ISBN: 978-85-60360-64-2

Organizadores:

Maria Izabel Calil Stamato
Marina Tucunduva Bittencourt Porto Vieira
Daisy Inocência Margarida de Lemos
Hélio Alves

PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS: REFLEXÕES E EXPERIÊNCIAS

Editora Universitária
Leopoldianum
Universidade Católica de Santos

UNIVERSIDADE
CATÓLICA
DE SANTOS

Chanceler Dom Tarcísio Scaramussa, SDB
Reitor Prof. Me. Marcos Medina Leite
Pró-Reitora Administrativa Profª. Me. Mariângela Mendes Lomba Pinho
Pró-Reitora de Graduação Profª. Me. Roseane Marques da Graça Lopes
Pró-Reitor de Pastoral Prof. Me. Pe. Cláudio Scherer da Silva

Editora Universitária
Leopoldianum

Coordenador
Prof. Me. Marcelo Luciano Martins Di Renzo

Conselho Editorial (2016)
Prof. Me. Marcelo Luciano Martins Di Renzo (Presidente)
Profª Drª Ana Elena Salvi
Prof. Dr. Gilberto Passos de Freitas
Prof. Dr. Luiz Carlos Barreira
Prof. Dr. Luiz Carlos Moreira
Prof. Dr. Luiz Sales do Nascimento
Profª Drª Maria Amélia do Rosário Santoro Franco
Profª Drª Maria Helena de Moraes Barros Flynn
Profª Drª Norma Sueli Padilha
Prof. Dr. Paulo Ângelo Lorandi
Prof. Dr. Rodrigo Christofoletti
Prof. Dr. Sergio Baxter Andreoli

Editora Universitária Leopoldianum
Av. Conselheiro Nébias, 300 – Vila Mathias
11015-002 – Santos - SP - Tel.: (13) 3205.5555
www.unisantos.br/edul

Atendimento
leopoldianum@unisantos.br

MARIA IZABEL CALIL STAMATO
MARINA TUCUNDUVA BITTENCOURT PORTO VIEIRA
DAISY INOCÊNCIA MARGARIDA DE LEMOS
HÉLIO ALVES
(ORGANIZADORES)

PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS: REFLEXÕES E EXPERIÊNCIAS

Editora Universitária
Leopoldianum

Santos, SP
2016

[Dados Internacionais de Catalogação]

Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos

---

Psicologia e políticas públicas [e-book] / Maria Izabel Calil Stamato, Marina Tucunduva Bittencourt Porto Vieira, Daisy Inocência Margarida de Lemos, Hélio Alves (Organizadores). Santos (SP) : Editora Universitária Leopoldianum, 2016.
150p.

ISBN: 9788560360642

1. Psicologia. 2. Política pública. I.Stamato, Maria Izabel Calil. II.Vieira, Marina Tucunduva Bittencourt Porto. III.Lemos, Daisy Inocência Margarida de. IV.Alves, Hélio. V. Título.

CDU e-book

Editora Universitária Leopoldianum

Editora Universitária Leopoldianum

Revisão
Aguinaldo Alves

ARCO E LIRA EDITORIAL

Planejamento Gráfico / Diagramação / Capa
Elcio Prado

Imagem Capa
Shutterstock

Sobre o Livro

• **Formato:** 160 x 230 mm • **Mancha:** 120 x 190 mm
• **Tipologia:** Minion Pro (Textos)

Este ebook foi produzido em 2016. Foi feito o depósito legal.

Colabore com a produção científica e cultural.
Proibida a reprodução total ou parcial desta obra sem a autorização da Editora.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....*7*

CAPÍTULO 1

EXCLUSÃO SOCIAL E SUBJETIVIDADE: O PAPEL DA PSICOLOGIA NA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Maria Izabel Calil Stamato.....*11*

CAPÍTULO 2

VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR E AS POLÍTICAS PÚBLICAS: IMPLICAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Hilda Rosa Capelão Avoglia, Cristinia Rosalina Fernandes e Michelle Cristine Tomaz.....*31*

CAPÍTULO 3

PRESENÇA DA PSICOLOGIA NA FORMAÇÃO DE PROFESSORES: REFLEXÕES

Marina Tucunduva Bittencourt Porto Vieira.....*53*

CAPÍTULO 4

O ADOLESCENTE E O DESAFIO DA ESCOLHA PROFISSIONAL: A RELEVÂNCIA DE AÇÕES SOCIOEDUCACIONAIS

Daisy Inocencia Margarida de Lemos , Flávia Henriques e Luana Carramillo Going.....*69*

CAPÍTULO 5

PSICOTERAPIA BREVE NA COMUNIDADE: UMA AÇÃO PREVENTIVA
Helio Alves.....91

CAPÍTULO 6

ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DIAGNÓSTICO DE DIABETES EM EQUIPE INTERDISCIPLINAR EM SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE
Thalita Lacerda Nobre.....115

CAPÍTULO 7

ATENDIMENTO EM GRUPO DE SEGURADOS DO INSS COM DOENÇAS DA COLUNA LOMBAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA E DESAFIOS
Maria do Carmo Baracho de Alencar e Maria Izabel Calil Stamato.....131

SOBRE OS AUTORES.....147

APRESENTAÇÃO

Acredito que seja nosso dever criar meios de compreensão de realidades políticas e históricas que dêem origem a possibilidades de mudança. Penso que seja nosso papel desenvolver métodos de trabalho que permitam aos oprimidos (as), pouco a apouco, revelarem sua própria realidade.

(PAULO FREIRE, 2001)

Com muita alegria e comprometimento organizamos e agora apresento este livro, que reúne uma rica coletânea de textos, resultantes de reflexões e ampla experiência acadêmica e profissional de um grupo de docentes do Curso de Psicologia da Universidade Católica de Santos, com a colaboração de egressa do Curso e colegas da Universidade Metodista de São Paulo, quase todos envolvidos na construção do Mestrado Profissional Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas.

O fio condutor da trama dos capítulos deste livro é a relação entre Psicologia e Políticas Públicas. Os autores, a partir de diferentes olhares e diversificadas práticas, expõem análises e vivências que apontam a contribuição da Psicologia no campo das políticas públicas, em especial de saúde, assistência social e educação.

As políticas públicas são aqui entendidas como políticas sociais, instrumentos de garantia de direitos individuais e coletivos de cidadania, que reúnem diferentes saberes e práticas, numa visão democrática de redução das desigualdades sociais e construção da justiça social.

Enquanto dispositivos de promoção das necessidades de desenvolvimento integral do ser humano, definidas como direitos sociais na Constituição Federal de 1988 e nas demais legislações que a seguiram e que lhes dão suporte legal, as políticas públicas têm duas dimensões indissociáveis. Uma é a dimensão objetiva, que se configura pela correlação de condições histórica, política, econômica, social e cultural de uma determinada população, localidade ou região. A segunda dimensão é a subjetiva, focada na alteridade, diversidade e especificidade dos sujeitos destinatários.

A dimensão subjetiva das politicas públicas traz para o âmbito da Psicologia, enquanto ciência e profissão, questionamentos sobre concepções naturalizantes, generalizantes e padronizadas do indivíduo e dos fenômenos psicológicos, resgatando a historicidade e a multideterminação do processo de constituição da subjetividade humana.

A complexa realidade com a qual se lida no campo das políticas públicas aponta que a homogeneização de diretrizes políticas, ações e intervenções pretensamente aplicáveis a todos, não atende necessidades específicas dos indivíduos, e não cumpre o princípio da equidade, fundamental para a superação da desigualdade social.

A contribuição da Psicologia é significativa no sentido de apresentar referenciais teóricos que ofereçam elementos para a compreensão da subjetividade enquanto resultado de um processo, que se manifesta no indivíduo, mas que se constrói nas e pelas interações sociais, inseridas em espaços sociais, constituídos por diferentes subjetividades.

A Psicologia pode ainda contribuir com a proposição de novas metodologias e tecnologias de cuidado, por meio da aliança entre pesquisa e atuação profissional, na direção de construir a competência técnica necessária para uma ação ética firmada no compromisso social.

Essa consolidação de teorias e práticas implica em problematizações e reflexões e na integração com outros saberes e fazeres, de forma a enriquecer a leitura e a compreensão dos fenômenos psicológicos e sociais, possibilitando o aprimoramento de pesquisas e a qualificação dos serviços públicos no atendimento a populações que nunca ou poucas vezes tiveram acesso à Psicologia.

Nesta visão, a atuação da Psicologia no campo das políticas públicas traz uma grande oportunidade de ampliação e aprimoramento da Psicologia, enquanto ciência e profissão, e de solidificação do papel do psicólogo de agente de transformações individuais e coletivas.

A construção deste livro tem o objetivo de contribuir para a ampliação, o aprimoramento e o fortalecimento da inserção da Psicologia no campo das políticas públicas. Ao resgatar anos de vivência de um grupo de profissionais na docência, em pesquisas e na orientação de estagiários, traz questionamentos e inquietações sobre a necessidade de consolidação e reformulação de referenciais teóricos e metodologias, visando à superação dos complexos desafios relacionados aos fenômenos psicossociais presentes na atualidade.

Na direção de responder a estes questionamentos e inquietações, os autores pretendem, ao relatar suas reflexões e suas experiências, contribuir para o resgate do sujeito presente no social e do social internalizado no sujeito. E para fortalecer a importância da presença da Psicologia nos serviços públicos de atendimento à população, por resgatar a dimensão subjetiva como pilar do processo de defesa e garantia dos direitos de cidadania, e determinante da

superação de estigmas, preconceitos e sofrimento psíquico e da construção de sujeitos protagonistas capazes de dar novo rumo às suas histórias individuais e à história coletiva.

Seguindo a heterogeneidade e diversidade humana, o livro é composto de diferentes vozes e olhares norteados por um denominador comum: o compromisso ético-político da psicologia de colocar seu saber a serviço da formação de profissionais que cumpram seu papel de mediadores ativos do processo de transformação social, por meio de sua ação na área de políticas públicas.

Nesta direção, o **Capitulo 1** - *Exclusão Social e Subjetividade: o papel da Psicologia na Política de Assistência Social* - trata da inserção da Psicologia na política de assistência social, focando a importância de se considerar a dimensão subjetiva presente no processo de exclusão social, resgatando-o como fenômeno multidimensional, que afeta a vida do indivíduo, provocando sofrimento psíquico de ordem ética-política.

O **Capítulo 2** - *A Violência Intrafamiliar e as Políticas Públicas: Implicações no Desenvolvimento Psicológico de Crianças e Adolescentes* – analisa a construção histórico-cultural dos conceitos de infância e adolescência, sua relação com o processo de perpetuação transgeracional da violência contra crianças e adolescentes e os efeitos e consequências deste fenômeno no desenvolvimento psicológico, mostrando a importância do envolvimento da psicologia, enquanto ciência e profissão, em processo de prevenção e atenção e esta situação.

O **Capítulo 3** - *A Presença da Psicologia na Formação de Professores: Reflexões* – traz reflexões sobre a experiência docente na formação de professores em Curso de Psicologia e Cursos de Licenciatura, com foco no espaço dado à Psicologia da Educação nas estruturas curriculares destes Cursos, analisando relação deste espaço com a concepção que norteia as políticas públicas regulamentadoras e organizadoras da formação docente, e as representações acerca da contribuição da psicologia neste pocesso.

O **Capítulo 4** - *O Adolescente e os Desafios da Escolha Profissional: a importância das ações socioeducativas* – aborda as angústias e indecisões presentes para grande parte dos jovens no momento de escolha profissional, evidenciando a influência da família e da mídia, com base em diferentes autores e teorias sobre a adolescência, destacando a relevância e a necessidade da implementação de ações preventivas e socioeducacionais dirigidas ao adolescente e à família, e à mídia, a partir da experiência do Programa de Orientação Vocacional da Universidade Católica de Santos.

O **Capítulo 5** - *Psicoterapia Breve na Comunidade: uma ação preventiva* – reata a experiência vivenciada e os resultados do Projeto Psicoterapia Breve ao alcance da comunidade, realizado no Curso de Psicologia da Universidade Católica de Santos, desde 1996, na Região Metropolitana da Baixada Santista, com crianças, adolescentes, adultos e terceira idade. Envolvendo alunos dos

7º e 8º semestres, como Estágio de Psicologia Institucional e Comunitária, o Projeto propõe uma metodologia de atendimento psicológico, que possibilita o acesso de populações historicamente alijadas deste atendimento, trazendo resultados positivos significativos, não apenas para os sujeitos participantes, mas principalmente para a consolidação do espaço da psicologia nas políticas públicas de saúde.

O **Capítulo 6** - *Atuação do Psicólogo com Crianças e Adolescentes com Diagnóstico de Diabetes em Equipe Interdisciplinar em Serviço Público de Saúde* – compartilha os desafios e soluções encontradas no percurso de uma equipe interdisciplinar de um serviço público de saúde, voltada ao atendimento de crianças e adolescentes com diagnóstico de diabetes mellitus, apontando a complexidade da relação com as famílias, indispensável à adesão dos pacientes ao tratamento e a importância da contribuição dos diversos saberes e profissões para a compreensão e a atenção a esta problemática de saúde coletiva.

E, finalmente, o **Capítulo 7** - *Atendimento em Grupo de Segurados do INSS com Doenças da Coluna Lombar: Relato de Experiência e Desafios* – analisa a experiência de atendimento em grupo de trabalhadores em situação de afastamento do trabalho por doenças da coluna lombar em Reabilitação Profissional, realizada em Estágio de Psicologia Institucional e Comunitária do Curso de Psicologia da Universidade Católica de Santos. A partir da vivência relatada pelos participantes, aponta a importância do aprofundamento de estudos e pesquisas sobre a temática, para maior envolvimento da Psicologia em Programas de Reabilitação Profissional e Readaptação no retorno ao trabalho.

Compartilhando neste livro o trabalho e a experiência acadêmica e profissional de um grupo de docentes, esperamos oferecer a estudantes, professores, psicólogos e profissionais da área elementos que impulsionem e potencializem suas práticas, contribuindo para ampliar a interlocução e o espaço da Psicologia na área das políticas públicas.

MARIA IZABEL CALIL STAMATO

Capítulo 1

EXCLUSÃO SOCIAL E SUBJETIVIDADE: O PAPEL DA PSICOLOGIA NA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Maria Izabel Calil Stamato

INTRODUÇÃO

A exclusão social, campo definido historicamente como de atuação profissional do Serviço Social (LOAS), tem assistido nos últimos anos, após a aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a presença cada vez mais intensa da Psicologia, caracterizando-se hoje como uma desafiante área de exercício profissional, que garante e coloca em prática o compromisso social e ético-político da Psicologia.

A reflexão aqui colocada busca analisar a importância de a formação do psicólogo incluir a preparação para atuar nas políticas públicas, aproximando-se de teorias que forneçam subsídios para a compreensão histórico-social do processo de constituição da subjetividade humana.

E para iniciar esta reflexão, cabe conceituar políticas públicas. De acordo com Palmeira e Lechner (1996), as políticas públicas são instrumentos de garantia dos direitos constitucionais de cidadania, e seu principal objetivo, ao nível ideológico, é reduzir as desigualdades sociais e assegurar a justiça, redirecionando a sociedade em torno do interesse e bem estar coletivo.

Silveira et al. (2007) ampliam a concepção de políticas públicas, definindo-as como um:

> Conjunto de normas que orientam práticas e respaldam os direitos dos indivíduos em todos os níveis e setores da sociedade. Elas devem ter como base os princípios da igualdade e da equidade, disseminando o sentido de justiça social. Por meio delas, os bens e serviços são distribuídos, redistribuídos, de maneira a garantir o direito coletivo e atender às demandas da sociedade (p. 21).

Impulsionadas pela necessidade de respostas aos problemas sociais, as políticas públicas nascem na perspectiva de apresentar soluções concretas para

as dificuldades percebidas nas áreas de saúde, educação, assistência social, trabalho e outras.

Segundo Gonçalves (2003), as principais características das políticas públicas englobam seu caráter democrático, por meio do qual se efetiva o acesso universal aos direitos sociais básicos; seu caráter ético-político, de respeito às necessidades e peculiaridades da população; e seu caráter de promoção da cidadania, por meio do fortalecimento dos mecanismos de participação da população a que se destinam.

Enquanto o caráter democrático promove a universalidade das políticas públicas, o caráter ético-político garante o respeito à equidade, e o caráter de promoção da cidadania impulsiona o fortalecimento do protagonismo da população.

Envolvendo a dimensão social e a política, relativas ao campo do poder público, responsável por sua implementação, e ao campo da participação social, as políticas públicas apresentam ainda uma dimensão subjetiva, na medida em que, para garantir sua eficácia, precisam levar em conta a alteridade e singularidade dos sujeitos à que se propõem atingir, e os aspectos sócio-históricos da produção social do humano (CALIL STAMATO, 2008).

A inserção da Psicologia nas políticas públicas ancora-se justamente em sua dimensão subjetiva. E o objetivo de refletir sobre o papel da Psicologia na política de assistência social é resgatar o sujeito perdido nas análises econômicas e sociais que predominam neste campo, por meio da análise da dimensão subjetiva do processo de exclusão social, dando concretude à concepção norteadora do Sistema Único de Assistência Social.

1. Assistência Social: um novo e desafiante campo de atuação para a Psicologia

A Constituição Federal de 1988, considerada Constituição Cidadã, por transformar necessidades básicas de desenvolvimento em direitos, a serem garantidos pelas políticas públicas, criou o Sistema Brasileiro de Seguridade Social, sistema de proteção social, que abrange previdência social, saúde e assistência social. Definida como um "conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" (CF, art. 194, caput), a seguridade social tem como diretrizes fomentar a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, por meio da erradicação da pobreza e da marginalização, da redução das desigualdades sociais e da promoção do bem de todos.

Na continuidade deste processo, visando normatizar a política de assistência social, foi aprovada, em 7 de dezembro de 1993, a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS – Lei 8.742), que define a assistência social como política pública de garantia e promoção da cidadania da população em situação de exclusão, com os seguintes objetivos (Art. 2º):

> I - a proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos, especialmente: (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)
>
> a) a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)
>
> b) o amparo às crianças e aos adolescentes carentes; (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)
>
> c) a promoção da integração ao mercado de trabalho; (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)
>
> d) a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; e (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)
>
> e) a garantia de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família; (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)
>
> II - a vigilância socioassistencial, que visa a analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e nela a ocorrência de vulnerabilidades, de ameaças, de vitimizações e danos; (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)
>
> III - a defesa de direitos, que visa a garantir o pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais. (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011) (LOAS, 1993).

A concretização dos objetivos da Lei Orgânica de Assistência Social – enfrentamento da pobreza, garantia dos mínimos sociais e promoção da universalização dos direitos sociais – impõe a articulação e integração das políticas setoriais, e das iniciativas do Estado e das entidades e organizações de assistência social, sem fins lucrativos, que prestam atendimento, assessoramento e

atuam na defesa e garantia de direitos de famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal.

A Lei Orgânica da Assistência Social define ainda, no Artigo 6º, que a gestão das ações na área de assistência social deve ser organizada por meio de um sistema descentralizado e participativo, denominado Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que visa à proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice, com base de organização no território. O SUAS é integrado por órgãos públicos da esfera governamental, pelos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Assistência Social e pelas entidades e organizações de assistência social. Estrutura-se em dois níveis de proteção, integrados e articulados em rede: proteção social básica e proteção social especial.

A proteção social básica é oferecida nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), envolvendo serviços, "programas, projetos e benefícios da assistência social, voltados a prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários" (Art. 6º, LOAS).

A proteção social especial é de responsabilidade do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), que compreende um

> conjunto de serviços, programas e projetos que tem por objetivo contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, a defesa de direito, o fortalecimento das potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de violação de direitos (Art. 6º, LOAS).

A Política Nacional de Assistência Social, aprovada pelo Conselho Nacional de Assistência Social, em 2004, representa um marco na nova configuração da assistência social no cenário contemporâneo. Rompendo com práticas de assistencialismo, clientelismo e manutenção da subalternidade da população vulnerável, que nada têm a ver com políticas públicas e com o compromisso do Estado com a sociedade, garante à assistência social o *status* de pilar do Sistema de Proteção Social no âmbito da Seguridade Social.

Buscando superar a visão historicamente construída de campo de caridade e favores políticos, a concepção de assistência social como direito à proteção social e à seguridade social é aliada ao desenvolvimento humano e social e implica incremento das capacidades e da autonomia de famílias e indivíduos.

A ressignificação da assistência social representa um grande desafio e passa por uma visão social inovadora, pautada: 1. na dimensão ética de incluir "os invisíveis"; 2. na capacidade de conhecer riscos, vulnerabilidades sociais,

recursos e possibilidades de enfrentá-los; 3. na confrontação da leitura macro e macrossocial, que possibilite compreender que as circunstâncias e os requisitos sociais circundantes do indivíduo e dele em sua família são determinantes para sua proteção e autonomia; 4. no reconhecimento de necessidades e possibilidades ou capacidades que devem e podem ser desenvolvidas, assim como desejos em superar a situação atual; 5. na identificação de forças e não só fragilidades das situações de vida.

Essa visão exige o fortalecimento do protagonismo social da população em condição de vulnerabilidade e risco, expresso na prática do controle social. E a implementação de estratégias e ações inovadoras, que contribuam efetivamente para a superação da manutenção da subalternidade e promoção de maior nível de conhecimento e consciência sobre os determinantes e as consequências do processo de desigualdade social, assim como sobre seus efeitos na constituição da subjetividade social e individual.

E aqui entra a contribuição da Psicologia, com seus conhecimentos teóricos e metodológicos, que ampliam a dimensão exclusivamente econômica e coletiva das questões sociais, focada na resolução de questões de natureza objetiva. Resgatando a subjetividade como dimensão fundamental para a superação da condição de exclusão, a Psicologia contribui ainda para garantir o princípio da equidade e o respeito às especificidades, que devem nortear as políticas públicas.

Trazendo o olhar da subjetividade para as questões até então vistas como exclusivamente objetivas e sociais, a Psicologia também se expande como ciência e profissão, na medida em que atuar na dimensão social abre a possibilidade de rever conceitos e práticas que entendem o sujeito como resultado de um processo individual, desvinculado de sua historicidade e de seu contexto cultural, econômico e objetivo.

2. A Dimensão Subjetiva da Exclusão Social

O conceito de exclusão que norteia estas reflexões ancora-se na concepção de pobreza como uma experiência limite ou de ruptura com os parâmetros de vida legitimados pela sociedade, associada à desagregação afetiva e à desordem social e, por isso, passível de ser transformada em marginalização no interior do imaginário social. Imaginário este que também determina as formas como as classes empobrecidas interpretam e pensam sua própria condição, assumindo uma relação que pareia criminalidade, pobreza e desordem moral (TELLES, 1990).

De acordo com Wanderley (2004), a pobreza é um fenômeno multidimensional, vinculado às desigualdades presentes na sociedade e diretamente associado ao processo de exclusão social, não se reduzindo apenas a uma questão econômica, mas abrangendo ausência de poder de ação e de representação.

A situação de exclusão social, realidade de uma grande parcela da população brasileira, vem sendo profundamente estudada pelas ciências sociais, numa tentativa de superar as visões reducionistas, que analisam apenas seus efeitos econômicos. E compreender suas consequências para a constituição dos indivíduos enquanto sujeitos sociais, visando o rompimento dos mecanismos que favorecem sua perpetuação.

Neste movimento de superação da análise reducionista da exclusão, Sawaia (2004) referencia-se na teoria sócio-histórica para desvelar as dimensões políticas, relacionais e subjetivas da exclusão, definindo-a como um processo complexo e multifacetado, configurado pelo recalcamento em todas as esferas da vida social do indivíduo. Caracterizada dialeticamente como oposição e parte constitutiva da inclusão, a exclusão determina necessidades do eu, sentimentos, significados e ações.

Nessa mesma linha, Sposati (1996) analisa que a exclusão, como fenômeno de âmbito social, decorrente da lógica dominante nas relações econômicas, sociais, culturais e políticas, relega o indivíduo à condição de inferioridade. Unindo pobreza, discriminação, subalternidade, desigualdade, dificuldade de acesso a bens e serviços, impossibilidade de representação pública e de participação na vida produtiva e cultural, a exclusão gera vivências de privação, recusa, abandono e intenso sofrimento.

Os estudos sociológicos sobre os processos excludentes destacam a interdependência entre capitalismo e exclusão. Para Véras (2004), a lógica estruturante da sociedade capitalista, o respeito ao mercado, é geradora de exclusão, na medida em que desenraíza e brutaliza as pessoas, para depois buscar sua inclusão.

> Em outras palavras, o momento transitório da passagem de exclusão para a inclusão está se transformando num modo de vida que permanece: o modo de vida do excluído, que não consegue ser reincluído. E tal modo de vida compromete sua dignidade, sua capacidade de ser cidadão, sua condição humana, do ponto de vista moral e político (VÉRAS, 2004, p. 40).

Assim, o atual sistema de relações sociais, em que o capital determina o valor e o lugar social das pessoas, origina uma "nova exclusão", sustentada em dois significados sociais interdependentes.

De um lado, o conceito de *desnecessários economicamente*, atribuído aos indivíduos que, sem qualificação profissional, não conseguem se inserir no mercado de trabalho, tornando-se inúteis ao universo produtivo e, consequentemente, à sociedade. Como analisa Wanderley (2004, p. 17-18):

> Na verdade, existem valores e representações do mundo que acabam por excluir as pessoas. Os excluídos não são simplesmente rejeitados física, geográfica ou materialmente, não apenas do mercado e de suas trocas, mas de todas as riquezas espirituais, seus valores não são reconhecidos, ou seja, há também uma exclusão cultural.

De outro lado, o estigma de *perigo*, atribuído a esta população, pelo fato de viver em precárias e subumanas condições de sociabilidade, muito distantes dos padrões considerados *normais*.

Para Véras (2004), nesta *nova exclusão*, o excluído não é reconhecido como sujeito, é estigmatizado e considerado perigoso ou nefasto para a sociedade. E isto se reflete na forma como ele se constitui enquanto sujeito, pois não sendo reconhecido como sujeito, não reconhece a si mesmo como sujeito e não atua como sujeito.

Esse mecanismo revela como o ciclo da exclusão se fortalece e se reproduz por meio dos significados sociais que o imaginário coletivo atribui à pobreza, os quais reforçam e ampliam o processo de segregação, levando o próprio excluído a acreditar na irreversibilidade de sua condição.

Resultante de um estado estrutural ou conjuntural de organização social, que norteia as formas de tratamento dadas às pessoas, a exclusão induz, material ou simbolicamente, as relações sociais marcadas pela diferença e pela discriminação. E quanto mais preconceituoso for o sistema de valores e crença da organização social, maior será a tendência de segregar e estigmatizar aqueles que se encontram na condição de excluídos.

A intrínseca relação entre sistema de valores sociais e práticas excludentes é ressaltada por Jodelet (2004), ao analisar a mediação dos preconceitos e estereótipos no processo de exclusão.

Para ela, estes dois tipos de processos mentais são mediadores-chaves do processo de exclusão, porque através deles pessoas e grupos são caracterizados e julgados, por pertencer a determinada categoria social ou por apresentar um ou mais atributos desta categoria. Esta categorização segmenta o meio social

em classes, acentuando as semelhanças de uma mesma categoria e as diferenças entre elas, o que origina discriminações, uma vez que a tendência das pessoas é favorecer o seu grupo de pertencimento e desfavorecer o grupo do qual se distingue.

Esta tendência, resultante da necessidade de pertencimento social, leva as pessoas a se implicarem emocionalmente com o grupo do qual fazem parte, identificando-se de tal forma com seus valores, que passam a defendê-lo e a discriminar, até excluir, os que dele não fazem parte.

A diversidade da dinâmica de pertencimento social nas classes sociais revela os efeitos dos preconceitos e estereótipos sobre as pessoas que são seus alvos, pois enquanto nos grupos dominantes há uma acentuação das particularidades e diferenciação das identidades, nos grupos dominados a ênfase se desloca para a homogeneização e a definição de uma identidade social.

Ao enfatizar a influência dos preconceitos e estereótipos no sistema psíquico, Jodelet (2004) destaca pesquisas feitas nos Estados Unidos, na década de 1970, sobre as consequências da discriminação racial nos negros. Estas pesquisas apontaram a presença de sentimentos de insegurança e inferioridade, e interiorização de imagens negativas veiculadas e imputadas pela sociedade, em pessoas pertencentes a *status* marginalizados, privados de prestígio e poder. Mostraram ainda que, ao limitar as chances sociais, a exclusão provoca desorganização familiar e comunitária, socialização defeituosa, perda de sinais identificatórios e desmoralização. E indicaram os perversos efeitos autorrealizadores dos preconceitos que, interiorizados por aqueles que são seus alvos, induzem a comportamentos que confirmam as expectativas sociais.

A partir desta perspectiva, a exclusão instala-se e se mantém graças à construção de uma alteridade, baseada nas representações sociais, tendo os preconceitos e estereótipos um papel fundamental na segregação de indivíduos e na regulação de relações entre grupos em situações de confronto social ou político.

Associando estereótipos de deslegitimação, ancorados na falta de importância econômica e na associação com perigo, a sociedade exclui alguns grupos do campo de normas e valores aceitáveis, gerando, no imaginário social, uma imagem de desumanidade dos excluídos, e desencadeando, nos demais setores da sociedade, sentimentos de ameaça, hostilidade, desconfiança, irritação e medo (VÉRAS, 2004).

Assim, os estereótipos e preconceitos, transformados em significados sociais, desencadeiam um perverso mecanismo de inclusão, na medida em que

a única forma de o excluído se tornar incluído é pelo processo de desqualificação social. Paugam conceitua desqualificação social como:

> [...] o movimento de expulsão gradativa, para fora do mercado de trabalho, de camadas cada vez mais numerosas da população – e as experiências vividas na relação de assistência, ocorridas durante as diferentes fases desse processo. Cumpre realçar que o conceito de desqualificação social valoriza o caráter multidimensional, dinâmico e evolutivo da pobreza e o status social dos pobres socorridos pela assistência (PAUGAM, 2004, p. 68).

Marcando a relação da sociedade com a população classificada como pobre, por depender dos serviços de assistência social, a desqualificação social gera sentimentos de desvalorização e de inferioridade. E, transformada em estigma, provoca alteração de identidades, impedindo o sentimento de pertença a determinada classe social e prejudicando a integração na sociedade.

Isso se reflete no enfraquecimento e fragilização dos vínculos sociais, fenômenos que, agravados, podem levar ao seu rompimento total, última fase do processo de desqualificação social, caracterizada por alto grau de marginalização.

É o que ocorre com os moradores de rua. Pesquisas europeias, citadas pelo autor, revelam que os vínculos sociais evoluem da fragilidade para a ruptura, de acordo com o agravamento da desqualificação social, gerado pelo tempo de vida nas ruas.

Nestas pesquisas, muitos moradores de rua, desprovidos de vida familiar, amor e confiança, mostraram-se afetivamente carentes, não mantendo contato com a família por não se sentirem capazes de corresponder às expectativas destas. Ao melhorar sua situação e retomar a confiança em si, buscavam reatar os laços familiares.

Quanto menor o período de vivência na rua, maior era a necessidade de integração social, e maior a procura por serviços assistenciais, como abrigos. Já os indivíduos que se encontravam nas ruas há mais tempo, desconfiavam destes serviços, definiam-se como marginais e colocavam como prioridade encontrar alguém para conversar. A solidão era amenizada pela companhia de animais, que, por outro lado, aumentavam a marginalização, dificultando o acesso a albergues e o contato com outras pessoas na mesma situação.

As pessoas que viviam há mais tempo nas ruas mostraram sentir-se desprezadas pelos outros segmentos sociais, não acreditavam na possibilidade de melhora de suas vidas e não tinham perspectivas de futuro. Interiorizando sua

condição marginal e sua desqualificação, procuravam apenas a satisfação imediata de suas necessidades.

A busca dos mínimos necessários à sobrevivência leva esta população aos serviços de assistência social, que possibilitam o acesso à *cidadania protegida*, forma camuflada de controle social, em que a exclusão se legitima por meio de um processo de inclusão perversa.

A partir da relação dialética exclusão-inclusão, a sociedade, ao inserir as pessoas que vivem em meios desfavorecidos nas margens de sua estrutura, contribui para a criação de um lugar social desvalorizado, gerador de sofrimento e determinante de sua subjetividade.

> Há então a projeção para a esfera da subjetividade da inutilidade, do não reconhecimento da potencialidade do sujeito para participar da vida coletiva e integrar-se aos valores sociais considerados positivos. A sensação de inutilidade se apresenta seja difusa, como um mal-estar, seja de modo claro, sendo objeto de representações explícitas. Mas ela é sempre geradora de sofrimento psíquico, o qual, por ter raiz social, deve ser considerado como sofrimento social (CARRETEIRO, 2004, p. 92-93).

O sofrimento provocado pela exclusão, legitimado no interior da proteção social pela caracterização de vulnerabilidade, leva à transferência para o âmbito individual de um sentimento cuja origem é social. Absorvido pela subjetividade do indivíduo e transformado em sofrimento individual, provoca dupla penalização do excluído: uma decorrente da própria condição de exclusão e outra do processo de interiorização e autorresponsabilização pelo sofrimento provocado por esta condição.

3. Sofrimento Ético-político: os efeitos da exclusão na subjetividade

A análise do sofrimento presente na exclusão possibilita o resgate do indivíduo, perdido nas dimensões econômicas e políticas deste fenômeno, que afeta o cotidiano, reduz a capacidade de autonomia e determina subjetividades constituídas à margem da sociedade e do progresso.

> A exclusão vista como sofrimento de diferentes qualidades recupera o indivíduo perdido nas análises econômicas e políticas, sem perder o coletivo. Dá força ao sujeito, sem tirar a responsabilidade do Estado. É no sujeito que se objetivam as várias formas de exclusão, a qual é vivida como motivação, carência, emoção e necessidade do eu. Mas ele não é uma mônada responsável por sua situação

> social e capaz de, por si mesmo, superá-la. É o indivíduo que sofre, porém, esse sofrimento não tem a gênese nele, e sim em intersubjetividades delineadas socialmente (SAWAIA, 2004, p. 98-99).

O sofrimento vivido pelo sujeito, mas que tem origem na situação social, é conceituado pela autora como sofrimento ético-político, fenômeno ao mesmo tempo objetivo e subjetivo, determinado pelo contexto histórico, e constitutivo do pensamento e da ação.

Atuar no sofrimento ético-político decorrente da exclusão social é fundamental para a implementação da nova concepção de assistência social, base da Lei Orgânica da Assistência Social e do Sistema Único de Assistência Social. Valorizando a dimensão subjetiva da exclusão, define e fortalece o papel da Psicologia na política de assistência social.

Mas essa atuação necessita de um referencial teórico que conceba o sofrimento psíquico para além da visão individual, focada na história de vida, limitando o social e coletivo a cenário ou pano de fundo da constituição de subjetividades.

Na perspectiva da Psicologia Social, a teoria histórico-cultural de Vigotski (1998), ao enfatizar as complexas transformações que caracterizam o desenvolvimento humano e conceber o social como elemento constitutivo do homem, contribui de forma significativa para a compreensão dos determinantes culturais, sociais e históricos da subjetividade humana e do sofrimento resultante da condição de exclusão.

A mediação é um conceito central para a compreensão do funcionamento psicológico na teoria de Vigotski (1998). É definida como a intervenção de um elemento intermediário em uma relação, que passa a ser mediada por esse elemento. Para o autor, a relação do homem com o mundo é mediada por dois elementos: instrumentos e signos. O instrumento é um objeto social, externo ao indivíduo, que medeia a relação do homem com seu objeto de trabalho, possibilitando a transformação da natureza. Os signos são chamados de *instrumentos psicológicos*, orientam-se para o próprio indivíduo e auxiliam no controle dos processos psicológicos.

No desenvolvimento do funcionamento psíquico, pelo processo de internalização decorrente das interações sociais, os instrumentos externos transformam-se em signos internos, que são "representações mentais que substituem os objetos do mundo real" (OLIVEIRA, 2005, p. 35). Essas representações mentais da realidade são os principais mediadores da relação do homem com o mundo exterior e, compartilhadas pelos membros de um

grupo social, geram sistemas simbólicos complexos e articulados, por meio dos quais são atribuídos os significados sociais.

Os significados socialmente dados são transmitidos pela linguagem, processo básico de mediação das relações entre os seres humanos, definindo as formas como o indivíduo percebe o mundo e age sobre ele, ou seja, estabelecendo a mediação do homem com a realidade.

Assim,

> [...] os grupos culturais em que as crianças nascem e se desenvolvem funcionam no sentido de produzir adultos que operam psicologicamente de uma maneira particular de acordo com os modos culturalmente construídos de ordenar o real (OLIVEIRA, 2005, p. 37).

Vigotski (1998) destaca o significado como unidade básica do comportamento humano, princípio organizador do desenvolvimento da consciência e inseparável da palavra. Enquanto fenômeno intersubjetivo, social e histórico, reverte-se em ideologia, originando emoções, significados radicados no viver cotidiano, que interferem no sistema psicológico pela mediação das intersubjetividades, das relações entre diferentes seres humanos. E também define atitudes e comportamentos, uma vez que as reações humanas se dão a partir das ligações semânticas, são respostas a ideias e não apenas a estímulos neurobiológicos.

Com base nesta concepção de significado, Sawaia (2004) analisa que o sofrimento ético-político varia historicamente, conforme a mediação priorizada no processo de exclusão social (raça, gênero, idade, classe). Sintetizando, afirma que:

> [...] o sofrimento ético-político abrange as múltiplas afecções do corpo e da alma que mutilam a vida de diferentes formas. Qualifica-se pela maneira como sou tratada e trato o outro na intersubjetividade, face a face ou anônima, cuja dinâmica, conteúdo e qualidade são determinados pela organização social. Portanto, o sofrimento ético-político retrata a vivência cotidiana das questões sociais dominantes em cada época histórica, especialmente a dor que surge da situação social de ser tratado como inferior, subalterno, sem valor, apêndice inútil da sociedade. Ele revela a tonalidade ética da vivência cotidiana da desigualdade social, da negação imposta socialmente às possibilidades da maioria apropriar-se da produção material, cultural e social de sua época, de se movimentar no espa-

> ço público e de expressar desejo e afeto (SAWAIA, 2004, p. 104-105).

Para ela, o sofrimento vivido pelo excluído, a partir das relações e das vivências cotidianas decorrentes de sua condição social, revela como a lógica excludente opera no nível do indivíduo e determina sua subjetividade, com a internalização da desvalorização, da desqualificação e da deslegitimidade social. E também desvela a espoliação humana subjacente aos mecanismos de integração social, e a relação entre exclusão e inclusão enquanto dimensões complementares do processo de desigualdade, injustiça e exploração.

A experiência de trabalho na área da assistência social, especialmente com população em situação de risco social, mostra que o processo de exclusão afeta corpos e subjetividades, provocando muito sofrimento, sendo o maior deles o descrédito social. Mostra também que estes indivíduos, sistematicamente desvalorizados e estigmatizados pela sociedade, constroem e mantêm representações negativas sobre si mesmos.

A mensagem subjacente em seus discursos e ações expressa o desejo de se igualar, distinguir-se e ser reconhecido pela sociedade, determinando comportamentos e reações, muitas vezes agressivos e antissociais, que acabam por aprofundar seu enlaçamento com a própria condição de exclusão.

Mello (2004) analisa que a vida nas grandes cidades traz alguns complicadores para a população em situação de exclusão. A convivência de segmentos sociais antagônicos, em um mesmo espaço físico e simbólico, evidencia os contrastes, gera consciência das diferenças e provoca distorções nas percepções intersubjetivas, marcando profundamente a subjetividade.

Ao mesmo tempo, o desconhecimento sobre a cidade e seus habitantes amplia a sensação de impotência da população diante de acontecimentos, que ultrapassam a capacidade de compreensão. A insegurança e o temor levam a percepções que originam imagens carregadas de preconceitos, fixadas por mensagens permanentes e estereotipadas, que associam pobreza a traços de caráter indesejáveis.

Ao não se reconhecer nas imagens de pobreza, a classe dominante passa a conferir ao pobre um grau de humanidade menor que o seu, atribuindo-lhe o significado de diferente, pouco humano. Facilmente a desigualdade transforma-se em inferioridade e o desconhecimento em temor.

Costa (1989) faz uma análise bastante interessante deste processo:

> O que há muito era experimentado por uma parcela expressiva dos excluídos da elitista ordem social brasileira, passa no momento a ser vivido pelos beneficiários dessa

> ordem, em especial pelas classes médias. Acossados pela extorsão do fisco, pelo medo do assalto na esquina, pelo rebaixamento dos salários, do poder de compra e do nível de vida, pelo fantasma do desemprego e do subemprego, pelo receio da perda de controle na educação das crianças, motivado entre outras coisas pela difusão do consumo de drogas, etc..., os indivíduos deste grupo vivem um pesadelo, sem esperanças de acordar. Este é o terreno fértil à reiteração automática das defesas narcísicas, defesas que não cedem facilmente à pressão de convicções nacionais. O temor de sucumbir, instigado até esse limite, produz uma aderência ao mecanismo conservador de autopreservação, bem mais sensível a soluções mágicas que a soluções reais. As propostas de pena de morte para delinquentes de pés descalços, e o desejo nostálgico de retorno ao autoritarismo, são alguns dos sintomas dessa aspiração mágica a uma ordem eficiente, rápida e onipotente, que ponha um termo ao caos generalizado (COSTA, 1989, p. 38-39).

Associando pobreza e violência, a sociedade atual trava uma batalha contra os pobres, discriminando, coisificando, negando sua existência e determinando a constituição de subjetividades impregnadas pelo sofrimento de não serem reconhecidos como pessoas (MELLO, 2004).

A culpabilização coletiva dos pobres, instigada pelos meios de comunicação, fortalece o significado de seres menos humanos que os demais e leva à perda do sentido pessoal, por meio da transformação de pessoas em rótulos: carentes, favelados, ladrões, menores infratores, delinquentes, criminosos, bandidos, viciados.

O forte sentimento de discriminação, vivido diariamente em situações de violência e humilhação, e intensificado pelos meios de comunicação, leva a uma identificação de cidadãos de segunda categoria, que assume culpa por sua própria condição de exclusão.

Como já analisado em texto anterior (CALIL, 1999), com uma vida repleta de carências de ordem econômica, afetiva e social, a população empobrecida nasce, cresce e se constitui como sujeito em uma sociedade marcada pelos contrastes sociais, pela injusta concentração de riquezas, pela frustração, pela violência, pelo lixo, pelo abandono e pela exclusão. Para reagir à impotência diante desta situação, utilizam as mesmas estratégias de violência que a sociedade lhes impõe.

Morando em barracos precários, sem chão seguro, correndo riscos constantes de contaminação pelos mais variados tipos de doenças, e com vivências

de abandono e de violação constante de direitos, milhares de indivíduos vão se constituindo como sujeitos sociais.

A atuação do psicólogo nessa realidade, enquanto profissional dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), traz a contribuição da Psicologia para a compreensão e a intervenção construtiva na constituição da subjetividade de famílias acostumadas a conviver com a sujeira, o mau cheiro, o lixo, com cadáveres expostos pelas ruas, em ambientes onde a morte, a violência e a exclusão fazem parte do cotidiano, banalizando-se e perdendo seu sentido trágico (CALIL, 1999).

A organização econômica, política e social, marcada por valores capitalistas, define desejos, necessidades, emoções e valores, e impõe uma ética invertida que valoriza o ter, o lucro a qualquer preço, o capital em detrimento do ser humano. As pessoas passam a acreditar que, possuindo objetos valorizados pelo consumo, como roupas e tênis de marca, podem se tornar indivíduos reconhecidos e valorizados socialmente.

A associação entre identidade e posse de objetos provoca uma coisificação das pessoas, que passam a ser aquilo que têm e não, na verdade, aquilo que são. Gerando necessidades supérfluas e uma constante insatisfação, os valores capitalistas levam as pessoas a pensarem que aquilo que lhes falta está materializado em um objeto que pode ser adquirido.

Ser cidadão, sujeito de direitos, indivíduo, nesta sociedade, passa necessariamente pela possibilidade de compra e de acesso a bens de consumo cada vez mais sofisticados. O reconhecimento das pessoas, enquanto indivíduos e cidadãos, passa necessariamente pela posse de bens materiais e se torna extremamente complexo em sociedades desiguais e excludentes.

Sendo os valores sociais significados determinantes das relações intersubjetivas, mediadoras da constituição da subjetividade, acabam por desencadear, em pessoas que vivem em condições de extremo risco, estratégias de violência, como instrumentos de satisfação de desejos e necessidades impostos pela sociedade.

Inseridos em um contexto histórico e social, marcado pela exclusão, os indivíduos estabelecem relações norteadas por normas ou leis consideradas corretas pela sociedade, que institucionalizam seus comportamentos, atribuindo significados às suas ações e garantindo a manutenção de seu grupo social (CALIL, 2008).

Para enfrentar a pobreza material, afetiva e social de suas vidas, indivíduos empobrecidos buscam fugir de sua condição de excluídos, adquirindo modos

próprios de vida e desenvolvendo formas específicas de garantir sua sobrevivência, de conviver e de ver o mundo e a cidade, que muitas vezes agrava sua situação de exclusão social.

A população empobrecida precisa da oportunidade de uma ancoragem subjetiva saudável, para que possa se constituir enquanto indivíduo e se sentir sujeito de sua história, para que possa se sentir igual aos outros. E isto passa necessariamente pela mudança do meio social, pela aproximação entre a realidade e a fantasia, mostrada nos meios de comunicação.

Passa ainda pelo atendimento de suas necessidades básicas de crescimento e desenvolvimento em um meio ambiente sadio, com moradia digna, onde possa se sentir bem e construir-se enquanto sujeito, expressando seus afetos e desejos, com respeito e solidariedade, de forma a constituir sua subjetividade em bases positivas, resgatando a valorização de sua própria vida. Relações satisfatórias do indivíduo com o mundo e com o ambiente em que vive são fortes fatores de proteção a situações de risco.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões acima apresentadas reforçam o desafio colocado aos psicólogos quando chamados a atuar na área da assistência social, e concretizar o compromisso ético-político da Psicologia.

Até recentemente e ainda hoje, em uma grande parte dos Cursos de Psicologia, a formação é focada nas três vertentes historicamente constitutivas da profissão – Escolar, Organizacional e Clínica. Mesmo com experiências em diferentes espaços públicos, assistenciais e comunitários, desde a década de 1980, que fomentaram as primeiras discussões sobre a Psicologia Institucional e Comunitária, e com a grande ampliação de mercado de trabalho na área de políticas públicas, ainda se percebe forte resistência de ultrapassar a visão clínica e ampliar as referências para a atuação do psicólogo nesta área.

Apesar de todo avanço conquistado na Constituição Federal de 1988 e da concepção inovadora que norteia a política de assistência social, definida na LOAS e normatizada pelo SUAS, Mancebo (2010) analisa que, na realidade atual, assiste-se a um retrocesso social, expresso na

> [...] tendência à retomada de um sistema de proteção social baseado em valores morais, assentado no voluntariado, na caridade, desvinculado da noção de direito, fundamentado no compromisso da sociedade civil com os infortúnios individuais e calcado no assistencialismo (MANCEBO, 2010, p. 12-13).

Neste contexto, ganha especial destaque a participação da Psicologia, por resgatar, numa perspectiva interdisciplinar, o aspecto subjetivo das diferentes formas de organização social e das práticas e experiências humanas, e abrir uma nova zona de sentido no estudo dos fenômenos sociais.

Mas conquistar o espaço destinado à Psicologia nas políticas públicas passa por uma revisão do processo de formação, incluindo referenciais teóricos que superem as visões universais, naturalizadas e padronizadas sobre os indivíduos e suas subjetividades, incapazes de dar conta dos fenômenos presentes no campo das políticas públicas. E ainda referenciais metodológicos de ação e intervenção válidos e aplicáveis aos indivíduos atendidos na política de assistência social.

A necessidade de preparar profissionais para atuar no campo das políticas públicas desencadeou a criação do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). O CREPOP tem como objetivo identificar práticas relevantes na área das políticas públicas, sistematizando e documentando essas práticas para disponibilizá-las à sociedade. A meta é

> a produção de informação qualificada, capaz de ampliar a capacitação dos psicólogos na compreensão das políticas públicas de modo geral e a compreensão teórico-técnica do processo de elaboração, planejamento, execução das políticas públicas nas diversas áreas específicas: saúde, educação, Assistência Social, criança e adolescente e outras (CREPOP, 2007, p. 6).

A preparação do futuro profissional passa pela inclusão destas Referências Técnicas no processo de formação profissional, e também por referenciais teóricos que resgatem as subjetividades contemporâneas como resultantes de um processo histórico, que atribui significados diferenciados a certos aspectos em detrimento de outros. Significados estes que podem ser transformados por meio de uma intervenção alinhada ao compromisso ético-político da profissão.

Um dos referenciais teóricos que contribuem de forma significativa para a atuação profissional nas políticas públicas é a psicologia sócio-histórica, por conceber a constituição da subjetividade a partir de sua produção histórica, permitindo a formulação de intervenções voltadas à emancipação dos indivíduos e ao seu reconhecimento de sujeitos de direitos, ativos protagonistas da melhoria de suas condições de vida.

Possibilitando a compreensão da gênese dos fenômenos psicológicos na realidade histórica e material que os constitui e o desvelamento das mediações

presentes nesse processo, a Psicologia sócio-histórica fortalece a dimensão subjetiva dos fenômenos sociais, contribuindo para a elaboração de políticas públicas voltadas à transformação social.

Os recursos teóricos e metodológicos desta linha teórica fornecem ao profissional de Psicologia subsídios para

> resgatar o homem de seus medos, de sua introjeção, torná-lo saudável, no sentido de ter condições de participar da transformação da realidade que o oprime: no sentido de explicitar contradições e articular coletivos que compartilhem os mesmos interesses de transformação social (GONÇALVES, 2010, p. 24).

Assim, incluir referenciais teóricos e metodológicos adequados às políticas públicas na formação profissional do psicólogo, preparando-o para atuar na formulação, gestão e execução das políticas públicas, implica fortalecer o compromisso social da Psicologia, colocando-a a serviço da constituição de sujeitos envolvidos em projetos coletivos, que inserem seu projeto de felicidade individual na felicidade coletiva. Sujeitos capazes de se tornarem ativos protagonistas da construção de um mundo mais justo e igualitário.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. *Lei Orgânica da Assistência Social*. Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm> Acesso em: 20 abr. 2016.

_____. Presidência da República. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> Acesso em: 20 abr. 2016.

CALIL, Maria Izabel. *A constituição da subjetividade em menino de rua* – Análise de um caso na cidade de Santos. 2008. 163 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) –Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

_____. Os desafios da organização da população em um trabalho comunitário. *Ação Comunitária – Órgão Informativo do Núcleo de Extensão Comunitária da Universidade Católica de Santos*. Santos, Editora Universitária Leopoldianum, ano 3, p. 61-68, 1999.

CALIL.STAMATO, Maria Izabel. *Protagonismo juvenil:* uma práxis sócio-histórica de ressignificação da juventude. 2008. 222 p. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

CARRETEIRO, Teresa Cristina. A doença como projeto – Uma contribuição à análise de formas de afiliações e desafiliações sociais. In: SAWAIA, Bader (Org.). *As artimanhas da exclusão* – Análise psicossocial e ética da desigualdade social. 5. ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2004. p. 87-95.
COSTA, Jurandir Freire. *Psicanálise e moral*. São Paulo: Educ, 1989.
CREPOP. Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas. *Referências t*écnicas para *atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS*. Conselho Federal de Psicologia/CFP. Brasília: CFP, 2007.
GONÇALVES, Maria da Graça M. *Psicologia, subjetividade e políticas públicas*. São Paulo: Cortez, 2010 (Coleção Construindo o Compromisso Social da Psicologia).
JODELET, Denise. Os processos psicossociais da exclusão. In: SAWAIA, Bader (Org.). *As artimanhas da exclusão* – Análise psicossocial e ética da desigualdade social. 5. ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2004. p. 53-66.
MANCEBO, Deise. Prefácio. In: GONÇALVES, Maria da Graça M. *Psicologia, subjetividade e políticas públicas*. São Paulo: Cortez, 2010 (Coleção Construindo o Compromisso Social da Psicologia).
MELLO, Sílvia Leser. A violência urbana e a exclusão dos jovens. In: SAWAIA, Bader (Org.) *As artimanhas da exclusão* – Análise psicossocial e ética da desigualdade social. 5. ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2004. p. 129-140.
OLIVEIRA, Marta Kohl de. *Vygotsky – aprendizado e desenvolvimento*: um processo sócio-histórico. 4. ed. São Paulo: Scipione, 2005.
PAUGAM, Serge. O enfraquecimento e a ruptura dos vínculos sociais – Uma dimensão essencial do processo de desqualificação social. In: SAWAIA, Bader (Org.). *As artimanhas da exclusão* – Análise psicossocial e ética da desigualdade social. 5. ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2004. p. 67-86.
SAWAIA, Bader. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: BADER, Sawaia (Org.) *As artimanhas da exclusão* – Análise psicossocial e ética da desigualdade social. 5. ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2004. p. 97-118.
SILVEIRA, Andrea Fernanda et. al. *Caderno de Psicologia e Políticas Públicas*. Curitiba: Conselho Regional de Psicologia do Paraná/CRP 08, 2007 (Coletânea ConexãoPsi – Série Técnica).
TELLES, Vera da Silva. A pobreza como condição de vida: família, trabalho e direitos entre as classes trabalhadoras urbanas. *São Paulo em Perspectiva*, v. 4, n. 2, p. 37-45, abr.-jun. 1990.
VÉRAS, Maura Pardini Bicudo. Exclusão social – Um problema de 500 anos. In: SAWAIA, Bader (Org.) *As artimanhas da exclusão* – Análise

psicossocial e ética da desigualdade social. 5. ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2004. p. 27-50.
VIGOTSKI, L. S. *Pensamento e linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
WANDERLEY, Mariângela Belfiori. Refletindo sobre a noção de exclusão. In: SAWAIA, Bader (Org.) *As artimanhas da exclusão* – Análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 16-26.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Política Nacional de Assistência Social. PNAS/2004. Norma Operacional Básica. NOB/SUAS*. Novembro, 2005. Reimpressão: maio, 2009. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf> Acesso em: 20 abr. 2016.
GONÇALVES, Maria da Graça M. A contribuição da Psicologia Sócio-Histórica para a elaboração de políticas públicas. In: BOCK, Ana M. Bahia (org.). *Psicologia e o compromisso social*. São Paulo: Cortez, 2003. p. 277-293.
PALMEIRA, Maria José; LECHNER, Franck. As mutações sociais e as políticas públicas. *Bahia Análise & Dados. Família, Velhice, Infância*. Salvador: SEI, v. 6, n. 1, p. 81-85, jun. 1996. Disponível em: <http://www.cedeca.org.br/PDF/mutacoes_maria_palmeira.pdf> Acesso em 10 maio 2016.
SPOSATI, Aldaíza (Coord.). *Mapa da exclusão/inclusão social da cidade de São Paulo*. São Paulo: Educ, 1996.
TORRES, Fabio Camacho Dell'Amore. Seguridade social: conceito constitucional e aspectos gerais. Âmbito Jurídico. Portal Jurídico. 2016. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11212> Acesso em: 20 maio 2016.

Capítulo 2

VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR E AS POLÍTICAS PÚBLICAS: IMPLICAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Hilda Rosa Capelão Avoglia
Cristinia Rosalina Fernandes
Michelle Cristine Tomaz

1. Aspectos Sócio-Históricos e Culturais do Conceito de Infância e Adolescência

A infância nem sempre foi um conceito existente, sendo construído a partir de mudanças no pensamento e na organização da sociedade. De acordo com Ariès (1981), até meados do século XII, a infância era desconhecida pela arte medieval, as crianças daquela época eram retratadas como se fossem adultos em miniaturas, não havia distinção no tratamento dos pequenos, que ficavam expostos às mesmas tarefas, diversões e tudo o que existia no mundo dos adultos. Não havia investimento na criança, por julgarem que a infância era apenas um período de transição e após um tempo seria esquecida, e também devido à alta taxa de mortalidade infantil, que fazia com que os adultos acreditassem que não valeria a pena investir na criança, pois ela poderia não vingar (ARIÈS, 1981).

No século XVII, a sociedade não estranhava que crianças tivessem livre acesso aos acontecimentos sexuais, permitiam-se, consciente e publicamente, gestos e contatos físicos íntimos, eram tocadas e tocavam os adultos, e era comum dormirem em um cômodo onde casais mantinham relações sexuais. Este fato era tratado com naturalidade, e só passava a ser proibido após a puberdade, pois naquela época acreditava-se que a criança era indiferente à sexualidade. Um educador religioso, ao observar as crianças, notou que elas não ficavam indiferentes a esses comportamentos e, a partir dessas observações, impôs hábitos educacionais diferentes da época, determinando que as crianças deveriam ser preservadas em sua inocência infantil (ARIÈS, 1981).

Ainda segundo o mesmo autor, após estas mudanças, a criança assumiu um novo papel na sociedade, passando a ser um elemento de distração e relaxamento para o adulto, devido à sua ingenuidade e graça. Esse novo sentimento atribuído à criança originou-se das mães e amas que faziam o possível para o seu bem-estar, bem como para seus cuidados e mimos. Posteriormente, este sentimento se espalhou, e a maioria dos adultos admitia que as crianças eram seres admiráveis e dignos de "paparicação" (ARIÈS, 1981).

No final do século XVII, as classes sociais mais altas começaram a abandonar essa relação de "paparicos" com as crianças, mas esta ainda permaneceu presente nas classes sociais mais baixas, nas quais as crianças possuíam liberdade para fazer o que desejassem. Assim, os adultos mantiveram uma relação mais próxima da criança, buscando conquistá-la e ensiná-la, como explica ARIÈS (1981). Os estudantes passaram a ser divididos em classes, de acordo com suas capacidades, em função da tomada de consciência da sociedade sobre as particularidades da infância e da juventude, apesar de ainda haver alunos de diferentes idades juntos, mas com o mesmo grau de aprendizagem (ARIÈS, 1981).

Mesmo diante deste avanço, como explica o referido autor, ainda não se fazia necessário, naquele momento, a distinção da segunda infância, da adolescência ou da juventude, havendo a mistura destas idades nas classes de ensino. Somente no século XIX, com a fixação da correspondência entre idade e classe, é que houve distinção entre a segunda infância e a adolescência.

A adolescência passou a ser objeto de interesse a partir do século XIX, com a redefinição dos papéis sociais de homens e mulheres e com o forte avanço da industrialização. Com isto, as crianças adquiriram direitos e passaram a ser motivo de preocupação para seus cuidadores.

A partir da segunda metade do século XX, ocorreram grandes transformações nas estruturas familiares, econômicas, sociais e trabalhistas. O processo de industrialização, o avanço tecnológico, a maior participação da mulher no mercado de trabalho, o aumento no número de separações e divórcios, a diminuição das famílias numerosas, o empobrecimento acelerado, a diminuição das taxas de mortalidade infantil e de natalidade, a elevação do nível de vida da população, as transformações nos modos de vida e nos comportamentos das pessoas, as novas concepções em relação ao casamento, as alterações na dinâmica dos papéis parentais e de gênero, tiveram um impacto direto na dinâmica familiar existente (PRATTA; SANTOS, 2007).

Segundo Guerra (1998), no Brasil Colônia os padres jesuítas, quando aqui chegaram, perceberam que os índios brasileiros não aplicavam castigos físicos em suas crianças para educá-las.

Os castigos físicos foram introduzidos pelos padres jesuítas da Companhia de Jesus em 1549, com o pretexto de disciplinar as crianças e os jovens como punição para as faltas à escola, os vícios, os mimos e os pecados, que deveriam ser combatidos com açoites, castigo, palmatória e o tronco. O objetivo era ensinar às crianças e aos jovens que a única forma de escapar da punição divina era através da obediência aos pais imposta pelo espancamento.

Nesse contexto, nossos índios não compartilhavam desses ideais e acabavam abandonando a escola e a doutrina cristã, conforme argumenta a autora. Nessa época, também era comum a violência a crianças e adolescentes escravizados submetidos aos mais penosos castigos físicos, serviçais, além de crueldades sexuais e humilhação, dentre outras (GUERRA, 1998).

No Brasil Império e na República, as crianças e adolescentes, brancas, negras, ricas, pobres, do sexo feminino ou masculino, continuavam sendo educadas por meio de práticas que incluíam diversas formas de violência, tidas como sinônimo de educação perante as leis do adulto. A introdução da violência nos lares, escolas etc. era justificada como instrumento de educação e submissão dos filhos aos pais.

Assim, a violência contra crianças e adolescentes foi sendo historicamente institucionalizada nos lares da sociedade brasileira, por meio de diferentes práticas, culminando, na maioria das vezes, na repressão e no silenciamento destes (GUERRA, 1998). O lar, então, constituía-se como um espaço de violações, sob o comando do "chefe" supremo da casa – o pai –, no qual imperava o exercício da força física. A sociedade brasileira via a violência contra a criança e o adolescente como um método de regulação das relações sociais e de superação dos conflitos, sendo socialmente aceita.

No Brasil, a partir de meados de 1701, com a influência europeia, surgiram os primeiros tratamentos diferenciados para as crianças, com a criação das primeiras escolas e do Hospital Casa de Misericórdia em São Vicente (MARCILIO, 1997).

Apenas a partir da promulgação do Código de Menores, em 1927, as práticas de violência exacerbadas contra crianças e adolescentes foram disciplinadas. E passaram a receber o tratamento de ato criminoso somente em 1940, no Código Penal Brasileiro, isto, se praticadas de forma imoderada.

A trajetória da concepção de infância historicamente construída acarretou na promulgação de medidas em políticas públicas voltadas às necessidades e

aos direitos da criança e do adolescente até a conquista do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei n. 8.069/90), como segue: 1927 – Promulgação do Código de Menores; 1930 – Criação do Ministério da Educação; 1940 – Criação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT); 1942 – Criação do Serviço de Assistência ao Menor; 1950 – Início do Unicef no Brasil; 1959 – Criação da Declaração Universal dos Direitos da Criança; 1964 – Criação da Fundação do Bem-Estar do Menor (Funabem); 1985 – Criação do Movimento Nacional dos Meninos e Meninas de Rua; 1989 – Convenção Internacional dos Direitos da Criança; 1990 – Promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8069. Considerado uma das legislações mais avançadas no Brasil, o ECA tem por objetivo assegurar às crianças tratamento adequado e prioritário, bem como garantir seus direitos, com penalização em caso de seu descumprimento.

O ECA representa um avanço importante na conquista, por parte da sociedade, de mecanismos para assegurar que crianças e adolescentes sejam cuidados e respeitados, definindo os intervalos das idades em: criança até 12 anos de idade, e adolescentes dos 12 anos até os 18 anos. Define ainda as atribuições de responsabilidades da família e da sociedade e os direitos a serem observados, como: proteção integral, oportunidades e facilidades de desenvolvimento físico, moral, mental e social. Conforme o referido Estatuto, é dever da família assegurar, de forma absoluta e prioritária, o direito à vida, alimentação, saúde, esportes, educação, dignidade, e respeito à liberdade (PRATTA; SANTOS, 2007).

Em conformidade com o Artigo 227 da Constituição Federal e o Artigo 22 do ECA: "Aos pais incumbe o dever de sustento, guarda e educação dos filhos menores, cabendo-lhes ainda, no interesse destes, a obrigação de cumprir e fazer cumprir as determinações judiciais". Assim, segundo Pratta e Santos (2007), à família corresponde um lugar privilegiado de afeto, e é no interior da família que o indivíduo mantém seus primeiros relacionamentos interpessoais com pessoas significativas, estabelecendo trocas emocionais que funcionam como suporte afetivo importante quando atingem a idade adulta. Essas trocas emocionais estabelecidas ao longo da vida são essenciais para o desenvolvimento dos indivíduos e para a aquisição de condições físicas e mentais centrais a cada etapa do desenvolvimento psicológico (PRATTA; SANTOS, 2007).

A violência contra a criança e o adolescente, enraizada historicamente em nossa sociedade, requer uma análise crítica dos fatores que envolvem não só os interesses e conflitos das classes sociais antagônicas, como a compreensão da configuração familiar, do conceito de criança e do adolescente de cada época, da conjuntura histórica e das consequências danosas que podem acarretar

às suas vítimas. Essa violência deve ser vista como uma negação dos valores universais, como a liberdade e a igualdade, conforme Costa e Veronese (2014).

2. O Desenvolvimento da Criança e do Adolescente

O desenvolvimento da criança e do adolescente depende das relações primárias, especialmente no que tange às figuras materna e paterna. A qualidade dessas relações influenciará o sujeito na forma como irá se desenvolver nos aspectos biopsicossociais, bem como nas relações que irá estabelecer ao longo da vida.

A criança necessita do vínculo e do afeto dos pais e familiares para sentir-se em um ambiente familiar seguro, que contribua para a formação das estruturas cerebrais envolvidas nos processos psíquicos e em seu pleno desenvolvimento. O organismo da criança está se constituindo a partir dos estímulos que recebe, e principalmente, da qualidade das relações vivenciadas no seio familiar (HECHT; SILVA, 2009).

A família é uma instituição caracterizada como sagrada pela religião e considerada "a base da sociedade" pelo direito brasileiro, sendo responsável pelo desenvolvimento psíquico, pela aprendizagem da interação social e pela transmissão de valores éticos, estéticos, religiosos e culturais (BRASIL, 1988).

Para a Psicologia, a família é uma instituição social, repleta de funções, que estabelece relações de intercâmbio, cooperação e conflito. Essas relações podem promover o desenvolvimento saudável do sujeito ou desencadear desajustes, violências e psicopatologias (HABIGZANG; KOLLER, 2012).

Segundo Erikson (1972), o ser humano, desde o nascimento, necessita desenvolver sentimentos de confiança e esperança em seus progenitores e ter experiências satisfatórias que proporcionem tranquilidade, nutrição e carinho. Isso faz com que descubra o que é prioritário, abrindo possibilidades de atingir seus desejos, controlar sua fúria, amadurecer e desenvolver o seu Eu, em toda plenitude.

Para Anna Freud (1976), a diretriz básica da sequência do desenvolvimento libidinal (fases oral, anal, fálica) inicia-se com a dependência do recém-nascido dos cuidados maternos até atingir a autoconfiança emocional e material do jovem adulto.

A criança bem constituída terá melhores condições de iniciar uma nova fase do desenvolvimento humano, culturalmente denominada de adolescência. O adolescente vive os lutos pela perda do objeto, no sentido psicanalítico do termo, que envolve amores, ódios, ambivalências, perda do corpo infantil e da figura dos pais da infância. Toma consciência do corpo erotizado que ganha

cada vez mais valor, inclusive na sociedade, no processo que vai se maturando. A rebeldia, junto com as demais condutas apresentadas nessa fase, obedece à necessidade do Superego de impor limites às suas pulsões incestuosas e à tentativa do Ego de desenvolver-se. Esse movimento gera a ansiedade da perda dos pais da infância em contraposição à perda do corpo infantil, estabelecendo uma tensão em seu psiquismo (SOIFER, 1985).

A adolescência, sobretudo, é o processo de reinscrição do sujeito na relação com o outro, ou seja, o sujeito dito *adolescente*, vendo as modificações de seu corpo, de suas relações e lugar social, simbólicos e imaginários, precisa se ressuscitar, conforme explica Rassial (1997).

Segundo Knobel (1996), o adolescente tido como *normal* busca sua identidade, o que modifica suas relações com o mundo interno, em um processo de alienação/separação. Este é o tempo em que o laço fantasioso constituído na infância com os pais apresenta processo de esgotamento.

O adolescente se vê cercado de conflitos, dúvidas e escolhas provocadas pelas mudanças biopsicossociais, como as alterações hormonais e do corpo (puberdade), que acarretam em perdas psíquicas importantes nessa fase (ABERASTURY; KNOBEL, 1981).

Alguns fatores, segundo Anna Freud (1976), são primordiais no desenvolvimento progressivo do psiquismo humano, como a imitação e a identificação mãe-filho, a influência do Ego Ideal, a transição do passivo e do ativo como mecanismo de defesa e adaptação, e o impulso interior para a maturação.

As relações objetais são responsáveis por possibilitar o prazer da realização da criança, explorando as suas capacidades latentes e permitindo o fortalecimento da autoestima, mediante a satisfação de seus desejos (ABERASTURY; KNOBEL, 1981).

O processo de socialização do sujeito depende do movimento da progressão do princípio do prazer e do princípio da realidade. Este último, por si, depende das funções do Ego, que devem se desenvolver para transpor os níveis primitivos, como explica Anna Freud (1976).

As sensações e percepções serão, então, armazenadas no aparelho mental, na forma de memória, para que possa agir de forma adaptada às condições do mundo real. A realidade tem que ser testada e separada pelo aparelho psíquico da fantasia, possibilitando o desenvolvimento dos processos mentais, a adaptação à cultura e a socialização. Ainda conforme a autora, o desenvolvimento mental, com a passagem do princípio do prazer para o princípio da realidade, precisa da intermediação dos mecanismos de defesa do Ego para condução dos vínculos libidinais, e os mais conhecidos são: imitação, identificação e a

introjeção. A imitação de atitudes parentais é o mais primitivo mecanismo e começa na primeira infância, contribuindo para a consciência da criança sobre o mundo objetal. Ao imitar os pais, a criança sente-se no papel dessas figuras admiradas e de poder, por serem capazes de controlar o fluxo da satisfação das necessidades pulsionais em sua visão (FREUD, A. 1976).

À medida que obtém resultados agradáveis, as crianças identificam-se com essas figuras, a partir do período pré-edípico. As ideias sociais dos pais são introjetadas do mundo externo para o mundo interno da psique infantil. Assim, a estruturação adequada do Ego e dos mecanismos de defesa depende do que e de como a criança irá identificar e introjetar as normas sociais de seus pais, em virtude da qualidade dos vínculos libidinais e das relações objetais primárias com seus pais (FREUD, A. 1976). Os graves distúrbios de socialização, conforme a referida autora, resultam da identificação desintegrada com os pais, em função de separações, rejeições e outras interferências nos vínculos emocionais existentes entre a criança e eles.

3. A Violência e a Negligência Intrafamiliar

> A violência é uma forma de relação social que expressa modelos de comportamentos, modo de vida e padrões de sociabilidade vigentes em uma sociedade em determinado momento histórico, é uma experiência social (GUERRA, 1998, p. 31).

A violência intrafamiliar contra criança e adolescente é todo o ato praticado por pais, parentes ou responsáveis, contra criança e/ou adolescente, capaz de causar à vítima dor ou dano de natureza física, sexual e/ou psicológica. Implica, de um lado, uma transgressão de poder/dever de proteção do adulto e, de outro, a coisificação da infância, isto é, a negação do direito que crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de seu desenvolvimento (AZEVEDO; GUERRA, 1995).

A violência expressa o resultado, nas relações intersubjetivas entre homens, mulheres, adultos e crianças de diferentes categorias sociais, da conversão de sujeitos em objetos, sua coisificação, como explica Guerra (1998). A violência é a negação de valores considerados universais, como liberdade, igualdade e a própria vida, pois é a condenação, a morte ou a redução e a alienação da vida ou de sua plenitude, é a ameaça constante à vida pela alusão à morte.

No que tange à violência doméstica, defende a autora, contempla todas as classes sociais e guarda relação com a violência intrapessoal. É intersubjetiva e pode apresentar características aceitas culturalmente, como o poder

disciplinador do adulto em relação à criança ou adolescente, devido ao poder intergeracional; a negação do valor de liberdade, que exige que a criança ou adolescente sejam cúmplices do adulto pelo pacto de silêncio; vitimização da criança/adolescente pela submissão ao poder do adulto para coagi-los a satisfazer suas expectativas e interesses, aprisionando suas vontades e desejos; objetalização da criança/adolescente, reduzindo-os à condição de objeto de maus-tratos; violação dos direitos da criança/adolescente, como negação de valores humanos fundamentais de vida, liberdade e segurança; omissões de cuidados e negligência, sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico; coisificação da infância, transgressão do poder/dever de proteção que deveria ser exercido pelo adulto (GUERRA, 1998).

Existem quatro tipos de violência doméstica reconhecidas: violência física, violência sexual, violência psicológica e negligência, como explica Guerra (1998). A autora argumenta que a violência sexual consiste no ato ou jogo sexual praticado pelo adulto contra a criança e/ou adolescente, com a finalidade de utilizá-la para obter estimulação sexual, podendo envolver ou não o contato físico, não apresentando necessariamente sinal corporal visível. Pode ocorrer a estimulação sexual sob as formas de práticas eróticas e sexuais, por meio de violência física, ameaças, indução, *voyeurismo*, exibicionismo, produção de fotos e exploração sexual.

A violência física configura-se em castigos corporais, não acidentais, realizados pelo adulto contra a criança/adolescente, provocando danos físicos e psíquicos e podendo apresentar consequências leves ou extremas, como a morte, explica a referida autora. Está relacionada ao uso de força física, podendo ser praticada pelos pais biológicos, adotivos ou terceiros, que deveriam zelar por seu bem-estar e integridade física e emocional. Quando realizada por terceiros, muitas vezes estes investem em uma relação não somente com a criança, mas com toda a família, obtendo confiança e dificultando a denúncia das vítimas, devido ao vínculo obtido.

Ainda sobre a violência física, observa-se que é justificada como uma forma de disciplina, sustentada pela crença de que punição física é a melhor maneira de educar e colocar limites nos filhos. Suas consequências podem ser evidenciadas no corpo do agredido, pelas marcas visíveis, ou no nível psicológico, quando afetam o desenvolvimento social, emocional, comportamental e cognitivo (HABIGZANG; KOLLER, 2012).

A violência psicológica é o conjunto de atitudes, palavras e ações dirigidas a envergonhar, censurar e pressionar a criança de forma permanente, com utilização de ameaças, humilhações, gritos, injúrias, rejeição, tratando a criança/

adolescente de forma depreciativa, bloqueando seus esforços de autoaceitação, causando grande sofrimento mental e psicológico. A violência psicológica não é identificada *a priori* por não deixar evidências físicas em suas vítimas; sua identificação é possível devido às consequências geradas, isto é, pela forma como o sujeito passa a apresentar alguns comportamentos. Esse tipo de abuso é caracterizado pelo prejuízo à competência emocional da criança e do adolescente, interferindo na capacidade de amar os outros e de se sentir bem a respeito de si mesma (HABIGZANG; KOLLER, 2012).

A negligência é a privação à criança e ao adolescente de algo de que necessitem e que é essencial ao seu desenvolvimento físico, emocional e social. Pode significar omissão em termos de cuidados básicos, como: privação de medicamentos, alimentos, ausência de proteção contra inclemência do meio (AZEVEDO; GUERRA, 1995).

Outra forma de abuso é a exposição direta ou indireta da criança à violência doméstica ou comunitária, como no caso da violência conjugal entre os familiares. Para Azevedo e Guerra (1995), qualquer violência pode tornar o ambiente pouco seguro, assustador e negligente para a criança.

No caso da violência nas relações familiares, o adulto que deveria ser o cuidador e o protetor, possibilitando vivências afetivas como o amor, o respeito, o cuidado, acaba explorando o poder que tem sobre a criança e o adolescente, fazendo com que acreditem que não são merecedoras de estima e amor, sentindo-se indesejadas. É no contexto familiar que a criança e o adolescente devem encontrar abrigo, nutrição, segurança e amparo material e emocional para um desenvolvimento pleno e saudável.

A presença de violência e conflitos em níveis extremos no ambiente doméstico acaba por isolar a família, contribuindo para o segredo e a vergonha. Quando o abuso ocorre dentro da família, a vítima tende a ter uma idade de início mais precoce, o abuso tem longa duração, níveis mais elevados de intrusão, maiores danos físicos e emocionais às vítimas, menor uso de força verbal ou física e maior uso de instruções para que a criança não conte sobre o abuso (HABIGZANG; KOLLER, 2012).

O papel de cuidador e o vínculo anterior de confiança que caracteriza a relação abusador/vítima contribuem para a manutenção do segredo, intimidando a criança pelo afeto que ela julga existir.

4. Danos Psíquicos em Crianças e Adolescentes Vitimizados

O processo de desenvolvimento biopsicossocial do sujeito começa antes de seu nascimento e continua ao longo de toda a sua vida, culminando em sua

morte (GUERRA, 1998). A constituição saudável deste sujeito depende dos cuidados que recebe de outros seres humanos, comumente dos pais, desde a vida uterina até tornar-se adulto e completamente formado física e emocionalmente, capaz de desenvolver uma boa interação social.

Nos primeiros anos de vida, seguidos da infância e até o final da adolescência, as experiências que vivenciar influenciarão sobremaneira a constituição e a saúde, podendo contribuir para a qualidade do desenvolvimento biopsicossocial ou destruir as possibilidades de tornar-se um ser completo, organizado psiquicamente, ou seja, consciente de si e do outro, apto para desempenhar seus papéis sociais, com a utilização de mecanismos de defesa mais sofisticados e boa integração do ego (FREUD, 1974).

Segundo Anna Freud (1974), a atitude infantil em relação ao próprio Ego é influenciada pelas promessas e ameaças de outras pessoas, ou seja, pela esperança de amor e a expectativa de punição.

Para Oliveira et al. (1989), a vitimização de crianças e adolescentes, por meio de práticas que conduzam ao abuso sexual, ao assédio moral, à rejeição afetiva grave e à negligência, marcam as relações coercitivas e de caráter abusivo, propiciando a erosão da infância e da adolescência e contribuindo para fabricar doença e infelicidade no contexto social.

A violência doméstica (de pais contra filhos) agrava ainda mais as consequências e os danos, pois aqueles que têm o dever de proteger e prover provocam o dano à criança ou ao adolescente, submetendo-os aos riscos e vicissitudes inerentes às experiências destrutivas de agressão, abuso e negligência (OLIVEIRA et al., 1989).

Sobre a palavra *dano*, verifica-se que tem origem latina e significado de "detrimento, prejuízo, perda". O dano psíquico surge devido a uma ação deliberada ou culposa de alguém, sobre outro sujeito. O dano psíquico em virtude de abuso sexual da criança está relacionado a sete fatores: a idade do início do abuso, a duração do abuso, o grau de violência ou ameaça de violência, a diferença de idade entre o perpetrador e a criança vitimizada, o tipo de relacionamento, a ausência das figuras parentais protetoras e o grau de segredo (FURNISS apud SILVA JUNIOR, 2006).

Alguns autores enfocam o dano psíquico como uma ofensa à integridade psicológica da vítima que, após sofrer uma ação negativa, torna-se incapaz de enfrentar ou se adaptar à situação (SILVA JUNIOR, 2006). A existência de dano psíquico em um determinado sujeito se revela quando este apresenta deterioração, disfunção, distúrbio ou transtorno no desenvolvimento psicogênico ou psico-orgânico, que afeta as esferas afetivas ou volitivas, limitando

a capacidade de gozo individual, familiar, laboral, social e ou recreativa (ROVINSKI, 2004 apud SILVA JUNIOR, 2006).

Outro fator que pode contribuir para o dano psíquico das crianças e dos adolescentes refere-se às consequências da revelação. Conforme já citado, a criança pode temer a reação dos pais ao revelar sobre o abuso, pensando que as pessoas não irão acreditar no que falam, culpando-as (SANDERSON, 2005 apud SILVA JUNIOR, 2006).

A neurose traumática, descrita por Freud *a priori* como Neurose de Guerra, devido às observações e análises dos combatentes, foi provocada por conflitos no Ego dos combatentes, mas também pode ser causada em tempos de paz, por causa das experiências assustadoras ou graves acidentes. Assim, em 1952, foi lançado o primeiro Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), descrevendo as características da Neurose Traumática, como reação intensa ao estresse.

Em 1968, ao ser lançado o segundo DSM, a denominação passou a ser Transtorno Situacional Transitório ou Neurose da Ansiedade. Em 1980, quando lançado o DSM III, recebeu a nomenclatura de Transtorno de Estresse Pós-Traumático, e na quarta edição, publicada em 1994, não houve alteração da nomenclatura (SILVA JUNIOR, 2006).

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático é um conjunto de sintomas envolvendo altos níveis de ansiedade em momentos em que o indivíduo tem a impressão de estar revivendo o evento traumático experienciado (SBARDELLOTO et. al., 2011). Para estes autores, os eventos apontados como mais relevantes para o Transtorno de Estresse Pós-Traumático podem ser categorizados em três grupos: eventos intencionais provocados pelo homem, eventos não intencionais provocados pelo homem, e eventos provocados pela natureza.

Considerando-se o objetivo do presente capítulo, trataremos apenas dos eventos intencionais provocados pelo homem, por exemplo: incesto, estupro, sedução, tortura física ou emocional, alcoolismo e uso de drogas, suicídio, mutilação provocada por outro indivíduo. Dessa maneira, é possível perceber que existem diferentes situações que podem ser consideradas traumáticas.

Os sintomas mais comuns para as vítimas de abuso sexual, descritos como Transtorno de Estresse Pós-Traumático, referem-se à revivência do trauma, geralmente em forma de *flashback*, pesadelos e pensamentos intrusivos, acarretando em dificuldade de concentração, ataque de pânico e ansiedade generalizada. As sequelas psicológicas, como definem Habigzang e Koller (2012), incluem a baixa autoestima e diversas desordens psíquicas severas, como: depressão, sentimento de vergonha e culpa, ansiedade social, distúrbios

de conduta, abuso de substâncias químicas, distúrbios alimentares, transtorno dissociativo, déficit de atenção, hipervigilância e distúrbios de aprendizagem.

No cenário das interações sociais, as vítimas de violência também sofrem grande prejuízo, que afetam seu comportamento social e o relacionamento com as pessoas de seu meio. A tendência à ideação suicida ou a comportamentos sexuais indiscriminados e inadequados também foram identificados (HABIGZANG; KOLLER, 2012).

A área sexual é uma das mais afetadas nas vítimas de abuso sexual, segundo Oliveira et al., (1989), sendo que os sintomas podem se manifestar após certo tempo da ocorrência, depois de iniciado um relacionamento com um novo parceiro, ou mesmo logo após o início de uma relação sexual.

Os problemas relacionados à adaptação sexual podem ligar-se à negação de todo e qualquer relacionamento sexual, gerando incapacidade de vivenciar relações sexuais satisfatórias ou perda parcial ou completa da motivação sexual, bem como apresentação de outros sintomas, como o aumento das atividades masturbatórias, desenvolvimento prematuro da independência dos adolescentes, desespero relativo à inabilidade para controlar as demandas sexuais, doenças venéreas, gravidez, identidade sexual masculina/feminina deteriorada, promiscuidade, prostituição, abuso sexual de crianças menores, confusão referente às relações sociais, pavor em relação a contatos com adultos, interações independentes e hostis com parceiros mais velhos, choque decorrente da reação dos pais à descoberta do abuso sexual, busca crescente de afeição por parte dos adultos, nervosismo, agressividade, distúrbio do sono, incluindo pesadelos, impulsividade, comportamentos autodestrutivos, delinquência, desordem de caráter, aversão às atividades sexuais, disfunções sexuais, incluindo frigidez, participações em relações incestuosas, obesidade, psicoses/esquizofrenia, dificuldades na afeição pessoal e impessoal e desordens de personalidade (AZEVEDO; GUERRA, 1995).

No mau-trato e na negligência, algumas possíveis consequências, descritas por Reichenheim; Hasselman e Moraes (1999) são: déficit no desenvolvimento cognitivo, sintomas psiquiátricos, retardo no desenvolvimento motor e de linguagem, ausência de figuras parentais protetoras, sentimento de desamparo, depressão, ansiedade, déficit de atenção.

Neste caso, as consequências são de difícil identificação e seus distúrbios geralmente se apresentam a médio e longo prazos, podendo ser: psicossomáticos, gastrointestinais crônicos e remitentes; punição corporal na adolescência; dores abdominais inespecíficas, repercussões psicoemocionais;

timidez; isolamento social progressivo; ou ainda baixa performance social e intelectual (REICHENHEIM; HASSELMAN; MORAES, 1999).

Outra consequência da negligência pode ser a síndrome de privação materna, como argumentam Reichenheim; Hasselman e Moraes (1999), em que a ausência de cuidados e da presença da mãe provocam a falta de crescimento físico na infância, agravos nutricionais como desnutrição, devido ao processo de ocorrência de problemas emocionais, subsequentemente causando a diminuição do apetite e uma progressiva e sistemática recusa alimentar (REICHENHEIM; HASSELMAN; MORAES, 1999).

"A violência física pode causar lesões internas e externas, podendo ocasionar sequelas definitivas." O trauma infantil não deve ser desconsiderado por seus efeitos a longo prazo não serem evidenciados de imediato. Deve ser reconhecido como um sério problema da infância. "Mesmo que crianças vitimizadas sejam retiradas de suas casas, os efeitos das experiências vividas repercutirão por toda sua vida" (DAY et al., 2003, p. 14).

5. A Intervenção nos Casos de Violência Doméstica e Negligência – A Rede de Apoio e as Políticas Públicas

A violência doméstica contra criança e adolescente é considerada um fenômeno de difícil compreensão, estatisticamente significativo, podendo envolver de forma cíclica várias gerações (transgeracional), universal e endêmico, constituindo-se em um problema de saúde pública (PROMENINO, 2014).

Segundo Waiselfisz (2012), de 14.625 notificações registradas em 2011, 35% referiram-se a casos de abusos sexuais e 36% a casos de negligência. Esses dados colocaram a violência sexual no segundo lugar para crianças na faixa etária entre 10 e 14 anos, perdendo apenas para a violência física, com 13,3% das notificações recebidas. Conforme a mesma pesquisa, a maioria das agressões ocorre dentro de casa (64,5%), sendo em 45,6% dos casos o agressor provavelmente do sexo masculino.

Segundo o Mapa da Violência de 2011 (WAISELFISZ, 2012), do total de dados obtidos sobre a violência de vítimas entre 5 e 19 anos, 39,7% eram do sexo masculino e 60,3%, do sexo feminino.

A Tabela 1 retrata os tipos de violência atendidos pelo Sistema único de Saúde (SUS) em 2012.

Tabela 1: Tipos de violência e respectivos percentuais

Tipo de Violência	Porcentagem
Física	40,5%
Moral	17,0%
Tortura	1,9%
Sexual	19,9%
Abandono	15,8%
outras	4,9%

Dos atendimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a respeito de violência sexual, 16,8% foram do sexo masculino e 83,2% do sexo feminino. A Tabela 2 traz os dados sobre a violência física e a relação vítima-agressor e a violência sexual e a relação vítima-agressor.

Tabela 2: Violência física e sexual e a relação com o agressor

Violência Física		Violência Sexual	
Relação com a vítima	**Porcentagem**	**Relação com o agressor**	**Porcentagem**
Pai	14,10%	Pai	10,2%
Mãe	19,60%	Mãe	2,2%
Padrasto	4,90%	Padrasto	10,3%
Madrasta	0,50%	Madrasta	0,2%
Cônjuge	2,70%	Cônjuge	0,9%
ex-Cônjuge	0,90%	ex-Cônjuge	0,2%
Namorado	2,90%	Namorado	6,3%
Namorada	0,90%	Namorada	0,8%
Irmão	2,70%	Irmão	2,6%
Amigo-conhecido	17,60%	Amigo-conhecido	28,5%
Desconhecidos	12,10%	Desconhecidos	17,9%

Outros	21,10%	Outros	19,8%
Total	**100,00%**	**Total**	**100,00%**

Fonte: FLACSO BRASIL (2012).

As ações para coibir a violência doméstica e tratar as vítimas e o agressor são prejudicadas pela manutenção do segredo em torno dos acontecimentos, o que impede a coleta de provas forense, evidências médicas, relato verbal das vítimas por medo de não serem acreditadas, pelas ameaças sofridas e a ansiedade em relação às consequências da revelação (HABIGZANG; KOLLER, 2012).

O abusador comumente utiliza recursos como ambiente escuro, evitar o contato visual, e ritualizar o abuso para que tenha um caráter dissociativo, fazendo com que, para a criança, o segredo tome proporções mágicas e monstruosas, acentuando o medo do desemparo. Dificilmente o abusador reconhece e assume a responsabilidade por seus atos, apesar de compreender que se trata de uma atitude criminosa, convencendo a si mesmo de que as crianças planejam e premeditam suas ações, manifestando o desejo sexual por ele e isentando-o de qualquer ato criminoso (AZEVEDO; GUERRA, 1995).

Para a equipe de profissionais que irá conduzir o caso de violência, o abusador é fundamental para o entendimento da trama familiar, tanto quanto a mãe e a vítima (criança ou adolescente), pois alguns desenvolvem técnicas para ter livre acesso à criança, sem levantar suspeitas de suas intenções e atitudes violentas, como explicam as autoras.

A vítima de violência sofre o rompimento das relações de afeto e confiança, a violação de sua integridade física e psicológica, sentindo culpa, raiva, medo e vergonha, e temendo contar a alguém o que vem acontecendo. O momento da revelação do abuso é muito delicado e normalmente a vítima o faz a alguém de sua confiança, como mãe, irmã, tia, avó, padrinho ou alguém próximo. Cabe à família decidir se irá enfrentar ou se omitir da violência, devido à incapacidade de compreender e aceitar a sua ocorrência, negando a sua existência. A criança/adolescente pode não suportar as reações da família e voltar atrás em suas alegações sobre a violência (retração), na tentativa de restaurar a família, pois seus membros a culpam pela alteração da rotina familiar, fazendo com que se torne vulnerável a novas situações de abuso e ao descrédito da família (AZEVEDO; GUERRA, 1995).

Algumas características familiares, como coesão e expressividade, acabam por fazer a mediação das consequências da violência, minimizando os seus impactos, portanto, são fatores que requerem atenção por parte da equipe de

profissionais que farão o atendimento dos casos de crianças e adolescentes vitimizados e de seus familiares, como argumentam Azevedo e Guerra (1995).

As referidas autoras comentam ainda que as crianças que recebem apoio e credibilidade da família têm maior possibilidade de superação das consequências adversas provocadas pelo abuso e pela negligência, sendo o funcionamento familiar anterior à agressão e o grau de suporte do cuidador não abusivo de extrema importância para que ocorra uma mudança na qualidade da relação, diminuindo a violência e seus efeitos. A intervenção deve contemplar a notificação qualificada, o acolhimento, o diagnóstico e o acompanhamento.

O atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência consiste, *a priori*, na interrupção do ciclo de violência, fazendo com que os adultos assumam o seu papel de cuidado, orientação e proteção, bem como reconheçam os direitos das crianças e dos adolescentes como cidadãos. Isso possibilita a reconstrução das relações de confiança e do estabelecimento de vínculos afetivos.

O rompimento com o ciclo da violência inclui também os diversos espaços de acolhimento para crianças e adolescentes, conforme previsto pelo Serviço de Proteção Social Especial de Alta Complexidade (PSE). Definido pela política pública de assistência social, este Serviço visa garantir proteção integral a indivíduos ou famílias em situação de risco pessoal e social, com vínculos familiares rompidos ou extremamente fragilizados, por meio do acolhimento em ambiente com estrutura física adequada e oferta de condições de moradia, higiene, salubridade, segurança, acessibilidade e privacidade.

O reconhecimento do direito à convivência familiar e comunitária, ainda que em caráter excepcional e provisório, busca, no afastamento do seio familiar, a proteção dos princípios que qualificam o atendimento nos serviços de acolhimento, como explicitado nas Orientações Técnicas do Serviço de Acolhimento para Crianças e Adolescentes (BRASIL, 2009).

A rede de apoio deve incluir não só a criança e o adolescente, mas todas as pessoas envolvidas e presentes na vida das vítimas, além de levar em consideração os fatores intrínsecos, os extrínsecos, toda a rede de apoio social e afetiva da vítima e os fatores da violência. Cabe ao poder público, utilizando-se dos mecanismos dispostos no ordenamento jurídico, garantir a proteção integral da criança e do adolescente.

O Estado deve intervir no contexto familiar em caráter complementar, implementando políticas públicas que contemplem programas de assistência social, orientação e apoio familiar, assistência jurídica, serviços de prevenção, proteção e atendimento integral às vítimas de maus-tratos, exploração e negligência (AZEVEDO; GUERRA, 1995).

A Constituição Federal, em seus artigos 226 e 227, determina que a infância tem direito a cuidados e assistências especiais. A família é reconhecida como grupo fundamental e natural para o desenvolvimento e bem-estar de seus membros, especialmente as crianças, aqui consideradas as pessoas com menos de 18 anos de idade, que devem receber proteção e assistência integral, assim como prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu artigo 129 (BRASIL, 1990).

O principal objetivo é a mudança na conduta dos pais, visando o bem-estar da criança ou do adolescente por meio da própria legislação. Entretanto, deve-se investir em medidas preventivas, proporcionando a formação e capacitação sobre como prevenir a violência intrafamiliar através de programas educativos que visem à promoção da sensibilização e conscientização da sociedade.

Cabe salientar a importância dos programas educativos, bem como de instituições que promovem o atendimento às vítimas de violência e negligência e suas famílias, para receberem orientação, proteção e tratamento adequado. É possível citar como exemplo o site Childhood Brasil, organização sem fins lucrativos cujo objetivo é combater a exploração e o abuso sexual, promovendo ações integradas para proteger uma infância e adolescência livres da violência.

Nesse site encontra-se disponível para consulta uma lista de organizações que atuam no acompanhamento e tratamento das vítimas de violência, como Centro Nacional de Referências às Vítimas de Violência (CNRVV), Instituto Sedes Sapientiae (http://sedes.org.br/site/centros/cnrvv), que tem por objetivo o acompanhamento visando o enfrentamento da situação e a amenização do trauma tanto para a vítima como para a família.

Destaca-se também o Disque Direitos Humanos – Disque 100, da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, que recebe denúncias de forma rápida e anônima de todas as partes do Brasil, funcionando 24 horas por dia e todos os dias, com a ligação gratuita, e o assunto encaminhado aos órgãos competentes em até 24 horas.

Delegacias Especializadas (http://portal.mj.gov.br/sedh/rndh/c&a.html) é um portal do Ministério da Justiça, no qual as pessoas podem procurar o endereço mais próximo das Delegacias Especializadas em Crianças e Adolescentes. Delegacias comuns. Caso não haja uma delegacia especializada próxima à vítima, esta deverá recorrer a uma delegacia comum para fazer a denúncia.

a) Conselhos Tutelares – (http//www.sdh.gov.br/assuntos/crincas-e-adolescentes/cadastro-nacional-dos-conselhos-tutelares-2). Portal da Secretaria de Direitos Humanos que zela pelo cumprimento dos direitos das crianças e adolescentes.

b) Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) – (http:// aplicacoes.mds.gov.br/sagi/ferramentassagi/mops/). Equipamentos do Ministério do Desenvolvimento Social que oferecem atendimento especializado a crianças e adolescentes vítimas de violência e negligência.

c) **Ministério Público de São Paulo – Centro de Apoio Operacional Civil e de Tutela Coletiva** (CAO – Infância e Juventude) – (www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/infanciahome_c). Órgão responsável por fiscalizar o cumprimento da lei e garantir o direito das crianças e dos adolescentes.

d) **Polícia Rodoviária Federal** – Disque 191. O atendimento é feito todos os dias da semana, 24 horas por dia, gratuito. Recebe denúncias de casos de violência e exploração sexual de crianças e adolescentes nas estradas brasileiras. Polícia Militar – Disque 190. Funciona todos os dias da semana, 24 horas por dia, gratuito, para ações emergenciais. (www.childhood.org.br/como-agir).

Apesar dos avanços conquistados com a entrada em vigor dos dispositivos legais mencionados, muitos são os desafios a serem vencidos, e para tal faz-se necessária a conscientização da sociedade, a fim de exigir medidas eficazes em políticas públicas, em todos os setores que afetam direta e indiretamente os cuidados e o respeito com as crianças e adolescentes.

Dessa forma, nota-se a importância de promover ainda mais pesquisas relacionadas ao tema, a fim de subsidiar políticas públicas voltadas a contribuir com ações que privilegiem o atendimento integral e a proteção das vítimas da violência.

> Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão aos seus direitos fundamentais (ECA, 1990, Art. 5º).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência contra a criança e o adolescente tem a sua origem nos primórdios da humanidade, porém os estudos sobre suas causas e os danos que acarretam tiveram maior abrangência somente a partir do século XX.

A conscientização sobre a necessidade de acolhimento e cuidados às vítimas possibilitaram, além de outros aspectos, a proposição de políticas públicas e regulamentação legal para proteger as vítimas e punir os infratores, tais como o ECA, como um sistema que garante esses direitos.

A violência contra a criança e o adolescente acarreta danos que podem se manifestar a curto, médio e longo prazos e perpetuar-se por toda a vida de suas vítimas. No caso, a violência intrafamiliar compromete o desenvolvimento saudável das crianças e dos adolescentes que necessitam do vínculo e do afeto com seus pais e familiares para se desenvolver física, emocional e psiquicamente, em um ambiente familiar seguro que contribua para a formação de suas estruturas.

Este capítulo se propôs a discutir os danos psíquicos provocados pela situação de violência, negligência e abandono causados por genitores de criança e adolescente, possibilitando compreender a importância da atuação de uma equipe multidisciplinar que contemple as garantias à vida e à integridade física, aos cuidados essenciais físicos e psicológicos e ao acompanhamento jurídico e psicológico para as vítimas e seus familiares.

A rede de apoio composta por familiares e parentes, quando bem instituída, garante maior eficácia ao combate à violência e ao tratamento e ao consequente alívio dos danos psíquicos sofridos pelas vítimas.

Finalmente, apontamos para a necessidade de elaboração e melhorias das políticas públicas, a partir do aprofundamento de pesquisas científicas que apontem serviços de melhor qualidade no que tange a oferecer o acolhimento, o apoio e o tratamento das vítimas de violência, a seus familiares, além de comprometer as instituições envolvidas na rede de atenção responsáveis por esses serviços, afinal, nossa perspectiva é saúde mental de nossas crianças e adolescente.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A; KNOBEL, M. *Adolescência normal:* um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artmed, 1981.

ARIÈS, P. *História social da criança e da família.* Rio de Janeiro: LTC, 1981.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. *Violência doméstica na infância e na adolescência.* São Paulo: Robe, 1995.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. *Constituição Federal de 1988.* Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.> Acesso em 15 jul. 2016.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. *O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA*. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm> Acesso em 18 jun. 2016.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Orientações Técnicas:* serviços de acolhimento para crianças e adolescentes. Brasília, 2009. Disponível em:_<http://www.mds.gov.br/cnas/noticias/orientacoes_tecnicas_final.pdf/> Acesso em: 18 jun, 2016.

COSTA, M. M. M.; VERONESE, J. R. P. *Um monstro se esconde em casa:* a violência contra crianças e adolescentes, 2014. Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/29443/um-monstro-esconde-se-em-casa#ixzz3GF2a2VrI.> Acesso em: 20 jun. 2016.

DAY, V. P. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, vol. 25 Suppl 1., 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a03v25s1. Acesso em: 10 jul. 2016>. Acesso em: 18 jun, 2016.

ERIKSON, E. H. *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.

FACULDADE LATINO-AMERICANA DE CIÊNCIAS SOCIAIS (FLACSO). Disponível em: <http://flacso.org.br/?page_id=271>. Acesso em: 17 jun. 2016.

FREUD, A. *O ego e os mecanismos de defesa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1976.

GUERRA, V. N. A. *Violência de pais contra filhos:* a tragédia revisada. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Cortez, 1998.

HABIGZANG, L. F.; KOLLER, S. H. *Violência contra crianças e adolescentes*. São Paulo: Artmed, 2012.

HECHT, B.; SILVA, R. F. P. *Crianças institucionalizadas:* a construção psíquica a partir da privação do vínculo materno. Porto Alegre. 2009. Disponível em: <http://scholar.google.com.br/scholar?q=DESENVOLVIMENTO+INFANTIL+E+A+FALTA+DO+VINCULO+FAMILIAR+EM+CRIAN%C3%87AS+VITIMIZADAS+ABERASTURY&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5>. Acesso em: 18 fev. 2016.

MARCILIO, M. L. A roda dos expostos e a criança abandonada na História do Brasil, 1726-1950. In: FREITAS, M. C. (org.). *História social da infância no Brasil*. São Paulo: Cortez, 1997.

OLIVEIRA, A. B. et al. *Crianças vitimizadas:* a síndrome do pequeno poder. São Paulo: Iglu, 1989.

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

≤http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141373722007000200005&script=sci_arttext≥ Acesso em: 18 fev. 2016.

RASSIAL, J. J. *A passagem adolescente:* da família ao laço social. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1997.

REICHENHEIM, M. E; HASSELMANN, M. H.; MORAES, C. L. Consequências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 4, n. 1, 1999.

SOIFER, R. *Psiquiatria infantil operativa* – Psicologia evolutiva. Vol. 1. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

SBARDELLOTO, G. et al. Transtorno de estresse pós-traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência. *Psico-USF*.v. 6, n. 1, 2011.. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413--82712011000100008&script=sci_arttext > Acesso em: 18 fev. 2016.

SILVA JUNIOR, A. P. *Dano psíquico em crianças vítimas de abuso sexual sem comprovação de ato libidinoso ou conjunção carnal.* Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://bdtd.bce.unb.br/tedesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=351.> Acesso em: 18 fev. 2016.

WAISELFISZ, J. J. Mapa da Violência 2012. Crianças e adolescentes do Brasil. *FLACSO Brasil*. Rio de Janeiro. 2012. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_Criancas_e Adolescentes.pdf.> Acesso em: 17 jun. 2016.

BIBLIOGRAFIA

FREUD, A. *Infância normal e patológica.* Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

KNOBEL, M. *Orientação familiar.* Campinas: Papirus, 1996.

PROMENINO. *Violência doméstica:* como agir. 2014. Disponível em: <http://promenino.org.br/portals/0/violenciadomestica_acaoprotecao.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2016.

Capítulo 3

A PRESENÇA DA PSICOLOGIA NA FORMAÇÃO DE PROFESSORES: REFLEXÕES

Marina Tucunduva Bittencourt Porto Vieira

INTRODUÇÃO

As Políticas Públicas, através dos órgãos educacionais, definem a forma como se dá a formação de professores, assim como outros aspectos da educação. Atualmente, a Psicologia se faz presente como disciplina integrante da formação do professor, no Ensino Superior, nas diversas licenciaturas e nos cursos de Pedagogia. Nestas ela contribui, especialmente, com conteúdos da Psicologia do Desenvolvimento e da Psicologia da Aprendizagem, agrupados sob a denominação Psicologia da Educação.

Este texto irá trazer a experiência vivida pela autora, como professora de uma instituição de ensino superior, tanto na formação de professores no curso de Psicologia, de 1987 a 2002, como na formação de professores nas licenciaturas, de 2003 até o presente, ou seja, 2016.

A intenção deste texto é mostrar que os problemas apontados com relação à forma como a Psicologia vem sendo ministrada na formação docente também fizeram parte da experiência da autora. Aqui se pretende evidenciar que o lugar que a Psicologia vem ocupando decorre de contingências mais amplas, como a forma como as Políticas Públicas regulamentam e organizam a formação docente, a presença de uma mentalidade positivista que divide o saber e o fazer, e também as representações acerca das possíveis contribuições da Psicologia.

Segundo Antunes (2003), a Reforma Universitária de 1968 provocou a expansão do ensino superior privado. Como parte deste movimento expansionista, o curso de Psicologia de que trato aqui teve seu funcionamento autorizado como Curso de Licenciatura em dezembro de 1971, e como Curso de Formação do Psicólogo em 1974. O reconhecimento dos dois cursos se deu em 1986. Assim, a formação de professores para lecionar Psicologia no Segundo Grau, atual Ensino Médio, esteve presente desde sua criação. Entre as disciplinas que habilitavam para a docência de Psicologia, uma delas, cujo docente deveria ser

um psicólogo, se chamava Prática de Ensino em Psicologia. O mesmo professor também era responsável pelo Estágio Supervisionado correspondente. O aluno que recebia o diploma de Licenciatura em Psicologia estava habilitado a lecionar a disciplina Psicologia no Segundo Grau e nos cursos de Magistério.

Como fui responsável por esta disciplina entre 1987 até que deixasse de ser oferecida, começarei descrevendo esta experiência. Trarei as práticas, as dificuldades, os resultados obtidos e os discutirei. Posteriormente descreverei minhas experiências como professora de Psicologia da Educação nos cursos de licenciatura e de Pedagogia desta mesma universidade.

1. A formação de professores no curso de Psicologia

A presença de determinadas disciplinas na Educação Básica depende de resoluções ligadas às Políticas Públicas. A Lei n. 5.692, de 1971, havia retirado do Segundo Grau o ensino de Psicologia, Sociologia e Filosofia. Esta lei priorizou a profissionalização, através da formação técnica, e trouxe inúmeras consequências à matriz curricular até então vigente na Educação Básica.

Em 1980, a reação à retirada da Psicologia, da Sociologia e da Filosofia do Segundo Grau se deu quando psicólogos, descontentes, representados pelo Sindicato dos Psicólogos do Estado de São Paulo, em conjunto com a Associação dos Sociólogos do Estado de São Paulo e de um grupo de filósofos, iniciou um movimento chamado Oposição Sindical. Na ocasião foram promovidos encontros e discussões acerca da importância da reintrodução destas disciplinas nos currículos escolares.

Em 1982, finalmente, foi promulgada a Lei n. 7.044 que propunha como objetivo do Segundo Grau a formação integral do aluno, preparando-o para o exercício de uma cidadania consciente e participante. Instituiu no currículo um "núcleo comum", fixado pelo Conselho Federal de Educação, e uma "parte diversificada", com um rol de disciplinas a serem escolhidas pelas diversas Instituições de Ensino, também indicadas por este Conselho.

Em 1983, um informativo da CENP (Coordenadoria de Estudos e Normas Pedagógicas), intitulado "Diretrizes para Reorganização", recomendava a inclusão das disciplinas Filosofia, Sociologia e Psicologia nos currículos das escolas estaduais. Nesta mesma ocasião, iniciou-se a construção de um projeto visando propor diretrizes, objetivos e sugestões de conteúdos para estas disciplinas.

No ano seguinte, 1984, um grupo de trabalho integrado por representantes do Conselho Regional de Psicologia, do Sindicato dos Psicólogos e da CENP começou a avaliação do ensino do Segundo Grau e a elaboração de uma

proposta básica de programa. O grupo assumiu a incumbência, também, de coordenar a divulgação desta proposta entre os professores de Psicologia. Neste mesmo ano, houve a introdução da disciplina Psicologia no Segundo Grau do Estado de São Paulo.

Entre 1984 e 1986 foram realizados vários encontros envolvendo educadores, psicólogos, sociólogos, filósofos, para troca de ideias acerca das disciplinas da área de Humanas. Estes encontros resultaram na publicação, em 1986, do texto "Sugestão Preliminar de Conteúdo Programático para a disciplina Psicologia no 2º Grau". Participaram da publicação a CENP, o CRP (Conselho Regional de Psicologia) e o Sindicato dos Psicólogos do Estado de São Paulo.

Entre 1987 e 1988, a CENP e as Delegacias de Ensino promoveram várias Orientações Técnicas, com o objetivo de avaliar o documento de 1986. Em 1987, a CENP enviou aos professores de Psicologia das escolas estaduais um roteiro para avaliação formal. Os dados obtidos foram objeto de discussão em vários encontros de professores, resultando em uma publicação para divulgação de uma proposta curricular em Psicologia, em 1990, pela CENP. A obra recebeu o nome "Propostas Curriculares de Psicologia e Psicologia da Educação para os Cursos de Habilitação Específica para o Magistério". Foi reformulado o conteúdo de Psicologia a ser ministrado no Segundo Grau e apresentada uma proposta para o ensino de Psicologia da Educação nos cursos de Magistério. Além disso, foram dadas orientações metodológicas para o trabalho dos professores, indicada uma bibliografia e apresentadas sugestões de recursos materiais.

Em 1987, o curso de Psicologia, do qual trato aqui, funcionava com duas turmas: uma no período matutino e outra no vespertino. O curso era anual, com duração de cinco anos. No terceiro ano, os alunos cursavam duas disciplinas destinadas à licenciatura em Psicologia: Didática e Estrutura e Funcionamento de Ensino. A disciplina Prática de Ensino em Psicologia e o Estágio Supervisionado correspondente faziam parte do quarto ano. Como ao longo do curso eram abordados conteúdos de Psicologia, restava à Prática de Ensino a orientação acerca daqueles a serem ministrados no Segundo Grau e no Curso de Magistério. Todos os alunos matriculados no curso de Psicologia cursavam a licenciatura, e raramente algum pedia dispensa. Mrech (2007, p. 63) apontou que, em decorrência disto, "muitos alunos cursam a licenciatura sem a intenção de seguir carreira docente, ou tendo esta como uma segunda opção pela falta de alternativa melhor", o que, veremos adiante, se refletia na docência destes.

A disciplina Prática de Ensino em Psicologia envolvia uma parte chamada Estágio Interno, correspondente às aulas na instituição, e 180 horas de Estágio Supervisionado, o Estágio Externo, que incluía algumas horas de observação de aulas de Psicologia e, ao final destas, a preparação e aplicação de um projeto. Os alunos deveriam conseguir autorização da escola para desenvolvê-lo.

As demais licenciaturas da Universidade, além das disciplinas pedagógicas mencionadas, tinham aulas de Psicologia da Educação ministradas por outra professora, e já existia um Setor de Estágios responsável pelas Licenciaturas, que ainda hoje funciona.

Em 1990, foram entregues para o professor responsável por Prática de Ensino dois volumes destinados: um ao ensino de Psicologia no Segundo Grau e outro aos cursos de Magistério. Estes passaram a orientar a formação dos estudantes do curso de Psicologia.

Embora houvesse sido previsto pela Lei n. 7.044, de 1982, através da qual a Secretaria do Estado da Educação reintroduziu a Psicologia no Segundo Grau, que o objetivo da disciplina fosse a "formação integral do aluno, preparando-o para o exercício de uma cidadania consciente e participante de formação de cidadãos", os alunos da licenciatura em Psicologia puderam observar aulas cujos conteúdos não pareciam contribuir nesse sentido.

Os estagiários puderam observar professores pouco preparados para a docência e com pouco envolvimento com ela. Professores que abandonavam as aulas quando surgia oportunidade de outro emprego; professores que apresentavam teorias psicológicas diversas, sem relacioná-las com a vivência dos alunos; professores que não tinham o manejo da classe e onde ocorriam cenas patéticas, sem que conseguissem manter a autoridade. O comportamento desses professores dava indícios de que não tinham clareza acerca da importância do papel do professor, assim como da disciplina Psicologia na formação de seus alunos.

Mrech (2007), referindo-se a sua experiência como supervisora de estágio do curso de licenciatura na Universidade de São Paulo (USP), afirma que "a partir dos relatos dos estagiários das disciplinas de Práticas de Ensino em Psicologia ou Metodologias do Ensino de Psicologia é bastante comum os professores de Psicologia não terem ideia do que ensinar quando eles ensinam Psicologia no Ensino Médio" (p.232). O mesmo foi observado pelos alunos dos cursos de licenciatura em Psicologia da Universidade Católica de Santos, nesta cidade.

Leite (já havia destacado algo que parecia justificar o que os estagiários traziam às supervisões

> [...] o crescente interesse dos psicólogos pela docência no 2º grau deveu-se muito mais às limitações no mercado de trabalho nas áreas tradicionais, em especial a clínica, do que a um processo de discussão e avaliação da contribuição que a Psicologia pode oferecer à sociedade. [...] se a docência no 2º grau for assumida como um trabalho secundário, como um "bico", certamente encontraremos sérias dificuldades para conseguirmos realizar um trabalho que seja reconhecido, por toda comunidade escolar, como socialmente relevante. (1986, p. 10)

Por outro lado, havia uma certa "disputa" entre professor e alunos. O professor trazia aos estagiários uma imagem bastante negativa dos alunos, e estes, por sua vez, queixavam-se dos professores. Quando se dava o estágio de docência, ou seja, quando os licenciandos desenvolviam os projetos, era comum os alunos se dirigirem aos estagiários com dizeres do tipo: "Por que você não assume as aulas?".

Confirmando o que Leite afirmou sobre o reconhecimento pela comunidade escolar acerca da importância da disciplina, os horários das aulas de Psicologia no Segundo Grau eram usados pelas escolas para que fossem dados avisos diversos aos alunos, para que se vendessem rifas, enfim, não eram valorizadas. A maioria dos professores, querendo se "livrar" da presença dos estagiários, se prontificava para assinar as folhas de presença destes, sem necessidade de assistir suas aulas, quando não a própria direção da escola.

Havia indícios de que a escola não se sentia responsável pela formação dos futuros professores, os estagiários, e que a presença deles poderia dar a ver práticas escolares que preferiam não fossem conhecidas. Kohatsu analisou diversas pesquisas desenvolvidas sobre a licenciatura em Psicologia e nos traz os resultados de uma tese de doutorado, de Castro (2000), que apontou que "melhores níveis de relacionamento entre as universidades e as unidades escolares foram alcançados em virtude das atividades de parceria promovidas" (KOHATSU, 2010, p. 60). Assim, muito do trabalho desenvolvido com os estagiários poderia ter sido mais bem aproveitado caso as escolas tivessem outra postura.

Muitas vezes os estagiários se viam em posição incômoda, como quando o professor pedia que "passassem a matéria" na lousa, que fossem à Direção da escola avisar que determinado aluno havia sido convidado a se retirar da sala e estava se recusando.

Ao chegarem às escolas, os estagiários muitas vezes eram recebidos com alívio, como psicólogos. Eram comunicados a eles "casos de alunos" e feitas

afirmações de que era bom terem chegado, pois havia muitos com problemas, evidenciando a confusão que se fazia entre ser Psicólogo e ser professor de Psicologia. Os estagiários chegaram a trazer o caso de uma professora que desempenhava os dois papéis, o que reforçava as representações vigentes. Esta confusão de papéis também foi relatada por Mrech (2007, p. 232).

Estas informações eram assunto de conversa nos horários de supervisão, até porque havia a obrigatoriedade de relatórios detalhados referentes a cada aula, além da folha de registro de presença na escola, assinada pelo responsável, o que dificultava às escolas se "livrarem" dos estagiários.

Houve o caso de uma professora de Psicologia, concursada, com graves problemas psicológicos, que a cada ano estava em uma escola da rede estadual. Quando a direção percebia a inadequação de seu comportamento, retirava a disciplina Psicologia. Em uma das escolas solicitou-se, inclusive, aos estagiários que anotassem seu comportamento e entregassem as anotações ao diretor. Foi necessário mostrar aos estagiários que este não era o papel deles.

Gradualmente foi diminuindo a presença de professores de Psicologia nas escolas públicas. Sendo uma disciplina optativa para as escolas, muitas vezes as aulas de Psicologia eram substituídas pelas de Filosofia ou Sociologia, como no caso das escolas em que a professora citada lecionou. Isto repercutiu sobre a possibilidade de estágio, pois a quantidade de alunos estagiários passou a ser consideravelmente maior do que o número de aulas de Psicologia disponíveis. Foi necessária uma adequação e passou-se a permitir que assistissem aulas de outras disciplinas da área de Ciências Humanas.

No final de 1997, as licenciaturas, entre elas a de Psicologia, precisaram se adequar à nova Lei de Diretrizes e Bases, que requeria uma carga horária de estágios não mais de 180, mas de 300 horas, o que traria impactos ao curso de Psicologia. Foi aprovada, naquele ano, nova matriz curricular para os ingressantes no curso de Psicologia a partir de 1998.

Em 2000, preocupada com a desvalorização da presença da Psicologia no Ensino Médio, passei a participar de encontros e de eventos promovidos na área pelo CRP/SP, na sede do Conselho Regional de Psicologia, na cidade de São Paulo. Ingressei do Grupo de Trabalho "Psicologia no Ensino Médio", integrado por docentes de Prática de Ensino e professores que trabalhavam em escolas de Ensino Médio. Cheguei a ser palestrante na mesa de abertura do evento que integrou o Ciclo de Debates "Desafios da Formação nas Diversas Práticas de Psicologia", organizado pelas Comissões de Educação e Formação do CRP/SP, tendo como tema *Psicologia e Educação: formações e práticas*, em março de 2001, no Centro de Convenções São Camilo. Alguns alunos da

licenciatura em Psicologia desta instituição participaram do encontro, levando painéis que apresentavam os projetos desenvolvidos por eles.

Segundo Mrech (2007, p. 233), "muitos psicólogos continuam acreditando que o ensino de Psicologia seja uma atividade menor. Que a atuação por excelência do psicólogo deveria ser relativa à clínica, à psicologia social, à psicologia crítica, etc.". Isto também ocorreu com os psicólogos que eram docentes no curso de Psicologia da Universidade Católica de Santos. Assim, argumentou-se que as disciplinas pedagógicas não contribuíam em termos de conhecimento. Finalmente, os professores concluíram que havia disciplinas mais importantes na formação do psicólogo que estavam deixando de ser ministradas por conta das disciplinas de formação docente. A alegação final foi a de que a disciplina Psicologia havia sido retirada do Ensino Médio. Entretanto, não foi levado em consideração que esta poderia ser reintroduzida, desde que houvesse mobilização dos psicólogos para tal.

Apesar da mudança na matriz curricular a partir de 1998, havia alunos que ainda tinham direito a cursá-la, pois sua matrícula era anterior àquele ano. Foi quando recebi instruções de convocar uma reunião com os alunos interessados e, a partir dela, foram montadas duas turmas para aquele ano, considerando a quantidade de alunos que se manifestaram favoravelmente. Assim, até 2002, por iniciativa dos alunos, a disciplina passou a ser oferecida anualmente, aos sábados, àqueles interessados, embora não constasse mais do currículo.

As Políticas Públicas com relação ao Ensino Médio, no estado de São Paulo, acabaram contribuindo para inibir a formação de professores de Psicologia nesta instituição, mas também levaram ao fechamento de vários outros cursos de licenciatura em Psicologia, conforme relata Kohatsu.

Atualmente, algumas disciplinas ligadas à área de Humanas vêm, novamente, ganhando espaço no Ensino Médio. Recentemente foram reintroduzidas a Sociologia e a Filosofia, e há uma determinação do Conselho de Psicologia para que as licenciaturas em Psicologia voltem a ser oferecidas.

2. A formação de professores nos cursos de licenciatura

Em 2003, encerrada a minha atuação como professora de Prática de Ensino e Estágio Supervisionado no curso de Psicologia, passei a lecionar Psicologia da Educação em outras licenciaturas da mesma instituição.

Segundo Larocca (2007), desde os anos 1980, muitos trabalhos e pesquisas realizados apontaram problemas do ensino da Psicologia na formação de professores no espaço das licenciaturas. Esta autora fez uma retomada destes estudos e pesquisas e, a partir deles e de pesquisa na qual participou, em que os

sujeitos foram licenciandos egressos dos cursos de uma instituição universitária paranaense que já exerciam o magistério, coordenadores de curso e professores de Prática de Ensino e Estágio Supervisionado, concluiu haver, no ensino da Psicologia nas licenciaturas, os seguintes problemas: 1. desarticulação entre teoria e prática; 2. carga horária insuficiente; 3. insatisfação com o trabalho dos formadores na organização e na condução do ensino de Psicologia da Educação; 4. ausência de vínculo entre a Psicologia da Educação e a área de conhecimento específica de cada curso.

Estes mesmos problemas são encontrados nas licenciaturas da instituição que vêm sendo trazida aqui. Com relação ao primeiro problema apontado anteriormente, desarticulação entre teoria e prática, as aulas de Psicologia da Educação são ministradas no primeiro e segundo semestres dos cursos de licenciatura, e os estágios acontecem posteriormente.

Segundo Larocca

> Faz-se necessário [...] considerar a Psicologia da Educação como uma unidade dialética, cujos pólos estão em contínuo movimento, num ir e vir entre o domínio da ciência Psicologia, que fornece as teorias, e o domínio da Educação, que é prática social que desejamos ver transformada com a interferência dos professores que se formam nas licenciaturas (2007, p. 301).

A indagação que se apresenta é como propiciar este ir e vir, se os alunos ainda estão iniciando sua formação como professores e as teorias tratam de questões que ainda não mobilizam os alunos.

As ementas que constam do Projeto Político-Pedagógico dos cursos também dificultam a articulação teoria-prática, pois definem que, no primeiro semestre, os alunos devem estudar as teorias de Piaget, Vygotsky e Wallon, quando a maioria não tem nenhuma noção de como elas poderão contribuir para a docência.

Ainda segundo Larocca,

> o formato de *fundamento* conduz o ensino de Psicologia à simples assimilação de conceitos, princípios e teorias que os aprendizes de professor apenas devem reproduzir nas aulas, nos textos, nas avaliações. Promove, portanto, grandes dificuldades em levá-los a teorizar a prática pedagógica pelo exercício de sua condição de sujeitos pensantes, autônomos, inteligentes, situados no mundo a que são chamados a transformar (2007, p. 302).

Para evitar a imposição de uma única abordagem teórica, inicio trazendo a discussão acerca das tendências inatistas, empiristas e interacionistas, comprometendo-me com a última. A seguir passamos para os autores indicados, sempre com o cuidado de concluir sobre qual a atuação do professor de acordo com aquela teoria, mas não sei se estes terão lembrança disto quando começarem a ministrar suas aulas.

O material disponível para consulta pelos alunos também não propicia a articulação teoria-prática, e muitas vezes o professor acaba por escrever textos que possam cumprir esta finalidade. Os textos oferecidos pelo mercado enfocam o pensamento dos autores estudados, sem propiciar o diálogo entre eles ou, se o fazem, exigem do leitor um conhecimento prévio das teorias, o que é difícil para alguém que acaba de ingressar no ensino superior.

Kohatsu nos traz os resultados de uma pesquisa desenvolvida por Silva, em 2003, que mostrou

> que a disciplina Psicologia da Educação privilegia os conteúdos distanciados da prática escolar e o estudo de um sujeito abstrato, em detrimento do sujeito concreto, contribuindo para perpetuar uma concepção instrumental de formação do professor e dissociada do processo ensino-aprendizagem (KOHATSU, 2010, p. 61).

Como as ementas dos cursos de licenciaturas costumam propor o estudo de teorias, desvinculadas da prática concreta do professor, alunos de cursos diferentes compartilham uma mesma aula. Assim, o professor de Psicologia da Educação precisa fazer um esforço enorme se quiser atender às especificidades de cada licenciatura, precisando referir-se ora à aplicação prática em um dos cursos, ora em outro. Além disso, as provas precisam se adequar aos cursos e, para uma mesma sala, o professor precisa preparar provas diferentes.

Segundo esta mesma autora, embora uma parte dos problemas nas licenciaturas esteja associado às políticas educacionais nacionais, outra grande parte

> associa-se ou deriva da mentalidade que se formou em função do *modus operandi* das licenciaturas, até então, baseado no modelo racional-técnico, que promove e mantém as dicotomias entre teoria e prática, pensar e fazer, fundamentos, conteúdos e metodologias (LAROCCA, 2007, p. 300).

A mentalidade herdada do Positivismo supõe que "a atividade pedagógica é uma aplicação linear de princípios e leis gerados pela investigação científica" (LAROCCA, 2007, p. 300), assim, cabe ao professor expor estes princípios e

leis. Dentro desta lógica, cabe aos professores darem a teoria antes, quando desenvolvem suas aulas, para que nos estágios os alunos apliquem o que aprenderam.

A racionalidade técnica, diz Larocca, "supõe que a atividade pedagógica é uma aplicação linear de princípios e leis gerados pela investigação científica" (*ibidem*). Assim, segundo Larocca (2016), apesar dos inúmeros estudos e pesquisas sobre o ensino da Psicologia na formação de professores, que poderiam ter levado à reformulação dos cursos, persistem os problemas.

Segundo Guerra, além das questões sobre aprendizagem e desenvolvimento, a Psicologia da Educação deve propiciar situações de aprendizagem que "não devem afastar-se da realidade, envolvendo a discussão de questões do cotidiano escolar" (2000, p. 92). No segundo semestre das licenciaturas, as ementas preveem conteúdos que interessam mais aos alunos, como relações interpessoais na escola, a questão da disciplina, estereótipos, preconceitos e inclusão, fracasso escolar etc. Estes temas fazem parte desse cotidiano. Como deixar de lado a relação da afetividade entre professor e o aluno, as questões do "bullying", os diversos estereótipos que levam à estigmatização de alunos das camadas populares e das minorias, a medicalização sem critério dos alunos que são identificados como "problema"?

Como os temas não são afeitos às áreas específicas dos cursos, fica mais fácil atender à diversidade de cursos que é imposta ao professor. A experiência que trazem ao ingressar no ensino superior não está vinculada à área de estudos escolhida. Assim, como professora, posso servir de mediadora entre os conhecimentos que trazem de experiências anteriores e os conhecimentos científicos.

Segundo Guerra:

> Com a contribuição do referencial histórico-cultural, pode-se entender a grande importância da ação mediadora dos agentes formadores nos cursos de formação de professores, na articulação entre os conhecimentos da vida cotidiana e o conhecimento sistematizado. (2000, p. 90).

Segundo esta mesma autora, os estudantes estão passando por um processo de desenvolvimento não apenas profissional, mas também vivencial. Suas experiências anteriores vêm com eles. Para a docência, eles levarão consigo não apenas o conhecimento adquirido no cotidiano, mas este ressignificado a partir do que aprenderem nas licenciaturas. Os professores formadores têm papel primordial na mediação de novos saberes, oportunizando situações que lhes possibilitem adquirir o conhecimento científico. O debate coletivo, continua a

autora, o confronto entre diferentes concepções e a cooperação com os colegas têm importância fundamental.

Nesse sentido, como metodologia, são propostas atividades que envolvem discussão e confronto entre pontos de vista dos alunos e com a produção científica. Como forma de propiciar a autonomia dos alunos, estes localizam pela internet, em sites recomendados, artigos científicos. Isto os familiariza com a busca de fontes e também contribui para que não precisemos adotar livro didático.

Dentro do modelo de curso "primeiro teorias e depois estágio", o que vem contribuindo para que isto vá sendo quebrado é o PIBID (Programa Institucional de Bolsa de Iniciação à Docência), especialmente no que diz respeito ao conteúdo abordado em Psicologia da Educação no segundo semestre. Nesta ocasião, os alunos estão mais familiarizados com o contexto escolar, e os conteúdos também permitem isso.

O pouco espaço de tempo de que a disciplina dispõe, dois semestres com 34 horas/aula cada, leva a dar, do meu ponto de vista, um tom aligeirado, o que confirma o que foi apontado por Larocca (2007), ou seja, a carga horária insuficiente. Os alunos chegam a se surpreender e manifestar estranheza quando sabem que não terão mais aulas de Psicologia no curso.

Outra dificuldade também se refere à organização dos cursos. Nesta instituição, esta disciplina, assim como outras de formação docente, é oferecida preferencialmente aos sábados pela manhã, às 7h40, para alunos que estudam no período noturno, e que têm aulas até 22h40, muitos deles moradores em outras cidades da Baixada Santista. Esta decisão é sustentada pelo argumento de que facilita a organização das classes que irão compartilhar as mesmas aulas, mas também pode-se questionar o valor que é dado às disciplinas de formação docente. Parece que ainda se prioriza não a formação do professor, mas a do especialista em cada área de estudos. Se a prioridade fosse realmente o formar um bom professor, preparado para lidar com os alunos, as disciplinas que mais diretamente contribuem para isto teriam prioridade. Ainda persiste a ideia de que o bom professor é aquele que tem mais conhecimentos sobre o que lhe cabe ensinar e, portanto, uma mentalidade calcada no ensino conteudista.

3. A Psicologia da Educação nos cursos de Pedagogia

Leciono no curso de Pedagogia há algum tempo. Em 2012, assumi a disciplina "Psicologia da Educação: desenvolvimento e aprendizagem" para as turmas que cursam Pedagogia pelo Parfor (Plano Nacional de Formação de

Professores da Educação Básica). Em 2015, passei a ministrar aulas também para os alunos do curso regular de Pedagogia.

Esta disciplina, à semelhança do que ocorre nas licenciaturas, é dada a partir do primeiro semestre, também dentro da lógica "aprender a teoria primeiro e aplicar depois". A diferença é que nos cursos de Pedagogia a Psicologia é oferecida em quatro semestres, com carga horária de 34 horas por semestre.

Os alunos que cursam a Pedagogia pelo Parfor são, em quase totalidade, pessoas que já atuam em educação, porém sem terem curso superior. Os alunos ingressantes na Pedagogia regular são em geral recém-egressos do Ensino Médio. Além da idade, a diferença entre os alunos que vêm pelo Parfor e os demais é notável.

Os alunos que já atuam na educação conseguem articular teoria e prática, algo que foi insistentemente denunciado como um problema nas licenciaturas. Eles trazem suas experiências para as aulas, relacionam o que estudam com suas vivências nas escolas, a disciplina Psicologia faz sentido. Eles também aplicam o que é discutido em sala de aula na sua prática. A motivação do professor formador, com isso, é bem maior. Ele sente que não prega no deserto. Isso reforça mais uma vez a necessidade de repensar a forma como são organizados os cursos de formação de professores.

Os alunos que cursam Pedagogia e que recebem os ensinamentos de Psicologia de forma descontextualizada, por não terem experiência docente, não veem muito sentido no que aprendem. É necessário um esforço grande do professor para que entendam o motivo da presença desta disciplina. Para estes, a teoria vem separada da prática, e as críticas feitas às licenciaturas também se aplicam.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em 1986, Sérgio Leite já trazia em seu texto uma relação de problemas e perspectivas com relação à psicologia no então Segundo Grau, atual Ensino Médio. Muitos destes ainda persistem, como a prioridade que os cursos de graduação em Psicologia dão à formação com ênfase na Psicologia Clínica. Lecionar Psicologia é, ainda hoje, considerado algo "menor".

Segundo este autor, os psicólogos que então lecionavam no Segundo Grau eram entendidos como desviados de suas "funções mais nobres" (1986, p. 12). Pode-se estender esta afirmação, ainda hoje, aos cursos superiores. Muitos psicólogos que abriram mão do trabalho nas várias frentes onde se aplicam os ensinamentos da Psicologia e optaram apenas por dar aulas são vistos como profissionais que "não trabalham".

Segundo Kohatsu, deve-se questionar "a representação social que é feita da psicologia e de que modo os profissionais da área têm contribuído para a construção ou manutenção desta representação" (2010, p. 63). Realmente, como incriminar outros profissionais pela forma como entendem a Psicologia e as possibilidades de sua contribuição, se não fizermos primeiro um *mea culpa* para tentarmos entender que psicologia estamos dando a ver.

Aliada às representações acerca da docência em Psicologia, Proença (2000) denuncia a ausência de uma política para o Ensino Médio clara, o que vem permitindo que, a cada governo, ou mesmo a cada secretário, sejam feitas mudanças em seus currículos. Realmente, o Ensino Médio, antes um caminho a ser seguido por quem quisesse cursar o Ensino Superior, passou a integrar a Educação Básica e tornou-se obrigatório. Mas ainda hoje sua verdadeira função não está bem definida e, com isso, o papel das diversas disciplinas ministradas neste grau de ensino.

Um entrave à licenciatura em Psicologia, apontado por Kohatsu, é de que "a realidade do ensino médio, assim como as experiências dos professores de psicologia nesse nível de ensino, continuam pouco conhecidas no meio universitário" (2010, p. 62). Realmente, mesmo que a disciplina fosse hoje introduzida, como poderíamos dar uma formação aos futuros professores sem que conheçamos a realidade com a qual vão se deparar?

Com relação às licenciaturas em geral, Leite apontou como prioridade que se iniciasse um processo de "profunda revisão dos cursos", com a participação dos profissionais da área da Psicologia. Esta revisão, entretanto, quase trinta anos depois, ainda está sendo esperada.

Como parte da conclusão, quero também fazer minhas as palavras de Almeida

> Parte da dificuldade para proporcionar uma formação em Psicologia mais adequada e que atenda às necessidades do futuro professor reside nos obstáculos que os professores que lecionam, principalmente nas licenciaturas, encontram para ministrar essa disciplina. Um deles diz respeito ao "tempo", ou seja, normalmente a carga horária destinada à Psicologia Educacional é muito pequena, e traz questionamentos sobre o que priorizar nos programas de Psicologia. Outro obstáculo é a falta de integração da Psicologia com as demais disciplinas pedagógicas e específicas, evidenciada pela falta de um projeto pedagógico comum que integre as disciplinas entre si. (2000, p.105)

Quero acrescentar que, enquanto os licenciandos não puderem vivenciar as questões que lhes são trazidas, não apenas nas chamadas disciplinas pedagógicas, mas em todas, não seremos capazes de contribuir efetivamente para mudar práticas anacrônicas, incompatíveis com os alunos que hoje frequentam as escolas. A dicotomia teoria-prática necessita ser superada.

Por outro lado, não devemos deixar de considerar a importância da Psicologia em todos os níveis de ensino. Esta área de conhecimento, segundo Gobo e Wisniewski é "reconhecidamente implicada com os processos de subjetivação". Ela "pode, sim, contribuir na construção de sujeitos conscientes, críticos e compromissados na construção de uma sociedade mais saudável, na qual o direito à diferença é respeitado [...]" (2013, p. 95)

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patrícia Cristina Albieri. Discutindo a relação professor-licenciado e aluno-adolescente à luz da formação em psicologia. In: AZZI, Roberta Gurgel; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva; SADALLA, Ana Maria Falcão de Aragão (Orgs.). Formação de professores: discutindo o ensino de Psicologia. Campinas: Alínea, 2000.

ANTUNES, Mitsuko Aparecida Makino. Psicologia e Educação no Brasil: um olhar histórico-crítico. In: MEIRA, Maria Eugênia Melilo; ANTUNES, Mitsuko Aparecida Makino. (Orgs.) Psicologia Escolar: teorias críticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA, 6ª Região (São Paulo). Psicologia no Ensino de 2º Grau: uma proposta emancipadora. São Paulo: Edicon, 1987.

GOBO, Juliano; WISNIEWSKI, Maurício. O ensino de Psicologia no Ensino Médio, profissional e na formação de professores: em busca de uma unidade. Ciências Humanas, Linguística, Letras e Artes, , v. 21, n. 1, p. 89-96, jan./jun. 2013. Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/humanas/article/view/4286> Acesso em: 10 mar. 2016.

GUERRA, Clarisa Terezinha. Conhecimento psicológico e formação de professores. In: AZZI, Roberta Gurgel; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva; SADALLA, Ana Maria Falcão de Aragão (Orgs.). Formação de professores: discutindo o ensino de Psicologia. Campinas: Alínea, 2000.

KOHATSU, Lineu Norio. A reinserção da disciplina de Psicologia no Ensino Médio: as especificidades da Psicologia e os desafios do atual contexto educacional. Psicologia: Ensino & Formação, v. 1, n. 1, p. 53-66, abr. 2010.

Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pef/v1n1/06.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2016.

LAROCCA, Priscila. O ensino de Psicologia da Educação sob o olhar de licenciados e licenciandos. In: AZZI, Roberta Gurgel; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva; SADALLA, Ana Maria Falcão de Aragão (Orgs.). Formação de professores: discutindo o ensino de Psicologia. Campinas: Alínea, 2000.

_____. O ensino de psicologia no espaço das licenciaturas. EDT- Educação Temática Digital, v. 8, n. 2, p. 295-306, jun. 2007. Disponível em: <http://ojs.fe.unicamp.br/ged/etd/article/view/1780> Acesso em: 10 mar. 2016.

LEITE, Sérgio Silva. O ensino da Psicologia no 2º Grau. Psicologia, Ciência e Profissão, v. 6, n. 1, p. 9-12, 1986. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v6n1/03.pdf> Acesso em: 10 mar. 2016.

MRECH, Leny Magalhães. Um breve histórico a respeito do ensino da psicologia no ensino médio. ETD – Educação Temática Digital, v. 8, n. 2, p. 225-235, 2007. Disponível em: <http://ojs.fe.unicamp.br/ged/etd/article/view/1774> Acesso em: 29 maio 2016.

PROENÇA, Marilene. Política Educacional e Psicologia. CRP: Cadernos Temáticos CRP/SP: Ensino da psicologia no nível médio: impasses e alternativas. 2000. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/cadernos_tematicos/9/frames/fr_politica_marilene_proenca.aspx> Acesso em: 10 mar. 2016.

BIBLIOGRAFIA

VIEIRA, Marina T. B. Porto. A disciplina psicologia no ensino médio e as propostas curriculares. Mimeo, 1999.

_____. A licenciatura no curso de Psicologia da Unisantos. Mimeo. 2000.

Capítulo 4

O ADOLESCENTE E O DESAFIO DA ESCOLHA PROFISSIONAL: A RELEVÂNCIA DE AÇÕES SOCIOEDUCACIONAIS

Daisy Inocencia Margarida de Lemos
Flávia Henriques
Luana Carramillo Going

INTRODUÇÃO

A escolha profissional no Brasil ocorre geralmente quando o adolescente completa o Ensino Médio, em torno dos 16/17 anos, e a sociedade, de certa forma, o pressiona para uma tomada de decisão quanto à futura profissão. Um leque de cursos universitários abre a perspectiva para uma provável carreira, que pode ou não ser bem-sucedida, caso o jovem decida-se precipitadamente por um ou outro curso, a fim de atender às pressões do meio.

Nesse sentido, verifica-se que um dos desafios do término do Ensino Médio é a preocupação com a continuidade da formação do adolescente. Para ele, é o término de um longo período de doze anos, composto pelos cursos de Ensino Fundamental e Médio, nos quais, na maioria das vezes, está focado nos conteúdos curriculares para o momento do vestibular. Verifica-se nesse movimento que pouco espaço é reservado na educação básica para o aluno refletir sobre a própria existência, incentivando-o para a autonomia de optar por um determinado curso de Ensino Superior, que venha atender as suas necessidades, entre tantos existentes, e que o possibilite realizar sua escolha profissional.

Observa-se que o preparo para o vestibular é focado em conteúdos direcionados de forma objetiva para uma carreira específica, e é por isso que muitas vezes ocorrem desistências durante o período de faculdade, ou, ainda, a carreira escolhida não satisfaz, mais tarde, os anseios do indivíduo.

O momento é complexo, pois envolve decisão, escolhas e perdas. O ato de escolher é solitário; a responsabilidade pela tomada de decisão é só do adolescente, pois o futuro lhe pertence, é ele que vai trabalhar na profissão que

escolher. Por isso, o acolhimento e a orientação de um profissional tornam-se necessários.

Ter a possibilidade de compreender os mecanismos envolvidos nesse processo, tomar contato com as várias opções disponíveis, perceber se a escolha está sendo ou não influenciada pelo grupo familiar ou pelos meios de comunicação é relevante. É sempre bom que o jovem tome consciência de como está ocorrendo sua escolha.

O trabalho com o jovem é transformador e faz despertar, no profissional que com ele atua, um querer caminhar junto, para que assim se possa buscar novos horizontes.

Este tema sempre nos causou inquietação, considerando-se que o futuro vai depender de um momento de escolha, algumas vezes irrefletida, outras vezes determinada por pressões do ambiente ou, ainda, pelo fato de o jovem encontrar-se na adolescência, época de transição complexa e delicada, em que, pela própria característica da fase, o indivíduo, na grande maioria, ainda não encontrou a si mesmo.

Em nossa experiência profissional de mais de 30 anos, cerca de metade dela atuando com jovens da Educação Básica, observamos que o momento de escolha da profissão não é tranquilo para a maioria dos adolescentes, que são influenciados pelas informações e palpites advindos de muitas pessoas e também pelos meios de comunicação em geral.

Nossos atendimentos têm ocorrido tanto em consultório como em escolas e instituições, e o que temos observado e coletado em nossas entrevistas com os adolescentes que nos são encaminhados pelos familiares ou docentes, ou mesmo que nos procuram espontaneamente, são queixas referentes a várias sintomatologias, entre as quais se destacam: nervosismo, ansiedade, medo, angústia, insegurança, dificuldade de concentração, isolamento social, cefaleia, gastrite e outras.

No decorrer das entrevistas, grande parte dos adolescentes refere estar preocupada com seu futuro, em ter maior autonomia, em conseguir emprego para ter seu próprio dinheiro sem precisar depender tanto dos pais. Muitos revelam também estar preocupados com a escolha de uma profissão, pois nem sempre estão decididos quanto à carreira a seguir; não sabem se a escolhem de acordo com seus próprios interesses ou segundo a influência da família, ou até seguindo sugestões da própria mídia, que em geral destacam as profissões mais escolhidas no momento.

Este artigo é resultado do trabalho de um grupo de pesquisadores do Curso de Psicologia da Universidade Católica de Santos que trazem, como base,

resultados iniciais e parciais do Doutorado de uma das pesquisadoras (LEMOS, 2007), e estudos realizados no *Programa de Orientação Vocacional e Profissional* do próprio curso, no qual as autoras são docentes. O Programa é interdisciplinar e integra o Estágio de Psicologia Escolar e da Aprendizagem e o Estágio de Psicologia Organizacional e do Trabalho, interligando-se a diversas disciplinas do curso.

Coordenado e orientado pelos docentes e desenvolvido pelos estagiários, o Programa busca promover competências e habilidades nos estudantes de Psicologia, preparando-os para receber e orientar os alunos dos últimos anos do Ensino Médio na escolha profissional, possibilitando-lhes reflexão crítica sobre as possíveis influências externas em suas escolhas e promovendo sua autonomia enquanto sujeito. Com isso, socializam-se os saberes dos docentes e discentes, no sentido de atender às necessidades da comunidade na qual a instituição está inserida e permite-se que o estudante de Psicologia se torne atento às constantes transformações sociais, aprendendo a superar os desafios, pautado nos princípios éticos, no respeito aos direitos humanos, na justiça e na solidariedade.

Os Estágios têm como diretriz levar o acadêmico do Curso de Psicologia a refletir sobre o exercício da cidadania, a oportunidade de equalização da distribuição do conhecimento, a consciência do compartilhamento do saber produzido na academia; a fortalecer o olhar sensível às necessidades da comunidade e da sociedade; a buscar por melhor qualidade de vida, e a investir no crescimento e valorização da comunidade acadêmica por meio de ações conjuntas entre a Universidade Católica de Santos e a sociedade da Baixada Santista.

No artigo são apresentados aspectos teóricos sobre a adolescência, com a visão de diferentes estudiosos a respeito do assunto; sobre a escolha profissional, destacando dados referentes à influência da família nesse processo; análises do tema divulgados na mídia; entrevistas abertas e relatos de alguns adolescentes que participaram do Programa de Orientação Vocacional e Profissional.

Os dados são analisados qualitativamente, com base em teorias psicológicas e na fundamentação teórica apresentada.

1. O Processo de Construção da Identidade na Adolescência

O indivíduo passa por diversas fases em seu desenvolvimento, desde o nascimento até a velhice, e em cada uma vai enfrentando desafios, obstáculos, dificuldades, e adquirindo novas experiências ou aprimorando as já

conquistadas. No decorrer de sua existência, vai também sofrendo perdas, elaborando lutos, vencendo medos, conquistando vitórias, enfrentando crises.

Segundo Lamas e Rech (1999, p. 144), "[...] na jornada de nossa vida o caminho não é tranquilo, linear ou de constante crescimento. Obstáculos e dificuldades surgem nesta viagem que iniciamos antes mesmo de nascer [...]".

Todas as etapas da vida do ser humano são importantes, tendo cada uma delas suas peculiaridades e riquezas. Dentre todas as etapas, a adolescência tem merecido a atenção de estudiosos, pesquisadores, educadores, psicólogos clínicos e educacionais, além de outros profissionais ligados à área da saúde e da educação.

> *Adolescere* **é a palavra latina que significa crescer, desenvolver-se, tornar-se jovem. Os dicionários registram que adolescência é o período da vida humana entre a puberdade e a virilidade**, e que adolescer quer dizer crescer durante o período da adolescência. Embora não seja possível fixar limites universais e exatos para sua duração, os doze e os vinte anos aproximadamente, são em geral admitidos como as idades iniciais e finais desta etapa do desenvolvimento humano (PFROMM NETTO, 1976, p.1).

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), a adolescência ocorre entre os 12 e os 18 anos de idade, sendo usada esta idade para efeito de lei no Brasil.

Segundo Campos (2001), há alguns critérios considerados com relação a esse período:

- Critério cronológico: adolescência como período que se estende dos 10-12 aos 20-21 anos.
- Critério de desenvolvimento físico: etapa entre a puberdade e a idade viril, durante a qual o jovem torna-se adulto.
- Critério sociológico: período no qual a sociedade deixa de encarar o indivíduo como criança e, ao mesmo tempo, não lhe confere o *status* de um adulto.
- Critério psicológico: período em que ocorre a reorganização da personalidade e da estrutura psíquica do indivíduo.

1.2 Adolescência: um período de transformações

Cada vez mais o adolescente tem ocupado espaço amplo na literatura e na mídia de modo geral, por tratar-se de um momento em que o indivíduo define

sua identidade e, a partir de suas escolhas, poderá ou não ter oportunidade de um enriquecimento pessoal e de desempenhar um papel produtivo e criativo na sociedade.

A adolescência é um período do desenvolvimento humano que se caracteriza por transformações biopsicossociais. Na realidade, segundo Levisky (1998), constitui-se mais em um processo que ocorre durante o desenvolvimento evolutivo do indivíduo, marcando um estado de transição entre a infância e a vida adulta, com mudanças não apenas físicas e fisiológicas (que se referem mais à puberdade), mas psicológicas e sociais. Citando Kalina e Grynberg (1985, p. 16), "[...] o que a puberdade apresenta ao nível orgânico, corresponde a adolescência ao nível psicológico e social".

O primeiro estudo científico sobre a adolescência foi realizado pelo psicólogo Granville Stanley Hall (1844-1924), na primeira metade do século XX, mais precisamente em 1904, quando foi publicada sua obra *Adolescence-its psychology and its relation to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*, em dois volumes. Stanley Hall é considerado o pai da *Psicologia da Adolescência*.

Segundo Stanley Hall (apud CAMPOS, 2001), o desenvolvimento humano passa por quatro fases: Primeira Infância, Infância, Juventude e Adolescência. Para ele, adolescência corresponde a um período em que a humanidade enfrenta turbulência e transição e se estende da puberdade (12-13 anos) até o estado adulto pleno (22-25 anos).

Para a teoria psicanalítica, durante o período da adolescência, ocorrem transformações comportamentais estreitamente relacionadas às mudanças fisiológicas. O autoconceito e a aparência física são bastante relacionadas a outras pessoas. H**á mudanças sociais de origem somática, como a quebra dos laços edipianos, o desenvolvimento (pelo menos** por um pequeno lapso de tempo) de relações homossexuais e, mais tarde, ligações heterossexuais. Finalmente, as mudanças fisiológicas são relacionadas com as emocionais, especialmente com o aumento das emoções negativas, tais como mau humor, ansiedade, desprezo, tensão e outras formas do comportamento adolescente (MUUSS,1976).

Vários outros estudiosos da psicanálise preocuparam-se com a adolescência, como Anna Freud, Otto Rank e Erik Erickson.

De acordo com Pfromm Netto (1976), Anna Freud concebe a adolescência como um período de perturbação, transtornos e rebelião, em que tensões, alterações e ajustamentos interiores são considerados parte do desenvolvimento normal.

Otto Rank (apud MUUSS, 1976) designou como conceito principal de sua teoria sobre a adolescência um fator positivo: a vontade. Para Rank, a vontade torna-se mais forte durante o período de latência, e essa força vai tornando-se cada vez mais independente, rebelando-se contra qualquer autoridade. No começo da adolescência, o jovem opõe-se inclusive à dependência, não só dos pais, mas das leis e de seus próprios desejos e instintos. Nesse momento, o jovem sente necessidade de independência e luta para conquistá-la. É uma fase de questionamentos, reformulações que, segundo Kalina e Grynberg (1985), pode ser vista como um renascimento, ou seja, o adolescente começa uma busca em direção a si mesmo, como ser individual. É um processo longo e delicado, por meio do qual define sua identidade como pessoa.

Levisky (1998), concordando com Kalina e Grynberg, refere que a pessoa nasce, porém é na adolescência que começa a viver, considerando a adolescência como um marco fundamental na história do desenvolvimento do indivíduo.

Osório (1984), referindo-se às características da adolescência, cita, entre outras:

- a elaboração de lutos referentes à perda da condição infantil;
- o estabelecimento de uma escala de valores ou código de ética próprios;
- a aceitação tácita dos ritos de iniciação ao *status* adulto;
- a culminação do processo de separação/individuação.

É um período cheio de angústias, conflitos, durante o qual o adolescente muitas vezes sente e comporta-se como criança e, em outras ocasiões, enfrenta situações como adulto.

Aberastury (1990) encara a adolescência como um momento crucial na vida do indivíduo, em que ocorre o desprendimento interno dos pais, isto é, o jovem inicia a busca do objeto de amor no mundo externo. Tal situação gera sentimentos ambivalentes, contraditórios, pois no início dessa fase o jovem está se movendo entre o impulso ao desprendimento e a defesa que impõe o temor à perda do que lhe é conhecido.

Lehman (1999) refere que a adolescência denota um período de descontinuidade em relação à infância, em que se vivem perdas e aquisições, que não são absorvidas tranquilamente nem pelo adolescente nem pelos familiares.

Diversos autores concordam com essa posição e acreditam que tal mudança gera conflitos, exigindo de ambos uma readaptação (ABERASTURY, 1990; KALINA e GRYNBERG, 1985; LAMAS e RECH, 1999).

Costuma-se fazer referência a essa fase como crise da adolescência. Segundo Knobel (apud ABERASTURY; KNOBEL, 1992, cap. 2), essa crise é necessária para que o adolescente estabeleça sua identidade.

De acordo com Erickson (apud CAMPOS, 2001), no período da adolescência é estabelecida a *identidade do ego* ou sua contrapartida, a *difusão de papéis*. Para este autor, a identidade é alcançada quando o adolescente tiver domínio de seus problemas da infância e aceitar suas mudanças físicas e sentimentos libidinais como parte de si mesmo. Refere, ainda, que a maturidade inicia-se quando, com a identidade estabelecida, o indivíduo aparece integrado, podendo manter-se por si mesmo, sem o apoio emocional de outras pessoas e não é mais obrigado a duvidar de sua própria identidade (CAMPOS, 2001).

Bohoslavsky (2001) ressalta que todo adolescente é uma pessoa em crise, na medida em que está desestruturando e reestruturando tanto seu mundo interior como suas relações com o mundo exterior. Do resultado da tolerância a esta crise e dos mecanismos empregados para superá-la surgem formas de relação com seu mundo interior e exterior, qualitativamente distintas das relações mantidas anteriormente.

1.3 Teoria da crise

Vários autores conceituaram o termo *crise* de acordo com os aspectos que julgaram de maior relevância para o desenvolvimento do indivíduo.

Erickson (1976) formulou o conceito de *crise de desenvolvimento*, pois para ele a crise é evolutiva e associa-se a períodos de transição que ocorrem nas etapas do desenvolvimento normal da personalidade. Segundo o autor, uma fase é qualitativamente diferente da anterior, e em cada uma ocorrem tensões cognitivas e afetivas.

Refere-se, também, às *crises acidentais*, que constituem períodos de tensão semelhantes aos anteriores, mas que surgem como resultado de acontecimentos vitais para o indivíduo, os quais envolvem perdas, ameaças de perda ou aumento de suprimentos de bens afetivos, físicos ou materiais.

A teoria da crise formulada por Simon (1989, p. 58) afirma que "[...] o novo exige um ato criativo. É único como cada experiência humana". Considera que o essencial "[...] é o fato do sujeito se ver frente a uma situação nova e vitalmente transformadora" (p. 58). O indivíduo, por ter que enfrentar situações desconhecidas, que implicam adequações novas e mudanças significativas em sua vida, poderá enfrentar uma crise. Classifica as crises em duas categorias: por perda (ou ameaça de) ou por aquisição (ou expectativa de). Devem-se ao "[...] aumento ou redução significativa do espaço no universo pessoal" (p. 60).

Este universo refere-se ao "conjunto formado pela pessoa (psicossomático) mais a totalidade de objetos externos (aqui compreendidos outras pessoas, bens materiais ou espirituais e situações sócio-culturais)" (p. 60). Para ele, ambas as formas de crises provocam "[...] angústia diante do novo e desconhecido [...]", divergindo nos sentimentos predominantes que surgem nas diferentes situações, como depressão e culpa, nas crises por perda; e insegurança, inferioridade, inadequação, nas crises por aquisição.

Ele afirma que, durante sua vida, o indivíduo está sempre sujeito a mudanças intrapsíquicas e ambientais bruscas, devido a macrofatores e microfatores internos e externos, positivos ou negativos, que podem levar, respectivamente, à crise ou à mudança na sua adaptação.

Os microfatores são situações que não provocam crises, mas sim mudanças lentas e graduais que podem modificar a adaptação para mais ou menos eficaz, dependendo de como são enfrentadas. Como exemplo, poder-se citar o casamento, que altera a rotina de vida da pessoa e, com o passar dos anos, pode aumentar ou diminuir sua eficácia adaptativa.

Os macrofatores acarretam mudanças bruscas e podem gerar crises. Pode-se citar a perda de um ente querido, separação, mudança de escola por mudança de cidade, etc. Tanto os macrofatores como os microfatores podem gerar ansiedade, insegurança, angústia e afetar a eficácia adaptativa da pessoa envolvida.

2. O Adolescente e a Escolha Profissional

As pessoas acostumaram-se a entender por vocação algo já predeterminado geneticamente, ou seja, o indivíduo já estaria predestinado à sua profissão. Ou, então, se não fosse assim, era apenas procurar a profissão dos pais ou de algum familiar que tivesse sido bem-sucedido para que o jovem escolhesse uma carreira. Entretanto, não funciona de modo tão simples assim.

O jovem acaba recebendo influência de várias fontes de informação: de suas próprias experiências; dos relacionamentos que estabelece durante a vida (pais, amigos, namorados(as), pessoas famosas em decorrência da escolha que fizeram). Outra influência bastante considerável é a dos meios de comunicação: rádio, TV, cinema, jornais, revistas. Ou seja, da mídia de modo geral.

As influências não devem ser menosprezadas; devem ser sempre levadas em conta, desde que se perceba como mais um instrumento de ajuda nesse difícil caminho por uma escolha. A escolha, contudo, é do jovem, e ele não deve abrir mão dela.

A escolha de uma profissão requer que, num dado momento, o adolescente reavalie o caminho percorrido até então, para que a partir daí possa definir como prosseguirá a jornada em busca de sua identidade profissional.

É este o momento em que se somam todas as tentativas de ajustamento a uma nova etapa de vida; é o momento de integrar vivências externas e internas para a evolução e o amadurecimento.

A escolha profissional não é um evento e sim um processo longo e complexo. Para eles, no decorrer do desenvolvimento humano, várias escolhas são feitas, resultando na eliminação de algumas alternativas e na retenção de outras, até que, num processo de afunilamento, ocorra o que se considera a escolha vocacional. O momento de escolha profissional corresponderia ao momento de maturidade vocacional

> [...] o processo de escolha inicia-se na adolescência, período de busca de si mesmo, busca de uma identidade, período de crises e questionamentos. É um período da vida muitas vezes chamado de nascimento existencial, em que muitos aspectos da identidade adulta já começam a ser definidos, como a sexualidade, a vida afetiva e a escolha de um profissão (SOARES, 2002, p. 19).

Para Carvajal (2001), o último período da adolescência é o mais difícil de ser superado na cultura ocidental, pois as crises mundiais de desemprego dificultam a inserção no mundo adulto do trabalho, que se torna cada vez mais exigente.

É exatamente nessa fase final da adolescência, quando o jovem ainda percorre o caminho para a maturidade, quando busca formar a própria identidade e enfrenta uma gama de conflitos internos e externos, que surgem outros grandes desafios: a decisão por uma profissão e o ingresso na faculdade, passando pelo *portal* do vestibular.

A escolha profissional faz parte da constituição de nossa identidade, sendo, portanto, um dos elementos de ligação entre a criança e o adulto. E essa escolha ocorre exatamente nessa fase em que o jovem se encontra cheio de dúvidas, medos, insegurança.

Escolher um caminho profissional ao redor dos 16 anos é muito angustiante, segundo Levisky (1998); muitas vezes os jovens fazem suas escolhas não tanto por identificação, mas para se livrarem de uma situação ansiógena. Ainda de acordo com o autor, se o jovem não consegue definir-se e há pressão familiar, podem surgir desequilíbrios emocionais, com aumento acentuado de ansiedade e a ocorrência de quadros patológicos, como fobias, inibição intelectual, insegurança.

Strey (1994, apud LEVENFUS; SOARES e cols., 2002), em sua pesquisa com adolescentes, concluiu que o momento da escolha de uma profissão, em geral, causa muitos conflitos para o jovem, pois nem sempre ele sabe como equilibrar os custos com os benefícios, a satisfação imediata e o mal-estar futuro. Na realidade, o jovem fica bastante temeroso de enfrentar uma sociedade competitiva e excludente, que enaltece a competência; assusta-se por achar que não tem capacidade para tal empreitada, teme por achar que não terá êxito. Isto dificulta seu amadurecimento.

Concordamos com Abreu (2004, p.10) quando afirma: "[...] sabemos o quanto são difíceis as escolhas, mesmo quando já atingimos a fase adulta, em que nos conhecemos um pouco mais; o que se dirá da escolha na fase da adolescência, quando ainda não temos a nossa identidade formada?".

Ao escolher uma profissão, o jovem precisa integrar e perceber uma dimensão temporal, ou seja, precisa dar-se conta de sua própria história de vida, das experiências já vividas.

> Escolher o que se quer no futuro implica reconhecer o que fomos, as influências sofridas na infância, os fatos mais marcantes em nossa vida até o momento e a definição de um estilo de vida, pois o trabalho escolhido vai possibilitar ou não realizar essas expectativas (p. 24). E ela ainda afirma O momento da escolha é um presente que irá definir um futuro a partir das referências passadas da pessoa, integradas nesse momento presente (SOARES, 2002, p. 26).

As expectativas das pessoas quanto ao seu futuro sempre envolvem medos, inseguranças, esperanças, afetos, não apenas seus, mas também de familiares mais próximos.

Para o adolescente, escolher uma profissão é quase sempre equivalente a ter que ingressar numa universidade. O prestígio de ingressar numa universidade é maior do que o *status* social da profissão. É visto como fator de promoção pessoal (LEVENFUS; SOARES e cols., 2002). Segundo Andrade (1993, apud LEVENFUS; SOARES e cols., 2002, p. 66), "[...] o adolescente, ao escolher sua profissão, estará pautando sua ação na representação social de adulto".

3. A Família na Escolha Profissional

Segundo Becker (1994), vários fatores influenciam na escolha profissional, entre eles "[...] saúde, tendências e habilidades inatas, educação, estrutura e

tradição familiar, ocupação e abertura dos pais, grupo cultural e especialmente a classe sócio-econômica à qual pertence o indivíduo" (p. 48).

Nessa fase de escolha, o adolescente não conhece bem a si mesmo, suas aptidões ou as profissões. E é aí que se vê pressionado pela família, pela escola e pela sociedade a escolher uma profissão que irá exercer pelo resto da vida.

Muitas vezes, de acordo com Lehman (1999), a influência da família na escolha da profissão pode ser ruim, levando o jovem a optar por um curso sem considerar seu real interesse por ele. As cobranças pelo ingresso numa universidade também acabam muitas vezes prejudicando o jovem nessa fase.

Observa-se que a família deposita no filho adolescente muitas de suas fantasias, ilusões, desejos que não puderam ser concretizados durante a própria adolescência, e esses sonhos incluem também expectativas em relação à profissão.

Muitos pais gostariam de ter cursado uma faculdade e não puderam, ou gostariam de ter seguido uma carreira e, por razões diversas, tiveram que optar por outra.

Quando o filho vai enfrentar essa fase, esses pais veem surgir a oportunidade de realizar um sonho que ficou adormecido no passado e, frequentemente, acabam por influenciar o filho, muitas vezes obrigando-o a seguir um curso universitário, ainda que não haja motivação para tal. Em algumas situações, os pais quase chegam a direcionar a opção dos filhos, levando-os a prestar vestibular para cursos pelos quais não sentem o menor interesse.

De acordo com Silva,

> [...] o processo de escolha profissional do jovem reativa as escolhas dos pais, fazendo com que eventuais conflitos e dificuldades não superados voltem à tona. A escolha profissional pode ser encarada inconscientemente pelos pais como uma possibilidade de reparação de suas próprias escolhas. As expectativas criadas em torno da escolha sugerem muitas vezes que o jovem passa a ser o depositário de fantasias inconscientes da família, cabendo-lhe a incumbência de realizar tarefas não realizadas pelos pais ou de dar continuidade a tarefas já desenvolvidas por eles (1996, p. 176).

Bohoslavsky (2001) coloca como essencial a importância do grupo familiar ser o grupo de participação e referência fundamental, pois os valores desse grupo constituem as bases significativas na orientação do adolescente, quer a família atue como grupo positivo ou negativo de referência.

O jovem precisa ter nesse momento o conhecimento de si, o qual o remete à busca de uma identidade, que se faz a partir das identificações estruturadas inicialmente pelas primeiras relações objetais, incluindo, gradualmente, as demais pessoas que são significativas ao longo do desenvolvimento.

Neste ponto fica claro que a família é a mediadora da cultura, fornecendo o suporte para a emergência dos ideais. Para compreender as relações mútuas de influência que se estabelecem entre o jovem e a família neste momento de busca de autonomia, é necessário que haja a compreensão de um campo mais amplo de conhecimento: o da construção da subjetividade na época atual e do papel da família nesse processo.

Sendo assim, podemos colocar os seguintes questionamentos:

> [...] até que ponto a sociedade atual e a família, em particular, proporcionam condições para que o jovem elabore seu projeto de vida? Qual a qualidade dos modelos de identificação que oferecem? Que tipo de família está participando da construção da subjetividade (...)? (OLIVEIRA; DIAS, 2000, p. 47).

Segundo os autores, de origem psicanalítica, a subjetividade é construída por e na cultura, destacando-se o vínculo primordial na construção do sujeito. Pela própria condição de imaturidade biológica e de desamparo, a busca do outro – a mãe – é inevitável e constituinte. A escolha profissional é um momento de crise, que envolve não só o sujeito, mas implica também o grupo de que faz parte. Entendo aqui por crise um período de mudanças que se processam num curto espaço temporal, no qual, muitas vezes, um estudante escolhe não porque já se sente pronto para fazê-lo, mas porque, por exemplo, o prazo para inscri**ção no vestibular o pressiona** (BOCK, 1999, p. 74-75).

Quando um indivíduo busca escolher uma profissão, acaba deparando-se com as visões, expectativas e pressões familiares. Esta *cultura* do grupo familiar está presente tanto concretamente quanto de modo internalizado no sujeito. Em muitas situações, tem-se observado que a escolha da profissão é bastante influenciada pelos dilemas familiares, e pode gerar angústias, ansiedades e conflitos compartilhados pelo grupo.

Segundo Soares (2002), grande parte das escolhas do jovem inclui uma representação social positiva ou negativa da profissão transmitida pelos pais, bem como a relação destes com o trabalho e também como este se identifica com as profissões parentais e familiares.

A opinião dos pais é muito importante para o jovem, pois afinal são pessoas em quem sempre acreditou, principalmente durante a infância. O jovem sabe

que os pais querem o melhor para ele, mas muitas vezes, na ânsia de ajudá-lo, acabam por confundi-lo. Isso ocorre muito quando sugerem que os filhos sigam algum caminho que eles próprios, por algum motivo, não puderam seguir. É o caso, por exemplo, de o jovem comentar que escolheu medicina, direito, engenharia, odontologia porque os pais gostariam de ter seguido essas carreiras mas não tiveram condições, e de alguma forma o pressionam a elas.

A pressão da família muitas vezes ocorre com relação à expectativa de o filho passar no vestibular, não importa para que curso. O valor maior passa a ser o sucesso no vestibular; tal fato acaba também deixando o jovem confuso entre seus valores pessoais (fazer o que gosta e deseja) e os familiares e sociais (passar no vestibular e tornar-se um universitário).

Outro aspecto observado é a presença das identificações com o grupo familiar. Em algumas famílias, o filho seguir a profissão do pai é muito importante e valorizado; ou o filho mais novo seguir a mesma profissão do irmão mais velho.

4. A Mídia e a Escolha Profissional

Não podemos falar em mídia sem antes nos referirmos à comunicação. Considera-se comunicação um processo social básico, primário, que possibilita a vida em sociedade, ou seja, as trocas, intercâmbios entre as pessoas. De acordo com Pereira (2003, p. 9), "[...] a comunicação preside, rege todas as relações humanas". E o que é vendido pela comunicação? Uma mercadoria cada vez mais valiosa: a *informação*, ou seja, notícias, ideias, conhecimento, cultura, dicas.

A comunicação tem um papel social, sem dúvida nenhuma; a própria etimologia da palavra sugere tratar-se de um conceito social na sua origem.

A palavra comunicação significa *ato de comunicar (algo) ou comunicar-se (com alguém)*. O verbo deriva do latim *communicare*, que significa *participar, fazer saber, tornar comum.* Quando se publica uma notícia, ela passa a fazer parte da comunidade.

A comunicação é um processo ativo, que envolve na sua essência um propósito que é o de um ser influenciar outro ser, modificar seu comportamento, obter uma resposta. Tal processo efetiva-se em três etapas: *emissão, transmissão e recepção*. Ou seja, envolve três elementos básicos: *um emissor, uma mensagem e um receptor.*

Para Pereira (2003), temos que distinguir entre situações de comunicação e situações de interpretação do ambiente. "Quando se trata de um ato humano, é difícil para o observador distinguir a comunicação da pura interpretação"

(p. 13). Neste último caso, temos que investigar as intenções do indivíduo. Contudo, é muito difícil saber se determinado comportamento humano é intencional ou não, pois, segundo a psicanálise, não podemos esquecer que há intenções inconscientes. Assim, convém considerar tudo o que o ser humano faz em sociedade como comunicação, até mesmo ficar em silêncio. O silêncio também é uma forma de comunicação das mais expressivas, podendo significar: concordância, desprezo, indiferença, discordância, raiva, entre outras.

Existem vários tipos de comunicação humana, sendo uma delas a comunicação espontânea, do dia a dia entre as pessoas e a profissional, como a atividade do jornalista, do publicitário, do escritor, do homem da TV. A comunicação profissional exige aprendizado técnico e teórico e tem que ser muito consciente. De acordo com Pereira (2003), há quatro formas de comunicação profissional: persuasiva, artístico-cultural, jornalística, educativa. Vamos descrever três dentre elas, por estarem mais inseridas no propósito deste trabalho.

- *Comunicação persuasiva*: representada pela propaganda, pela publicidade, pelo discurso do político. Tem por objetivo vender uma ideia, convencer, persuadir.
- *Comunicação jornalística*: representada pelo jornal, revista, telejornal, noticiário do rádio, agências de notícia. Seu objetivo é informar o que acontece, de acordo com o critério do interesse público do fato.
- *Comunicação educativa*: representada pelos livros didáticos, pelos telecursos, aulas, palestras, cursos, entre outras. O objetivo é ensinar, transmitir conhecimento.

Segundo a quantidade de pessoas envolvidas no processo da comunicação, esta pode ser: intrapessoal, interpessoal, intragrupal, intergrupal, comunicação de massa. Vamos deter-nos na descrição desta última.

A comunicação de massa diz respeito às mensagens dirigidas ao grande público através do rádio, televisão, cinema, jornais, revistas. É a mais ampla, pois pode atingir simultaneamente bilhões de pessoas nos mais diferentes pontos do planeta.

Com relação à escolha profissional, o que se percebe é a divulgação de informações a respeito das profissões veiculadas pela mídia televisiva, jornais (Folha de S. Paulo; O Estado de S. Paulo, entre outros) e revistas, principalmente as especializadas no assunto, como *Guia do Estudante, Guia das Profissões*. A internet, por meio de sites que abordam o tema, destacando inclusive algumas universidades que oferecem determinados cursos, é outra fonte de

informação oferecida ao jovem adolescente que se encontra nesse processo de escolha da profissão.

As informações, em geral, procuram enfatizar a importância de o jovem optar por alguma profissão que lhe permita obter sucesso, que esteja mais em moda, que lhe possibilite obter um diploma de curso superior em um período menor de tempo (os chamados cursos sequenciais).

O que vemos ocorrer, portanto, é o jovem cercado das mais variadas fontes de informações. Se, por um lado, isto é salutar, visto que muitas vezes o auxilia a sanar dúvidas a respeito de alguma carreira, por outro pode saturá-lo e até dificultar-lhe a tomada de decisão. Principalmente no caso do jovem que se vê diante de algumas pressões familiares.

Conforme exposto no início do capítulo, o assunto aqui abordado teve como base uma pesquisa qualitativa realizada para fins do Doutorado de uma das autoras. E também dados referentes a relatos e entrevistas abertas feitas com adolescentes que participaram do Programa de Orientação Vocacional do curso de Psicologia da Universidade Católica de Santos.

Para fins desta reflexão, são apresentados dados de cinco adolescentes – quatro moças e um rapaz –, cujos relatos mostraram-se mais relevantes e confirmam os resultados da pesquisa teórica. Foram selecionadas informações mais pertinentes para o estudo de caso, analisando dados referentes a esse determinado grupo.

De acordo com Duarte e Barros (2006), o *estudo de caso* é o método que procura coletar dados e estudar aspectos referentes a um sujeito ou mais, a um grupo, uma comunidade.

Os dados foram colhidos por meio de entrevistas com jovens cursando o 3º ano do Ensino Médio. A pesquisa passou pelo Conselho de Ética e os participantes que assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para manter sigilo com relação aos jovens orientados, eles foram identificados com nomes fictícios neste relato.

4.1 Relatos dos adolescentes

Paula: com 16 anos, referiu estar confusa quanto à profissão a escolher, não sabendo por qual área optar no vestibular. Estava muito ansiosa e preocupada, pois teria que fazer sua inscrição para o vestibular da Fuvest **às 14h** daquele dia. Contou-nos que esava em dúvida, pois seu pai queria que fizesse Medicina (Pediatria), por achar que tinha jeito para lidar com crianças; porém, gostava também de Nutrição e Pedagogia. Falou algum tempo sobre a influência dos pais e sobre a expectativa deles de que fosse aprovada no vestibular. Relatou

sentir maior pressão por parte do pai, que dizia sempre que queria ter uma filha doutora. Relatou que começou a se interessar por Nutrição, através de livros, informações veiculadas pela TV (principalmente sobre a importância de uma alimentação saudável para prevenir doenças), revistas e conversas com profissionais da área.

Beatriz: 16 anos. Na entrevista, comentou que gostaria de fazer Medicina Veterinária, pois gosta muito de bichinhos e não gosta de ver as pessoas maltratando os animais. No entanto, não sabia se conseguiria fazer tal curso, pois os pais são separados (o pai mora no exterior) e a mãe não tem condições de financiar seus estudos nessa área. O pai não se preocupa com ela; na realidade, ela nem o conhece, pois os pais separaram-se quando ainda era bebê. Para Beatriz, a influência da família na escolha da profissão ocorria mais em função da questão financeira. Ela percebia que não adiantava querer fazer um curso que não poderia pagar, no momento. Assim, pensava em cursar Hotelaria, que traria um retorno financeiro mais rápido, além de ser mais barato em termos de mensalidade. Ela própria poderia pagar, pois com esse curso trabalharia e ajudaria a mãe a custear seus estudos. Quanto à influência da mídia, Beatriz relatou que para ela não interferiu muito, pela situação já mencionada, mas achava que às vezes as informações passadas são muitas e grande parte das vezes superficiais; chegam a deixar os jovens confusos. Segundo ela, "os meios de comunicação manipulam a escolha profissional ao não passar informações sobre as profissões de forma correta".

Marcelo: 17 anos. Disse que estava em dúvida quanto à escolha de uma profissão, pois gostava da área de Exatas, mas também de Humanas e Biológicas. Não sabia se prestava vestibular para Medicina ou Veterinária (por gostar muito de animais), ou se faria Ciências da Computação ou Direito. Estava confuso; achava que não iria prestar nenhum vestibular naquele ano. Os pais não interferiam em sua escolha diretamente, mas queriam que prestasse vestibular para alguma coisa; não queriam que ficasse sem estudar. Quanto à mídia, Marcelo comentou que achava interessantes algumas coisas que lia a respeito das profissões, especialmente em revistas como *Guia do Estudante e Guia das Profissões*, ou mesmo em alguns jornais (citou o encarte de um jornal local). Contudo, sentia não poder confiar cegamente nas informações passadas, pois achava que às vezes eles vendiam imagens falsas.

Luiza: 16 anos. Relatou que estava querendo cursar Psicologia, pois já se tratara e achara muito bom; também gostava de Biologia, por isso também pensava em fazer Ciências Biológicas. Estava muito preocupada com seu futuro; queria muito estudar para poder progredir na vida. Citou que seus pais

eram de família simples, não havia universitários. Seus familiares eram carpinteiros, sapateiros, do lar. Os pais também queriam muito que estudasse, mas não a influenciavam em relação ao que escolher, pelo menos não diretamente. No que se refere à influência dos meios de comunicação, comentou: "Os meios de comunicação transmitem imagens falsas das profissões, eles vendem do jeito que querem".

Inês: 16 anos. Pretende cursar faculdade de Moda ou de alguma coisa relacionada à Arte ou Design. Seus pais não apoiavam muito essa escolha, preferiam algum curso que desse mais *status*, de preferência relacionado à Medicina ou Direito. Sua família, especialmente os avós, também queria que fizesse algum curso para se tornar uma doutora. Eles não tiveram oportunidade de estudar; eram comerciantes. Seu sonho era ter uma neta doutora; viviam falando isso para todos os conhecidos e amigos. Inês estava em dúvida entre seguir seu desejo ou atender aos sonhos dos pais e avós. Dizia que muitas vezes achava que não iria prestar vestibular para nada. Segundo Inês, "a sociedade tenta impor determinadas profissões por meio do *status*, mercado de trabalho, possibilidade real ou não de ascensão, propagandas e outros. Os meios de comunicação, as escolas, os amigos e os pais apresentam valores muitas vezes diferentes dos nossos, e às vezes impondo-os". Com relação à mídia, achava que os meios de comunicação passavam muitas informações, mas em geral não ajudavam muito, chegavam a confundir mais do que ajudar. Para Inês, as únicas informações mais úteis que recebera foram dadas por professores ou pela revista *Guia do Estudante*, mas, assim mesmo, não muito convincentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados fornecidos pelos adolescentes orientados e pesquisados evidenciam a importância do papel da família e da mídia na escolha profissional, no sentido de que muitas vezes as informações, dadas sem cuidado e certa parcimônia, podem influenciar de tal forma que venham atrapalhar ao invés de auxiliar como deveriam.

Todos os jovens do grupo estudado afirmaram que as informações veiculadas pelos meios de comunicação, principalmente a televisão e revistas especializadas, muitas vezes chegam a confundir os jovens, quando na realidade deveriam ajudá-los. Muitas são as informações passadas, muitas ilusões são vendidas, mas não há uma orientação mais detalhada; os jovens são valorizados apenas se conseguirem passar no vestibular para algum curso que seja bem

cotado perante a sociedade. Na realidade, segundo os adolescentes estudados (e mesmo outros que já foram por nós orientados), não há uma preocupação em verificar realmente qual a real vocação do jovem, seus interesses, gostos, motivações. O que importa mais é o quanto a sociedade considera tal ou qual profissão.

Os jovens adolescentes apontam os meios de comunicação como instrumentos da sociedade para inculcar os valores dominantes. Para eles, a sociedade atua sobre a escolha profissional do jovem por meio de elementos como a família, a mídia em geral, o mercado de trabalho que interferirá na busca do êxito profissional e até por meio da própria aceitação do indivíduo como profissional reconhecido.

Com relação aos pais, os adolescentes percebem a família como porta-voz da sociedade, constituindo-se como mais um dos determinantes da escolha profissional.

Este breve estudo veio corroborar as conclusões levantadas nas pesquisas citadas, o que mostra que, no processo bastante difícil e até por vezes angustiantes da escolha profissional, o jovem vê-se cercado das mais variadas fontes de influências que muitas vezes os deixam atordoados, contribuindo em grande parte para aumentar sua ansiedade, pois sentem-se num labirinto onde, para muitos, é difícil encontrar a saída.

Evidentemente não se pode afirmar, através deste trabalho, que sempre haverá consequências negativas nessa influência, visto que não foi pesquisado todo o universo de adolescentes que se encontram nessa etapa de escolha de profissão. Contudo, levando-se em conta os dados observados e coletados não apenas neste grupo, mas em outros acompanhados ao longo de pelo menos duas décadas, pode-se considerar que essa influência existe e que pode ser de grande valia, se for devidamente processada.

O jovem, nessa fase de busca de sua identidade, inclusive profissional, necessita de parâmetros confiáveis nos quais se apoiar; de uma orientação segura, mas não de imposições ainda que camufladas. Na realidade, ele já fez muitas vezes sua escolha, mas não tem muita certeza se será ou não aceita pela sociedade; ele busca apoio, principalmente da família e dos amigos, mesmo que sua escolha pareça pouco valorizada em termos de prestígio e *status*.

> Nossa cultura ainda recompensa empreendimentos tipicamente calcados em valores narcísicos: sucesso, dinheiro, poder, competitividade, individualismo, etc.[...] Justamente por estarem vivendo um processo de desconstrução e reconstrução interna, os adolescentes precisam que a cultura ofereça referenciais externos confi-

> áveis. Somente assim poderão desenvolver a autonomia necessária para a constituição de uma identidade genuína e escolhas profissionais verdadeiramente engajadas (LEMOS, 2001, p. 306).

A autora embasa as práticas de orientação vocacional quando se refere à importância de desenvolver essa forma de trabalho nas escolas, não apenas com os jovens mas também junto às famílias, com o intuito de prepará-los para escolhas mais amadurecidas diante de um mundo do trabalho que muitas vezes impõe ideais distanciados do próprio eu. Assim, ações socioeducacionais voltadas à escolha profissional devem ser inseridas nas políticas públicas de Educação e implementadas em todas as escolas, especialmente as da rede pública, já a partir do início do Ensino Médio, para que o adolescente tenha um período mais amplo para a elaboração de seus conflitos e dilemas.

Por outro lado, os meios de comunicação precisam estar mais preparados para auxiliar os jovens nessa escolha, realizando um trabalho preventivo, por meio de informações alinhadas às suas reais necessidades, ouvindo-os mais, buscando formas de minimizar suas dúvidas, diminuindo suas angústias, enfim, contribuindo para que possam enfrentar essa fase com menor ansiedade.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A. et al. *Adolescência.* 6.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. *Adolescência normal*. Trad. Suzana Maria Garagoray Ballve. 10. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

BECKER, D. *O que é adolescência*. 13. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BOCK, A. M. B. (Org.). *A escolha profissional em questão*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

BOHOSLAVSKY, R. *Orientação vocacional:* a estratégia clínica. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

CAMPOS, D. M. S. *Psicologia da adolescência:* normalidade e psicopatologia. Petrópolis: Vozes, 2001.

CARVAJAL, G. *Tornar-se adolescente*: a aventura de uma metamorfose. Trad. Cláudia Berliner. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2001.

DUARTE, J.; BARROS, A. *Metodologia e técnica de pesquisa em Comunicação.* 2. ed. São Paulo: Atlas.2006

ERICKSON, E. H. *Identidade:* juventude e crise. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

KALINA, E.; GRYNBERG, H. *Aos pais de adolescentes*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1985.

LAMAS , B. S.; RECH, T. O simbolismo do rito de passagem em uma mudança vital. *Psico,* Porto Alegre, v. 30, n. 2, p.143-162, jul./dez., 1999.

LEHMAN, Y. P. *Não sei que profissão escolher*. São Paulo: Moderna, 1999.

LEMOS, C. G. *Adolescência e escolha da profissão.* São Paulo: Vetor, 2001.

LEMOS, D. I. M. *A mídia impressa especializada e o adolescente vestibulando*. 300 p. Tese (Doutorado em Comunicação Social) – Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2007.

LEVENFUS, R. S.; SOARES, D. H. P. (Org.). *Orientação Vocacional Ocupacional:* novos achados teóricos, técnicos e instrumentais para a Clínica, a Escola e a Empresa. Porto Alegre: Artmed, 2002.

LEVISKY, D. L. *Adolescência*: reflexões psicanalíticas. 2ª ed. rev. e atual. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

MUUSS, R. *Teorias da adolescência.* Belo Horizonte: Interlivros, 1976.

OLIVEIRA, I. D.; DIAS, C. M. S .B. Família pós-moderna, construção de subjetividade e escolha profissional. *Revista Simposyum*, ano 4, número especial, p.45-52, dez. 2000.

OSÓRIO, L. C. Vicissitudes da aquisição do sentimento de identidade durante o processo puberal. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v.18, n. 3, p. 329-356, 1984.

OUTEIRAL, J. O. *Adolescer*: estudos sobre adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas, 2008.

PEREIRA, J. H. *Curso básico de Teoria da Comunicação*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Universidade, 2003.

PFROMM NETTO, Samuel. *Psicologia da adolescência*. São Paulo: Pioneira, 1976.

SILVA, L. B. C. *A escolha da profissão*: uma abordagem psicossocial. São Paulo: Unimarco, 1996.

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

SOARES, D. H. P. *A escolha profissional do jovem ao adulto.* São Paulo: Summus, 2002.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, M. L. S. *A escolha da profissão pelo jovem da atualidade.* Trabalho de Conclusão de Curso (Psicologia). Universidade Católica de Santos, 2004.

BOSSA, N. A. O normal e o patológico na adolescência. In: OLIVEIRA, V. B.; BOSSA, N. A. (Orgs.). *Avaliação psicopedagógica do adolescente*. Petrópolis: Vozes, 2001.

DIAS, M. L. Família e escolha profissional. In: BOCK, A. M. B. (Org.) *A escolha profissional em questão*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

GALVÃO, E. D. D. *A influência familiar na escolha profissional*. Trabalho de Conclusão de Curso (Psicologia). Universidade Católica de Santos, 2004.

LEHMAN, Y. P. *Aspectos afetivos e cognitivos na orientação profissional de adolescentes*. 1980. 115 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1980.

_____. O processo de orientação profissional como um *holding* na adolescência. In: CATAFESTA, I. F. M. (Org.). *D. W. Winnicott na Universidade de São Paulo*. Instituto de Psicologia. 324p. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1996.

LUCCHIARI, D. H. P. S. A questão do vestibular. In: LUCCHIARI, D. H. P. S. (Org.) *Pensando e vivendo a orientação profissional*. 2ª ed. São Paulo: Summus, 1993.

_____. *O que é escolha profissional*. São Paulo: Brasiliense, 1998.

MELLO, F. A. F. *O desafio da escolha profissional*. Campinas/SP: Papirus, 2002.

OLIVEIRA, V. B. *Rituais simbólicos no processo de auto-regulação*. 327 p. Tese (Livre-Docência em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

SIMON, R. Escala diagnóstica operacionalizada em Psicologia Clínica Preventiva. *Mudanças:* Psicoterapia e Estudos Psicossociais, São Bernardo do Campo, ano III, n. 3/4, p.13-23, 1995.

_____. Teoria da evolução da adaptação humana: prevenção da ineficácia adaptativa. *Mudanças:* Psicoterapia e Estudos Psicossociais. São Bernardo do Campo, ano III, n. 3-4, p. 25-36, 1995.

_____. "O Complexo Tanatolítico" justificando medidas de psicologia preventiva para estudantes de medicina. *Boletim de Psiquiatria*, v. 4, n. 4, p. 97-128, 1971.

_____. Modelo de prevenção aplicado a setor de saúde mental. *Boletim de Psicologia da Sociedade de Psicologia de São Paulo*. São Paulo, v. 29, n. 72/73, p. 23-28, 1977.

_____. Proposta de redefinição da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO). *Mudanças:* Psicoterapia e Estudos Psicossociais. São Bernardo do Campo, v. 10, p. 13-26, 1998.

ZAGURY, T. *O adolescente por ele mesmo.* Rio de Janeiro: Record, 2009

Capítulo 5

PSICOTERAPIA BREVE NA COMUNIDADE: UMA AÇÃO PREVENTIVA

Helio Alves

Caminhante, não há caminho, o
caminho se faz ao caminhar.
Antonio Machado (1983)

INTRODUÇÃO

A cidade de Santos, um dos nove municípios que compõem a Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS), juntamente com Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande e São Vicente, é a décima maior cidade do Estado de São Paulo, com uma população estimada em 433.966 habitantes. A cidade também ostenta o 5º lugar no ranking de qualidade de vida dos municípios brasileiros, conforme Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) aferido pela Organização das Nações Unidas (ONU) com base nos níveis de expectativa de vida, educação e PIB per capita.

Embora pareça paradoxal, apesar desses índices que apontam para uma alta qualidade de vida, a cidade também reflete as desigualdades próprias da sociedade brasileira, em particular na área da saúde. Apenas a título de exemplo, é oportuno lembrar que a tuberculose alcança índices preocupantes em Santos. A análise da Secretaria Municipal de Saúde revela que em termos de incidência, "as taxas do município são duas vezes maiores do que a do estado de São Paulo e da região Sudeste" (SANTOS, 2009, p. 61). Desnecessário evidenciar a existência de um maior número de casos de tuberculose entre a população mais pobre.

Da mesma forma, a população de baixa renda é alvo de outra carência: o atendimento público na área da saúde mental de crianças e adolescentes, incluindo o atendimento psicoterápico individual e grupal.

No início dos anos 90, trabalhava na Universidade Católica de Santos, como professor e supervisor de estágio do Curso de Psicologia e na Fundação

Estadual do Bem Estar do Menor – FEBEM (atual Fundação Casa) como psicólogo. A FEBEM foi uma das instituições responsáveis pela implantação e divulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, no estado de São Paulo. Naquela altura, também estava sendo implantado, na Baixada Santista, o projeto Liberdade Assistida - LA, visando o atendimento psicológico e social ao jovem em conflito com a lei.

No ano de 1995, foi realizado um levantamento sobre as instituições privadas na Baixada Santista que realizavam atendimento psicoterápico com adolescentes. No caso da cidade de Santos, foi constatado que os profissionais se limitavam ao atendimento de crianças e adultos em psicodiagnóstico e tratamento, não oferecendo o mesmo atendimento aos jovens. Nesse contexto, a Universidade Católica de Santos, por meio do Curso de Psicologia, já oferecia o atendimento em psicodiagnóstico e tratamento em sua Clínica Escola. Sendo a única instituição a desenvolver esse tipo de atendimento, a demanda era grande, refletindo em filas de espera.

Diante dessa realidade, foram utilizados os dados do Censo Demográfico do IBGE de 1991, verificando-se que os bairros da Aparecida e Marapé, em Santos, e México 70, em São Vicente, tinham a maior quantidade de adolescentes. Tratavam-se de enormes bolsões desprovidos de recurso na área da psicologia. Identificou-se, também, que a localização da Clínica de Psicologia da Universidade, na época localizada na Rua Piauí, no bairro José Menino, hoje bairro Pompéia, dificultava o atendimento, pois os jovens da periferia, de baixa renda, tinham o acesso limitado por depender de meios de transporte para sua locomoção. É oportuno registrar que, por meio de levantamentos de processos que constavam na Vara da Infância e Juventude, no Fórum de Santos, foi possível confirmar que, de fato, as maiores demandas de jovens estavam nos bairros do Marapé e Aparecida, ambos na cidade de Santos.

Esse contexto, no qual se consegue captar a pertinência de aprimorar o atendimento à população jovem, revela os fatos que contribuíram para a implantação do projeto "Psicoterapia Breve ao Alcance da Comunidade", uma iniciativa do Curso de Psicologia da Universidade Católica de Santos. Ao analisar que nas cidades de Santos e São Vicente havia locais ociosos em determinados períodos, podendo ser utilizados por alunos do Curso de Psicologia como local de estágio, com o objetivo de oportunizar a integração entre os conhecimentos teóricos e práticos, foi feita a proposta de atendimento psicológico gratuito para a população jovem de baixa renda dos bairros selecionados. Essa proposta contemplava o atendimento em espaços de centros

comunitários, igrejas, clube de servir (organizações como Rotary e Lions, por exemplo) e escolas públicas.

O projeto se tornou realidade, em 1996, no Centro Comunitário da Igreja São Judas, no bairro Marapé, e na Igreja de Nossa Senhora de Aparecida, no bairro de mesmo nome, ambos em Santos. Logo em seguida, foi a vez da cidade de São Vicente, na Igreja Matriz e no Centro Comunitário do bairro México 70.

O projeto original era composto pelo psicodiagnóstico — entrevistas com os pais ou responsáveis e aplicação de teste projetivo HTP para o jovem. O processo psicoterápico era realizado em 32 sessões, sendo uma sessão por semana, com duração de 50 minutos para cada consulta. Se considerarmos um mês para o psicodiagnóstico e a devolutiva aos responsáveis e ao jovem, incluindo mais oito meses para o tratamento, totalizavam nove meses para a finalização do processo. A operacionalização desse projeto contava com os alunos dos sétimo e oitavo semestres do curso de Psicologia como estágio obrigatório. No entanto, esse modelo de atendimento estava longo demais para a demanda apresentada. Assim sendo, constatou-se a necessidade de um método mais breve e eficaz. Nesse momento, por meio do Programa *Stricto Sensu* de Psicologia Clínica, da Universidade de São Paulo, foi possível conhecer a proposta do prof. Dr. Ryad Simon que preconizava um tratamento breve e eficaz com 12 sessões para adultos.

Tomando como referência a proposta teórica de Ryad Simon, foi feita uma adaptação que possibilitou a aplicação de seus princípios voltados para a psicoterapia breve com adolescentes. Utilizou-se a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada - EDAO que visa identificar a adaptação humana, através dos quatro setores – sócio-cultural, produtividade, afetivo-relacional e orgânico. O processo resultou na tese de doutoramento apresentada em 2001, na Universidade de São Paulo, com o título "Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO) com adolescentes da rede pública escolar da cidade de Santos: uma contribuição à Psicologia Clínica Preventiva". A pesquisa apresentada teve o intuito de contribuir para a continuidade e ampliação dos trabalhos já realizados em comunidades da Baixada Santista.

Com essas circunstâncias, esboçam-se os principais aspectos que orientam o projeto Psicoterapia Breve na Comunidade.

2. Percurso Epistemológico e Metodológico da Pesquisa

O objeto deste estudo tem como foco os adolescentes da rede pública escolar da cidade de Santos, selecionados para ajuda psicológica pelo questionário

Escola Paulista de Medicina - EPM. O questionário EPM foi formulado pelo Dr. Ryad Simon, na década de 1970, no Serviço de Saúde Mental do Setor de Saúde dos Alunos do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina, atual Universidade Federal de São Paulo. Esse instrumento é autoaplicável e contém 76 questões, em que o participante deverá assinalar "sim", quando percebe a dificuldade mencionada na questão ou "não", quando da ausência da dificuldade mencionada.

Este questionário foi utilizado por se tratar de um instrumento que possibilita selecionar os casos que denotam a necessidade de entrevista psicológica para diagnóstico precoce, à medida que a pontuação alcançada indique algum grau de ineficácia na adaptação da pessoa nos diversos aspectos da sua vida.

Para a aplicação do Questionário EPM houve uma instrução inicial aos participantes, conforme orienta Yamamoto (1984, p.83). Diz ela:

> [...] a entrega dos questionários seja feita após um contato entre o pesquisador e os estudantes para que estes tomem conhecimento das intenções e dos motivos que levaram o pesquisador a elaborar tal proposta de trabalho. Cremos que os estudantes, reassegurados pela explicação e a par do sigilo que envolve o trabalho, e sentindo-se mais protegido se confiantes, ficariam mais motivados para colaborarem com o pesquisador.

No que diz respeito ao objetivo, registra-se que foi verificado a eficácia do método da Psicoterapia Breve Operacionalizada – PBO para os adolescentes, indicados inicialmente para ajuda psicológica pelo questionário EPM e, posteriormente, pela Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) ou Escala de Ryad Simon. Após as entrevistas, os jovens foram incluídos nos grupos de adaptação, de acordo com os três critérios estabelecidos: Critério 1 (adaptação eficaz); Critério 2 (adaptação ineficaz leve); Critério 3 (adaptação ineficaz moderada).

Para essa pesquisa foi utilizado o método clínico, tanto para o diagnóstico, quanto para a aplicação e verificação dos resultados. Segundo Bleger (1984, p.168),

> No método clínico procede-se a um estudo detalhado e profundo do processo, baseado na observação direta e com um enfoque global e unitário. O método clínico tem sempre objetivos práticos e se caracteriza, além disso, por contato direto e pessoal do investigador com a pessoa estudada, contato que pode se estender aos membros principais de seu meio.

A utilização da EDAO tem por objetivo obter um diagnóstico fidedigno em poucas entrevistas. Como objetivamos trabalhar com a adaptação dos jovens, esse instrumento é o que atende diretamente a esse aspecto.

A EDAO surgiu diante da necessidade de obter um diagnóstico precoce para poder oferecer um tratamento rápido e eficaz. A aplicação de baterias de testes e sua interpretação consumiam um tempo enorme, dificultando o início do tratamento. Diante disso, Simon pensou numa escala diagnóstica adaptativa, onde teria o diagnóstico mais breve e fidedigno através da operacionalização.

Conforme Ryad Simon (1989, p.14), adaptação é o

> conjunto de respostas de um organismos vivo, em vários momentos, a situações que o modificam, permitindo manutenção de sua organização (por mínima que seja) compatível com a vida.

Nessa esteira de pensamento, para Simon, a adaptação nos permite separar os organismos vivos dos não vivos. Para qualificar a adaptação, agregando um valor classificatório, o autor propõe avaliar

> a adaptação segundo a adequação do conjunto de respostas que o sujeito apresenta para satisfação de suas necessidades. [...] adequação como a resposta a um problema que permite a obtenção de resultado útil consoante esforço (1989, p.16).

Mas para fins práticos, reconhecendo que essa conceituação poderia conduzir a uma quantificação, Simon (1989, p.16) propõe avaliar a adequação segundo três critérios:

> 1º) a resposta deve solucionar o problema;
> 2º) a solução trará algum grau de satisfação;
> 3º) a solução acarretará, ou não, algum grau de conflito Intrapsíquico ou com o ambiente.

Ainda segundo Simon (1989, p.17), a avaliação operacionalizada da adequação da resposta comporta três tipos:

> 1º) resposta adequada: quando a solução (a) proporciona satisfação e (b) é coerente com os valores internos (padrões éticos pessoais) e os valores da cultura em que vive (compatíveis com a declaração universal dos direitos humanos, não confundir com conformismo);
>
> 2º) resposta pouco adequada**:** a solução atende apenas um dos outros dois critérios. Isto e, (a) satisfação, mas (b)

> causa conflitos (intra ou extrapsíquicos); ou (a) é frustradora, embora (b) de acordo com os princípios do sujeito e sua cultura;
>
> 3º) resposta pouquíssima adequada**:** a solução é (a) insatisfatória e ainda (b) causa conflitos internos ou externos.

Assim, quanto maior for o conjunto de respostas adequadas, mais eficaz será a adaptação do sujeito.

O campo de abrangência do conceito de adaptação é subdividido em quatro setores de funcionamento: Afetivo-Relacional (A-R); Produtividade (Pr); Sócio – Cultural (S-C); Orgânico (Or).

Esse conjunto de considerações permite esclarecer o conceito de "crise" utilizado por diversos autores.

Para Erikson (1976), o conceito de crise está ligado ao desenvolvimento, portanto são períodos de transições, quando uma fase é qualitativamente diferente da outra, acompanhada de tensões afetivas e cognitivas. Nessa visão a crise é evolutiva.

Segundo Caplan (1980), a crise é um período temporário do funcionamento de um sistema aberto desorganizado, precipitado por circunstâncias que transitoriamente ultrapassam a capacidade do sistema para adaptar-se interna e externamente.

Conforme Fiorini (1976, p. 24-5), as crises são resultantes do "choque do indivíduo com fatores ambientais capazes, por suas condições objetivas, de desarticular os mecanismos homeostáticos frágeis de uma personalidade predisposta".

É oportuno esclarecer que Simon considera o sujeito em "crise" quando este não encontra qualquer forma de solução a curto prazo para um problema vital. Toda mudança implica uma ruptura de campo anteriormente existente. O novo gera ansiedade e mobiliza defesas adaptativas, adequadas e inadequadas.

Por fim, Simon (1989, p. 69) considera que as crises são desencadeadas por

> circunstâncias (internas ou externas ao sujeito) que sacodem dramaticamente a estabilidade adaptativa, [...] levando a mudança bruscas e permanente nosPadrões de adaptação do sujeito.

De toda forma, os "períodos críticos" são intercalados com períodos de "adaptação estável"; estes são caracterizados por alterações gradativas e lentas.

Simon (1989) classifica as crises etiologicamente como "crise por perda", e "por aquisição". Essa classificação nos leva a precisar a situação de crise.

Segundo o autor, a crise ocorre quando há um "aumento" ou uma "redução significativa" do espaço no universo pessoal. E destaca que "significativa" é uma incógnita, que depende dos valores do indivíduo. "Universo pessoal" é o conjunto formado pela pessoa (psicossomático) mais a totalidade de objetos (outras pessoas, bens materiais ou espirituais e situações culturais).

Assim sendo, as crises podem ser por aquisição (ou expectativa) e por perda (ou expectativa). Os sentimentos predominantes na crise por aquisição são**:** insegurança, inferioridade e inadequação. Por outro lado, os sentimentos que predominam na crise por perda compreendem a depressão e a culpa.

O autor também considera, como desdobramentos, os riscos inerentes à crise por aquisição (ou expectativa), ou seja, fuga (direta ou indireta) e poradmitir mais do que pode. Da mesma forma, considera os riscos por perda (ou expectativa) como sendo a autoagressão e projeção de culpa.

Estabelecidos esses conceitos, Simon enfoca os objetivos da prevenção na crise. Nesse particular, considera que os objetivos de prevenção podem ser: por aquisição (ou expectativa), ou seja, aceitar (ou renunciar) o ganho realisticamente (conforme capacidade ou condições externas), lidar com os sentimentos predominantes e evitar os riscos; por perda (ou expectativa), isto é, aceitar a perda, reinteressar-se pelo universo pessoal, lidar com os sentimentos predominantes e evitar os riscos (SIMON, 1989, p. 60-1).

O autor denomina de "situações-problema" o conjunto de fatores ambientais existentes no presente, interagindo com os fatores intrapsíquicos, provocando desequilíbrio da adequação, podendo causar crise adaptativa ou deteriorização gradual da adaptação existente. Ele evita o emprego do termo "foco" e prefere situação-problema, porque "foco" foi usado por Balint (1973) e por Malan (1963) com o sentido de um complexo inconsciente, instituído de longa data, e que provoca reflexos recorrentes ao longo da vida do sujeito.

Uma definição mais operacionalizada de situações-problema, conforme comunicação pessoal de Ryad Simon, citado em artigo publicado na Revista de Psicologia Hospitalar, coordenada pela Divisão de Psicologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina – USP: "situações-problema" são respostas às dificuldades atuais para os quais foram utilizadas soluções pouco ou pouquíssimo adequadas.

Recapitular algumas considerações sobre o processo psicoterápico desenvolvido nesta pesquisa e acrescentar outras ajuda a compreender a técnica da Psicoterapia Breve Operacionalizada - PBO, conforme o seu criador Ryad Simon, baseando-se nos seguintes princípios:

- Diagnóstico através da Escala Diagnóstica Adaptativa

Operacionalizada - EDAO;

- Estabelecimento de situações-problema a serem trabalhadas;
- Psicoterapia individual (ou excepcionalmente atendimento dealgum familiar);
- Psicoterapia com tempo pré-determinado (no máximo12 sessões, sendo uma por semana);
- Tempo de cada sessão: 50 minutos;
- Psicoterapia não regressiva (técnica não estimula a regressão);
- Delimitação das situações-problema e suas interações com outros setores adaptativos, se houver;
- Formulações de hipóteses sobre os dinamismos inconscientes que estariam induzindos soluções pouco ou pouquíssimo adequadas e sustentando as situações-problema;
- Psicoterapeuta com intervenções mais ativamente circunscritas e planejadas, auxiliando na discriminação das condições de realidade e das distorções criadas pelo paciente. Flexibilidade para adequar as estratégias terapêuticas às necessidades da situação;
- Formulações de interpretações intelectuais baseadas nas hipóteses sobre os dinamismos inconscientes;
- A análise e a interpretação sistemáticas da transferência não fazem parte do eixo da Psicoterapia Breve Operacionalizada, embora devam ser utilizadas como forma de compreender o paciente e seu padrão de relações. Eventualmente usar interpretação da transferência negativa para evitar abandono da terapia ou sua desvalorização;
- As situações-problema que interessam são sempre as atuais.

O planejamento da Psicoterapia Breve Operacionalizada deve ser em função das situações-problema por setor adaptativo, detectadas através da EDAO. Sua implementação visa levar o paciente a compreender as razões de usar soluções pouco adequadas e, consequentemente reformular as soluções pouco ou pouquíssimo adequadas.

Quanto à caracterização da população, era composta por adolescentes das escolas públicas da cidade de Santos, na faixa etária de 16 a 18 anos de ambos os sexos que deveriam estar cursando o Ensino Médio. No entanto, o levantamento preliminar mostrou que alunos nessa faixa etária também estavam matriculados na oitava série, atual nono ano do Ensino Fundamental. Assim sendo, além dos alunos do Ensino Médio foram atendidos alunos da referida faixa etária do Ensino Fundamental.

3. Adolescer

Knobel (1986) nos mostra que é necessário considerar a adolescência dentro de uma totalidade do conhecimento da psicologia evolutiva. Além disso, afirma:

> considero que, de acordo com o que acabo de assinalar, este período da vida, como todo o fenômeno humano, tem sua exteriorização característica dentro do marco cultural-social no qual se desenvolve. Assim, devemos em parte considerar a adolescência como um fenômeno específico dentro de toda a história de desenvolvimento do ser humano, e, por outro lado, estudar a sua expressão circunstancial de caráter geográfico e temporal histórico-social (1986, p.24).

Já no final do século XIX, os cientistas demonstraram uma certa preocupação com os jovens. Mas, somente no início do século XX, mais precisamente em 1904, Granville Stanley Hall publicou a primeira obra científica sobre adolescência — *Adolescence: Its Psychology, and Its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion, and Education.* Para tanto, utilizou, como instrumento de pesquisa, questionários que foram respondidos por jovens, além de fazer uso de diários de adolescentes da época. Em dois volumes, dezoito capítulos e mil e quatrocentas páginas, o autor apresentou detalhadamente a primeira formulação orgânica sistematicamente organizada da psicologia da adolescência.

A partir dessa publicação, diversos autores falaram das alterações do processo de adolescer que ocorrem em vários níveis, como o corporal, o emocional, o espacial. Rolf Eduard Helmut Muuss, por exemplo, afirmava que o desenvolvimento do adolescente e as concomitâncias de conduta do mesmo se produzem "num padrão inevitável, imutável e universal, a despeito do meio ambiente sócio-cultural" (MUUSS, 1966, p.22). A ênfase dada é para os fatores fisiológicos e estes fatores eram geneticamente determinados. Desta forma, sua teoria ficou conhecida como a "Psicologia Biogenética da Adolescência".

> Essa ideia foi bastante discutida por antropólogos e sociólogos culturalistas que a achavam extremada e difícil de ser aceita diante da experiência acumulada.
> Vários autores contribuíram para a compreensão da adolescência.[1]

[1] Freud (1905) publicou os "Três ensaios sobre a sexualidade infantil" e "Fragmentos da análise de um caso de histeria" (caso Dora); (1918[1914]) História de uma neurose infantil (caso do "Homem dos lobos"); Hug-Hellmuth, H. Von em 1919: A Young Girl's Diary; Hollingworth, L. S. em 1928: The psychology of the adolescente; Horney, K. em 1935: Personality Changes in

> É possível observar que houve uma significativa evolução na compreensão do processo do adolescer, ao longo do século XX, que foi determinante para ampliar o conhecimento a respeito do comportamento psicológico dos jovens.

Para esta pesquisa foram utilizados instrumentos e critérios de avaliação, compreendendo três etapas: a aplicação do Questionário EPM, a formação de dois grupos - Experimental e Controle - e a avaliação do processo psicoterápico do grupo Experimental.

Os participantes do grupo Experimental receberam algum tipo de intervenção objetivando uma alteração favorável a sua situação-problema, inicialmente identificada por meio da EDAO. Para os participantes do grupo Controle foi realizado um diagnóstico inicial, por meio da EDAO, não sendo oferecido a Psicoterapia Breve Operacionalizada e o diagnóstico final foi oferecido após o encerramento de cada caso do grupo Experimental.

Esses esclarecimentos são oportunos, pois permitem ampliar a compreensão das três etapas da pesquisa apresentadas a seguir:

1ª Etapa - A aplicação do Questionário EPM com a participação de 104 alunos de ambos os sexos, tendo como objetivo identificar, com rapidez e segurança, os estudantes com problemas de adaptação, oferecendo-lhes prioridade do atendimento em Psicoterapia Breve Operacionalizada – PBO.

Para a melhor compreensão do desenvolvimento dessa primeira fase, faz-se necessário caracterizar o grupo de participantes, no qual 60 alunos eram do sexo masculino e 44 do sexo feminino. A distribuição por faixa etária ficou assim definida: 51 participantes com 16 anos, 36 com 17 anos e 17 com 18 anos de idade. Por sua vez, no que diz respeito à escolaridade, vale registrar que o grupo contemplava alunos do último ano do Ensino Fundamental (8ª série) e alunos de todas as séries do Ensino Médio. Melhor explicando: 20 alunos cursavam a 8ª série, 36 alunos cursavam o 1º ano, 34 o 2º ano e 14 (alunos eram provenientes do 3º ano. O quadro abaixo representa esse universo.

Female Adolescents; Blos, P. em 1941: Adolescent personality; Ausubel, D. P. em 1955: Sociempathy as function of sociometric status in a adolescent group; Gesell, A., IIg. F.L. and Ames L.B. em 1956: Youth: The years from ten to sixteen; Freud, A.em 1958: Adolescence. Psychoanalytic Sutdy of the Child; Aberastury, A. em 1959: El mundo del adolescente; Mead, M. em 1959: Cultural Contexts of Puberty and Adolescence; Erickson, E. H. em 1961: Youth: change and challenge; Rosenfeld, H. e A. Zander em 1961: The influence of teacher on aspirations; Knobel, M. em 1962: Psicologia de la adolescencia; Muuss, R.E. em 1962: Theories of adolescence; Jersild, A.T. em 1963: The psychology of adolescence; Pfromm Netto,S. (1974) Psicologia da adolescência; Kalina, E. (1976) Psicoterapia do adolescente.

Quadro 1 – Representação do universo da pesquisa

ALUNOS	IDADE			SEXO		ESCOLARIDADE			
	16	17	18	M	F	8ª EF	1ª EM	2ª EM	3ª EM
104	51	36	17	60	44	20	36	34	14

Após a análise de cada questionário, foram adotados os seguintes procedimentos:

- do número total de alunos, 30 (trinta) foram excluídos por terem sido diagnosticados como adaptação eficaz;
- foram chamados 74 adolescentes que apresentavam adequação ineficaz, representando 71,15% do total de alunos que responderam ao questionário. Foram feitos contatos telefônicos com os respectivos pais ou responsáveis para colocá-los a par dos resultados. Nessa oportunidade, os responsáveis eram convidados a comparecer ao Centro Comunitário São Judas para entrevista;
- dos 74 alunos que apresentavam adequação ineficaz, 62 compareceram, representando 59,61% do total de participantes iniciais.
- desses 62 alunos que, finalmente, iniciaram a entrevista diagnóstica, 2 interromperam o processo.
- Entre os 60 alunos que completaram a fase diagnóstica, o que representa 57% do total de participantes iniciais, um grupo de 12 adolescentes diagnosticado como grupo 4 (Adaptação ineficaz severa) ou grupo 5 (Adaptação ineficaz grave) e foram excluídos da pesquisa. No entanto, foram encaminhados para psicoterapia convencional também oferecida no Centro Comunitário São Judas.

2ª Etapa - Formação dos grupos Experimental e Controle.

Nessa etapa, passaram a compor a pesquisa, 48 jovens, representando 46,15% dos participantes iniciais (104). Sendo 24 pacientes no grupo Experimental e 24 no grupo Controle, conforme representado nos Quadros 2 e 3 abaixo.

Quadro 2 – Grupo Experimental

GRUPO EXPERIMENTAL	IDADE			SEXO		ESCOLARIDADE			
	16	17	18	M	F	8ª EF	1ª EM	2ª EM	3ª EM
24	12	4	8	13	9	4	4	8	8

Quadro 3 – Grupo Controle

GRUPO CONTROLE	IDADE			SEXO		ESCOLARIDADE			
	16	17	18	M	F	8ª EF	1ª EM	2ª EM	3ª EM
24	14	8	2	12	12	6	7	11	-

Uma vez iniciado o tratamento em Psicoterapia Breve Operacionalizada, o grupo experimental passou a contar com 22 pacientes devido a desistência de dois elementos.

Por sua vez, o grupo Controle, que contava inicialmente com 24 pacientes, chegou ao término do processo com apenas 18, devido ao não retorno para diagnóstico final de 6 participantes.

Do exposto até aqui, são necessários alguns esclarecimentos.

Em primeiro lugar, houve o diagnóstico inicial dos pacientes selecionados para cada grupo (Experimental e Controle). A partir desse diagnóstico os jovens do grupo Experimental foram atendidos em Psicoterapia Breve Operacionalizada e os jovens pertencentes ao grupo Controle não receberam o referido tratamento. Para cada caso concluído, do Grupo Experimental, um caso do Grupo Controle foi chamado para entrevista final. Desta forma, o tempo de avaliação foi proporcional para os diferentes grupos.

Em segundo lugar, para preservar o sigilo profissional e facilitar o acompanhamento dos casos, foram dados nomes fictícios aos participantes e procurou-se evitar fornecer informações específicas que possibilitassem a identificação.

Um terceiro esclarecimento diz respeito às entrevistas diagnósticas que foram realizadas no Centro Comunitário São Judas Tadeu, na cidade de Santos. Foram realizadas uma ou no máximo duas entrevistas com os pais ou responsáveis; uma entrevista com o jovem, objetivando o estabelecimento

de situações-problema, além da avaliar a adequação das respostas nos quatro setores adaptativos, de acordo com os critérios da EDAO.

Quando da primeira entrevista diagnóstica, foi feito o primeiro contato com os pais ou responsáveis. Nessa oportunidade, foram informados sobre os procedimentos a serem adotados. Caso concordassem, assinavam o Termo de Consentimento Pós-Informação. Sem esse consentimento, a pesquisa não seria realizada.

Após entrevista com os pais (ou responsáveis) foi realizada uma sessão com o adolescente. Em seguida, uma entrevista devolutiva com os pais (ou responsáveis) e o respectivo jovem. A entrevista visava a estabelecer as situações--problema, através da avaliação da adequação segundo critério da EDAO.

Nesta segunda fase também foi realizado um contrato psicoterápico. Foram esclarecidas para o paciente e para o responsável as questões pertinentes ao processo psicoterápico: situações-problema, o número de sessões, e, caso fosse necessário, o envolvimento de outras pessoas da família no tratamento, com o consentimento do paciente. O tempo de cada sessão foi estipulado em 50 minutos, sendo realizada uma vez por semana.

3ª Etapa – Avaliação do processo psicoterápico

Nessa fase, os jovens foram atendidos individualmente em Psicoterapia Breve Operacionalizada e o responsável foi orientado.

Quadro 4. Distribuição dos participantes por idade, sexo e escolaridade do Grupo Experimental

GRUPO EXPERIMENTAL			
NOME	**IDADE**	**SEXO**	**ESCOLARIDADE**
e1.Pedro	18	M	3ª EM
2.Lúcia	16	F	1ª EM
3.Cláudia	17	F	2ª EM
4.Laurindo	18	M	2ª EM
5.Juarez	16	M	2ª EM
6.Marta	16	F	8ª EF
7.Valter	16	M	8ª EF
8.Regina	17	F	3ª EM
9.Paulo	16	M	2ª EM
10.Pestana	16	M	8ª EF
11.Alberto	18	M	3ª EM

12.Antonio Carlos	17	M	1ª EM
13. Aurélio	18	M	3ª EM
14. Florianita	16	F	2ª EM
15. Samantha	18	F	3ª EM
16. Fabiana	16	F	1ª EM
17. Clayton	18	M	3ª EM
18. Gerônimo	16	M	1ª EM
19. Angélica	16	F	8ª EF
20. Queiroz	18	M	3ª EM
21. Anderson	16	M	2ª EM
22. Valéria	18	F	2ºEM

A análise inicial da EDAO foi feita pelo pesquisador e a análise final por dois juízes que desconheciam o diagnóstico inicial. Além disso, caso fosse necessário arbitrar em caso de empate, um terceiro juiz seria chamado.[2]

Foi estabelecido para a fase diagnóstica que uma falta excluiria o jovem.

O processo psicoterápico individual teve a duração entre 4 a 8 sessões, com frequência de uma sessão semanal e duração de 50 minutos cada sessão. A justificativa para o número variado de sessões foi de acordo com o diagnóstico do paciente, a sua estrutura egóica e a experiência do pesquisador.

Houve uma comparação entre as "situações-problema" inicial dos pacientes com a final, de cada grupo Experimental e Controle.

Análise do Grupo Experimental

Dos 22 casos do grupo Experimental, o Quadro 5 registra os resultados, comparando o diagnóstico inicial e final, onde: seis pacientes passaram de G3 para G1; sete passaram de G3 para G2; seis passaram de G2 para G1 e três permaneceram no mesmo grupo. Em síntese, 19 casos apresentaram melhora e trêscasos não apresentaram alteração de grupo.

Quadro 5. Comparação das avaliações obtidas através da EDAO inicial e final de cada participante do Grupo Experimental

[2] Os juízes que participaram da pesquisa tinham como característica profissionais com experiência em psicologia e principalmente no trato com a EDAO. São ex-alunos do curso de Especialização em Psicoterapia Breve Operacionalizada realizado na cidade de Santos. O corpo docente era formado pelo Prof. Dr. Ryad Simon (Supervisão de caso clínico), a Profa. Dra. Kayoko Yamamoto (Do diagnóstico à Psicoterapia Breve) e o autor da pesquisa (Teorias e técnicas das Psicoterapias Breves), responsável também, pela coordenação do curso.

DIAGNÓSTICO DO GRUPO EXPERIMENTAL		
Nº do Caso	Grupo Inicial	Grupo Final
1	3	1
2	3	2
3	2	1
4	2	1
5	2	1
6	3	1
7	2	1
8	3	1
9	1 em crise	1
10	3	2
11	3	2
12	3	2
13	3	2
14	2	2
15	3	1
16	2	2
17	3	2
18	2	1
19	2	2
20	2	1
21	3	1
22	3	2
TOTAL DE CASOS	22	

Análise do Grupo Controle

Dos 18 casos que participaram do grupo Controle, Quadro 6, 14 adolescentes não apresentaram mudança de grupo e quatro casos ganharam alteração de grupo.

Quadro 6. Distribuição dos participantes por idade, sexo e escolaridade do Grupo Controle

GRUPO CONTROLE			
NOME	IDADE	SEXO	ESCOLARIDADE
1.Thiago	16	M	8ª EF
2.Roberto	17	M	2ª EM
3.Gilberto	17	M	2ª EM

4.Amélia	16	F	2ª EM
5.Mara	16	F	8ª EF
6.Cássia	16	F	2ª EM
7.Leopoldo	16	M	1ª EM
8.João Antonio	16	M	2ª EM
9.Esmeralda	17	F	1º M
10.Márcio	16	M	2º M
11.Isaura	16	F	1º M
12.Gláucia	17	F	2º M
13.Norberto	17	M	2º M
14. Edna	16	F	1º M
15.Silvia	17	F	1º M
16.Carlos	17	M	2º M
17.Gilmar	16	M	8º
18.Clara	18	F	1º M

Dos 18 casos do grupo Controle, o Quadro 6 registra os resultados, comparando o diagnóstico inicial e final, onde: 14 permaneceram no mesmo quadro inicial; dois pacientes passaram de G2 para G3; um passou de G2 para G5; um passou de G3 para G4.

Quadro 7. Comparação das avaliações obtidas através da EDAO inicial e final de cada participante do Grupo Controle

DIAGNÓSTICO DO GRUPO CONTROLE		
Nº do Caso	**Grupo Inicial**	**Grupo Final**
1	2	3
2	3	3
3	3	3
4	1 em crise	1
5	2	2
6	2	2
7	3	3
8	3	3

9	2	5
10	3	3
11	3	3
12	2	2
13	2 em crise	2 em crise
14	2	2
15	2	3
16	3	4
17	3	3
18	3	3
TOTAL DE CASOS	18	

O Quadro 7 revela que, dos 22 casos atendidos, 13 responsáveis pelos adolescentes foram orientados pelo pesquisador durante a Psicoterapia Breve Operacionalizada – PBO. Pode ser verificado, portanto, que o método da PBO com adolescentes na faixa etária de 16 a 18 anos, da rede pública escolar da cidade de Santos, classificados entre G1 – Eficaz, em Crise; G2 – Ineficaz Leve e G3 Ineficaz Moderada em crise revelou-se eficaz.

Quadro 8. Frequência absoluta dos participantes e dos respectivo responsável do Grupo Experimental

FREQUÊNCIA DO GRUPO EXPERIMENTAL				
CASO ATENDIDO			RESPONSÁVEL	
Nome	Nº Sessões	Faltas	Parentesco	Nº Orientações
1.Pedro	8	-	Mãe	3
2.Lúcia	8	-	-	-
3.Cláudia	6	-	Mãe	2
4.Laurindo	4	-	Mãe	1
5.Juarez	5	-	-	-
6.Marta	6	-	Mãe	1
7.Valter	6	1	Mãe	1

8.Regina	6	-	Mãe	1
9.Paulo	7	-	Mãe	2
10.Pestana	5	1	Avó	1
11. Alberto	6	-	-	-
12.Antonio Carlos	5	1	-	-
13.Aurélio	5	1	-	-
14.Florianita	6	-	-	-
15.Samantha	4	-	-	-
16.Fabiana	6	-	Mãe	1
17.Clayton	6	-	-	-
18.Gerônimo	4	-	Mãe	1
19.Angélica	6	-	Mãe	1
20.Queiroz	4	-	Mãe	1
21.Anderson	5	-	Mãe	1
22.Valéria	6	1	-	-

Algumas considerações se impõem em relação ao até aqui exposto. Vejamos.

- Todos os casos do grupo Controle foram encaminhados para psicoterapia breve após entrevista final;
- Todos os pacientes envolvidos na pesquisa não fizeram uso de qualquer tipo de medicação;
- Tanto o questionário EPM quando o da EDAO inicial foram aplicados pelo pesquisador;
- A entrevista final foi feita pelo pesquisador uma semana após o encerramento da psicoterapia breve no grupo Experimental.
- À medida que se encerrava um tratamento no grupo Experimental, um elemento do grupo Controle era requisitado para a entrevista final.
- As entrevistas finais de ambos os grupos foram encaminhadas para duas juízas realizarem a EDAO às cegas, isto é, sem acesso ao diagnóstico inicial. Todos os casos dos dois grupos foram

diagnosticados pelas juízas. Após o pesquisador verificar diferenças nos diagnósticos em 4 casos no grupo Controle e 4 casos do grupo Experimental na avaliação das duas juízas, uma terceira juíza foi chamada para o desempate.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verifica-se, sem sobra de dúvidas, que os adolescentes que participaram do atendimento em Psicoterapia Breve Operacionalizada, tiveram, na sua grande maioria, melhora no nível da adaptação. Ao passo que dentre os adolescentes do Grupo Controle, que não receberam ajuda psicoterápica, apenas um teve evolução do nível adaptativo, enquanto os outros permaneceram iguais ou até pioraram.

O que talvez explique o alto índice de melhora no nível de adaptação dos adolescentes beneficiados com a PBO, seria o fato de pertencerem ao diagnóstico dos grupos 1 (em crise), 2 e 3 da EDAO, nos quais por definição, as soluções mostradas para as situações-problema que a vida propõe são as mais adequadas. Talvez nos adolescentes com mais ineficácia adaptativa os resultados não fossem tão favoráveis. De qualquer modo, a pesquisa sugere que a Psicoterapia Breve Operacionalizada é seguramente um instrumento válido para a população adolescente, contribuindo para a evolução da eficácia adaptativa, além de possibilitar um melhor controle dos impulsos e uma percepção mais integradora entre o paciente e o mundo.

Observou-se também que a estrutura da personalidade dos adolescentes não sofreu alteração. O que mudou foi a possibilidade do jovem reconhecer alguns aspectos da sua personalidade e perceber-se nas situações em que perdia o controle, ou quando isso não foi possível, promoveu o entendimento de suas atitudes e conseqüências.

Os fatores que contribuíram para a condução e a conclusão do processo psicoterápico, encaminhado por esta pesquisa, foram a motivação dos adolescentes para o autoconhecimento, a aceitação da conscientização das dificuldades e a busca de mudanças. Além disso, a transferência positiva com o psicoterapeuta contribuiu para a manutenção da experiência emocional e a permanência no processo. Quando necessário, a transferência negativa foi trabalhada.

Revendo o processo no seu conjunto, verificou-se que a frequência dos pacientes foi alta durante o tratamento e também no retorno para a entrevista final (reavaliação), quando os jovens tiveram participação colaborativa e revelaram reconhecer os ganhos que obtiveram com a psicoterapia. Muitos

adolescentes solicitaram a continuação do processo, atitude prevista diante do luto existente nas finalizações. Não houve prorrogação, de acordo com o que prevê a técnica da Psicoterapia Breve Operacionalizada.

A contribuição deste trabalho se insere nos contextos: Diagnóstico e Manejo Terapêutico com adolescente na área preventiva e saúde mental. Desta forma, pode-se concluir que o método da Psicoterapia Breve Operacionalizada – PBO com adolescentes da rede pública na faixa etária de 16 a 18 anos, e de ambos os sexos, mostrou-se um instrumento eficaz. Todos os pacientes do Grupo Experimental, independentemente da mudança da classificação do nível adaptativo, apresentaram mudanças na adequação das respostas.

Atualmente, após 20 anos de existência, o projeto ampliou a sua faixa etária para atendimentos. Atendemos criança (a partir de 7 anos), adolescente e adulto. O atendimento acontece em sua maioria nas igrejas Católicas da Baixada Santista. O projeto está também presente em algumas igrejas Evangélicas e Centro Comunitários de igrejas ou de bairros.

No primeiro semestre de 2016, atuamos nas cidades de Santos, São Vicente, Cubatão, Praia Grande e Guarujá, com 26 estagiários realizando estágio obrigatório e seis alunos do 9º semestre fazendo estágio voluntário. A frequência do atendimento é semanal e a supervisão, realizada pelo autor deste capítulo, também ocorre semanalmente nas dependências da Universidade Católica de Santos.

Tão importante quanto os aspectos analisados, é constatar que o projeto é muito valorizado e procurado pela população das mais diversas faixas etárias. Nesse sentido, cumpre chamar a atenção que é significativa a procura por atendimento da faixa etária chamada de terceira idade.

É preciso registrar que o projeto "Psicoterapia Breve na Comunidade" está sustentado por uma base cientifica sólida. Desta forma, através dos inúmeros relatos de pessoas que foram atendidas e divulgam o trabalho, fica evidenciado o alto nível de preparo e comprometimento dos alunos do Curso de Psicologia da Universidade Católica de Santos. Essa avaliação fica confirmada quando se observa as listas de espera, com registro de 40 a 60 pessoas aguardando o atendimento nos diversos locais da Baixada Santista.

Esse é, sem dúvida, um trabalho preventivo por excelência, onde as pessoas buscam ajuda para não continuar sofrendo e para não cronificar. Temos vários pacientes que já se submeteram a vários processos, cada um com uma queixa diferente. Identificamos no diagnóstico pessoas que estão em processo psicoterápico tradicional. No entanto, observamos que essas pessoas buscam ajuda na PBO na tentativa de obter um resultado rápido e usufruir de um tratamento

gratuito. Deixamos claro que é necessário ter um perfil para ser paciente em Psicoterapia Breve e que o nosso projeto está comprometido com as pessoas que precisam de ajuda e que não possuem condições financeira de arcar com o tratamento.

Para concluir, uma última observação, com o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, de 13 de julho de 1990, houve uma melhora significativa relacionada com as políticas públicas voltadas para os jovens. A 3.ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) foi contundente sobre o tema, determinando que não fossem postergadas as ações político-assistenciais necessárias para a instauração de um novo tempo no que diz respeito ao cuidado e tratamento da população infanto-juvenil. Mas essa melhora está muito distante das necessidades reais apresentadas pela população jovem. Precisamos de investimentos nas Políticas Públicas voltadas para a formação continuada de profissionais que atuam diretamente com essa população, da mesma forma, faz-se necessário equipar as instituições envolvidas no desenvolvimento de projetos e nos equipamentos que contribuam para o crescimento pessoal e grupal dos adolescentes tanto no campo preventivo, bem como curativo.

REFERÊNCIAS

BALINT, M. et al. *Focal psychotherapy*. Londres: Tavistock, 1972.

BLEGER, J. (1984) *Psico-higiene,* 2.ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989.

CAPLAN, G. Princípios de psiquiatria preventiva. Rio de Janeiro: Zahar,1980.

ERICKSON, E. H. (1968). *Identidade:* juventude e crise. Trad. Álvaro Cabral.

Rio de Janeiro, Zahar, 1976.

FIORINI, H. J. *Teoria da técnica de psicoterapias.* Trad. Carlos Sussekind.

Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1976.

KNOBEL**,** M. Adolescência normal. In ABERASTURY, A**.;** Knobel,M. *Adolescência normal.* Um enfoque psicanalítico Trad. Suzana Maria Garagoray Ballue. 5.ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1986.

MACHADO, A. *Proverbios y Cantares. Poesias completas*. Madri: Espanha, 1983.

MALAN, D.H. Psicoterapia individual e a ciência da psicodinâmica. Trad. Maria C. Juchem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983

MUUSS, R.E. (1962). *Teoria da adolescência.* Trad. Instituto Wagner de Idiomas. 5. Ed. Belo Horizonte, Interlivros de Minas Gerais, 1966.

SANTOS. Prefeitura Municipal de Santos. Perfil dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio em Santos, jun. 2009.

SIMON, R. *Psicologia clínica preventiva:* novos fundamentos. São Paulo, E.P.U., 1989.

YAMAMOTO, K. *Estudo da validade de questionário e seu uso para triagem da adaptação numa população universitária.* São Paulo, 1984. 120p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

BIBLIOGRAFIA

ALVES, H. *Psicoterapia Breve Operacionalizada– PBO com adolescentes da rede pública escolar da cidade de Santos – SP*: uma contribuição à Psicologia Clínica Preventiva. 268 p. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Universidade de São Paulo-USP. São Paulo, SP, 2001.

ALEXANDER, F.: FRENCH, T. M. Terapeutica psicanalítica: princípio Y aplication. In: *Biblioteca de psiquiatria, psicopatologia e psicossomática.*

Buenos Aires, Paidos, v.6, p.102, 1956.

BELLAK, L.: SMALL, L. *Psicologia de emergência e psicoterapia breve.* Trad. Jurema Alcides Cunha. Porto Alegre, Artes Médicas, 1980.

BLEGER, J. *Temas de Psicologia:* entrevista y grupo. Buenos Aires, Nueva Visión, 1971.

FREUD, S. (1909). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, 1969-1987, v.10.

_____. (1937). Análise terminável e interminável. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, 1969, 1975-1987, v.23.

_____. (1905[1901]). Fragmento da análise de um caso de histeria. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas De Sigmund Freud.* Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, 1969, 1972-1987, v.7.

_____. (1918[1914]). História de uma neurose infantil. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, 1969, 1977-1987, v. 17.

_____. (1926[1925]). Inibições, sintomas e ansiedade. In. *Edição standard*

brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Trad.

Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, 1969, 1976-1987, v.20.

_____. (1919[1918]). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, 1969, 1977-1987, v.17.

_____. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, 1969, 1972-1987, v. 7.

GILLIÉRON, É. (1983). *As psicoterapias breves.* Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1986.

SIMON, R. Psicoterapia Breve Operacionalizada. Teoria e técnica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

SIMON, R. Psicoterapia Psicanalítica. Concepção original. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

YOSHIDA, E. M. P. *Psicoterapias psicodinâmicas breves e critérios psico--diagnósticos.* São Paulo, E.P.U., 1990.

Capítulo 6

ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DIAGNÓSTICO DE DIABETES EM EQUIPE INTERDISCIPLINAR EM SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

Thalita Lacerda Nobre

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem o intuito de descrever o percurso realizado pela equipe interdisciplinar do programa denominado "Docinhos do Guarujá", no trabalho com usuários crianças e adolescentes portadores de Diabetes Mellitus dos tipos 1 e 2, entre os anos de 2008 e 2011, bem como pensar a respeito do atendimento a esta população como desafio representado por esta condição à política pública de saúde.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde realizada no ano de 2015 pelo Ministério da Saúde, em parceria com o IBGE, no Brasil há cerca de 9 milhões de diabéticos, com maior prevalência aos portadores do tipo 2, mais comum na população adulta. Isto porque os adultos estão mais expostos às consequências do estabelecimento de um danoso estilo de vida (MENDES et al., 2011).

Conforme descrevem Nascimento et al. (2011), o diabetes do tipo 1 configura-se como uma das doenças mais comuns da infância na atualidade. De acordo com Lopes e Dal Bosco (2013), refere-se a uma taxa entre 5% e 10% dos casos de portadores de Diabetes Mellitus.

A ação do diabetes configura-se por tratar-se de uma doença autoimune, isto é, refere-se à classe de patologias que apresentam uma falha na divisão de função do sistema imunológico que, por razão desconhecida, resulta em respostas de "ataques" do sistema imunológico às próprias células do corpo. No caso específico do diabetes tipo 1, os anticorpos voltam-se para a destruição das células betapancreáticas, que são responsáveis pela produção de insulina – o hormônio responsável pela conversão do que fora consumido como glicose em energia para o corpo. Nesta patologia, a destruição das células torna o quadro

irreversível, uma vez que o pâncreas vai apresentando, progressivamente, dificuldades em secretar insulina (LOPES; DAL BOSCO, 2013).

Nos casos de diabetes tipo 2, o corpo não tem sua produção de insulina afetada, porém, o organismo torna-se resistente à ação de tal hormônio, o que leva ao aumento das taxas de glicose, muitas vezes sem que o paciente se dê conta do que está ocorrendo (MINISTÉRIO DA SAÚDE – PORTAL BRASIL, 2015).

No que diz respeito ao tratamento médico do diabetes tipo 1, Lopes e Dal Bosco (2013) destacam que consiste na introdução de insulinoterapia, uma vez que o pâncreas apresenta dificuldade na secreção de tal hormônio. Porém, a longo prazo, mesmo com a realização do tratamento, as autoras referem que alguns estudos atentam para a existência de complicações crônicas, como as

> [...] microvasculares e macrovasculares, comprometendo estruturas de órgãos, como rins, olhos, nervos, vasos e coração, [...] alterações na microcirculação, originando retinopatia e nefropatia; na macrocirculação, levando à cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e doença vascular periférica, além de neuropatias (LOPES; DAL BOSCO, 2013).

Com relação ao tratamento médico da doença, há tendência à obtenção de melhores resultados se incluídos os familiares, configurando uma rede de apoio social e visando o estabelecimento da confiança com os profissionais de saúde. Nesse sentido, uma boa organização de rede de apoio auxilia, de modo significativo, nas estratégias de autocuidado e autocontrole, possibilitando um bom nível de adesão ao tratamento, o que leva à melhora do controle das taxas glicêmicas (NASCIMENTO et al., 2011).

Isto porque o ser humano não pode ser entendido apenas em seus sintomas orgânicos, já que é constituído por soma (corpo) e psique, daí a importância da consideração das doenças como psicossomáticas, o entendimento de que uma doença de causas idiopáticas (como a diabetes) possa ser resultado da sobrecarga das funções de corpo e mente, indissociáveis (MELLO FILHO, 2004).

1. Sobre o Programa Docinhos do Guarujá

O Programa de Atenção aos portadores de Diabetes Mellitus no município de Guarujá teve início em 2004, a partir de um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), expedido pela Promotoria de Justiça da Infância e Juventude da Comarca de Guarujá, em que o município se comprometeu a fornecer

atendimento médico e o kit de insumos a todas as crianças e adolescentes (até os 20 anos de idade) portadores de Diabetes Mellitus que lá residiam.

No primeiro ano, o programa ofereceu atendimento a 18 pacientes, com o objetivo de oferecer atenção integral com atendimento interdisciplinar e fornecimento dos insumos necessários ao tratamento.

Desde sua criação até o ano de 2011, os usuários eram encaminhados pelos diversos serviços de saúde do município e recebiam atendimento especializado – oferecido pela equipe – em um dia fixo da semana.

Dados publicados no Diário Oficial do município no ano anterior a esta pesquisa (2010) apontam que o programa estava voltado a 140 pacientes, sendo pouco mais da metade portador de diabetes tipo 1 (76 usuários), e a outra parte composta por diabéticos do tipo 2. Para ser cadastrado no serviço, o paciente deveria seguir o protocolo, que consistia em procurar uma Unidade Básica de Saúde e, após realizados os exames que comprovassem o diagnóstico, levar os resultados e relatório para a Unidade de Saúde onde se faziam os atendimentos semanais do programa (GUARUJÁ, 2010).

A equipe era composta por endocrinologista, pediatra, nutricionista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, psicólogo e terapeuta ocupacional, e oferecia duas modalidades de atendimentos:

- Individuais: específicos com os profissionais, que analisam caso a caso o percurso do paciente com a doença, bem como as estratégias possíveis para o enfrentamento desta.
- Atendimentos grupais: com o objetivo de fornecer informações e proporcionar educação em saúde, sanando dúvidas e promovendo a interação entre os pacientes e seus familiares.

A experiência que será relatada refere-se ao período do ano de 2008 até 2011. Durante esse tempo, como protocolo do programa, o usuário, ao completar 21 anos de idade passava a ser inserido em outro programa de acompanhamento (voltado aos cuidados com hipertensão e diabetes). Havia a proposta de extensão do "Docinhos do Guarujá" para a faixa etária de até 25 anos, que até a conclusão deste relato ainda não havia se concretizado.

Antes de 2011, também não há dados de levantamento, pois apesar de registradas as informações sobre a retirada de insumos ou passagem por consulta médica, não havia uma pesquisa estatística que pretendesse expor os dados obtidos.

Assim, em 2008, com o ingresso de novos profissionais aos atendimentos em saúde, a psicóloga ingressante passou a fazer parte da equipe interdisciplinar que oferecia um serviço de altíssimo nível, com avaliações completas de

diversas áreas da saúde física e emocional do portador. Durante as observações iniciais, notou-se que havia questões interessantes, do ponto de vista da psicologia, que poderiam ser ampliadas e aprofundadas. Este pensamento acerca das intervenções possíveis partiu do pressuposto de que, em geral, como ocorre na maioria dos serviços de atendimento ao diabético, a atuação visa "[...] especialmente à obtenção do controle glicêmico para evitar ou minimizar tais complicações" (OLIVEIRA et al., 2011, p. 302).

Apesar de os serviços, em geral, enfocarem o controle da taxa de glicemia, percebeu-se um grande interesse na equipe em possibilitar mudanças de hábitos que se encontram, muitas vezes arraigados culturalmente e relacionam-se com os aspectos subjetivos já estabelecidos no cotidiano das pessoas (OLIVEIRA et al., 2011).

Isto porque a equipe possuía um grande desafio, já que se voltava ao atendimento de crianças e adolescentes, ou seja, sujeitos em formação, enfocando questões de hábitos sociais, como o de alimentação, por exemplo. Acerca disso, sabe-se que "(...) a alimentação não se limita a um ato que satisfaz necessidades biológicas: mais do que isso, ela representa valores sociais e culturais, envoltos em aspectos simbólicos que materializam a tradição na forma de ritos e tabus" (SANTOS; ARAÚJO, 2011, p. 256). Isto significa que a atuação da equipe possuía a responsabilidade de ampliar sua atuação, levando em conta aspectos psicológicos de suma importância que corresponderiam a crenças familiares antigas e, por isso, complexas.

Uma característica do serviço oferecido pela equipe, desde o início de seu funcionamento, foi o oferecimento de atividades educativas e de suporte para o enfrentamento das mudanças decorrentes da obrigatoriedade da convivência com a doença crônica. Tais ações perfazem-se como de fundamental importância em um programa interdisciplinar em saúde (OLIVEIRA et al., 2011).

Como estratégias de atuação, realizavam-se reuniões mensais entre os componentes da equipe, e fora do horário dos atendimentos oferecidos aos pacientes rotineiramente, também havia palestras voltadas tanto para os pacientes quanto para os familiares, que precisavam adequar-se às exigências inerentes ao tratamento da doença. Nestas palestras, ministradas pelo endocrinologista e pela nutricionista do programa, toda a equipe participava e podia, também, sanar dúvidas. Nas reuniões profissionais, discutiam-se números, questões relacionadas à política de saúde (e sua afetação ao programa), além de casos de pacientes que mereciam maiores cuidados e uma visão mais ampliada dos saberes dos profissionais sobre ele, a fim de pensarem em novas estratégias de intervenção.

Para o trabalho do psicólogo, a orientação da equipe até 2008 era a de que se compreendesse a demanda de orientação dos indivíduos para as mudanças que a descoberta da doença traziam para o cotidiano e para as relações sociais do portador. Foi possível observar, nas sessões de entrevistas iniciais com pais e crianças ou adolescentes, que a descoberta da doença ocasionava uma série de sentimentos como culpa, medo e ansiedade em todos os envolvidos. O discurso de culpa poderia vir carregado de fantasias, não raro, da seguinte forma: já que Diabetes Mellitus se relaciona ao consumo de açúcar, os pais se culpavam por ter oferecido leite adoçado ao filho, ou a mãe, por exemplo, poderia desconfiar que seu leite era doce demais, levando o filho a adquirir a doença. As abordagens psicodinâmicas foram utilizadas para a compreensão dos aspectos psicológicos que compunham os discursos dos usuários.

Logo, por meio das palestras e orientação nutricional e psicológica, buscou-se transformar esta fantasia carregada de sentimentos persecutórios por meio de dados da realidade, dizendo que se oferecermos a mesma dieta para crianças diferentes, algumas desenvolverão diabetes e outras não. Dessa forma, buscava mostrar aos pais que a alimentação, por si só, não poderia ser vista como a causa para o desenvolvimento da doença. Tratava-se de uma doença de causa idiopática, isto é, não havia dados da ciência que concretamente explicassem por que uma criança ou adolescente a desenvolveria.

Os sentimentos de medo e ansiedade estavam presentes sempre nos discursos relacionados à necessidade de mudanças na rotina, que causavam insegurança aos pais sobre se conseguiriam cuidar corretamente de seus filhos, já que sentiam ter "falhado" uma vez, quando "permitiram" que a doença se instalasse na criança. Observava-se uma tendência de alguns pais em apresentarem um pensamento onipotente, desconsiderando sua condição humana e de impossibilidade de controle sobre os diversos fatos que ocorrem na vida. Muitas mães, durante as reuniões, verbalizavam terem preferido que a doença tivesse acometido a elas em lugar de seus filhos.

Conforme destacam Brito e Sadala (2009, p. 954), em uma pesquisa sobre os impactos do diabetes tipo 1 na família do portador, é esperado que o diagnóstico desta patologia lance os familiares para uma "[...] situação assustadora e desconhecida. Aos poucos, tomam conhecimento da extrema gravidade da doença".

As autoras destacam ainda sobre o fato de os pais verbalizarem o sentimento de despreparo diante da convivência com a patologia. Também citam e pode-se observar na experiência relatada que, comumente, esta tende a ser descoberta após um período de internação da criança ou adolescente (decorrente de uma

grave crise de hiperglicemia). Não raro, durante esta internação, o paciente é levado às pressas para a UTI. O forte impacto da crise hiperglicêmica leva os pais à confrontação com o temor da morte iminente do filho (BRITO; SADALA, 2009).

2. O Início na Equipe

Os atendimentos psicológicos aos pais e aos usuários do serviço eram feitos individualmente e após as consultas médicas. Tais consultas ocorriam de forma simultânea com o endocrinologista, a nutricionista e a pediatra. Ao sair, os que estavam agendados ou precisavam de cuidado de emergência aguardavam o atendimento psicológico. Antes da consulta, os pacientes marcados para aquele dia (a periodicidade de consultas variava de acordo com que a equipe acreditava necessário para o controle da doença) ficavam em uma sala ampla da Unidade de Saúde, em que havia uma televisão e uma decoração com armários e prateleiras com brinquedos, para que as crianças se distraíssem e interagissem enquanto aguardavam serem chamadas pela enfermeira, que as pesava, olhava o diário de marcação das taxas de glicemia anotadas pelo paciente e colocava a ficha em espera para ser chamado pelos profissionais.

No canto desta grande sala de espera, a terapeuta ocupacional realizava as medições de sensibilidade nos pés para controle de neuropatia. A periodicidade das medições feitas pela profissional eram dadas de acordo com o necessário pela manifestação da doença, e isso implicava também na forma como o paciente conduzia seu autocuidado.

Caso o paciente e seus familiares necessitassem de intervenção da assistente social, esta era designada e auxiliava na resolução dos problemas.

Conforme citado anteriormente, depois de terminada a consulta médica e nutricional, os pacientes voltavam à sala da enfermeira para a entrega de insumos, de acordo com a prescrição médica. A enfermeira inicialmente encaminhava os usuários para atendimento psicológico de acordo com sugestão feita pelos profissionais na consulta. A psicóloga, ao ingressar no serviço, buscou agendar atendimento aos poucos para todos, a fim de conhecê-los, independente de serem encaminhados pela equipe. Porém, nem todos compareciam, muitos iam embora depois da consulta e retirada de insumos.

Assim, em pouco tempo, ao perceber que poucos ficavam para a consulta psicológica, a psicóloga buscou uma espécie de parceria com a profissional em enfermagem e com os outros profissionais, ressaltando a importância do auxílio psicológico para o paciente.

Dessa forma, aqueles que tinham dificuldade de adesão ao tratamento, ou que anteriormente vinham engajados a este e, por alguma razão, "desandaram", eram encaminhados para a consulta psicológica. Alguns ficavam e outros recusavam por diversos fatores. É possível hipotetizar que o cerne desta fuga à intervenção residia numa espécie de persecutoriedade em relação à função do psicólogo. Em outras palavras, uma projeção à figura do psicólogo como aquele que descortinará os erros e defeitos no autocuidado e no cuidado oferecido pelos pais.

Por outro lado, aqueles que permaneciam para os atendimentos se mostravam, na maior parte das vezes, com questões bem parecidas: no início da descoberta da doença, a culpa familiar e do próprio sujeito, muitas vezes por causar sofrimento aos pais, desentendimentos entre os pais com relação ao cuidado da criança ou adolescente, somando-se a isso o envolvimento das famílias parentais. A ida das crianças à escola e a insegurança dos pais quanto ao cuidado da doença, despreparo da escola em receber alunos insulinodependentes; a tendência à oposição do adolescente, incluindo-se aí o questionamento sobre a necessidade de controle da doença; o desejo do adolescente em sair com os amigos e consumir bebidas alcoólicas (que pode elevar abruptamente a taxa de glicose no sangue); a vergonha de portar uma doença crônica, além de questões como as mudanças corporais, o controle da doença diante das modificações hormonais, o início da vida afetiva e sexual, entre outras questões que se apresentavam como inerentes às faixas etárias do desenvolvimento que os sujeitos se encontravam, mas que continham o entrave do cuidado com o diabetes.

Os atendimentos psicológicos tinham por volta de 40 minutos e, caso fosse percebida uma tendência ao engajamento do sujeito, marcavam-se retornos, como em um processo de psicoterapia breve, a cada semana. Alguns voltavam mas outros, por não terem consulta marcada com as outras especialidades da equipe de saúde, não retornavam.

Havia uma demanda, por parte da equipe, de que a psicologia realizasse uma tarefa no sentido de auxiliá-la na abordagem a cada paciente. Seria uma espécie de elaboração de um perfil psicológico de cada usuário para orientação na forma de conduzir, atingindo de maneira correta o paciente, permitindo que houvesse adesão ao tratamento.

Ao perceber tal demanda da equipe, a psicóloga sentiu-se incapaz de realizar essa empreitada. Não disse aos profissionais que não poderia, mas informou-lhes que as pessoas não eram estáticas, o psiquismo estava sempre em transformação, por isso não haveria como, estaticamente, realizar um trabalho

desse tipo com excelência. Em contrapartida, foi oferecida outra forma de intervenção, partindo da percepção de cada profissional, em sua área, a fim de gerar integração dos saberes.

Em uma das semanas, em discussão sobre a organização do serviço e papel de cada profissional, a terapeuta ocupacional disse que tinha um sonho antigo, desde que se iniciara o programa: formar um grupo pré-consulta médica, um grupo que poderia ser composto por pais, familiares e pacientes e que poderia tratar das demandas que eles trouxessem. A ideia central do grupo era a de que fosse detectada a real demanda dos usuários do serviço.

Com essa sugestão informada à equipe, a sala da enfermeira, que ficava na grande sala onde havia uma televisão e brinquedos para as crianças, passou a ser em outro lugar. A direção da unidade de saúde, de maneira colaborativa, providenciou o remanejamento de uma sala que estava fechada, sem uso, para a enfermagem e o armazenamento de insumos destinados ao programa.

Assim, a sala grande ficou livre para que a psicóloga e a terapeuta ocupacional realizassem seus trabalhos. Para começar, no primeiro encontro, foi trazida uma atividade de dinâmica de grupo. Pediu-se que os pais e as crianças participassem, e eles mostraram-se um pouco desconfiados. A atividade tratava-se de uma dinâmica para integração e para a quebra do gelo entre os usuários do serviço.

Depois de realizada, distribuíram-se as cadeiras em círculo, para que todos pudessem se ver e opinar. Foi feita a avaliação da atividade e o retorno foi positivo. Diante disso, percebeu-se que havia alguns assuntos emergentes sobre as dúvidas em relação ao diabetes. Então, foi dito a eles que aquele grupo, a partir daquela data, seria destinado a sanar essas dúvidas e discussão sobre o cotidiano do diabético.

As maiores dúvidas, assim como também observam as autoras Brito e Sadala (2009) em sua experiência, giravam em torno da ansiedade com a mudança nas condições de vida da criança e da família: a dieta alimentar com restrições, a rotina de medição do dextro e das aplicações de insulina aterrorizavam os pais e as crianças.

A ansiedade decorrente de crises de hiper ou hipoglicemia, bem como os momentos de "rebeldia" do portador da doença e da família, somados ao medo constante de ocorrência de complicações e neuropatias, também eram temas para a discussão do grupo (BRITO; SADALA, 2009).

3. A Equipe e a Integração

Nas semanas que transcorreram, e com a ajuda da equipe, montou-se uma pequena mesa de café com algum lanche para os pacientes e familiares que aguardavam a consulta. Os alimentos para o lanche eram recomendados pela nutricionista, inclusive a quantidade a ser ingerida por cada paciente. Era informado desde o início o que havia disponível, e com isso percebeu-se que algumas dúvidas com relação à alimentação foram surgindo.

À medida que estas dúvidas foram tornando-se presentes, a psicóloga e a terapeuta ocupacional iam, a partir de suas experiências profissionais, sanando; além disso, a nutricionista era sempre convidada a esclarecer alguns pontos. Também quando havia dúvidas específicas, os pacientes e familiares eram encorajados a perguntar em suas consultas. Alguns usuários levavam suas dúvidas ao médico e à nutricionista, e nas semanas seguintes percebia-se que o que sabiam era levantado como dúvida por outra pessoa, sanavam as indagações de outros pacientes. As profissionais observavam, propunham e mediavam as discussões.

Conforme o grupo foi se fortalecendo em sua existência, a profissional em enfermagem teve a ideia de agendar as consultas semanais dos pacientes obedecendo a faixa etária, com exceção dos casos mais graves. Assim, em uma determinada semana as crianças entre 3 e 7 anos eram consultadas, em outra, por exemplo, as de 8 a 11, e assim por diante.

Essa divisão facilitou a abordagem da equipe, uma vez que as dúvidas e os conflitos poderiam ser parecidos. Também os pais apresentavam uma melhor empatia com os outros pais cujos filhos tinham a idade parecida aos seus. Outro ponto interessantíssimo a ser destacado desde o início da criação do grupo foi a troca de experiências entre diferentes pessoas, sejam pais, sejam pacientes. Estas experiências residiam, por exemplo, na dificuldade em aceitação da doença por uma determinada mãe, que perguntava por que isso estava acontecendo com seu filho e sobre o temor intenso de não conseguir cuidar da alimentação, causando transtornos maiores à criança ou adolescente. Nessas ocasiões, por exemplo, sempre tomavam a palavra do discurso outras mães e pacientes que já conviviam com a doença há mais tempo, tranquilizando os outros com sua experiência e mostrando que era possível suportar tais dificuldades.

Esta forma de atuação é apresentada por Nascimento et al. (2011) como altamente útil para obtenção de bons resultados em um programa de atenção à saúde. Nesse sentido, a exposição e troca de experiências sobre os temores referentes à doença possibilitam melhor adaptação a ela. Nos dizeres dos autores:

> O desconhecimento da patologia pela criança, bem como suas implicações, leva ao medo de sofrer preconceitos e ao isolamento, prejudicando o adequado manejo do diabetes. Apoiar-se em crenças e ter sentimentos positivos que trazem conforto colaboram para o enfrentamento dessas questões, aliviando seu sofrimento e melhorando sua qualidade de vida (NASCIMENTO et al., 2011, p. 766).

Nesse sentido, destaca-se que, além do tratamento médico, a boa atuação da equipe interdisciplinar refere-se à capacidade de possibilitar ao paciente um alívio decorrente do empoderamento e da adaptação frente aos cuidados necessários com a doença. Reside aí o benefício do trabalho com múltiplos olhares, que permite um cuidado integral da saúde ampliado à família e à comunidade (BÖING; CREPALDI, 2010).

Diante disso, também é possível citar inúmeros outros exemplos de ajuda mútua que pais e pacientes ofereciam aos outros. Um exemplo significativo encontra-se em um pai que, ao contar sobre sua experiência com a filha diabética aos 7 anos, se viu obrigado a modificar seus hábitos alimentares em auxílio à filha. Ou seja, uma vez descoberta a doença, a família toda mudou seus hábitos para que a menina não se sentisse excluída. Este pai contou sobre os ganhos que obteve com tal mudança, dizendo que ao consumir menos açúcar, gorduras e carboidratos, melhorou suas taxas de colesterol, além de sentir-se mais disposto para as atividades do dia a dia.

Nessa ocasião, falou-se da importância de a família acompanhar as mudanças do paciente, incluindo hábitos alimentares, exercícios físicos e equilíbrio emocional na rotina de todos.

Em algumas reuniões de grupo, as mães trocavam receitas diet e dicas sobre lugares no bairro mais baratos para realizarem as compras de produtos que as crianças gostam e que poderiam ser incluídos na dieta.

A este respeito, é importante destacar que o espaço oferecido para a escuta das demandas diárias de quem convive com o diabetes começou a tornar-se um espaço respeitado, valorizado pelos usuários. Nesse sentido, passou a contribuir com a contextualização do sujeito em sua realidade mental e social, possibilitando que o serviço começasse a expandir seu alcance, permitindo o aparecimento de seu caráter preventivo.

4. A Equipe Torna-se Interdisciplinar

Um entrave foi observado no início dos encontros com o grupo: como se tratava de uma reunião pré-consulta, à medida que os pacientes eram chamados

para ela, iam saindo, deixando. Ao final da atividade, havia um grupo muito pequeno, inviabilizando o fechamento muitas vezes das questões que iniciavam as discussões. Resolveu-se esta dificuldade discutindo uma melhor solução com a equipe, então as consultas passaram a começar um pouco mais tarde e os pacientes foram agendados um pouco mais cedo. Desse modo, passou-se a contar como fazendo parte da rotina da equipe, o grupo pré-consulta.

A terapeuta ocupacional sugeriu também que, após alguns meses de funcionamento do grupo, fosse feita uma avaliação junto aos pacientes, em que estes poderiam ressaltar como útil e sugerir modificações para enriquecer os encontros. Também foram pedidas sugestões de temas para serem tratados no grupo e para as palestras realizadas pelos médicos endocrinologista e pediatra e pela nutricionista.

Conforme dito anteriormente, além das questões relativas ao cuidado com a doença, também eram tratadas aquelas relacionadas aos conflitos decorrentes de cada faixa etária; algumas questões que preocupavam os pais – independente de ser portador de diabetes, como a independência do filho e os conflitos e a criação adequada para formar um cidadão responsável e atuante pelo bem da sociedade – foram correntes nos encontros. Muitos pais e pacientes, durante a participação no grupo, realizavam reconciliações entre si, indo às consultas mais leves da carga emocional que antes carregavam.

Também foi possível notar bom empoderamento dos pacientes e seus pais diante do cuidado com a doença. Não foram obtidos números, já que não se fizeram estatísticas do serviço, mas a profissional de enfermagem responsável pelo cadastro, fornecimento de insumos, pesagem e controle dos pacientes, percebeu a adesão dos pacientes aos programas. Os outros profissionais da equipe também notaram esta mudança. A psicóloga e a terapeuta ocupacional também observaram que havia pacientes que apresentavam grandes dificuldades em comparecer às consultas, e após um tempo revelaram boa adesão aos atendimentos.

A equipe observou que a implantação do grupo pré-consulta facilitou para que os pacientes se sentissem ouvidos e tranquilizados quanto aos fatores ansiógenos que permeiam a convivência com uma doença crônica. Nas fichas de avaliação do programa, muitos diziam que tinham o grupo como um momento de ajuda, de não se sentir sozinho com o diabetes. Muitas crianças e adolescentes tiveram acesso ao que seus pais sentiam diante da doença deles, e muitos pais passaram a conhecer as dúvidas e dificuldades enfrentadas pelos filhos portadores desta patologia.

Desse modo, a parceria entre cada ator da equipe permitiu que fosse oferecido um cuidado integral, tal qual se pretende o SUS para o serviço público, levando em consideração a complexidade do ser humano e a importância do oferecimento de um tratamento humanizado para o usuário. Os profissionais da saúde tiveram em mente que: "a transformação da atenção depende do compromisso dos gestores e, principalmente, da postura dos próprios profissionais em se reconhecerem como atores sociais com potencial de transformar o quadro atual da saúde pública" (BÖING; CREPALDI, 2010, p. 647).

Com este intuito e com a colaboração dos gestores, o caminho para a formação da equipe interdisciplinar foi trilhado, podendo ser percebido pelos usuários e pelo autocuidado que passaram a praticar.

A equipe também se fortaleceu com a interação entre si de ideias e conhecimentos. Todos os anos, os profissionais compareciam ao Congresso Brasileiro da Associação Nacional de Atenção ao Diabetes, com a parceria dos gestores da saúde, que conseguiam que a prefeitura investisse o valor da inscrição nos profissionais. No ano de 2011, um trabalho realizado em conjunto pela equipe foi apresentado, e posteriormente, em 2014, transformou-se em artigo cientifico publicado em periódico internacional[1] que tratou da relação essencial que pode existir, para o paciente diabético, entre o investimento em atividades de sua formação profissional (trabalho, estudo e planos para sua carreira de trabalho) e sua influência no cuidado com o diabetes. Nas entrevistas e levantamentos de dados, observamos, fundamentalmente, que pacientes que demonstravam maior adesão ao tratamento da doença também eram pacientes com mais planos para o futuro profissional e que se apresentavam mais bem amparados psiquicamente para colocar em prática o que planejavam.

Esses resultados de pesquisa também levaram a equipe a pensar sobre a possível interferência do trabalho coletivo para o comprometimento e transformação da autoimagem e do autocuidado que os usuários podem ter vivido. Entende-se que as políticas públicas devem ter o intuito de propiciar aos indivíduos a percepção de suas capacidades em buscar uma vida sustentável, que estes possam desenvolver autonomia para o pensamento crítico acerca de seu cotidiano e novas maneiras de lidar com suas dificuldades (SANTOS; QUINTANILHA; DALBELLO-ARAUJO, 2010). Pretendeu-se, durante todo o tempo da atuação interdisciplinar, o desenvolvimento da capacidade de resiliência do indivíduo, estendendo à família e à comunidade.

[1] NOBRE, Thalita Lacerda et al. A View on the Comprehensive Care with Diabetes: What Do You Want to be When You Grow up? American Journal of Medical Sciences and Medicinev. 2, n. 1, p.16-20, 2014.

O planejamento e investimento no futuro podem ser bons fatores que refletem o autocuidado, o reconhecimento da cidadania, por isso, também está ligado a ganhos que se podem obter no meio social, e isso pode tornar-se mais viável com a atuação de uma equipe interdisciplinar fortalecida, quando há desejo de todos os participantes e quando se busca um objetivo em comum.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do relato desta experiência traz a importante discussão sobre diversos fatores relacionados ao adoecimento, ao usuário dos serviços de saúde e aos profissionais envolvidos nos atendimentos.

Acerca do usuário, cabem discussões sobre o processo de adoecimento, sobre o binômio saúde-doença e sobre o empoderamento para o enfrentamento da patologia, neste caso específico, o diabetes do tipo 1, como uma doença autoimune, e o do tipo 2, relacionado muitas vezes a hábitos alimentares inadequados e à sobrecarga física e emocional vivida pelo indivíduo.

Quando alguém procura atendimento em uma unidade básica de saúde, está fragilizado não somente fisicamente (o corpo necessita de cuidados) como emocionalmente (a mente deve lidar com a desorganização causada pelo adoecimento). E, nesse sentido, a compreensão do sujeito de modo integralizado, conforme propõe o SUS para o oferecimento dos serviços em saúde, há que ser observada.

Do ponto de vista da equipe, é possível destacar que a complexidade que cada área do saber propõe e o sentido do conhecimento para cada profissional pode ser um fator dificultador na formação de uma equipe interdisciplinar. A diferença de enfoque, as bases científicas em que se fundam os saberes contribuem para a compreensão do indivíduo por apenas um viés. Por isso, o trabalho que visa a interdisciplinaridade carrega consigo uma complexa teia de articulações dos saberes visando o conhecimento e cuidado integral do usuário.

Para isso, há que se ter acesso às prerrogativas de cada saber que integram os conhecimentos sobre o indivíduo. Também é necessário considerar que a equipe encontra-se em constante transformação, como um organismo vivo, que reage de maneiras diferentes em diferentes contextos. Sendo assim, a formação da equipe, que compreende a participação igualitária dos profissionais de acordo com sua especificidade, precisa ser constantemente observada, discutida e repensada em sua organização e atuação.

Como um organismo em transformação, a equipe precisa estar atenta ao aprendizado constante e ao fortalecimento ou movimentação dos papéis representados por cada membro. Acredito que, especificamente nesta

experiência de implantação da equipe, cada profissional lançou mão de sua capacidade em aprender com outros saberes e de socialização do conhecimento.

Isto favoreceu a motivação para a ampliação do conhecimento sobre novas tecnologias e novos instrumentos para a melhoria da atuação da equipe de trabalho e do cuidado oferecido ao portador da doença e seus familiares. Um exemplo disso foi a presença de todos os profissionais da equipe nos congressos anuais promovidos pela Associação Nacional de Atenção ao Diabetes, para participar das palestras, cursos, ter acesso a novidades no campo alimentar e de insumos, bem como na apresentação do trabalho científico produzido pela equipe, na edição de 2011 do evento.

Acredito ser importante ressaltar também sobre a importância de a equipe buscar constantemente seu fortalecimento diante de um grande desafio que corresponde ao trabalho com interdisciplinaridade. Com relação ao psicólogo, é possível destacar o desafio da articulação desses saberes, do cuidado com o indivíduo e do fortalecimento da cidadania. Há que se considerar também o contexto cultural em que se insere, para que a prática seja mais assertiva. Os benefícios da boa comunicação entre saberes e da busca pelo fortalecimento da autonomia são observados nos usuários, e esta percepção leva à conclusão de que a qualidade do serviço prestado resulta na qualidade de vida deles.

REFERÊNCIAS

BÖING, Elisangela; CREPALDI, Maria Aparecida. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicologia:* ciência e profissão, Brasília , v. 30, n. 3, p. 634-649, set., 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pesquisa*. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/07/diabetes-atinge-9-milhoes-de-brasileiros>, Acesso em: 28 maio 2016.

BRITO, Thaís Basso de; SADALA, Maria Lúcia Araújo. Diabetes mellitus juvenil: a experiência de familiares de adolescentes e pré-adolescentes. *Ciências e saúde coletiva*, vol.14, n.3, p. 947-960, maio-jun. 2009.

GUARUJÁ. Diário Oficial, ano 10, ed. 2103, 18 ago. 2010. Disponível em: <http://www.guaruja.sp.gov.br/sites/default/files/do/18-08-10.pdf>, Acesso em: 28 maio 2016.

LOPES, Martina Sofia;, DAL BOSCO, Simone Morelo. Paciente portador de Dabetes Mellitus tipo 1, transplantado de pâncreas e rim: um relato de caso. *Revista Destaques Acadêmicos*, v. 5, n. 3, p. 65-73, 2013.

MELLO FILHO, Julio de; BURD, Miriam (Org.). *Doença e família*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

MENDES, Telma de Almeida Busch et al. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 6, p. 1233-1243, 2011.

NASCIMENTO, Lucila Castanheira et al. Diabetes mellitus tipo 1: evidências da literatura para seu manejo adequado, na perspectiva de crianças. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 3, p.764-9, 2011.

OLIVEIRA, Nunila Ferreira de et al. Diabetes Mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em Grupo de Apoio Psicológico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 64, n. 2, p. 301-7, mar.-abr., 2011.

SANTOS, Andréa Fernanda Lopes dos; ARAÚJO, José Wellington Gomes. Prática alimentar e diabetes: desafios para a vigilância em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 20, n. 2, p. 255-263, 2011.

SANTOS, Keli Lopes; QUINTANILHA, Bruna Ceruti; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. A atuação do psicólogo na promoção da saúde. *Psicologia – teoria e prática* [online], v.12, n.1, p. 181-196, 2010.

BIBLIOGRAFIA

MATOS, Eliane; PIRES, Denise Elvira Pires de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online], v.62, n. 6, p. 863-869, 2009.

Capítulo 7

ATENDIMENTO EM GRUPO DE SEGURADOS DO INSS COM DOENÇAS DA COLUNA LOMBAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA E DESAFIOS

Maria do Carmo Baracho de Alencar
Maria Izabel Calil Stamato

INTRODUÇÃO

O presente capítulo é um relato de experiência de intervenção e uma reflexão sobre o Estágio Curricular de Psicologia Institucional e Comunitária do Curso de Psicologia da Universidade Católica de Santos, realizado em 2014 na Clínica-Escola de Psicologia, envolvendo atendimentos individuais e em grupo de trabalhadores em situação de afastamento do trabalho por doenças da coluna lombar e que se encontravam em Reabilitação Profissional.

O Estágio de Psicologia Institucional e Comunitária integra a Linha de Pesquisa Psicologia e Políticas Públicas do Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Psicologia. É um estágio obrigatório, que integra a grade curricular dos 7º e 8º semestres do curso, e seus objetivos são preparar os futuros profissionais para atuar de forma competente, ética e comprometida na área de Políticas Públicas, pesquisar e aprofundar o conhecimento sobre metodologias inovadoras de cuidado, capazes de contribuir para a superação dos desafios colocados à psicologia, enquanto ciência e profissão, pelos complexos fenômenos de saúde e psicossociais presentes nos vários âmbitos da sociedade atual.

1.Trabalho e Inserção Social

Diversas mudanças ocorreram no mundo do trabalho nos últimos anos, refletindo-se nos modos de organização do trabalho, com intensificação de exigências e metas, redução de mão de obra e introdução da tecnologia, afetando a saúde dos trabalhadores em diferentes dimensões. A classe trabalhadora inserida no contexto capitalista de organização do trabalho sofre

as consequências destas transformações, que se refletem na precarização das condições e relações de trabalho, na perda de direitos sociais, no agravamento de problemas de saúde, na ampliação da vulnerabilidade social e do desemprego e no aumento da exclusão social (RODRIGUES; BELLINI, 2010).

O trabalho é fundamental para o processo de inscrição e inserção social, possibilitando relações e interações que garantem um lugar legitimado socialmente: o de trabalhador formal – sujeito possuidor de um emprego e salário, capaz de participar das configurações propostas pela ordem capitalista (RAMOS; TITTONI; NARDI, 2008).

Ocupando um lugar central na sociedade e um valor básico na vida de trabalhadores, o trabalho é associado a múltiplos significados sociais e pessoais, constituindo-se como elemento estruturante da subjetividade humana.

2. Afastamento do Trabalho e Saúde

Nesse contexto, o afastamento do trabalho gera múltiplas consequências na vida do indivíduo. Esse afastamento ocorre quando a pessoa é considerada incapacitada para trabalhar, seja por motivos relacionados a acidentes e/ou doenças de caráter físico, psíquico ou outros.

Uma vez afastados do trabalho, os trabalhadores perdem lugares socialmente legitimados e reconhecidos, e rompem relações com a cadeia produtiva, o que os coloca em uma posição inferior a seus colegas (RAMOS; TITTONI; NARDI, 2008). Além disso, o processo de adoecimento e afastamento do trabalho provoca vivências desagradáveis para os sujeitos, que repercutem na expressão de sentimento de insegurança quanto ao futuro profissional, de injustiça, de desamparo, de medos e fantasias, e que interferem na vida cotidiana, podendo prejudicar a saúde mental em função do sofrimento que os acompanha.

Entre os principais acidentes e doenças de trabalho que levam ao afastamento do trabalhador no Brasil e no mundo estão as doenças da coluna vertebral. Segundo o Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho da Previdência Social de 2012, foram registrados 47.554 casos de dorsalgias (M54, de acordo com a CID-10), ocupando o segundo lugar de prevalência entre os segurados (BRASIL, 2012).

A dor nas costas é considerada um problema de saúde pública não apenas no Brasil, mas em vários países (EKMAN; JOHNELL; LIDGREN, 2005). E a região lombar é comumente a mais acometida, sendo o principal sintoma a dor lombar (lombalgia), principalmente em decorrência de sobrecargas físicas nas atividades laborais, condições inadequadas e fatores psicossociais do

trabalho. Características como idade em faixas etárias acima de 40 anos em fase produtiva também são apontadas como de risco para as lombalgias (HELFENSTEIN JUNIOR; GOLDEFUM; SIENA, 2010).

Segundo Campbell et al. (2013), as doenças da coluna lombar são muito comuns entre a população trabalhadora e representam de 60% a 80% das doenças. A lombalgia é uma das alterações musculoesqueléticas mais comuns nas sociedades industrializadas, afetando 70% a 80% da população adulta, sendo uma das principais causas de absenteísmo no trabalho, além de causar a incapacidade permanente em uma população economicamente ativa (ANDRADE; ARAÚJO; VILAR, 2005).

Os sintomas dolorosos da lombalgia tornam-se crônicos, e os trabalhadores vivenciam incapacidades de realizar tarefas antes facilmente realizáveis no cotidiano de vida, o que, em geral, causa desgaste e sofrimento. Os sujeitos com dores crônicas podem apresentar sintomas depressivos, principalmente aqueles que tiveram sua vida alterada por incapacidades de funcionar socialmente e com dificuldades na realização de atividades diárias (GAEDKE; KRUG, 2008).

3. A Reabilitação de Trabalhadores

A reabilitação de trabalhadores é um dos maiores desafios contemporâneos para o campo da saúde pública no Brasil (LIMA et al, 2010). A complexidade e as tensões que emergem nesta problemática refletem a multiplicidade e a magnitude dos problemas de saúde e as repercussões sociais envolvidas, ao mesmo tempo em que impõem abertura de agenda pública específica, construção de novas práticas e formulação de políticas públicas abrangentes, que compreendam e enfrentem a complexidade do problema (MAENO; TAKAHASHI; LIMA, 2009).

Com a Constituição de 1988 redefiniram-se as áreas de atuação específicas para a Saúde, Previdência Social e Assistência Social, na composição do sistema de seguridade para os brasileiros. A Lei Orgânica da Saúde de 1990, no que diz respeito à reabilitação direcionada à reinserção no trabalho, determinou que a reabilitação física passasse a ser de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), estando o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) encarregado da reabilitação profissional e do pagamento dos benefícios durante o período de afastamento do trabalho (BRASIL, 2013).

Em 1999, foi criado pelo INSS o Programa de Reabilitação Profissional, de acordo com o Art. 136, Decreto n. 3.048/99. Este programa apresenta como funções básicas a avaliação do potencial laborativo e a definição da real capacidade de retorno ao trabalho dos segurados afastados por problemas de

saúde, de acordo com a análise global dos seguintes aspectos: perdas funcionais; funções que se mantiveram conservadas; contraindicações, potencialidades e prognósticos para retorno ao trabalho; habilidades e aptidões; potencial para aprendizagem; experiências profissionais e situação empregatícia; nível de escolaridade; faixa etária e mercado de trabalho; além da orientação e acompanhamento da programação profissional resumidos na condução do reabilitando à escolha de uma nova função/atividade a ser exercida no mercado de trabalho (ABREU; RIBEIRO, 2010).

Contudo, o modelo atual do Programa de Reabilitação Profissional tem sido alvo de críticas de vários estudos, pela falta de atendimento às necessidades de saúde dos trabalhadores (MAENO; VILELA, 2010; MAENO; TAKAHASHI; LIMA, 2009). Uma das críticas relaciona-se ao modelo de avaliação de incapacidade adotado, entendida como reducionista (SARDÁ JUNIOR; KUPECK; CRUZ, 2009). As avaliações de capacidade/incapacidade são, na verdade, complexas, e em geral ocorrem ainda sob a abordagem tradicional do modelo biomédico, apesar dos esforços em considerar as questões biopsicossociais.

Iniciado no ano de 2001 e ainda vigente nos dias atuais, o Projeto Reabilita, fundamentado em regulamento da Previdência Social, apresenta como principal característica a centralização da responsabilidade institucional do processo de recolocação profissional em orientadores profissionais, e não mais equipes de reabilitação profissional (BERNARDO, 2006). Apesar dos esforços dos orientadores profissionais e demais envolvidos no atual modelo, há necessidade de discussões e melhorias para avanços no atendimento.

Atualmente, o segurado, ao ingressar no Programa de Reabilitação Profissional, é atendido inicialmente pelo médico-perito, que realiza uma avaliação preliminar do seu potencial laborativo. A seguir, é encaminhado para um dos orientadores profissionais – psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional ou fisioterapeuta –, que avalia os aspectos como nível de escolaridade, faixa etária, perdas funcionais, contraindicações ocupacionais, aptidões e habilidades, experiências profissionais, prognóstico de retorno ao trabalho, considerando também o atual mercado de trabalho e a motivação do segurado.

Após a avaliação inicial, é definido se o segurado é passível ou não de participação no Programa de Reabilitação Profissional. Caso o indivíduo reúna condições físicas compatíveis com o desempenho de sua profissão, ele será considerado habilitado e terá retorno imediato ao trabalho. Existe a possibilidade de o segurado ser inelegível para o Programa, por não reunir condições biopsicossociais satisfatórias. Os segurados elegíveis são os que, mesmo com limitação da capacidade laborativa, reúnem condições de

participar do Programa, com o objetivo de serem preparados para o retorno ao trabalho, seja na mesma função ou em outra (BRASIL, 2013).

No Programa de Reabilitação Profissional, os segurados têm duas possibilidades de encaminhamento para o mercado de trabalho. A primeira é sua reinserção na empresa de origem em uma nova atividade laboral. A outra, utilizada quando o indivíduo é autônomo, está desempregado ou é negada a reinserção pela empresa de origem, lança mão de recursos da comunidade para encaminhar o reabilitando a Cursos de Qualificação Profissional, custeados pelo INSS (BRASIL, 2013).

Prioritariamente, investe-se no retorno do trabalhador à sua empresa de origem, muitas vezes com mudança de cargo para que possa desempenhar uma ocupação saudável, que não prejudique sua recuperação (FARIAS, 2013).

O médico-perito do INSS também é responsável por definir a elegibilidade do segurado ao Programa. Quando o segurado tem vínculo empregatício e apresenta condições, é enviado um ofício à empresa de origem, solicitando uma avaliação, com o objetivo de verificar a possibilidade de sua recolocação na mesma função/atividade anterior ao agravo. Em caso de avaliação negativa, é encaminhado outro ofício com solicitação de reabilitação profissional em outra função/atividade, explicitando as contraindicações físico-funcionais e o potencial laborativo do empregado (FARIAS, 2013). No prazo de 15 dias, a empresa deve posicionar-se e encaminhar o cadastro de funções disponíveis para que sejam avaliadas as possibilidades da nova função. Essa avaliação é efetuada pelo orientador profissional junto com o médico-perito. Sendo a função compatível, o segurado é encaminhado para treinamento na empresa por um período de 15 ou 30 dias, conforme recomendação do médico-perito. Ao final do período, é realizada nova análise conjunta para encerrar o Programa Profissional, elaborar o laudo conclusivo e emitir o certificado de Reabilitação Profissional (BRASIL, 2013).

Na prática, a legislação em vigor não oferece nenhuma garantia de emprego para os indivíduos que buscam reinserção no mercado de trabalho (FARIAS, 2013). Esta situação gera uma grande expectativa e, ao mesmo tempo, forte frustração, pois esperava-se que, perante a legislação, o mercado de trabalho estaria mais receptivo à aceitação do retorno destes trabalhadores. Mas os critérios adotados pelas empresas, como exigências de formação e qualificação profissional, reduzem a gama de oportunidades oferecidas e de possibilidades aos reabilitandos (TANAKA; MANZINI, 2005).

Nesse sentido, há necessidade de se refletir sobre as efetivas garantias de emprego e de reinserção no mercado de trabalho, especialmente junto às

empresas/organizações, para reduzir o sofrimento e as consequências deste contraditório e perverso processo na saúde física e mental dos trabalhadores que se encontram nesta condição.

4. A Experiência de Intervenção: procedimentos

A intervenção junto aos segurados do INSS com doenças da coluna lombar foi realizada como Projeto de Estágio Curricular de Psicologia Institucional e Comunitária, na Clínica-Escola da Universidade Católica de Santos, pela então graduanda dos 7º e 8º semestres do Curso de Psicologia Maria do Carmo Baracho de Alencar, sob supervisão da Profa. Dra. Maria Izabel Calil Stamato, autoras do presente capítulo.

Desenvolvida a partir de uma parceria entre o INSS/Programa de Reabilitação Profissional da Baixada Santista e o Curso de Psicologia, a intervenção consistiu em encontros grupais semanais de apoio psicológico com segurados em processo de Reabilitação Profissional, focados em temáticas de interesse dos participantes, no período de fevereiro a novembro de 2014.

A escolha do atendimento em grupo baseou-se em referenciais teóricos da Psicologia, que apontam as estratégias grupais como as mais adequadas na área das Políticas Públicas. Klein e Guedes (2008), a partir de estudos e experiências com grupos de apoio, afirmam que a intervenção grupal promove a saúde, na medida em que cria um espaço de compartilhamento de reflexões, sentimentos e informações e de apoio psicológico e social, constituindo-se como uma estratégia de intervenção primária, por atingir níveis de atuação psicoterapêutico, psicopedagógico e psicoprofilático.

Para Silva (2002), as atividades em grupo podem ser facilitadoras de reflexão e da tomada de consciência de emoções e sentimentos, promovendo a mudança de atitudes e comportamentos, construídos a partir de representações sociais, sentidos e significados internalizados.

A intervenção grupal, enquanto espaço de compartilhamento e coconstrução de sentidos, facilita a emergência de novas percepções sobre fatos e acontecimentos, a clarificação dos valores e o exercício do respeito à diferença. Os grupos possibilitam a ressignificação de experiências sociais e o respeito a si mesmo e ao outro (SILVA, 2002).

O Projeto de Atendimento dirigiu-se a indivíduos do gênero masculino, acometidos por doenças da coluna lombar, com protusões e/ou hérnias discais, em situação de afastamento do trabalho e em processo de Reabilitação Profissional, encaminhados pelo INSS para a Clínica-Escola do Curso de Psicologia. A escolha desses sujeitos e desse tipo de patologia foi determinado

pelo interesse da estagiária, também formada em Fisioterapia, pela necessidade da demanda do INSS e pela relação da proposta com o Projeto de Pesquisa da Supervisora – Observatório Políticas Públicas de Promoção do Desenvolvimento e Prevenção de Vulnerabilidades.

Antes dos encontros grupais, foram realizados atendimentos individuais com os reabilitandos encaminhados, com duração média de 55 (cinquenta e cinco) minutos, visando favorecer o estabelecimento do vínculo terapêutico, o levantamento de dados pessoais sobre histórias de vida e de trabalho, o processo de adoecimento que levou ao afastamento laboral e a vivência da reabilitação.

Nesses atendimentos iniciais foram explicitados os objetivos do Projeto e os sujeitos foram convidados a participar dos encontros em grupo, sendo previstos oito encontros para cada grupo de, no máximo, quatro sujeitos. Os encontros grupais tiveram duração média de 1h30, ocorreram em *setting* adequado, sendo as falas dos participantes registradas manualmente, com consentimento deles.

No primeiro encontro de apresentação geral da proposta e dos sujeitos foram levantados temas de interesse, os quais, associados às necessidades definidas pelas vivências e experiências anteriores da estagiária, e discutidos com a supervisora, nortearam a organização dos demais encontros, como *estimuladores* de debates e discussões. Com base nesse levantamento, os temas programados para os atendimentos grupais foram: Restrições atuais; Medo; INSS; Capacidade x incapacidade; Sonhos/desejos; Retorno ao trabalho; Encerramento e avaliação das contribuições dos encontros para os participantes.

5. Análise da Experiência da Intervenção

Participaram dos grupos, durante o ano de 2014, 7 (sete) segurados do gênero masculino, com idades e profissões variadas, em faixa etária considerada produtiva, todos casados e com filhos. Em relação à escolaridade, apenas 4 (quatro) concluíram o ensino médio, sendo os demais com escolaridade fundamental completa e média incompleta. A maioria estava em situação de afastamento do trabalho vinculado ao INSS em período superior a 2 (dois) anos. Em suas histórias de vida de trabalho, relataram exigências físicas, ritmo acelerado de trabalho, transporte manual de cargas e equipes subdimensionadas. Apenas 2 (dois) sujeitos não haviam realizado procedimentos cirúrgicos em tratamentos.

Os atendimentos individuais iniciais foram importantes para a aproximação e estabelecimento de vínculo terapêutico com os sujeitos, para obter

informações sobre suas histórias de vida e de trabalho, os conflitos internos diante da situação de afastamento, as necessidades e as dificuldades vivenciadas no processo. Foram realizados entre 3 (três) e 4 (quatro) atendimentos individuais, antes da formação dos grupos. Os participantes foram divididos em 2 (dois) grupos fechados, formados por 4 (quatro) sujeitos no primeiro semestre e 3 (três) no segundo semestre.

Todos os atendidos inicialmente questionaram o motivo do encaminhamento para a Psicologia, pois não se achavam *loucos* e/ou não tinham doenças mentais. Isso é evidenciado no relato: *"[...] eu não sou louco... por que me encaminharam para cá?"*. Essa situação expõe o estigma que ainda cerca a doença mental e os atendimentos psicológicos. Segundo Moreira e Melo (2008), há uma imagem pejorativa da doença mental na base do tradicional estigma associado à loucura. Foi necessário explicar várias vezes que o objetivo da proposta era auxiliar a superação de conflitos comumente vivenciados na situação de adoecimento e afastamento do trabalho, sempre deixando clara a liberdade de escolha em participar ou não dos encontros. Os atendimentos iniciais evidenciaram questões psíquicas e psicossociais e favoreceram a compreensão sobre a necessidade dos atendimentos em Psicologia.

Aprofundando a importância da experiência para a formação da profissional, serão analisados alguns aspectos revelados nas discussões dos grupos. No tema *Restrições atuais,* os participantes apontaram que a situação de afastamento do trabalho foi *traumática*, em função da vivência de sintomas dolorosos no trabalho, da invisibilidade da doença, do descaso e da indiferença em relação aos sintomas demonstrado por colegas e supervisores, por meio de *deboches* e acusações de estarem fazendo *corpo mole*, o que dificultou a expressão dos sintomas. Situações de muito sofrimento foram relatadas, como o *travamento da coluna* durante a execução de algumas tarefas com exigências físicas, que desencadearem fortes dores e total impossibilidade de se movimentar momentaneamente. Mesmo sendo levados ao hospital para tratamento medicamentoso, eram logo encaminhados para casa, ou retornavam ao trabalho no mesmo dia. Algumas dessas situações ocorreram mais de uma vez, atingindo os limites físicos e psíquicos dos seus corpos, e levando ao agravamento dos quadros clínicos e à incapacidade de continuar a trabalhar.

O medo da demissão, de incapacidade permanente, de ser substituído e não ter mais valor para a empresa mostrou-se presente em muitos depoimentos, e acabou deixando *marcas* na vida dos sujeitos, gerando insegurança no processo de adaptação em um possível retorno ao trabalho. A condição de *ter que fazer* o trabalho, mesmo com dores, remeteu a reflexões sobre a necessidade

de estar sempre saudável e apto ao trabalho, para garantir o emprego e consequentemente a sobrevivência, bem como sobre o uso da negação como estratégia de defesa psíquica, pois aparentemente não expressavam consciência de que pudesse ocorrer sério agravamento de sua situação clínica.

O grupo favoreceu a troca de experiências e vivências entre os sujeitos e as interações sociais. As discussões focaram espontaneamente o que lhes provocou as restrições, e o sentimento de culpa pela falta de providências pessoais para minimização dos problemas, expondo a necessidade de auxílio profissional para ressignificação dos fatos ocorridos.

Cabe aqui destacar que este sentimento e culpa associa-se à ideologia predominante na sociedade de culpabilização do indivíduo por questões sociais e coletivas. Esta ideologia atribui ao trabalhador responsabilidade por seu próprio adoecimento, quando este é um processo decorrente das exigências e condições do trabalho, e nega que a situação a ser modificada está no trabalho e não nos indivíduos.

Os sujeitos relataram dificuldades de executar tarefas simples do cotidiano de vida, como carregar o filho no colo, trocar o botijão de gás, carregar as compras de supermercado e outras. E também o medo de agravamento da situação, pois em caso de melhora dos sintomas, qualquer descuido ocasionava seu ressurgimento, gerando preocupações e ansiedades em relação ao prognóstico de capacidade x incapacidade para o trabalho. Pessoas que sofrem de dor lombar crônica tendem a se sentir incapazes de realizar suas atividades de vida diária e frequentemente alimentam a forte crença de que toda e qualquer atividade funcional poderá piorar o quadro de dor ou causar algum prejuízo ou limitação física (FRACARO et al., 2013). A partir do momento em que o sujeito compartilha com os outros, no grupo, sua condição, sentimentos e dificuldades, sente-se mais aliviado por perceber que não é o único nessa situação.

As discussões sobre o tema *Medo* centralizaram-se nas perícias do INSS, envolvendo a peregrinação atrás de consultas médicas em busca de diagnóstico clínico, tratamentos e exames. No processo de afastamento dos sujeitos do trabalho, o momento de perícia é considerado sempre *muito tenso*, provocando insegurança e medo. Há muitas vezes longas esperas no SUS para os atendimentos médicos, tratamentos de fisioterapia, realização de exames necessários, o que gera preocupações e ansiedades. Há também carência de atendimentos, em serviços públicos e privados, que atendam às necessidades dos indivíduos, incluindo as demandas psicossociais envolvidas.

Os trabalhadores sabem que a decisão final de estar apto ou não ao trabalho é determinada pelo médico-perito do INSS junto com o orientador

profissional. Por outro lado, histórias ouvidas de sujeitos que retornaram ao trabalho adoecidos e com laudos médicos e exames clínicos que comprovam sua *condição de doente*, aumentam a tensão, provocando a necessidade, nem sempre possível, de dialogar com alguém sobre essas questões e dificuldades. Às vezes pensam no pior, esquecendo-se de que novas oportunidades podem surgir. No grupo puderam refletir e discutir sobre o medo presente em diversas situações e o quanto este, muitas vezes, os deixam estagnados e sem possibilidades ou estratégias de enfrentamento das situações.

Relataram *descaso* de alguns peritos com suas condições físicas, olhando apenas para os exames e laudos médicos, e pouco atentando para seus sintomas ou as dificuldades decorrentes de sua situação. Sentem-se perdidos, como no relato: *"(..) a gente é uma batata-quente que ninguém quer segurar*", e temem o retorno ao trabalho sem que se sintam de fato recuperados, reabilitados e aptos.

Estas falas apontam a necessidade de o atendimento levar em conta a subjetividade do sujeito nessa condição, uma vez que a capacidade ou incapacidade funcional é relacional. A percepção dos segurados sobre a pouca atenção dada pelo perito à sua condição de saúde gera neles um sentimento de injustiça.

Relataram ainda descaso e pouca preocupação das empresas (gestores), sentindo-se facilmente substituíveis e *descartáveis*, o que provoca angústia e sofrimento. Esta situação remete não apenas a um sofrimento psíquico, mas principalmente a um sofrimento ético-político, uma vez que demanda ações mais eficazes de políticas públicas e defesa dos direitos dos trabalhadores.

O sofrimento ético-político é retratado na dor que surge da situação social de ser tratado como inferior, subalterno, sem valor, apêndice inútil da sociedade (SAWAIA, 2013). Dividir esses sentimentos conflituosos com outros na mesma condição ou em condição similar foi importante, especialmente por promover uma rede de suporte entre eles.

O fato de não ter concluído o ensino médio também foi citado como motivo de medo e insegurança, por conhecerem as exigências mínimas atuais de escolaridade do mercado de trabalho e saberem da possibilidade de demissão em seu retorno. Outro sentimento revelado foi a incapacidade de contribuir financeiramente para o sustento de suas casas, uma vez que antes do adoecimento e do afastamento, todos eram os principais provedores da família. As restrições de esforços físicos, de execução de atividades laborais e cotidianas interferem também em outros papéis sociais, além de trabalhador. Diante disso, necessitam de apoio e compreensão familiar para aceitar e superar as restrições físicas agora existentes, o que nem sempre é fácil ou possível. Ser capaz de

construir um *novo* EU e visualizar novas possibilidades é fundamental, porém não é uma tarefa simples para os sujeitos.

Outro tema discutido foi *Sonhos/desejos*, visando promover reflexões sobre novas possibilidades. Todos relataram o desejo relacionado à segurança e estabilidade econômica, para garantir as necessidades fundamentais da família – moradia, alimentação, vestuário –, a partir do desejo de retornar ao trabalho, apesar das restrições existentes. Ao longo dos atendimentos, buscaram visualizar e pensar sobre novos modos de sobrevivência viáveis, independente das decisões do INSS.

A possibilidade de fazer cursos de capacitação oferecidos pelo INSS, em caso de ausência de vaga para o retorno em outra função/atividade na empresa, devido às restrições, pareceu aliviar um pouco algumas tensões, apesar de, muitas vezes, questionarem as qualidades desses cursos, e o que poderia acontecer ao término deles. A questão da requalificação profissional vem sendo trabalhada com parceiros do INSS, como Sesi e Senai, porém há necessidade de ampliação das parcerias existentes e criação de novas parcerias.

Com o decorrer dos encontros, os sujeitos passaram a se perceber de diferentes modos, conscientizando-se de não estarem tão incapacitados como inicialmente pensavam e acreditavam. Isso ampliou o olhar sobre novas possibilidades de trabalho. Discutiu-se muito nos dois grupos a falta de apoio das empresas nos processos de readaptação dos sujeitos com doenças da coluna lombar, como mostra o questionamento: *"[...] por que algumas empresas não tentam readaptar?"*. Essa realidade aponta a necessidade de melhores incentivos públicos às empresas para favorecer o processo de reinserção no trabalho.

No encerramento dos grupos, todos os sujeitos enfatizaram a importância dos atendimentos e se sentiram gratos por eles. Os encontros ampliaram as possibilidades de enfrentamento das dificuldades e as percepções sobre potencialidades, apesar do medo ainda presente da indesejada demissão. Alguns relatos registrados confirmam isso: *"[...] o medo ainda existe, mas consigo lidar melhor com ele.."*; e *"[...] me ajudou muito... hoje consigo lidar melhor com a situação"*.

Os resultados dessa intervenção reforçam a importância do atendimento psicológico no processo de ressignificação de sentidos e significados sociais e pessoais em situações como a de reabilitação profissional, que necessita de uma nova visão sobre si mesmo e o mundo em que se vive.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os encaminhamentos para tratamentos de segurados com doenças da coluna lombar envolvem em geral apenas a área da Medicina e Fisioterapia, como se os adoecimentos estivessem condicionados ao componente físico, esquecendo a cronicidade dos sintomas e os aspectos psicossociais envolvidos. Isso aponta a necessidade de buscar a superação do modelo reducionista de reabilitação de sujeitos com doenças da coluna lombar, centralizado no enfoque e caracterizado pela visão clássica do modelo biomédico de reabilitação, por este não ser capaz de abranger toda complexidade que envolve o processo de adoecimento e afastamento do trabalho.

O SUS parece não estar preparado para a reabilitação de trabalhadores, visto as longas esperas para os tratamentos e exames, a ausência de atenção aos aspectos psicossociais envolvidos e de equipes multiprofissionais, envolvendo profissionais de Psicologia no atendimento.

Os atendimentos em grupo proporcionaram troca de vivências, experiências, informações e auxiliaram o enfrentamento das questões conflituosas, no resgate de si, promovendo a expressão das emoções, expectativas e alívio de tensões, sendo intervenções fundamentais e de apoio à Reabilitação Profissional. As empresas precisam se colocar também como parceiras e oferecer vagas, treinamentos, favorecendo a recolocação e readaptação dos sujeitos adoecidos. Os Programas de Readaptação no retorno ao trabalho são necessários e podem ter efeitos muito favoráveis, se bem planejados e articulados.

Estimulando reflexões sobre o tema e estudos sobre a atuação do psicólogo nesta área, este capítulo pretende fortalecer a importância das ações da Psicologia nos processos de Reabilitação Profissional e nos Programas de Readaptação no retorno ao trabalho.

O capítulo possibilita ainda a análise e avaliação da política de atenção à recolocação profissional de trabalhadores adoecidos e do lugar e contribuição da Psicologia nesta política, destacando a importância da experiência enquanto Projeto desenvolvido em Estágio Curricular. Favorecendo o contato do profissional em formação com a realidade da atuação nas políticas de saúde e trabalho, impulsionou a ampliação de conhecimentos na área e a pesquisa sobre metodologias inovadoras de cuidado, potencializadoras do desenvolvimento e preventivas do agravamento de vulnerabilidades sociais e pessoais.

REFERÊNCIAS

ABREU, A. T. J. B.; RIBEIRO, C. A. B. Prevalência de lombalgia em trabalhadores submetidos ao programa de reabilitação profissional do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), São Luís, MA. *Acta Fisiátrica,* São Paulo, v. 17, n. 4, p. 148-153, dez. 2010.

ANDRADE, S. C.; ARAUJO, A. G. R.; VILAR, M. J. P. Escola da coluna: revisão histórica e sua aplicação na lombalgia cônica. *Revista Brasileira de Reumatologia,* São Paulo, v. 45, n. 4, p. 224-228, 2005.

BERNARDO, L. D. *Os significados do trabalho e da reabilitação profissional para o trabalhador incapacitado para o exercício da profissão habitual*. 2006. 65p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, 2006.

_____. Ministério da Previdência Social. Departamento de Saúde do Trabalhador. *Reabilitação Profissional: Articulando ações em saúde do trabalhador e construindo a Reabilitação Integral.* Projeto. Brasília: MPS/DATAPREV, 2013. 16p. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2013/05/Projeto-Reabilita%C3%A7%C3%A3o-Profisional-do-INSS-Texto-para-constru%C3%A7%C3%A3o-Coletiva.pdf >. Acesso em: 26 ago. 2014.

EKMAN, M.; JOHNELL, O.; LIDGREN, L. The economic cost of low back pain in Sweden in 2001. *Acta Orthopedic*, London, v. 76, n. 2, p. 275-284, feb. 2005.

FARIAS, S. H. *Estudo dos trabalhadores vítimas de acidentes de trabalho grave participantes do programa de reabilitação profissional do Instituto Nacional de Seguridade Social de Campinas, usuários de órteses e próteses.* 2013. 86 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2013.

FRACARO, G. A. et al. Comparison of psycho-social and functional performance variables in a group of chronic low back pain patients. *Revista Dor*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 119-123, 2013.

GAEDKE, M. A.; KRUG, S. B. F. Quem sou eu? A identidade de trabalhadoras portadoras de LER/DORT. *Revista Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 7, n. 1, p. 120-137, 2008.

HELFENSTEIN JUNIOR, M.; GOLDEFUM, M.A.; SIENA, C. Lombalgia ocupacional. Rev. Assoc. Med. Bras., vol.56, n.5, p.583-589, 2010.

KLEIN, M. M. de S.; GUEDES, C. R. Intervenção psicológica a gestantes: contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde. *Psicol. cienc. prof*, v. 28, n. 4, p. 862-871, dez. 2008. ISSN 1414-9893.

LIMA, M. A. G. et al. Programa de reabilitação de trabalhadores com LER/DORT do Cesat/Bahia: ativador de mudanças na Saúde do Trabalhador. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional,* São Paulo, v. 35, n. 121, p. 112-121, jan.-jun. 2010.

MAENO, M.; TAKAHASHI, M. A. C.; LIMA, M. A. G. Reabilitação profissional como política de inclusão social. *Acta Fisiátrica*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 53-58, abr.-jun. 2009.

RAMOS, M. Z.; TITONNI, J.; NARDI, H. C. A experiência de afastamento do trabalho por adoecimento vivenciada por processos de ruptura ou continuidade nos modos de viver. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, v. 11, n. 2, p. 209-221, 2008.

RODRIGUES, P. F.; BELLINI, M. I. B. Organização do trabalho e as repercussões na saúde do trabalhador e de sua família. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, vol. 9, n. 2, p. 345-357, 2010.

SARDÁ JUNIOR, J. J.; KUPEK, E.; CRUZ, R. Preditores biopsicossociais de incapacidade física e depressão em trabalhadores do setor de frigorífico atendidos em um Programa de Reabilitação Profissional. *Acta Fisiátrica*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 76-80, abr.-jun. 2009.

SAWAIA, B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: SAWAIA, B. *As artimanhas da exclusão*: análise psicossocial e ética da desigualdade social. 13ª ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2013. p. 99-119.

SILVA, R. C. *Metodologias participativas para trabalhos de promoção de saúde e cidadania*. São Paulo: Vetor, 2002.

TANAKA, E. D. O.; MANZINI, E. J. O que os empregadores pensam sobre o trabalho da pessoa com deficiência? *Revista Brasileira de Educação Especial*, Marília/SP, v. 11, n. 2, p. 273-294, mar.-ago 2005.

BIBLIOGRAFIA

ALENCAR, M. C. B.; TERADA, T. M. O afastamento do trabalho por afecções lombares: repercussões no cotidiano de vida dos sujeitos. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 44-51, jan/abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social. *Anuário Estatístico da Previdência Social*. Brasília: MPS/DATAPREV, 2012. 889p. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2013/05/AEPS_2012.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2014.

CAMPBELL, P. et al. The influence of employment social support for risk and prognosis in nonspecific back pain: review and critical synthesis. *International Archieves of Occupational Environment Health*, Germany, v. 86, n. 2, p. 119-137, feb. 2013.

MAENO, M.; TAKAHASHI, M. A. C.; LIMA, M. A. G.; VILELA, R. A. G. Reabilitação Profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional,* São Paulo, v. 35, n. 121, p. 87-99, jan.-jun. 2010.

MOREIRA, V.; MELO, A. K. Minha doença é invisível: revisitando o estigma de doente mental. *Interação em Psicologia*, Curitiba, v. 12, n. 2, p. 307-314, 2008.

SARDÁ JUNIOR, J. J. S. et al. Preditores de retorno ao trabalho em uma população de trabalhadores atendidos em um programa de reabilitação profissional. *Acta Fisiátrica*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 81-86, fev. 2009.

SOBRE OS AUTORES

DAISY INOCENCIA MARGARIDA DE LEMOS: Psicóloga, Doutora em Comunicação Social (Universidade Metodista de São Paulo), Mestre em Psicologia, Especialista em Psicologia da Saúde, Psicoterapia Cognitivo--Comportamental, Psicologia Escolar/ Educacional e Psicologia Clínica. Docente, Pesquisadora e Supervisora de Estágios de Psicologia Escolar e Educacional do Curso de Psicologia da Universidade Católica de Santos. Coordenadora de TCC no Curso de Psicologia (2006-2014). Psicóloga na área de Saúde Mental (Coordenadora do Ambulatório de Psicoterapia) e no Serviço de Assistência Especializada ao Escolar da Prefeitura Municipal de Santos (1974 a 2008).

CRISTINIA ROSALINA FERNANDES: Psicóloga clínica com atuação na área da infância e adolescência. Membro do Projeto de Extensão de Atendimento Psicológico a Crianças e Adolescentes em situação de violência e vulnerabilidade social na Universidade Metodista de São Paulo.

FLÁVIA HENRIQUES: Psicóloga, Pedagoga, Mestre em Educação (Universidade Católica de Santos). Docente, Pesquisadora e Supervisora de Estágios em Psicologia Escolar do Curso de Psicologia da Universidade Católica de Santos. Experiência na área de Educação, com ênfase em Psicologia Escolar e em Administração de Unidades Educativas. Membro da equipe interdisciplinar do Departamento de Apoio Pedagógico, Psicológico e Social/DPS, setor responsável pela orientação de alunos da graduação dos diferentes cursos da Universidade Católica de Santos.

HÉLIO ALVES: Psicólogo, Doutor em Psicologia (Universidade de São Paulo), Mestre em Psicologia Clínica, Especialista em Gestão da Clínica no SUS e em Psicoprofilaxia e Desenvolvimento. Professor Titular, Pesquisador e Supervisor de Estágio de Psicologia Institucional e Comunitária do Curso de Psicologia da Universidade Católica de Santos. Membro do primeiro Conselho Tutelar de Santos, eleito pelo voto popular (1990-1994).

HILDA ROSA CAPELÃO AVOGLIA: Psicóloga, Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano (Universidade de São Paulo), Mestre em Psicologia da Saúde. Professora Titular na área de Avaliação Psicológica e Supervisora de Estágio em Triagem Psicológica e Psicodiagnóstico na Universidade Metodista de São Paulo. Pesquisadora na área da infância, adolescência e família. Coordenadora de Projetos de Extensão de Atenção Psicológica a Contextos de Vulnerabilidade Social e Violência. Membro do

Comitê Executivo da Cátedra das Cidades na Universidade Metodista de São Paulo.

LUANA CARRAMILLO GOING: Psicóloga e Pedagoga, Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano (USP) Doutora em Educação (PUC/SP). Coordenadora do Mestrado Profissional: Práticas Docentes no Ensino Fundamental da Universidade Metropolitana de Santos. Coordenadora da Pós-Graduação Lato Sensu em Psicopedagogia Institucional e Clínica da Universidade Católica de Santos. Docente, Pesquisadora e Supervisora de Estágio de Psicologia Escolar e Educacional do Curso de Psicologia da Universidade Católica de Santos. Membro do GT: Brinquedo, Aprendizagem e Saúde da ANPEPP.

MARIA DO CARMO BARACHO DE ALENCAR: Psicóloga, Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional. Doutora e Mestre em Engenharia de Produção, com ênfase em Ergonomia (Universidade Federal de Santa Catarina), Especialista em Saúde Mental, Psicopatologia e Psicanálise. Professora adjunta da Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista. Atua na área da Saúde do Trabalhador, com ênfase nos temas: saúde mental e trabalho, LER/DORT, lombalgia, afastamento do trabalho.

MARIA IZABEL CALIL STAMATO: Psicóloga, Doutora e Mestre em Psicologia Social (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo), Especialista em Psicologia Social. Coordenadora do Curso de Psicologia da Universidade Católica de Santos. Docente, Pesquisadora e Supervisora de Estágio de Psicologia Institucional e Comunitária do Curso de Psicologia da Universidade Católica de Santos. Membro do Conselho de Ensino e Pesquisa da Universidade Católica de Santos. Atua com Cursos de Capacitação Técnica para profissionais da área social que atuam em programas e serviços de Saúde e Assistência Social e presta assessoria e consultoria a órgãos governamentais e não governamentais na área de Psicologia e Políticas Públicas. Membro da Comissão Ad Hoc para Construção das Referências de Atuação dos Psicólogos em Álcool e Drogas do CREPOP.

MARINA TUCUNDUVA BITTENCOURT PORTO VIEIRA: Psicóloga. Doutora em Educação (Universidade de São Paulo), Mestre em Educação. Especialista em Psicologia do Escolar e Psicologia da Educação. Docente e Pesquisadora nos Cursos de Licenciatura, Pedagogia e Psicologia da Universidade Católica de Santos.

MICHELLE CRISTINE TOMAZ: Psicóloga clínica voltada à infância e adolescência. Integra Projeto de Extensão de Atendimento psicológico a crianças e adolescentes em situação de violência e vulnerabilidade social na Universidade Metodista de São Paulo.

THALITA LACERDA NOBRE: Psicóloga, Doutora em Psicologia Clínica (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo) e Mestre em Psicologia Clínica. Pós-doutoranda em Psicologia Clínica. Especialista em Gestão Estratégica em Recursos Humanos e em Psicologia Organizacional. Docente e Pesquisadora do Curso de Psicologia da Universidade Católica de Santos. Docente e Supervisora de Estágios na Universidade Paulista-Santos. Atua com Psicologia Clinica em consultório particular.

UNIVERSIDADE
CATÓLICA
DE SANTOS

Afiliado

Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

ABEC
Associação Brasileira de Editores Científicos

CBL
Câmara
Brasileira
do Livro