estado mental, reduzidas as perguntas e respostas.

Frente o cometimento de crimes de indivíduos com transtorno mental, o Código Penal orienta que: No artigo 26: É insento de pena o agente que, por doença ou desenvolvimento incompleto ou retardo, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Segundo Fiorelli & Mangini, 2012, p. 113, a imputabilidade é a capacidade pessoal de um indivíduo compreender e autodeterminar o seu comportamento. A imputabilidade penal implica que a pessoa entenda a ação praticada como algo ilícito, ou seja, contrário a ordem jurídica e que possa agir de acordo com seu entendimento, compreensão esta que pode ser prejudicada em função de psicopatologia ou , ainda de deficiências cognitivas.

CONCLUSÃO

O conhecimento da frequência de um transtorno mental pode ampliar a compreensão das causas da doença e direcionar formas de tratamento. Conclui-se sobre a importância da psicologia Jurídica, por meio da Psicologia Criminal para promotores e juizes para conhecerem o tipo de delito e fixarem penas e demais medidas corretivas.

REFERÊNCIAS

- Assis, P. (2014). Um breve manual de transtornos mentais: Um guia introdutório à psicopatologia e os sistemas diagnósticos de classificação. Disponível em: <http://pablo.deassis.net.br/wp-content/uploads/2010/02/Transtornos-Mentais.pdf>.
- Associação Psiquiátrica Americana. (2000). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ballone, G.J. (2008) O que são transtornos mentais. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/2008>.
- Brasil. Código. (2012). Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2012. Parte geral. Livro 1 das Pessoas. Título 1 Das Pessoas Naturais. Cap. 1 Da Personalidade e Capacidade. Disponível em <https://www.receita.fazenda.gov.br/Legislacao/Leis/2002/lei10406.htm>.

Brasil. (2001). Lei nº 10.216 de 04 de junho de 2001 . Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei10216.pdf>.

Coen, C. & Salgado, M.T.M. (2009). Reflexão sobre a autonomia civil das pessoas portadoras de transtornos mentais. *Revista Bioética*, 17 (2):221 – 235.

Fávero EAG. (2004). *Direitos das pessoas com deficiência: garantia de igualdade na diversidade*. Rio de Janeiro: WVA Editora.

Fiorelli, J.O. & Mangini, R.C.R. (2012). *Psicologia Jurídica*. 4ed. São Paulo: Atlas.

França, F. (2004). Reflexões sobre psicologia jurídica e seu panorama no Brasil. *Psicol. teor. prat.* v.6 n.1 São Paulo jun.

Gonçalves, R.A. (2010). Psicologia Forense em Portugal: Uma história de responsabilidades e desafios. *Aná. Psicológica* v.28 n.1 Lisboa jan.

Leal, L.M. (2008). Psicologia Jurídica: história, ramificações e áreas de atuação. *Diversa*. Ano I, nº2, p. 171 – 185, jul./ dez.

Organização Mundial da Saúde. (1995). Centro Brasileiro para Classificação de Doenças. *Classificação Internacional de Doenças – CID-10: 10ª revisão*. São Paulo: OMS.

Organização Mundial da Saúde. (1998). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 – Critérios diagnósticos para pesquisa*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Organização Mundial da Saúde. (2001). Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf2001.

Manita, C. & Machado, C. A (2012). Psicologia Forense em Portugal – novos rumos na consolidação da relação com o sistema de justiça. *Aná. Psicológica* vol.30 no.1-2 Lisboa jan.

Maragno, L.; Goldbaum, M.; Gianini, R.G.; Novaes, H.M.D. & César, C.L.G.(2006). Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(8):1639-1648, ago.

Silva, D. (2003). *Psicologia jurídica no processo civil brasileiro: a interface da psicologia com o direito nas questões de família e infância*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

Silveir, M.S. (2009). *Transtornos psicóticos nos usuários dos centros de atenção psicossocial do Estado de Sergipe*. Dissertação de Mestrado em Saúde e Ambiente.

TREINAMENTO EM ESTRATÉGIAS DE MANEJO DE ESTRESSE

Marina Xavier Carpena (Universidade Federal do Rio Grande)

Patrice de Souza Tavares (Universidade Federal do Rio Grande)

Vera Torres das Neves (Universidade Federal do Rio Grande)

RESUMO

Considerando os efeitos deletérios do estresse e o aumento da frequência de eventos estressores no cotidiano do brasileiro, O Laboratório de Ensino, Pesquisa e Extensão-LEPECS da Universidade Federal do Rio Grande – FURG realizou a segunda edição do projeto de extensão de Treinamento em Estratégias de Manejo de Estresse, que teve caráter de intervenção, baseado no programa de manejo de estresse de Olpin & Hesson (2009). O mesmo foi oferecido para a comunidade, tendo como objetivo principal o ensino de práticas de manejo de estresse, informações básicas sobre a psicofisiologia do estresse e os efeitos das práticas de manejo de estresse propostas (como a prática de *mindfulness*, consciência corporal e respiração diafragmática) para que, assim, o público se apropriasse destas estratégias de manejo de estresse. Para tanto, foram realizados cinco encontros, compostos por seminários explicativos e práticas respiratórias, corporais, dinâmicas para o entrosamento grupal e relaxamento progressivo. Para compreender melhor o perfil, bem como a evolução do participante após a intervenção, foram aplicados testes pré-intervenção e pós-intervenção compostos por um questionário de qualidade de vida e o Inventário de Ansiedade de Beck. Para a seleção da amostra foram disponibilizadas 15 vagas, sendo 12 preenchidas. Deste modo, foi verificado que 66,67% dos participantes possuíam doenças crônicas e que o estresse pode ter sido um precedente ou agravante destas (p. ex. doenças dermatológicas). Também foram relatados desconfortos, principalmente na coluna, sendo que 83,33% dos participantes apontaram a existência de relações destes sintomas com o estresse vivenciado. Em relação à ansiedade, 33,33% apresentaram ansiedade leve, enquanto 16,66% apresentaram escores moderados, com a mesma porcentagem apresentando escores graves, segundo a Escala Beck de Ansiedade. Após a intervenção pôde-se perceber a melhoria da qualidade de vida de 66,67% dos participantes. A mesma proporção (66,67%) de participantes relatou o



desaparecimento de algum desconforto (p. ex. dores no estômago, musculares ou na coluna), sendo que 58% relataram terem realizado os exercícios de gerenciamento do estresse ensinados no projeto em questão. Na escala Beck foi percebido a diminuição dos níveis de ansiedade, na medida em que 75% dos participantes com nível leve de ansiedade passaram a apresentar nível mínimo e 50% passaram do nível de ansiedade moderado para leve. Outro relevante apontamento foram os feedbacks positivos dos participantes referentes às atividades, incluindo feedbacks escritos e por e-mail. Dentre estes, se destacaram o incentivo a atividades interventivas como esta na Universidade, bem como o relato de melhoras significativas por meio das práticas. Portanto, no presente projeto constatamos que os participantes sentiam-se afetados pelo estresse de forma negativa e que alguns destes, mesmo sem podermos apontar uma causa linear, por ausência de um grupo controle, relataram melhorias sendo estas demonstradas nas mudanças de escores dos pré-testes para os pós-testes. Deste modo, concluímos que este projeto de intervenção pode ser considerado benéfico para os participantes, semelhantemente, concluímos que o levantamento preliminar pode servir para se fazer uma avaliação inicial visando uma futura adequação dos procedimentos e estratégias comportamentais à realidade local.

Palavras-chave: Estresse. Manejo de Estresse. Ansiedade

Eixo Temático: Pesquisa e Intervenção em Psicologia da Saúde

INTRODUÇÃO

Diariamente nos deparamos com possíveis eventos estressores. São congestionamentos de trânsito, prazos a cumprir, contas a pagar, dificuldades de relacionamentos interpessoais, dentre outros. Não são poucos os desafios que enfrentamos no cotidiano do século XXI. Ouve-se falar do termo estresse, na língua inglesa, desde o século XIV, época em que era usado para referir-se a sofrimento, penúria, adversidade ou aflição (Lazarus & Folkman, 1984). Há cerca de três séculos atrás, os fatores psicológicos já eram percebidos como agravantes e precipitantes de algumas doenças por médicos e pesquisadores da época. Cannon (1932) contribuiu consideravelmente para os estudos acerca do estresse, descrevendo a resposta de luta-fuga. Cannon afirmou que, quando um organismo percebe uma

ameaça, seu corpo é rapidamente excitado e motivado através do sistema nervoso simpático e do sistema endócrino. Esta resposta ao estresse é marcada pela secreção de catecolaminas. O coração se acelera; a pressão sanguínea, a glicemia e a respiração aumentam; a circulação do sangue na pele é reduzida e a circulação nos músculos é aumentada. Esta resposta fisiológica coordenada mobiliza o organismo para atacar ou fugir, sendo por isto chamada de resposta de luta-ou-fuga. Esta resposta existe para a sobrevivência da nossa espécie, no entanto, ela também pode ser um fator de risco para a nossa saúde.

A literatura tem apontado, já há décadas, a existência de uma relação entre estresse e doença que pode ser bastante complexa, já que esta relação é influenciada por uma série de fatores pré-existent e intervenientes (Taylor, 2014; Kranz, Grunberg & Baum, 1985). Estudos mais atuais não se limitam apenas a demonstrar a relação entre estresse e doença, que já está suficientemente demonstrada, tentando formular modelos teóricos mais complexos. Nesse sentido, Matthews (2005) apresentou uma revisão geral dos avanços na compreensão da etiologia da doença cardíaca, especialmente da acumulação de evidências sobre os preditores psicossociais da doença coronariana clínica e subclínica. Concluindo, ela sugere que é chegado o momento de se desenvolver modelos conceituais que integrem a nossa compreensão dos diferentes preditores psicossociais. Esta autora apresenta, e fornece evidências preliminares para um modelo que integra o status socioeconômico, o estresse ambiental e fatores de nível pessoal em uma perspectiva de vida. Miller, Cohen e Ritchey, (2002) examinaram o efeito do estresse sobre a atividade imunológica. Verificaram que o estresse crônico prejudica a capacidade do sistema imunológico para responder aos sinais hormonais que terminam o processo da inflamação. Desta forma, diante da profusão de evidências sobre a relação entre estresse e o surgimento de doenças, desenvolveu-se uma forte tradição de pesquisa sobre procedimentos para reduzir os efeitos do estresse, com a criação de conjuntos de procedimentos denominados programas de gerenciamento de estresse, ou intervenções de manejo de estresse.

As áreas da atividade humana em que tais procedimentos são aplicados são muito diversificadas. Assim, por exemplo, Suinn (2005) publicou uma revisão sobre o efeito de intervenções comportamentais de manejo de estresse nos esportes. Nesta, descreveu o gerenciamento de estresse para os atletas, apresentando uma breve conceituação comportamental do desempenho atlético e de análise do estresse, além de exemplos de

estressores externos e internos, bem como de respostas ao estresse autonômicas, somáticas e cognitivas.

Uma área em que é tradicional a adoção de procedimentos de manejo de estresse é na psicologia da saúde, em que tais intervenções são adotadas para os mais variados tipos de doenças e afecções. Assim, já em 1988, Ludwick-Rosenthal e Neufeld apresentaram uma revisão dos estudos de avaliação dos resultados de intervenções que tinham utilizado relaxamento, informação, modelagem e manejo de estresse cognitivo-comportamental com pacientes submetidos a procedimentos médicos desagradáveis. Foram encontradas evidências para apoiar o uso de cada uma destas intervenções, sendo as abordagens cognitivo-comportamentais e a modelagem as que produziram efeitos mais fortes sobre uma ampla gama de medidas.

Olpin & Hesson, em seu programa, enfatizam a aprendizagem experiencial e explicam claramente como podemos gerenciar o estresse e preveni-lo, através da compreensão e gestão de estresse. Tais autores incentivam os alunos a personalizar o programa, sendo ele uma caixa de ferramentas, ou recursos, para reduzir o estresse que podem ser utilizadas de forma práticas e adaptada a realidade local. Os procedimentos propostos por Olpin e Hesson (2009) são amplamente aceitos internacionalmente entre os profissionais da área da saúde.

Desta forma, o presente trabalho busca explanar a segunda edição do projeto de extensão realizado pelo Laboratório de Ensino, Pesquisa e Extensão (LEPECS), da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), intitulada Treinamento em Estratégias de Manejo de Estresse, que teve caráter de intervenção, baseado no programa cognitivo-comportamental de manejo de estresse, de Olpin & Hesson (2009).

OBJETIVOS

Esta atividade consistiu na divulgação de informações sobre estresse e o treinamento de habilidades de auto-controle do estresse. Envolvendo a modificação de cognições, como a apreciação primária e secundária de estressores, a aprendizagem de estratégias de manejo de situações estressantes, como a administração do uso do tempo e a delegação de funções, bem como a prática de exercícios que reduzem diretamente a ativação simpática do sistema nervoso autônomo, como exercícios de relaxamento, meditação e respiração. Em síntese, o objetivo principal da intervenção foi de treinar os membros da comunidade interessados em



obter um melhor controle do estresse para adotar estratégias de auto-controle e modificação de comportamentos. Adicionalmente, teve o propósito de verificar se ocorreram mudanças nos escores de ansiedade, depressão e qualidade de vida após a intervenção.

MÉTODO

A segunda edição do projeto de Estratégias em Manejo de Estresse teve caráter misto. Foi constituída de cinco encontros semanais, compostos por seminários explicativos e práticas (respiratórias, corporais, dinâmicas para o entrosamento grupal e relaxamento progressivo) com duração total de 1h30min. Desta forma, proporcionamos um momento para que o público se apropriasse destas estratégias de manejo de estresse de modo integrativo entre prática e teoria.

Durante a intervenção foram realizados seminários explicativos sobre a psicofisiologia do estresse, e sobre as práticas e as habilidades cognitivas de gerenciamento de estresse. Quanto às práticas, foram realizados exercícios respiratórios, corporais, dinâmicas para o entrosamento grupal e relaxamento progressivo.

Para compreender melhor o perfil, bem como a evolução do participante após a intervenção, foram aplicados testes pré-intervenção e pós-intervenção que consistiam em um questionário de qualidade de vida e no Inventário de Ansiedade de Beck (Cunha, 2001). Desta forma, a totalidade dos participantes foi examinada, à medida que foram abertas 15 vagas para o público, sem critérios de seleção. Destas vagas, 12 foram preenchidas.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

Os participantes (n=12) compreendem 75% de estudantes, sendo 91,6% do sexo feminino, dentre os quais apenas 8,3% não relataram desconfortos (físicos) ocasionados pelo estresse em nenhum dos encontros. Deste modo, foi visto que 66,67% dos participantes possuíam doenças crônicas e que o estresse pode ter sido um precedente ou agravante destas (p. ex., doenças dermatológicas). Também foram relatados desconfortos, principalmente na coluna, sendo que 83,33% dos participantes apontaram a existência de relações destes sintomas com o estresse vivenciado. Em relação à ansiedade, 33,33% apresentaram ansiedade leve, enquanto 16,66% apresentaram escores moderados enquanto a mesma

porcentagem apresentava escores correspondente a sintomas graves, segundo a Escala Beck de Ansiedade. Após a intervenção pôde-se perceber a melhoria da qualidade de vida de 66,67% dos participantes, sendo que a mesma proporção (66,67%) de participantes relataram o desaparecimento de algum desconforto (p. ex. dores no estômago, musculares ou na coluna), sendo que 58% relataram terem realizado os exercícios de gerenciamento do estresse ensinados no projeto em questão. Na escala Beck foi percebido a diminuição dos níveis de ansiedade, na medida em que 75% dos participantes com nível leve de ansiedade passaram a apresentar nível mínimo e 50% passaram do nível de ansiedade moderado para leve. Outro relevante apontamento foram os *feedbacks* positivos dos participantes referentes às atividades, incluindo depoimentos escritos e por e-mail. Dentre estes, estavam mensagens de incentivo a atividades interventivas como estas na Universidade, bem como o relato de melhoras significativas por meio das práticas.

CONCLUSÃO

Como não foram controladas variáveis intervenientes, como nível socioeconômico ou hábitos de saúde, e não se tomou o cuidado de selecionar um grupo controle com atribuição aleatória aos dois grupos, não podemos afirmar a existência de uma relação de causa e efeito através deste estudo. Tampouco, podemos atribuir a minimização ou o gerenciamento do estresse dos participantes isoladamente a alguma prática determinada, em função do aspecto multimodal da intervenção. No entanto, cabe destacar os *feedbacks* que foram recebidos acerca do projeto de extensão em questão. Nestes, 91,6% dos participantes relatavam sofrer dores musculares no início da intervenção. Ao final, 64,5% destes alegaram sentir-se melhor em relação a tais desconfortos. Dos 25% dos participantes que apontaram desconforto no sistema gastrointestinal (principalmente no estômago), todos relataram ter melhorado consideravelmente, expondo ainda que a partir da prática meditativa foram capazes de lidar com o estresse de uma forma diferente. No geral, todos relataram benefícios, incluindo os físicos e psicológicos, como melhorias na respiração, disposição e enfrentamento do estresse, bem como melhorias na capacidade de concentração e maior capacidade de executar o relaxamento progressivo. Portanto, no presente projeto notamos que os participantes sentiam-se afetados pelo estresse de forma negativa e que alguns destes, mesmo sem podermos apontar causalidade pela ausência de um grupo controle, relataram melhorias e estas foram

demonstradas nas mudanças de escores dos pré-testes para os pós-testes. Deste modo, concluímos que este projeto de intervenção pode ser considerado benéfico, na medida em que envolveu a modificação de cognições, como a apreciação primária e secundária de estressores, a aprendizagem de estratégias de manejo de situações estressantes, como a administração do uso do tempo e a delegação de funções, bem como a prática de exercícios que reduzem diretamente a ativação simpática do sistema nervoso autônomo, como exercícios de relaxamento, meditação e respiração. Sendo uma intervenção de cunho preventivo e de promoção de saúde, face à relação de estresse e doença, que serviu também como levantamento preliminar pode servir para se fazer uma avaliação inicial visando uma futura adequação dos procedimentos e estratégias à realidade local.

REFERÊNCIAS

- Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body*. New York: Norton.
- Cunha, J.A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck: BDI, BAI, BHS E BSI*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Krantz, D. S., Grunberg, N. E., & Baum, A. (1985). Health Psychology. *Annual Review of Psychology*, 36, 349-383.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Ludwick-Rosenthal, R., Neufeld, R. W. 1988. Stress management during noxious medical procedures: An evaluative review of outcome studies. *Psychological Bulletin*, 104 (3), 326-342.
- Matthews, K. A. (2005). Psychological Perspectives on the Development of Coronary Heart Disease. *American Psychologist*, 60 (8), 783-796.
- Miller, G. E., Cohen, S. & Ritchey, A. K. (2002). Chronic psychological stress and the regulation of pro-inflammatory cytokines: A glucocorticoid-resistance model. *Health Psychology*, 21 (6), 531-541.
- Olpin, M. & Hesson, M. (2009). *Stress management for life: A research-based experiential approach*. Second Edition. Belmont, CA: Wadsworth;
- Suinn, R. M. (2005). Behavioral intervention for stress management in sports. *International Journal of Stress Management*, 12 (4), 343-362.
- Taylor, S. E. (2014). *Health Psychology*. New York: Random House.

TREINAMENTO EM ESTRATÉGIAS DE CONTROLE DA OBESIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Patrice de Souza Tavares (Universidade Federal do Rio Grande)

Marina Xavier Carpena (Universidade Federal do Rio Grande)

Vera Torres das Neves (Universidade Federal do Rio Grande)

RESUMO

Devido ao crescente aumento de peso da sociedade, o sobrepeso e a obesidade têm representado um novo desafio no âmbito de políticas de saúde pública, uma vez que a obesidade, além de estar associada com alterações metabólicas, também pode levar a problemas cardiovasculares e a diversas outras comorbidades. Diante de tais constatações, o Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia Clínica e da Saúde (LEPECS) da Universidade Federal do Rio Grande, está realizando um Grupo de Treinamento em Estratégias de Controle da Obesidade, acessível à comunidade e principalmente aos estudantes da presente Universidade. Para tanto, foram adotados dois programas cognitivo-comportamentais de modificação de hábitos de saúde, manualizados e padronizados, dos quais um já apresentou evidência de eficácia em estudos longitudinais. Foi realizada a parte inicial do curso misto (aprendizado de técnica e intervenção) em treinamento de estratégias comportamentais para controle da obesidade. Na primeira etapa, os participantes foram orientados a não terem por meta a redução de peso, dado que esta pode levar a frustração e/ou relaxamento da dieta após um sucesso relativo e, em seguida, a recuperação do peso inicial. Primeiramente o curso abordou metas voltadas para alterações permanentes na rotina de lazer e trabalho dos participantes, nos seus comportamentos alimentares, nos processos cognitivos, bem como na prática de atividades físicas prazerosas. Deste modo, os participantes receberam aulas expositivas semanais de 45 minutos com abordagens científicas recentes sobre manejo comportamental da obesidade (e.g., multifatorialidade da obesidade, o papel da evolução humana, da sociedade moderna e das emoções, a influência dos processos cognitivos e do planejamento de contingências, a adesão à prática de atividades físicas). Também foi realizada a aplicação de um procedimento comportamental manualizado, o qual



visa uma alteração lenta e progressiva nos hábitos pessoais e de saúde para redução e/ou manutenção do peso para pessoas obesas ou com sobrepeso. Desta forma, os encontros foram constituídos por atividades de psicoeducação, tecendo um espaço de ensino e construção da proposta junto aos participantes (n=40). Foi visto que, além de comorbidades diretamente relacionadas ao sobrepeso, como diabetes mellitus tipo II, hipertensão arterial, apneia do sono e outras, os níveis significativamente elevados de ansiedade e depressão foram associados ao excesso de peso, tanto como causa quanto como consequência. Além disso, os participantes com níveis mais elevados de sobrepeso apresentaram um amplo histórico de frustração com medidas tomadas para redução do peso e uma expectativa reduzida com o sucesso do programa, almejando, em alguns casos, a manutenção do peso como efeito positivo do treinamento, i.e., o não aumento do sobrepeso já é visto como um sucesso da intervenção. Visto que a intervenção não tinha como foco o emagrecimento e, por isso, não foram realizados monitoramentos ou aplicação de testes pré e pós-intervenção, foi inviabilizada a mensuração da eficácia do grupo. Porém, cabe ressaltar que foram recebidos *feedbacks* dos participantes acerca da psicoeducação e, assim, podemos concluir que é de extrema importância a construção de um espaço de ensino e apoio como método benéfico na adaptação aos bons hábitos de saúde. É evidente que, em casos exitosos, um espaço onde se possa consolidar conhecimento e efetivar práticas que protegem a saúde, é um local de prevenção (dado que quem frequenta o grupo são pessoas com elevados fatores de risco) e promoção (visto que o grupo é composto de profissionais em formação e pessoas que constituem famílias e afetam outras pessoas em suas inter-relações, podendo promover bons hábitos dentro dos seus espaços de interação social). Ou seja, podemos concluir que este espaço foi positivo na prevenção e promoção de saúde, tecendo trocas de experiências, conhecimentos científicos e aprimorando comportamentos saudáveis e produzindo benefícios psicológicos e físicos nos participantes.

Palavras-chave: Obesidade. Saúde. Alimentação.

Eixo Temático: Pesquisa e Intervenção em Psicologia da Saúde

INTRODUÇÃO

O rápido aumento no sobrepeso e obesidade nas sociedades ocidentais atuais tem se tornado um problema global para a saúde pública, não apenas em países desenvolvidos, mas também em países em desenvolvimento. Segundo as classificações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que define sobrepeso e obesidade como índice de massa corporal igual ou superior a 25 e 30, respectivamente, atualmente 1 bilhão e 500 milhões de adultos (acima de 15 anos) estão com sobrepeso e mais do que 500 milhões estão obesos em todo o mundo.

Além disso, em 2010, pelo menos 43 milhões de crianças abaixo dos 5 anos de idade apresentavam sobrepeso em todo o mundo. No período 2009-2010, mais de 35% dos homens e mulheres norte-americanos estavam obesos, não havendo diferença significativa na prevalência entre homens e mulheres de qualquer idade. Dados recentes indicam, também, que 34% dos adultos norteamericanos estão acima do peso. (Ogden, Carroll, Brian, Kit & Flegal, 2012; Tuah, Amiel, Qureshi, Car, Kaur & Majeed, 2011; LeChaminant Jaconsen, Hall & Donnelly, 2005).

Da mesma forma, no Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) publicou, em agosto de 2010, os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008–09), indicando que o peso dos brasileiros vem aumentando nos últimos anos. A prevalência de excesso de peso, em 2009, foi de 51% para os homens e 48% para as mulheres, e de obesidade, de 15,8% para ambos os sexos. O aumento contínuo do sobrepeso e da obesidade na população geral representa um sério risco a saúde pública, uma vez que a obesidade, além de estar associada com alterações metabólicas, também pode levar a problemas cardiovasculares e a diversas outras comorbidades importantes. A obesidade está associada com um risco maior de cardiopatias hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, diabetes tipo 2, osteoartrite, e apnéia do sono.

O aumento da prevalência de obesidade, por sua rápida expansão, já pode ser caracterizada como uma epidemia. Esta epidemia de obesidade tem sido reconhecida, tanto entre profissionais quanto entre o público leigo, como um importante problema de saúde. Uma revisão de literatura sobre os métodos de tratamento da obesidade atualmente disponíveis chama a atenção para este problema e aponta que as estratégias comportamentais desenvolvidas a partir de teoria da aprendizagem social têm sido as intervenções de

tratamento mais exaustivamente testadas, sendo as intervenções que mostram mais claramente ter benefícios clínicos (Levy, Finch, Crowell, Talley & Jeffery, 2007). Neste mesmo estudo, Levy, Finch, Crowell, Talley e Jeffery, (2007) afirmam que a terapia comportamental é tanto a terapia mais estudada, quanto a mais eficaz para o tratamento da obesidade no presente. Por fim, concluem que os gastroenterologistas devem adotá-la como uma primeira linha de tratamento para a maioria dos pacientes obesos, incluindo-a, também, como um componente essencial de terapias que envolvem componentes farmacológicos e cirúrgicos.

Desta forma, as estratégias comportamentais para o manejo da obesidade têm mostrado benefícios clínicos significativos. Em um recente estudo realizado com a população norteamericana foi visto que a substituição das refeições em conjunto com um programa comportamental de manejo do peso apresenta resultados similares a um tratamento farmacológico, podendo ser, assim, empregados como uma escolha alternativa ao uso de medicamentos (LeCheminant et al., 2005). Além disso, Levy, Finch, Crowell, Talley & Jeffery, (2007) recomendaram o uso das estratégias comportamentais para o tratamento da obesidade, tendo em vista, principalmente, que esta abordagem terapêutica é a que apresenta os melhores resultados até o momento, mesmo depois de ter sido amplamente testada e comparada com técnicas e intervenções distintas.

Diante de tais evidências diversas agências comunitárias, como serviços de saúde e escolas, vêm criando programas para prevenir ou reduzir o aumento de peso entre os grupos a que servem. Nesse sentido, o Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia Clínica e da Saúde (LEPECS) da Universidade Federal do Rio Grande, realizou um grupo de treinamento em estratégias de controle da obesidade, acessível à comunidade e principalmente aos estudantes da presente Universidade.

OBJETIVOS

O objetivo principal da intervenção foi de treinar os membros da comunidade interessados em obter um melhor controle de seu comportamento alimentar e de seu peso para adotar estratégias de auto-controle e modificação de hábitos de saúde. Além disso, verificar se existirão mudanças de escores de ansiedade, depressão e qualidade de vida após o treinamento.

METODOLOGIA

Para tanto, foram adotados dois programas cognitivo-comportamentais de modificação de hábitos de saúde, manualizados e padronizados, dos quais um já apresentou evidência de eficácia em estudos longitudinais. Foi realizada a parte inicial do curso misto (aprendizado de técnica e intervenção) em treinamento de estratégias comportamentais para controle da obesidade. Na primeira etapa, os participantes foram orientados a não terem por meta a redução de peso, dado que esta pode levar a frustração e/ou relaxamento da dieta após um sucesso relativo e, em seguida, a recuperação do peso inicial. Primeiramente o curso abordou metas voltadas para alterações permanentes na rotina de lazer e trabalho dos participantes, nos seus comportamentos alimentares, nos processos cognitivos, bem como na prática de atividades físicas prazerosas. Deste modo, os participantes receberam 22 aulas expositivas semanais de 45 minutos com abordagens científicas recentes sobre manejo comportamental da obesidade (e.g., multifatorialidade da obesidade, o papel da evolução humana, da sociedade moderna e das emoções, a influência dos processos cognitivos e do planejamento de contingências, a adesão à prática de atividades físicas). Também foi realizada a aplicação de um procedimento comportamental manualizado, o qual visa uma alteração lenta e progressiva nos hábitos pessoais e de saúde para redução e/ou manutenção do peso para pessoas obesas ou com sobrepeso. Desta forma, os encontros foram constituídos por psicoeducação, tecendo um espaço de ensino e construção da proposta junto aos participantes (n=40).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi visto que, além de comorbidades diretamente relacionadas ao sobrepeso, como diabetes mellitus tipo II, hipertensão arterial, apneia do sono e outras, os níveis significativamente elevados de ansiedade e depressão foram associados ao excesso de peso, tanto como causa quanto como consequência. Além disso, os participantes com níveis mais elevados de sobrepeso apresentaram um amplo histórico de frustração com medidas tomadas para redução do peso e uma expectativa reduzida com o sucesso do programa, almejando, em alguns casos, a manutenção do peso como efeito positivo do treinamento, i.e., o não aumento



do sobrepeso já é visto como um sucesso da intervenção. Visto que a intervenção não tinha foco de emagrecimento e por isso não foram realizados monitoramentos ou aplicação de testes pré e pós-intervenção, inviabilizando a mensuração da eficácia do grupo. Porém, cabe ressaltar que foram recebidos *feedbacks* dos participantes a cerca da psicoeducação e, assim, podemos concluir que é de extrema importância a construção de um espaço de ensino e apoio como método benéfico na adaptação aos bons hábitos de saúde.

A amostra era compreendida inicialmente por 40 participantes, sendo que 93% eram do sexo feminino. Para compreendermos melhor o público recebido, aplicamos um questionário sociodemográfico, o Questionário de Qualidade de Vida (Lipp), Escala Beck de Ansiedade (BAI) e Escala Beck de Depressão (BDI). Do total de participantes, 42,85% apresentaram IMC acima do considerado saudável e, destes, 100% apresentaram comorbidades juntamente com o excesso de peso. Os dados iniciais também apontaram 42,85% dos participantes com ansiedade leve ou moderada, 28,57% com depressão leve. Ao final dos 22 encontros os participantes relataram que a psicoeducação foi uma etapa extremamente importante para a manutenção do seu peso, pois muitos deles passaram a se alimentar melhor e aderir hábitos mais saudáveis por compreender os benefícios de forma mais clara.

CONCLUSÃO

É evidente que, em casos exitosos, um espaço onde se possa consolidar conhecimento e efetivar práticas que protegem a saúde, é um local de prevenção (percebendo que quem frequenta o grupo são pessoas com elevados fatores de risco) e promoção (visto que o grupo é composto de profissionais em formação e pessoas que constituem famílias e afetam outras pessoas em suas inter-relações, podendo promover bons hábitos dentro dos seus espaços de interação social). Ou seja, podemos concluir que este espaço foi positivo na prevenção e promoção de saúde, tecendo trocas de experiências, conhecimentos científicos e aprimorando comportamentos saudáveis e produzindo benefícios psicológicos e físicos nos participantes.

Portanto, a partir deste estudo apontamos a importância da perspectiva da psicologia no combate a esta epidemia que represente a obesidade, bem como a terapia cognitiva como abordagem adequada para o controle da obesidade, já que, como aponta Duchesne (2001), a identificação de situações que favorecem a alimentação excessiva e o planejamento de

comportamentos alternativos que possam ser utilizados nessas situações são elementos fundamentais para o programa de tratamento.

REFERÊNCIAS

- Ades, L.; Kerbaux, R. R. (2002). Obesidade: Realidades e Indagações. *Psicologia USP*, v.13, n.1, São Paulo.
- Beck, J. S. (2009) *Livro de Tarefas - Pense Magro: a dieta definitiva de Beck*. Tradução: Leda Maria Costa Cruz. – Porto Alegre: Ed. Artmed.
- Cunha, J.A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck: BDI, BAI, BHS E BSI*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Duchesne, M. (2001). O consenso latino-americano em obesidade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v.3, n.2, São Paulo.
- Instituto Brasileiro de Geografias Estatísticas – IBGE- www.ibge.gov.br
- LeCheminant, J. D.; Jacobsen, D.; Hall, M.; Donnelly, J. (2005) A Comparison of Meal Replacements and Medication in Weight Maintenance after Weight Loss. *Journal of the American College of Nutrition*, V. 24 (5), 347-353.
- Levy, R.; Finch, E.; Crowell, M.; Talley, N.; Jeffery, R. (2007) Behavioral Intervention for the Treatment of Obesity: Strategies and Effectiveness Data. *The American Journal of Gastroenterology*. V. 102, p. 2314-2321.
- Ogden, C.L.; Carroll, M.D.; Kit, B.K; Flegal, K.M. (2012). *Prevalence of Obesity in the United States, 2009–2010*. NCHS Data Brief, 82, January 2012, publicação online de <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db82.pdf>.
- Organização Mundial de Saúde (2004). *CIF: Classificação internacional da funcionalidade, incapacidade e saúde*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Tuah, N. A. A.; Amiel, C.; Qureshi, S.; Car, J.; Kaur, B.; Majeed A. (2011) Transtheoretical model for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults (Review). *The Cochrane Library*, V. 10 (4), publicação online de www.cochranelibrary.com

UMA PROPOSTA SOBRE A TRANSGERACIONALIDADE: O TRAUMA DO ABSOLUTO³²

Maria Emília Sousa Almeida (Universidade de Taubaté)

RESUMO

Na transmissão da vida psíquica na família, o trauma do absoluto designa certas representações sobreinvestidas por afetos que tendem a deter a cadeia associativa, levando às dificuldades na mudança psíquica. Ele revela traumas repassados dos pais para o filho, oriundos de uma linhagem arcaica. A análise de um casal fornece material clínico para as reflexões aqui contidas. Em suas origens clínicas e em seus desdobramentos teórico-clínicos, esse construto hipotético, oriundo de uma experiência clínica, articula-se a vários conceitos psicanalíticos. Esse operador tem sido útil à autora para entender o intenso sofrimento de alguns pacientes severamente traumatizados na trama das gerações da família.

Palavras-chave: Representação. Ódio. Sobreinvestimento. Absoluto. Transgeracionalidade.

Eixo temático: Pesquisa e Intervenção em Psicologia da Saúde.

UM CASO CLÍNICO

Um executivo importante, racional e ponderado sempre trabalhou e viajou muito, bem como lutou para manter a família unida. Em função de melhores oportunidades profissionais, a família mudou-se para outras cidades. Quietamente, ele defende que a infância de sua esposa foi muito difícil e compreende seus destemperos. Ela é emocional, impulsiva, agressiva, poetisa e clama pelo amor dele. Unidos há vinte quatro anos, eles têm várias afinidades em comum e buscam reorganizar sua família.

³² Este texto foi apresentado, originalmente, na Revista *Ágora*, v. 13, n.1, p. 93-108, 2010.



O primeiro marido dela via-se como intelectual e artista e tão-somente ela trabalhava. Traía-a com mulheres mais jovens. Rejeitava-a e a criticava muito, face à decadência, gritos e discussões da família dela. Ele mentiu muito sobre sua importância e seu dinheiro. Na separação, ela lutou muito para ficar com os filhos do casal.

Ela trouxe três meninos para o segundo casamento. O marido cuidou dos filhos dela como seus, ensinou-lhes ética e responsabilidade e é respeitado e amado por eles. Tiveram duas meninas, grande fonte de desavença e preocupação para ambos. Ele diz ter sido muito permissivo com as três grandes mulheres de sua vida. Proporciona gostos particulares à esposa: um equipamento caro para piscina, cirurgias plásticas, tratamentos de beleza e de saúde e, inclusive, a posse de uma égua. Por longo tempo, ele não pôs limites à emotividade caudalosa e à agressividade dela. Quase se envolveu com outra mulher. Para fazer a esposa feliz, permitiu-lhe gastar à larga nas reformas de uma casa. Fonte infinita de *stress*, ela sentia-se sozinha, abandonada e desamparada por ele, a trabalho em outro país. Responsável pelos pedreiros e pelas filhas, ela lesou o joelho e ficou dois anos de cama. Porém, a casa significou um casulo de proteção e a materialização de seu propalado talento para gerar e construir.

Um paradoxo liga mãe e filhas, articulando-se à auto-denominação dela como *the keeper*. Mantenedora da ordem, do bem-estar e da moralidade familiar, buscou ser perfeita e ter uma família perfeita. Todavia, suas filhas extrapolaram limites e mentiam com relação às drogas e ao sexo. Ser a guardiã advém de um legado matriarcal de tripla face. A avó de seu primeiro marido legou a ela um piano raro e encarregou-a de cuidar dele. A bisavó e a avó do marido atual cuidaram sozinhas dos filhos. Ao zelar pelas filhas como guardiã, a paciente se contra-espelha em sua mãe.

O império da violência materna infiltrou-se em sua psique. Sua mãe lhe dizia que não gostava dela, mandava-a embora e colocava-a de castigo num porão, com ratazanas. Quando castigada, tinha que se calar, senão apanhava mais. Aos quatro anos, sua mãe quase morreu e a menina foi levada para se despedir dela. Quando foi vê-la, foi rejeitada. Presenciou as traições e as brigas de seus pais, quando sua mãe quebrava as coisas da casa. Sentia-se abandonada e discriminada, pois a irmã mais velha era “a bonita” e a mais nova, “a nova”, “a inteligente”. Enquanto no âmbito doméstico o drama impunha seu crivo, no âmbito público havia sofisticação e charme. Sua mãe queria que as filhas fossem muito bem arrumadas aos eventos sociais. Certa grandeza e fartura estiveram presentes em sua vida, favorecidas por parentes. Quando jovem, ganhava roupas caras de uma senhora e apareceu numa importante

coluna social. A violência abrange ainda o ramo paterno da família da paciente, mas a suaviza. Amada e eleita como especial pelo avô paterno, foi a única a ganhar jóias caras. Ele a defendia dos maus-tratos maternos e recitava poesias para ela, de joelhos. Contudo, quando ela e as irmãs corriam na frente, ele gritava em altos brados: “*Piano!*” ou devagar. Elas se envergonhavam dele. Ele disse-lhe: desconfie de tudo e de todos, até de seu pai. Ambas as linhagens genealógicas de sua família contribuíram para que dores psicológicas e físicas impregnassem-na. Essa violência perpassou a relação com o marido por meio da obrigação de acompanhá-lo nas viagens, da descoberta de camisinhas numa mala e dos abismos entre as vivências de cada um. Segundo ele, a traição não foi concretizada. Ela não encontrou outros indícios de traição, mas a possibilidade reabriu suas feridas. Suas viagens para outro país foram violentas e odiadas por ela. Sentiu-se destruída.

A configuração psíquica do marido responde por sua adesão a de sua esposa. Na cepa materna da família, sua bisavó e avó ficaram viúvas muito cedo e arcaram sozinhas com os filhos. Dessa corrente, ele herdou a demanda de *ser forte* diante das adversidades, abolindo as emoções que enfraquecem. No ramo paterno, seu avô lutou na guerra e deixava a esposa grávida e sozinha, depois de cada retorno de férias. Aos seis anos, o pai do paciente assume o lugar de seu pai: cuidar da mãe e arrumar comida para quatro irmãos. Dessa estirpe, ele se identificou com a demanda de *ser resistente* frente às catástrofes. Esse duplo caudal histórico fomentou sua perseverança, sua capacidade de enfrentamento, seu sucesso e forjou sua elasticidade frente ao sofrimento com a esposa. Como o paciente, seu pai viajava muito e a família mudava-se de uma cidade para outra, em função do trabalho. Filho mais velho, o paciente era o *representante da posição*, segundo seu pai. Ele põe o filho mais velho na posição de protetor da família.

A descendência do casal também está envolta em violência. Em antagonismo a sua mãe, a paciente muito deseja ser uma grande mãe: amiga, companheira, brincalhona, capaz de passar conhecimentos e valores importantes para a vida. Entretanto, as filhas odeiam-na e rejeitam-na: vêem-na como descontrolada, exagerada e dizem que ela as envergonha em público.

Para a paciente, sua dor vai durar *para sempre*. Culpa-se e sente-se *fracassada* pelas transgressões das filhas quanto às drogas e ao sexo. Sua intensa vigilância levou-a a descobrir suas mentiras. Além disso, em geral, não impôs limites à agressividade das filhas. A paciente diz que defende suas filhas, porque sua mãe nunca a defendeu. Tal defesa parece se dar de

forma enfática e agressiva, como numa ocasião em que um vizinho deu uma festa até de manhã, e ela tocou violino quando ele foi dormir.

Com a análise, desvelam-se o amor, a admiração e o respeito entre o casal. Ele reitera seu orgulho e sua vitória pela longa duração do casamento e pela saga dela como mãe. Nela, deflagra-se outra fase traumática, ao se haver com a possibilidade dele viajar a trabalho e com nova reforma da casa. Rachaduras e novas dívidas reabrem sua vivência de traição, com uma violência incontida. Ela debate-se numa tortura mental incessante, sem saída e enreda-o em exigências infundáveis. Impõe-se nela um paradoxo dirigido a ele: se ele fica no país, em nome da família e conforme demandado por ela, o faz por obrigação; além disso, ele poderia ir embora de repente e, dessa vez, ela aceitaria viajar com ele; se ele vai para o exterior, ela se sentiria abandonada, violentada e impotente. Sente-se traída, não confia nele e não acredita em seu amor. Apesar de ele reiterar seu desejo de ficar com ela, ela deseja se afastar dele e da família. Entrevendo sua dificuldade de amar a si e ao outro, vai para uma análise individual.

CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS ACERCA DO ABSOLUTO

O trauma do absoluto é o sobreinvestimento de afetos disruptivos – *ódio e horror* – em representações – *ser abandonado, desamparado, rejeitado, para sempre, sem lugar no mundo*. Com isso, impede o investimento do afeto impulsor do desejo – amor – em outras. Essa intensa concentração energético-afetiva nas representações do absoluto produz a imobilidade das demais representações.

Uma análise traz à consciência representações anteriormente expulsas dela, permitindo que a mudança psíquica ocorra mediante o trânsito entre as auto-representações. Em contrapartida, o absoluto é responsável pela impossibilidade dessa mudança psíquica em pacientes gravemente traumatizados por seus pais. Estes transmitem uma forma violenta de relação emocional repetitiva, igualmente herdada por eles. Assim, desliza-se o cortejo destrutivo de representações e afetos numa família.

Compromete o funcionamento de seu sistema das representações. De modo geral, os traumas no desejo do sujeito atingem a potência representativa desse sistema. Assim sendo, inibem o vigor do desejo quando ele cresce. Logo, a efração dos traumas tem um impacto desorganizador nesse sistema. No trauma em pauta, as representações do absoluto são sobre-

catexizadas por duas formas afetivas que detêm a propriedade de fixar as representações que investem. Ódio e horror respondem por sua detenção no estrato consciente do sistema representacional. Em seus estratos inconscientes, ficam representações adequadas ao exercício pleno do desejo: *ser competente, inteligente, digno, com méritos próprios, bem-sucedido, determinado*, p. ex.

A contundência do trauma sobre o sistema das representações depende de diversos fatores, a saber: estrutura básica do sujeito, momento de sua incidência, intensidade, duração, importância do vínculo com os objetos que o deflagram, caráter de antiguidade do trauma, grau de clareza ou de obscuridade de seus conteúdos e aspecto do desejo atingido por ele. Quanto mais precoce é a incidência do trauma, mais ele tende a bloquear a incipiente capacidade do sistema de elaborá-lo. O 'rombo' psíquico causado pelos traumas de grande intensidade – devidos aos desastres naturais ou provocados – e o causado pelos menos intensos – mas muito repetidos – pode ser igualmente desorganizador. A maior duração do trauma tende a ser diretamente proporcional à maior devastação da funcionalidade do sistema, no sentido de ter maiores dificuldades de representá-lo. Traumas com as figuras primárias tendem a exercer impacto maior que outros, por sua vital importância na formação do filho. Traumas transgeracionais, em geral, são excepcionalmente terríveis, por conterem um montante de ódio muito exacerbado e, portanto, destrutivo do eu. Quanto mais os processos lógico-conscientes do sistema são capazes de analisar o trauma e ter maior clareza sobre seus sentidos, menor é sua força disruptiva sobre a representabilidade.

A obscuridade de um trauma – vivenciada como horror – tende a gerar um sofrimento pior do que o de um trauma representado com maior clareza. Associado ao ódio no absoluto, o horror é um estado afetivo formado pela repulsa ao objeto, bem como pela confusão mental quanto aos seus conteúdos inconscientes e pela dificuldade de ser representado. Quando o trauma atinge um aspecto central para a materialização do desejo – investimento de amor em si – seus efeitos são piores do que quando ele atinge uma faceta do desejo pouco relevante para o sujeito – habilidade para discursar.

Nessa chave, a violência do legado transgeracional vem numa esteira de acontecimentos, ações e reações, que atingem uma família em sua sucessão de gerações. Perpassa os vários estratos geracionais da família: ascendentes secundários/avós; ascendentes primários/pais; descendentes primários e seus objetos de amor/maridos ou

esposas e seus descendentes secundários/filhos e filhas. O repasse da herança psíquica violenta ultrapassa o indivíduo e o influencia em vários setores de sua vida adulta.

No que diz respeito à conformação de uma família, uma transmissão psíquica cruzada das genealogias paterna e materna institui os fundamentos que regem o funcionamento de seus membros. Nessa transmissão, cruzam-se a identificação e a contra-identificação, a confluência traumática entre as linhagens paterna e materna, a delegação de posições, o entrelaçamento entre representações e afetos e os gradientes diferenciais de amor e de ódio. Estes são os afetos fundantes, investidos nas representações, que transitam numa família. Cada um desses elementos será analisado a seguir, de modo a permitir que se discuta a transmissão psíquica.

A identificação é um importante elemento para pensar a psique em Psicanálise. Freud (1921) diz que a identificação molda o ego da pessoa, segundo certos aspectos de um modelo. Constitui a forma original de laço emocional com o objeto e se torna sucedâneo para um vínculo de objeto libidinal, por meio da introjeção do objeto no ego.

No tocante à identificação, na transmissão da vida psíquica entre as gerações, Eiguer (1997) diz que na identificação atributiva, o pai atribui ao filho uma vivência interior, um traço de sua pessoa, certa representação de seus objetos internos. Essa identificação com traumas de seus pais e seus avós atua nos processos transgeracionais.

Junto com a identificação, a contra-identificação do sujeito – com seus pais e ancestrais – aparece na clínica do absoluto. A contra-identificação constitui um processo de formação do eu. Nesse caso, o sujeito se contra-identifica com características odiadas de seus pais em sua infância, às quais atribui seu sofrimento. Contudo, elas predispõem à satisfação de seu desejo em sua vida adulta. A partir de sua história, o sujeito pode se contra-identificar com a determinação, o empreendedorismo e o sucesso de seu sádico e odiado pai, traços aos quais atribui seu abandono, seu desamparo e sua humilhação. Ao sobreinvestir de ódio as representações de *ser abandonado* e *ser desamparado*, não investe de amor *ser empreendedor*, *ser determinado* e *ser bem-sucedido* como seu pai. Estas representações e afeto predispõem à atualização de seu desejo no presente.

Numa família, o amor e o ódio adquirem maior ou menor magnitude e associam-se às correntes identificatórias e contra-identificatórias paternas e maternas. Na contra-identificação, o filho erige grande parte de sua identidade em franca oposição a de seus pais e mobiliza forte ódio a eles. Quando o ódio e a contra-identificação prevalecem sobre o amor e a identificação

estruturante, a flexibilidade dos membros da família tende a ficar restrita, ao lidarem com suas heranças. Porém, uma figura contralateral à tessitura familiar pode atenuar seus efeitos, ao investir em um dado sujeito certo *quantum* de amor. Diferenciados da trama familiar aprisionadora do eu, um professor, um religioso ou uma madrinha podem se encantar com uma criança – com a qual se identificam a partir de uma característica em comum – e amá-la.

Na herança transgeracional, vários planos de intersecção favorecem as reações dos membros da família, sob o impacto dos complexos caudais que se cruzam entre si.

No que diz respeito à paciente, esta se identifica com o avô paterno e introjeta a agressividade e a desconfiança como elementos essenciais de sua psique. Suas reações expansivo-agressivas também são frutos da identificação com mãe, irmãs e tias. Abandonada, desamparada e rejeitada pela mãe, contra-identifica-se com ela, em grande medida. Também se identifica com ela. Assim, por contra-identificação, tenta super-proteger as filhas. Todavia, o faz com a veemência agressiva de sua mãe, por identificação. Em suas filhas, o descontrole, a agressividade e a vigilância maternas geram ódio e rejeição. Elas se contra-identificam com sua mãe, tal como a paciente e suas irmãs com relação a sua genitora. Este cruzamento de conteúdos psíquicos igualmente influi na atração e na escolha de um par amoroso, por parte do adulto.

Nessa corrente, três mananciais da formação psíquica dos sujeitos atraem elementos de dois grupos familiares e respondem pelos processos transgeracionais. Assim, a conjunção do legado paterno e materno no sujeito potencializa certas representações, que o ligam ao seu par. No paciente, *ser forte* – face às adversidades – e *ser resistente* – frente às catástrofes – são representações que se auto-referendam e oriundas das duas cepas psíquicas de sua família. Suas auto-representações centrais ligam-se por complementariedade as três auto-representações axiais à paciente – *ser abandonada*, *ser desamparada* e *ser rejeitada*. Estas denotam as adversidades e as catástrofes relacionais vividas por ela com sua genitora. Suas adversidades – destemperos emocionais – e suas catástrofes devem ser vencidas por ele.

Eiguer (1998) diz que as representações entre gerações organizam a escolha de objeto dos parceiros: o tipo de família que desejam fundar e a educação conforme com o ideal familiar. A complementaridade entre as representações ancestrais nos cônjuges não é excepcional e responde a uma lógica particular.

Outro fator de enlace do par é a posição em que o filho é colocado pelos pais, que o faz atender à demanda do outro. No ramo paterno do paciente, o filho mais velho é posicionado

como pai há três gerações. Nos feixes paterno e materno, as mães lutam sozinhas pelos filhos. A paciente lutava sozinha pelos filhos, quando a ele urgiu ser o pai forte e resistente. Ademais, certos traços reprimidos em suas famílias de origem atraem dois membros de famílias diferentes, mas complementares patologicamente. Na paciente, o traço expansivo-agressivo alimenta-se de duas linhagens. No paciente, o traço retraído-passivo, a racionalidade e a autocrítica quanto a sua agressividade têm raízes européias e brasileiras. Vergonha, culpa e explosividade são parte da carga pré-histórica anterior à história da paciente. Força, resistência, determinação, racionalidade, contenção de emoções – ódio – e valorização de outras – orgulho – são centrais no séquito dos predecessores do analisando.

A singularidade da formação psíquica do sujeito tende a gerar certas representações e afetos nos estratos conscientes e inconscientes de seu sistema representacional. Na paciente, o acúmulo da agressividade – em duas vertentes de sua árvore genealógica – reverte para um sobreinvestimento de ódio em três representações. *Ser abandonada, ser desamparada e ser rejeitada* são conscientes. Todavia, seu ódio e horror a sua mãe são inconscientes. Juntam-se ao ódio de sua mãe por ela e ao seu amor e ódio pelo avô paterno. Este lhe repassou uma lei absoluta, que a indispõe inclusive contra seu pai. Verdade incontestável, da qual tão-somente o senhor da lei escapa, prende-a a um passado torturante e persistente no tempo. Deve desconfiar e vigiar o outro até encontrar a falta, o erro, a traição, a vergonha e a culpa. Tal mandato ancestral gera sequelas deletérias na paciente. Sua desconfiança do marido atormenta-a e ela o atormenta. Sua mãe foi abandonada, rejeitada e apanhou muito de seu pai. Repetiu essa trama com a filha-paciente. Ela repete grande parte disso com suas filhas. Nesse cativeiro que perdura há muito, os atos extremados repassam abandono e crueldade dos pais quanto aos filhos, que os rejeitam. Prevalecem o ódio, a violência e a desorganização nas duas estirpes de origem. Vigora a efracção causada pelo trauma, que atinge o sistema representacional da família.

Para a reflexão seguinte, contribuem extratos da obra de Herrmann (1998). A realidade e a identidade é representação e são indissociáveis uma da outra. A noção discriminada da hierarquia dos possíveis determina vários graus de probabilidade para as representações do sujeito, diferenciando as quase certas das muito remotas. Na patologia dos possíveis se tornam indiferenciadas condições possíveis e fatos reais.

Com base nisso, pensam-se as diferenças entre possibilidade, probabilidade e realidade. Estas sinalizam a capacidade de discriminação do sujeito ao avaliar os aspectos



lógicos ou ilógicos de suas vivências. A engrenagem desse trauma fragiliza essa capacidade diferencial do sistema quanto ao juízo de realidade.

A propriedade representativa do sistema confere uma boa organização mental ao sujeito. Contribuem para ela: a lógica e a clareza do pensamento, a diferenciação de suas classes, as noções de tempo e espaço, a discriminação sujeito-objeto, a integração amor e ódio, a distinção entre os sentidos inconscientes das vivências do passado e do presente. Em contrapartida, as distorções lógicas do pensamento, os desvarios do tempo, as distopias do espaço, os paradoxos e as posições patológicas são filigranas do absoluto – aspectos dos desarranjos operacionais que assolam o sistema representacional.

O pensamento organizado sustenta-se numa relação entre passado, presente e futuro. Enquanto o presente é volatilidade fugidia, o passado é granular e dirige-se de pontos mais distantes para outros cada vez mais próximos ao presente. O pensamento organizado, consciente e lógico diferencia, inclusive, suas categorias: possibilidade, probabilidade e realidade; ilusão e verdade; dúvida e certeza. Para tanto, faz mediações para ajuizar o maior ou o menor grau com que uma possibilidade se aproxima da realidade. Apesar de ser uma representação subjetiva e passível de racionalização, a realidade designa maior rigor lógico do que a possibilidade, quando o sujeito precisa sopesar indícios e nuances em sua estimativa dos fatos, que geram emoções. Cabe-lhe distinguir se um evento é possível, provável ou real; com maiores chances de ser ilusório ou verdadeiro; dubitativo ou inquestionável. Todavia, quanto maior a energia disruptiva dos afetos que atingem o sistema, essas propriedades lógicas do pensamento são destituídas de sua eficiência e funcionalidade. Sobra-lhe muito sofrimento psíquico, pois suas emoções se tornam caóticas.

Essas alterações aparecem na paciente mediante duas configurações traumáticas de ideias e afetos de sua infância, perpetradas até hoje. A primeira é composta por desconfiança - vigilância - traição e a segunda por abandono -desamparo - rejeição. Seus núcleos ideativos são traição, abandono e rejeição, que se interligam a possibilidade - probabilidade - realidade. Da ordem da realidade vivida com sua mãe, o abandono e a rejeição adquirem o sentido de *para sempre* com suas filhas. Torna-se um irreal indubitável. Uma possibilidade – traição – é vivida como realidade com o atual marido, dada a realidade da traição do anterior. Como a consistência de seus sinais não é examinada racionalmente por ela, a possibilidade é alçada à condição de probabilidade. A probabilidade, tampouco, é analisada por ela, ocorrendo um salto ilógico da possibilidade ao plano da realidade e da certeza absolutas. A possibilidade – vivida



como realidade violenta – é investida de ódio e posicionada antes de suas experiências atuais, colocando-as sob a égide de um sofrimento sem escapatória. Essa fatoração concorre para forte confusão, pois a magnitude violenta da possibilidade a eleva da condição de aspecto parcial para a de totalidade negativa. Assim, a possibilidade de prazer e de mudança de um estado mental para outro melhor não entram em seu movimento associativo. Não compõem um todo integrado de vivências consigo e com seus objetos atuais, que atenuem os aspectos negativos com os anteriores

Essa força disruptiva do transgeracional se aplica igualmente ao registro do tempo. Na paciente, o transcorrer de uma vivência violenta – *ser abandonada* e *ser rejeitada* – no tempo *ilimitado* das gerações adquiriu o crivo de *para sempre* e de *infinito*. Fora de limites humanos e dentro do tempo mítico, essa violência ultrapassa sua vida individual.

Ademais, o raciocínio da paciente era crivado por progressões e retrocessos ilógicos do tempo. Idas e vindas ilógicas do pensar rompiam a sequência que vai do passado longínquo para o presente. O tempo linear consciente era avassalado por sua cronologia fantástica inconsciente. História e história ao reverso se sobrepunham de forma caótica em sua psique. Causas de intensa dor no presente, a traição e as mentiras das filhas confundem-se com a possível traição e a mentira do atual marido. Contudo, ambas se associam à traição real do primeiro marido - há mais de vinte quatro anos - e suas mentiras. Geradoras de seu trauma, as traições de seus pais enredam-se às traições de seus maridos e filhas. Juntam-se à lei do avô paterno, de seu passado transgeracional. Para se defender dessa lei, ela se muniu da crença onipotente de que não se enganaria e confiou cegamente no primeiro marido. Dadas suas traições e mentiras, tal lei passou a vigorar com toda a força.

A dimensão espacial do pensamento humano imbrica-se à dimensão do tempo. Um adendo temporo-espacial aponta as vivências dolorosas da paciente: mudanças de cidade e de condições anteriores. Profissional competente, muito considerada pela chefia e muito bem remunerada antes de casar, ela desistiu de tudo para cuidar da família. Dividiu o aluguel de um apartamento com o segundo marido, no início. Depois, mudaram-se para um condomínio luxuoso cercado por arredores violentos. Nessa *gaiola de ouro*, ela mostrava passarinhos, animais e árvores para as crianças. Na escola, perguntavam-lhe sobre esse lugar bonito tão comentado por elas. O marido esclarece que se tratava do condomínio, mas a analista entende que ela pôde focar o melhor de sua experiência e suavizar o pior. Contudo, saltos espaço-temporais em seu discurso se insurgem contra a sequência lógica que guarda respeito a

lugares, tempos, identidades, condições materiais e psicológicas. Confunde espaços como apartamento e casa; identidades como a dela e a do marido; condições materiais como *ser locatária* do apartamento e *ser proprietária* da casa; condições psicológico-materiais como *ser profissional*, com autonomia pessoal-financeira e *ser mãe-esposa*, dependente do dinheiro do marido. Outra condição psicológica era seu imenso desejo de ser uma grande mãe – que transforma as dificuldades em poesia e encanto. Talvez isso tenha favorecido a impressão da analista.

Fonte de inspiração para pensar certa face do absoluto, outro autor é necessário.

Racamier (1983) define o paradoxo como uma formação psíquica que liga e remete uma a outra, duas proposições inconciliáveis. Submete um indivíduo a duas injunções incompatíveis. É lhe impossível obedecer a uma, sem desobedecer a outra. O paradoxo é uma agressão ao eu, suscitando um ódio intenso.

Um paradoxo fundante pode ser constitutivo do sistema representacional. Na paciente, seu paradoxo axial parte do desejo de *ser amada*, mas ao *ser traída* pela mãe, é violentada, passa a *ser desconfiada* ao extremo e se defende ao máximo do amor. Surge uma sequência de ideias: *ser amada - ser traída - ser violentada - ser desconfiada - ser invulnerável ao amor*. Seus incomensuráveis desejos de *ser amada* e *ser invulnerável* ao amor formam o apelo paradoxal *impossível* de ser atendido pelo marido.

Matriz de seu paradoxo, a vivência do absoluto é contundente na paciente. *Ser desamparada, fracassada e não amada por pais desamparadores, fracassados e incapazes de amar* são sobreinvestidas de ódio. Representa-se ainda como: *ser insaciável* num registro de tempo *infindável*. *Ser traída- ser frustrada - ser fracassada e ser solitária* formam uma ligação que dificulta nova conexão ideativa: *ser amada, ser confiante, ser bem-sucedida e ser parceira*. Em seu marido, *ser protetor, ser forte, resistente, ser orgulhoso de ser vencedor* tornam-no susceptível ao absoluto nela.

As posições simbólicas na família são constituídas por grupos de representações, de base histórico-geracional. Designam os lugares psicológicos de seus membros e a maneira pessoal deles perceberem e reagirem aos conflitos ancestrais. Nas posições mesclam-se representações de papéis – pai, mãe, filho – e representações pessoais – *ser amado, não-amado; vencedor, derrotado; poderoso e desfavorecido*. O *locus* de filho pode ter como conteúdo ser super-protegido, massacrado ou abandonado.

Uma posição muito frequente na família é a de guardiã, geralmente ocupada pela figura materna ou por sua substituta. No cotidiano e na clínica psicanalítica, pode se encontrar a guardiã saudável – mais rara – e a guardiã patológica – bastante comum. Na guardiã ‘saudável’, o amor predomina sobre o ódio em suas relações com o outro. Suas regras para com seu protegido são claras e visam atingir objetivos benfazejos para ele. Uma ou mais figuras amorosas acolheram-na em momentos críticos com as figuras parentais. Assim, ajudaram-na a refazer esses vínculos. Com limites, elas administram seus conflitos. Certa guardiã saudável antecipa os efeitos nocivos de uma situação, evita-os e convoca as pessoas para ajudá-la. Acolhida, apoio ao outro e ações sociais compõem seu repertório. Sua doação, generosidade e empatia transmitem amor e vida.

Os tipos de guardiãs patológicas mostram-se à exaustão na clínica e na vida. Certa guardiã dos desastres abdica de sua identidade de mulher. Contra-identificada com sua mãe, adota uma criança deficiente mental. Cuida de seu pai, com *Alzheimer*. Vive evitando que ele provoque desastres. Desastrada, machuca-se física e psicologicamente. Outra é a guardiã da união destrutiva da família. Ainda que lute muito pela união da família, vive a brigar com os filhos – ante a mínima diferença entre as expectativas não explicitadas por ela e as ações deles. Por identificação projetiva, cobra que eles realizem o que ela não realizou em sua vida. Essas guardiãs patológicas se assenhoram de forte destrutividade arcaica.

Os dois pacientes foram instituídos como guardiões em suas famílias de origem. Atualmente, ela é a guardiã patológica da moralidade das filhas. Sua desconfiança delas tem como reverso sua falta de confiança e competência nos vínculos amorosos. Cobra que o marido controle as filhas e as lembre do poder profissional dela, mas tem raiva e inveja do poder dele. Há gerações, a desconfiança e a vigilância desbordam na família. Guardiã substituto do pai ausente em sua infância, o paciente substitui os ausentes pai e marido da esposa. Representante da posição de pai, ele se orgulha da luta dela como mãe e cuida de seus filhos. Uma cadeia de ideias e afetos une os membros da família. Cerne do trauma arcaico, há a ausência da diferença entre indivíduos e as gerações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de um trauma, o sujeito perde o contato com sua dor e opacifica seus sentidos, que permanecem inconscientes. A abrangência e a profundidade da dor, causada por ele,

configura suas modalidades. Dentre as diferentes modalidades de acontecimentos de potencial traumático, o trauma ancestral é especialmente destrutivo, no que diz respeito ao alcance de seus danos à eficácia representativa do sistema. O absoluto é um de seus modos de presentificação. Constelação psíquica do hospedeiro de um sofrimento trans-histórico, atua sobre as representações de si, de tempo, de espaço, paradoxos, pensamentos e posições simbólicas.

Sua concentração traumática na paciente deriva de sua captura híbrida pelos dois caudais de sua família. Fomenta a atração entre ela e seu par, ainda que a saturação traumática nesse último seja menor e enverede pelos meandros da resiliência. Nesta, a capacidade de enfrentamento dos problemas da vida adulta se nutre de amor, potência e criatividade. Na cativa do absoluto, a mudança na opacificação dos vínculos amorosos impõe que a análise permita a concatenação entre seu trauma e suas novas ressignificações. Estas reorganizam a desertificação amorosa de seu eu. Para tanto, a depuração da contundência do trauma permite sua inserção no circuito representacional mais amplo do sujeito. Com ela, as representações conformes ao seu desejo – *ser amado, ser capaz de amar, ser competente, bem-sucedido, dedicado, com méritos próprios* – poderão ser investidas de amor e integrar seu patrimônio representacional. Então, a força de seu desejo – voltada para sua satisfação – aparece em sua magnitude.

REFERÊNCIAS

- Almeida, M.E.S. (2003). *A clínica do absoluto: representações sobreinvestidas que tendem a deter o encadeamento associativo*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Eiguer, A. (1997). Transgénérationnel et temporalité. *Revue Française de Psychanalyse*, Paris, v. 61, n.5, p.1855-1862.
- Eiguer, A. (1998). *A transmissão do psiquismo entre as gerações*. São Paulo: Unimarco.
- Freud, S. (2006). Psicologia das massas e análise do ego. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1921).
- Herrmann, F.A. (1998). *Psicanálise da crença*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Racamier, P.C. (1983). *Los esquizofrénicos*. Madrid: Biblioteca Nueva.