



PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS

PRÁTICAS INOVADORAS PARA O SUS

JOSÉ FÉLIX VILANOVA BARROS
LIÉRCIO PINHEIRO DE ARAÚJO
MARCELO SILVA DE SOUZA RIBEIRO
ROBSON LÚCIO SILVA DE MENEZES
(ORGANIZADORES)



PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS

PRÁTICAS INOVADORAS PARA O SUS

© 2018 - Conselho Regional de Psicologia de Alagoas – CRP 15

COMISSÃO EDITORIAL

Prof. Dr. Marcelo Silva de Souza Ribeiro

Universidade Federal do Vale do São Francisco

Prof. Dr. Liércio Pinheiro de Araújo

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

Prof. Esp. Robson Lúcio Silva de Menezes

Conselho Regional de Psicologia de Alagoas - 15º Região

Profa. Ms. Lucimar Coelho de Moura Ribeiro

Universidade Federal do Vale do São Francisco

ORGANIZADORES

José Félix Vilanova Barros

Conselheiro Presidente do CRP 15

Liércio Pinheiro de Araújo

CREPOP/CRP 15

Marcelo Silva de Souza Ribeiro

Universidade Federal do Vale do São Francisco

Robson Lúcio Silva de Menezes

Coordenador Técnico do CRP 15

FICHA CATALOGRÁFICA

P974

Psicologia e políticas públicas: práticas inovadoras para o SUS [recurso eletrônico] / José Félix Vilanova Barros, Liércio Pinheiro de Araújo, Marcelo Silva de Souza Ribeiro, Robson Lúcio Silva de Menezes. -- Maceió: UNIVASF, 2018.

201 p. : il. ; 29 cm.

ISBN: 978-85-5322-019-9

1. Psicologia. 2. Políticas pública - saúde. 3. SUS. 4. Atenção básica à saúde. I. Título. II. Universidade Federal do Vale do São Francisco.

CDD 159.9

AUTORES

Alexandre Franca Barreto
Anna Carolina Vidal Matos
Anne Grazielle Azevedo de Almeida
Antônio Ferreira da Silva
Daniel Rangel Curvo
Darlindo Ferreira de Lima
Euristela Barreto Sodré
Grace Liz Dantas Barros
Jair Nunes Rocha
Janaina Gomes da Silva
Jéssica Liz Matos de Oliveira
Jéssica Maria de Oliveira Silva
Kalina Karla de Moraes Veloso
Liércio Pinheiro de Araújo
Luiz Thiago Almeida Araújo
Marcelo Silva de Souza Ribeiro
Melina de Carvalho Pereira
Pácifer Maia Sabiá
Priscila de Lima Souza
Risolene Nobrega de Alencar
Robson Lúcio Silva de Menezes
Rychardson do Nascimento Lopes
Sílvia Raquel Santos de Moraes
Tamires Diniz Cardona
Welison de Lima Sousa

PLENÁRIO DO CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA - 15º REGIÃO

DIRETORIA:

Conselheiro Presidente: JOSÉ FÉLIX VILANOVA BARROS (CRP- 15/0160)

Conselheira Vice-Presidente: LAEUZA LUCIA DA SILVA FARIAS (CRP- 15/0229)

Conselheiro Secretário: ZAÍRA RAFAELA LYRA MENDONÇA (CRP- 15/2588)

Conselheiro Tesoureiro: MAURÍCIO LUIZ MARINHO DE MELO (CRP- 15/1991)

CONSELHEIROS EFETIVOS:

JOSÉ FÉLIX VILANOVA BARROS (CRP-15/0160)
NIELKY KALLIELLANYA BEZERRA DA NÓBREGA (CRP-15/2745)
LAEUZA LÚCIA DA SILVA FARIAS (CRP-15/0229)
MAURÍCIO LUIZ MARINHO DE MELO (CRP-15/1991)
MANOEL VIEIRA DE CARVALHO ALENCAR (CRP-15/2121)
GÉRSON ALVES DA SILVA JÚNIOR (CRP-15/2488)
VALÉRIA CYNTHIA MONTORI CHAVES (CRP-15/1145)
NILO ROSALVO CALHEIROS BORBA (CRP-15/0139)
ZAÍRA RAFAELA LYRA MENDONÇA (CRP-15/2558)

CONSELHEIROS SUPLENTES:

KATIÚSCIA KARINE MARTINS DA SILVA (CRP-15/2072); DENISE MARIA ALCIDES
PARANHOS (CRP-15/3756); THALITA CARLA DE LIMA MELO (CRP-15/2738);
LEANDRO MATOS SOUTO DA ROCHA (CRP-15/3098); ANA PAULA LIMA DOS
SANTOS (CRP-15/2704); EMYLIA ANNA FERREIRA GOMES; (CRP-15/2058) LUIZ
WILSON MACHADO DA COSTA E SILVA NETO (CRP-15/4151); TAMIRIS FERREIRA
DE ASSIS SILVA (CRP-15/3051); ÂNGELA MARIA GÔES ARAÚJO CASADO (CRP-
15/0532)

COORDENAÇÃO TÉCNICA DO CRP15:

ROBSON LÚCIO SILVA DE MENEZES (CRP-15/2177)

CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLITICAS PUBLICAS:

LIERCIO PINHEIRO DE ARAÚJO (CRP – 15/0364)

SUMÁRIO

Apresentação	07
A psicologia e as práticas integrativas e complementares no SUS	10
<i>Alexandre Franca Barreto</i>	
A psicologia jurídica no enfrentamento da violência contra a mulher:	
Possibilidades de estruturação de uma rede de apoio à mulher em situação de violência	31
<i>Anne Grazielle Azevedo de Almeida - Janaina Gomes da Silva - Darlindo Ferreira de Lima</i>	
Contribuições da residência multiprofissional em saúde da família para a prática profissional do psicólogo no SUS: perspectivas e desafios para a Formação	42
<i>Kalina Karla de Moraes Veloso - Jéssica Maria de Oliveira Silva</i>	
Representações sociais de mulheres que convivem com insuficiência renal crônica	60
<i>Jéssica Liz Matos de Oliveira - Marcelo Silva de Souza Ribeiro</i>	
A permanência de familiares na emergência de um hospital público:	
Compreensões da equipe de saúde	83
<i>Priscila de Lima Souza - Sílvia Raquel Santos de Moraes</i>	
Cuidando dos cuidadores: Serviço de psicologia para figuras parentais	99
<i>Marcelo Silva de Souza Ribeiro - Melina de Carvalho Pereira - Tamires Diniz Cardona - Euristela Barreto Sodré - Rychardson do Nascimento Lopes - Luiz Thiago Almeida Araújo - Jair Nunes Rocha - Antônio Ferreira da Silva</i>	

Grupo diálogo: O diálogo como comunicação e coelaboração -
Possibilidade de Intervenção psicossocial123

Pácifer Maia Sabiá

Psicologia e o consultório na rua: Experiências, possibilidades e
desafios 136

*Welison de Lima Sousa - Daniel Rangel Curvo - Risolene Nobrega de
Alencar- Anna Carolina Vidal Matos*

Trabalho, aposentadoria e saúde: Caminhos e descaminhos 152

Liércio Pinheiro de Araújo – Robson Lúcio Silva de Menezes

Co-construindo o serviço de psicologia hospitalar no SUS: Proposta
de sistematização em serviço universitário170

Grace Liz Dantas Barros – Silvia Raquel Santos de Moraes

À guisa de apresentação:
tempos incertos, forças renovadas e cenas possíveis

Em tempos incertos e tenebrosos como esses que a sociedade brasileira atravessa, que, sobretudo, têm levado ao esvaziamento da dimensão política no que diz respeito aos projetos sociais, ao exercício da cidadania e a renovação das utopias, que correm o risco de se colapsar resultando em que todos sejam presas fáceis para o totalitarismo de promessas simplistas, para a intolerância truculenta e para o fatalismo, o que, inevitavelmente, levariam à inércia social

Contundo, é nesses tempos que mais se precisa radicalizar nos projetos arrojados, audaciosos e esperançosos. A aposta, vamos dizer assim, precisa ser afirmada na direção de que a realidade é socialmente e historicamente construída, portanto, pode ser refeita. De modo semelhante é nesses tempos que os agentes sociais, como é o caso do Sistema Conselhos de Psicologia, precisam fazer os devidos enfrentamentos. Em particular é importante destacar o protagonismo do Conselho Regional de Psicologia – 15ª Região (CRP 15), que tem envidado grandes esforços para fazer frente aos contemporâneos desafios. Não é por menos que há investimentos em pesquisas e ações diversas visando a ampliação da participação ativa de psicólogos na transformação da sociedade. Já são muitas frentes históricas que o Sistema Conselhos tem desempenhado seu importante papel: processo de redemocratização do país, Luta Antimanicomial, combate em relação a violência contra mulher, dentre outras fundamentais bandeiras. É nessa esteira que se perfila a proposta deste livro, que é apresentar algumas práticas em Psicologia capazes de inspirar possibilidades de contribuição ao Sistema Único de Saúde - SUS.

É justamente nesses tempos de ataques ao SUS, ao esgarçamento do Estado e ao desacreditar da coisa pública --, que o CRP 15 se insurge --, mesmo que, na modéstia de sua obra, para ratificar a aposta, para renovar a força e avançar, naquilo que tem sido a sua marca. Em outras palavras, o CRP 15 é um agente social de mudança e isso significa agir para consolidar o SUS, aperfeiçoá-lo, torná-lo mais

sensível, diversificado e cada vez mais voltado para uma concepção integrada de saúde.

Importante dizer que o SUS não é um equipamento como querem traduzir os paladinos da linguagem empresarial pois isso coisifica algo de alcance maior. O SUS é uma política (pública de vanguarda e inclusiva) porque guarda uma ambição de saúde e sociedade, além de estar intimamente articulado com a concepção de estado democrático e de direito. Dizer que o SUS ou seus constituintes são equipamentos é de uma pequenez tamanha que soa bizarro na boca de alguns representantes do povo quando se arvoram em assim falar. Não, definitivamente o SUS não é um equipamento. O SUS é a materialidade, mesmo que ameaçado, de um sonho que projeta um Brasil menos injusto, mais inclusivo, marcado por justiça social, protagonismo e pelo exercício de uma “res-pública”.

Tendo essa ótica engajada, a obra em tela se apresenta ao leitor com cenas possíveis de práticas em Psicologia, que podem ser incorporadas ao SUS. Alguns vezes de forma direta e outras, a partir de configurações menos óbvias. Os capítulos que se instauram abrem possibilidades e, quiçá, inspiram a efetivação, a ampliação ou a mediação, dessas práticas.

Sem seguir uma ordem linear de apresentação, os capítulos são essencialmente polissêmicos, versões práticas já conhecidas no âmbito do SUS, mas que, também, dão conta de propostas formativas e, até mesmo, arrojadas. Nesse sentido, há discussão sobre as chamadas integrativas e propostas de novos designes hospitalares, do ponto de vista das relações humanas, sobretudo, na relação equipe de saúde e familiares dos pacientes. Ainda em relação aos serviços hospitalares, o leitor encontrará conteúdos que discorrem sobre a sistematização de serviços universitários, dando margem, inclusive, para problematizações do ponto de vista da dinâmica e gestão. Já em relação aos processos formativos não poderia deixar de ser abordada a questão da residência multiprofissional, principalmente em relação a questão de saúde da família. Fechando as “cenas” voltadas mais diretamente para o campo da saúde, o leitor encontrará um estudo sobre as representações sociais de mulheres que convivem com insuficiência renal crônica.

Além dessas temáticas há discussões que abordam intervenções psicossociais centradas no diálogo, assim como, problematizações de experiências sobre o “consultório de(na) rua” e a importante discussão sobre a violência contra a mulher, estabelecendo fronteiras com outras áreas, como é o caso da Psicologia Jurídica.

Portanto, os capítulos deste livro que mesclam estilos e que se apresentam como fruto de pesquisas, de atividades de intervenção e reflexão, apresentam “cenas” de práticas que já se fazem presentes, mas que, reunidas, compõem esta obra engajada, intencional e desejante de transformações. Que o SUS possa ser mais e que a Psicologia possa cumprir seu papel social, principalmente, nesses tempos...

LAEUZA LÚCIA DA SILVA FARIAS
Conselheira Vice-Presidente do CRP 15

A PSICOLOGIA E AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS

Alexandre Franca Barreto¹

Introdução

Este trabalho tem o objetivo de abordar a relação das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no exercício profissional do psicólogo no SUS e apontar alguns dilemas normativos, mas, particularmente, pretende falar da necessidade de ampliar os diálogos da Psicologia, com este campo. Os motivos expostos para este posicionamento se referem a pouca quantidade ou até inexistência de debates sistematizados no interior da Psicologia, acerca das PIC, e sua consequente limitação em termos de resoluções que envolvem o exercício profissional das PIC como atividade complementar e/ou integrativa do psicólogo. Apesar de a Psicologia reconhecer a Acupuntura, a Hipnose, algumas abordagens da Psicologia Somática (a exemplo da Análise Bioenergética) e a arteterapia, que podem ser enquadradas no campo das PIC, o que se observa, no cotidiano das experiências no SUS (Sistema Único de Saúde), é um exercício potente e muito mais amplo de PIC, no cotidiano da atuação de profissionais psicólogos.

Tomamos dois espaços como observatório para ver o panorama do uso das PIC, por psicólogos no SUS. Um deles é a REDEPICS (Rede Nacional de Atores das Práticas Integrativas) onde percebemos que profissionais de psicologia exercem diversas práticas do PIC, no cotidiano do exercício profissional, dentro do SUS, envolvendo

¹ Psicólogo, Especialista em Psicologia Clínica com formação Internacional em Análise Bioenergética, Mestre em Antropologia, Doutor em Educação. Professor Adjunto, coordenador do Colegiado de Psicologia da Universidade Federal do Vale do São Francisco, docente do curso de Psicologia e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família UNIVASF/SESAB.

diversos outros procedimentos bem-sucedidos, sob a ótica de quem executa e pela crescente demandas por estes cuidados, porém, vale frisar que essas práticas não são regulamentados pela profissão. Um outro espaço que nos auxilia a ter contato com singularidade de diversas experiências de boas práticas, na utilização das PIC no cuidado à saúde, é a Comunidade de Práticas (CoP) do SUS. Assim, selecionamos alguns relatos de experiências profissionais que nos ajudam a destacar aspectos relevantes da introdução das PIC, por psicólogos.

Mas, antes deste debate, iremos apresentar o desenvolvimento das PIC na atualidade, com foco em sua institucionalização, no SUS. E, por fim, pretendemos falar de como o Conselho de Psicologia tem se colocado neste debate e qual posição institucional vem tomando. Nosso argumento aponta para um discurso institucional de “prudência”, porém, em um limiar tênue que se aproxima mais ou menos do preconceito e/ou descaso pelo tema, assim como, parece haver certo excesso tutelar sobre o exercício criativo da profissão. Adiante, procuramos colocar a saída oferecida por outros conselhos profissionais, apresentando o caso do Conselho Federal de Enfermagem) e o COFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFEN) que, ao nosso ver, parecem sustentar uma atitude prudente, sem contudo, negar a inclusão de práticas emergentes, no interior do exercício das profissões, prezando pela qualificação adequada dos profissionais, em especialidades específicas de PIC.

Ao final, tecemos nossas considerações sobre as PIC no exercício da psicologia no SUS, como também, recomendações para uma maior institucionalização e regulação dessas práticas, no interior de nossa profissão. Vale ressaltar que estas reflexões são fruto de uma imersão no campo das PIC, ao longo da última década, o que tem gerado, no SUS, atividades de ensino, pesquisa e extensão, em torno desta interface Psicologia e PIC.

As PIC na Saúde Pública

O sistema público de saúde brasileiro com seu modelo de atenção centrado na doença, tem sido alvo de críticas (ISCHKANIAN; PELICIONI, 2012). A medicina convencional enquanto modelo

dominante de tratamento em saúde no país não atende com eficácia à necessidade de grande parte da população, que procura alternativas terapêuticas para seus cuidados (OTANI; BARROS, 2011), tornando-se perceptível sua limitação por não visualizar o indivíduo na sua integralidade, quando na condução de problemas de saúde decorrentes da interação de vários fatores (FLORIAN; MEIRELLES; SOUSA, 2011; TESSER; SOUSA, 2012). Na biomedicina, o cuidado se tornou superficial, sem a preocupação de compreender e intervir na integralidade do sujeito, considerando apenas aspectos fisiológicos. Outro problema que pode ser destacado nesse modelo é o excessivo gasto decorrente da assistência prestada (MALTA et al., 2004). Então, pode-se inferir que as novas práticas de atenção à saúde são decorrentes de uma grave deficiência na área, ocasionada também por aumento das diferenças sociais e da conseqüente proliferação de doenças (LUZ, 2005).

Na década de 70, a Organização Mundial da Saúde (OMS), identificando a incapacidade da “medicina convencional” em prestar atendimento de saúde para toda a população, incentivou os países a utilizarem simples recursos para atenderem à demanda da população mais carente, como práticas terapêuticas tradicionais (LUZ, 1997), e estimulou ainda a realização de pesquisas para possibilitar maior credibilidade às terapias empregadas (BRASIL, 2015).

O que na OMS ganha o nome de Medicina Tradicional e Complementar (MT & C), no Brasil, foi adotado pelo Ministério da Saúde com a nomenclatura de Práticas Integrativas e Complementares (PIC), definidas como:

...sistemas e recursos que envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do

processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2015 p. 13).

As PIC passaram a ser reconhecidas pelo poder público e estão em ascensão, possuindo credibilidade entre órgãos governamentais. O Ministério da Saúde pela Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 84, de 4 de maio de 2006, Seção 1, pág 20, instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) visando apoiar e orientar a implementação das PIC no SUS (Sistema Único de Saúde) em âmbito nacional (ANDRADE; COSTA, 2010; BARROS; SIEGEL; SIMONI, 2007; ISCHKANIAN; PELICIONI, 2012).

A PNPIC (BRASIL, 2015), visando solidificar ações de promoção da saúde e a integralidade da assistência, legitimou algumas práticas não convencionais que já vinham ocorrendo no SUS em diversos municípios e estados e instituiu as práticas de Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Medicina Antroposófica, Fitoterapia e Crenoterapia. Informações oriundas do *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade* da Atenção Básica (PMAQ-AB) e dados do (SCNE) *Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde mostraram* a multiplicidade de práticas integrativas e complementares ofertadas pelos municípios brasileiros, o que resultou, em 27 de março de 2017, na publicação da Portaria N^o. 849 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), e que reconheceram mais 14 modalidades de PIC's, como pertencentes à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Estas práticas são: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga.

As Medicinas Tradicionais e Complementares são compostas por abordagens de cuidado e recursos terapêuticos que se desenvolveram e possuem um importante papel, não apenas no Brasil, mas na saúde global. A Organização Mundial da Saúde (OMS) incentiva e fortalece a inserção, reconhecimento e regulamentação destas práticas, produtos e de seus praticantes nos Sistemas Nacionais

de Saúde. Neste sentido, atualizou as suas diretrizes a partir do documento "Estratégia da OMS sobre Medicinas Tradicionais para 2014-2023" (OMS, 2014).

A PNPIC define, no âmbito nacional, responsabilidades institucionais para a implantação e implementação das PIC e orienta que estados, distrito federal e municípios instituam suas próprias normativas e trazem, para o SUS, práticas que atendam às necessidades regionais.

Deste modo, para citar apenas algumas realidades do Nordeste, que se referem a esta questão, municípios, como Recife, Natal e João Pessoa já possuem normativas próprias, seja por apresentarem uma política municipal de PIC (como no caso de Recife e Natal), seja por algum decreto municipal que legitima a execução das PIC, no âmbito local (João Pessoa). Cada um desses municípios apresenta terminologias específicas e modalidades de PIC que abrangem uma diversidade muito mais ampla do que as dispostas pela PNPIC, mesmo com sua ampliação em 2017.

Em outras regiões do país, muitos estados já possuem sua política de PIC, a exemplo de Minas Gerais, Espírito Santo, Rio Grande do Sul e o Distrito Federal, assim como, dezenas de municípios também já têm suas normativas específicas.

A implementação das PIC é uma recomendação e diretriz da OMS (2002; 2014). Nos 11 anos de PNPIC, apesar da falta de recurso específico para a implementação de suas metas – pois nunca houve recurso indutor para municípios e estados que aderissem à política – é visível a ampliação e capilarização das PIC's no âmbito do SUS.

Com dados colhidos em junho de 2015, colhidos no SCNES 4.936, foram elencadas unidades de saúde, do SUS, que ofertavam alguma modalidade de PIC, nos cuidados à saúde, distribuídos em 906 municípios brasileiros. Já os dados obtidos no segundo ciclo do PMAq-AB no mesmo ano de 2015, havia mais de 5.666 equipes de saúde, distribuídas em 1230 municípios, que ofertavam PIC na atenção

primária à saúde, no SUS, representando cerca de 20% dos serviços de atenção primária do território nacional³.

Dados do relatório de gestão das PIC, no SUS de junho de 2016 revelam que, segundo informações do SCNES, de outubro de 2008 à outubro de 2015, que havia 967 estabelecimentos de saúde ofertando alguma prática integrativa, o que revelou um aumento na oferta de PIC de aproximadamente 526%, pela quantidade de estabelecimentos públicos ofertando PICS (um total de 5.139). Esses estabelecimentos estão em 17% dos municípios brasileiros, em 100% das capitais. Na rede de serviços, estão distribuídos todos os níveis de complexidade, com prevalência na atenção primária: 78% na Atenção Básica, 18% na Atenção Especializada e 4% na Atenção Hospitalar².

Na Europa e Oceania, a porcentagem da população que utilizou ao menos uma vez as MT & C é de 48%; na Austrália, 38%; na Bélgica e 75% na França. Na África, 80% da população tem incorporado os cuidados em MT & C, para suas necessidades sanitárias. Na China, 40% da atenção à saúde é atribuída à MT & C. No Chile, 71%, e na Colômbia, 40% da população também utiliza a MT & C (OMS, 2002; 2014).

Alguns estudos sobre eficácia e efetividade das PIC têm sinalizado que elas podem ser uma importante resposta ante a necessidade de atenção à saúde atual, além do fato de que muitas de suas práticas são de baixo custo e apresentam um potencial desmedicalizante que ampliam compreensões e estratégias clínicas e de promoção da saúde. Deste modo, essas práticas contribuem para a redução de estresse e para o empoderamento dos indivíduos a fim de que ocorra maior apropriação da consciência de sua saúde (TESSER; BARROS, 2008; TESSER, 2009a; TESSER, 2009b; CHRISTENSEN; BARROS, 2010; NIGENDA, 2001; DORIA; LIPP; SILVA, 2012;

³ Estas informações estão disponíveis no endereço eletrônico: <http://redenacionalpics.wixsite.com/site/dados-sobre-as-pics>

⁴ Estes dados estão disponíveis no endereço eletrônico: <http://redenacionalpics.wixsite.com/site/single-post/2016/05/31/Relat%C3%B3rio-de-Monitoramento-das-Pr%C3%A1ticas-Integrativas-e-Complementares-%E2%80%93-Junho-de-2016>

LIMA; SILVA; TESSER, 2014; CONTATORE, et al., 2015; SILVA et al., 2016).

A Psicologia e as PIC no SUS

O portal de Comunidades de Práticas (CoP)⁵ é a maior base de dados de relatos de experiências práticas dos profissionais, no SUS, em especial na atenção básica. Através desse portal, temos acesso a mais de sete mil relatos de experiência profissional, postadas nos últimos quatro anos, já que este ambiente virtual foi implantando no final do ano de 2013, no processo de organização da última Mostra Nacional de Saúde da Família, que ocorreu em 2014. O Portal de Comunidade de Práticas serve também como uma plataforma virtual que abriga dezenas de cursos e atividades de formação para profissionais do SUS.

Ao realizar buscas nesta base de dados com milhares de relatos, vemos aproximações estreitas da prática do profissional de Psicologia, no SUS, com as PIC. Para que ocorram tais apropriações, basta adotar descritores de modalidades em PIC, a exemplo: Práticas integrativas e Complementares; Biodança; Psicologia Corporal; Yoga; Massagem; Terapia Comunitária Integrativa; Danças Circulares; Meditação; Práticas Corporais Chinesas; Auriculoterapia; Florais de Bach; Fitoterapia, Arteterapia, Aromaterapia, e; Antroposofia.

Dezenas de relatos envolvendo a Psicologia e as PIC estão disponíveis. Ao se debruçar mais cuidadosamente em 16 destes relatos foi percebido que alguns aspectos destes valem ser destacados no que se refere a aspectos, como: 1) a autoria dos relatos; 2) a finalidade das ações, e; 3) o impacto/resultado dos trabalhos. Antes de detalhar estes aspectos, expomos a seguir um quadro com estes 16 relatos. Tal material foi selecionado para esta exposição por conter experiências que traduzem uma multiplicidade de aspectos que envolvem a aplicação das PIC, no SUS, por profissionais de psicologia.

⁵ O portal pode ser acessado através do endereço eletrônico <https://novo.atencaobasica.org.br/relato>.

Quadro 1. Relatos envolvendo Psicologia e PIC

TÍTULO DO RELATO	Estado em que ocorreu a experiência	Endereço eletrônico do relato
CURSO TEÓRICO-VIVENCIAL DE HUMANIZAÇÃO E CUIDADO INTEGRAL	Bahia	https://novo.atenc.aobasica.org.br/re lato/1549
PSICOLOGIA E YOGA: UMA PRÁTICA CORPORAL EM PROL DA QUALIDADE DE VIDA	Pernambuco	https://novo.atenc.aobasica.org.br/re lato/3854
YOGA MASSAGEM AYURVÉDICA: A CURA ATRAVÉS DO TOQUE	Paraíba	https://novo.atenc.aobasica.org.br/re lato/2215
ESTÁGIO VOLUNTÁRIO / INICIAÇÃO CIENTÍFICA NA ÁREA DA PSICOLOGIA E O USO DE FLORAIS DE BACH NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)	Sergipe	https://novo.atenc.aobasica.org.br/re lato/2885
PRIMEIRA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DO BRASIL EM PRATICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS)	São Paulo	https://novo.atenc.aobasica.org.br/re lato/11107
PROJETO DE PRÁTICA DE TAI CHI CHUAN E CHI KUNG NA SAÚDE	Santa Catarina	https://novo.atenc.aobasica.org.br/re lato/4984

PÚBLICA - ESFERA MUNICIPAL		
ACOLHER E ESCUTAR AQUELE QUE CUIDA: EMPODERAR É PRODUZIR SAÚDE.	Bahia	https://novo.atenc.aobasica.org.br/re lato/5444
ARTETERAPIA E SAÚDE MENTAL “MELHORA NA QUALIDADE DE VIDA”	Paraíba	https://novo.atenc.aobasica.org.br/re lato/2336
BIODANÇA NO SUS - DANÇANDO A VIDA NO CAPS BOA VISTA	Pernambuco	https://novo.atenc.aobasica.org.br/re lato/1612
“QUEM É O PROXIMO A TOMAR UM PUXÃO DE ORELHA?”: AURICULOTERAPIA NUM CAPS AD III DE ARACAJU	Sergipe	https://novo.atenc.aobasica.org.br/re lato/11726
PALESTRAS SOBRE PICS NO PROGRAMA HOSPITAL SÃO JOSÉ NA COMUNIDADE	São Paulo	https://novo.atenc.aobasica.org.br/re lato/5487
CAMINHOS PARA A INTEGRAÇÃO DO PROGRAMA DE PICS NA REDE BÁSICA NO MUNICÍPIO DE PAULÍNIA – SP	São Paulo	https://novo.atenc.aobasica.org.br/re lato/1183
GRAIMSA- PRÁTICAS DE CUIDADO EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO "SOFRIMENTO	Paraíba	https://novo.atenc.aobasica.org.br/re lato/817

PSÍQUICO DIFUSO" JUNTO À REDE DE APOIO SOCIAL E EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA.		
EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE ATRAVÉS DA FITOTERAPIA EM UM GRUPO DE BLUMENAU.	Santa Catarina	<a href="https://novo.atenc
aobasica.org.br/re
lato/9620">https://novo.atenc aobasica.org.br/re lato/9620
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA RELAÇÃO ENSINO- SERVIÇO NO MUNICÍPIO DE BLUMENAU/SC	Santa Catarina	<a href="https://novo.atenc
aobasica.org.br/re
lato/9615">https://novo.atenc aobasica.org.br/re lato/9615
INSERÇÃO DA AROMATERAPIA E DAS PRÁTICAS CORPORAIS NA INTEGRAÇÃO ENSINO/SERVIÇO JUNTO ÀS PRÁTICAS INTEGRATIVAS	Santa Catarina	<a href="https://novo.atenc
aobasica.org.br/re
lato/9275">https://novo.atenc aobasica.org.br/re lato/9275

Autoria

Alguns relatos apresentam autoria única de profissional de psicologia, deixando claro que a experiência foi conduzida por ele, enquanto que, em outros relatos, a presença da Psicologia ocorre em conjunto com equipe multiprofissional, não ficando expressa, de forma explícita, qual a participação específica da psicologia no trabalho com as PIC, no relato. Entretanto, em ambas as modalidades de relato, fica evidente a adoção de alguma(s) PIC e a aproximação da Psicologia com este campo.

Finalidade

Os relatos apresentam distintas finalidades. Alguns adotam as PIC com intenção terapêutica assistencial, aplicando-a a usuários de serviços, em sua grande maioria, indivíduos da atenção primária e da saúde mental. Todavia, alguns relatos também abordam experiências em contextos hospitalares. Outra finalidade, para a qual as PIC são adotadas se refere a ações de cuidado e fortalecimentos dos vínculos, em equipes e profissionais das Redes Atenção à Saúde (RAS), aplicada em processos de gestão e humanização. Uma última intenção presente em relatos envolvendo profissionais de Psicologia e as PIC têm como foco a formação do profissional de saúde, seja em ações de educação permanente em serviço, seja em Cursos de Especialização e Residência Multiprofissional, ou, ainda, em cursos de graduação da própria Psicologia. Neste contexto, podemos observar atividades que envolvem ensino, pesquisa e extensão.

Impacto

Na maioria dos relatos acessados, observamos um entusiasmo dos autores em relação aos resultados da ação. Ao tentarem traduzir sua empolgação em informações mais objetivas referentes aos benefícios das PIC podemos perceber que os argumentos centram-se nos pontos: 1) melhoras nos sintomas/queixas, onde se relata que, ao adotar determinadas PIC, usuários assistidos individualmente ou em grupo, passam a ter sintomas amenizados, ou, até, extintos. Inclusive, observa-se que muitos destes sintomas aproximam-se de fronteiras do campo “psi”, principalmente, quando destacam melhoras em comportamentos, vínculos interpessoais e estados “emocionais” subjetivos; 2) outra resposta sentida na aplicação das PIC, junto a usuários do SUS, refere-se à autonomia dos usuários, envolvendo um processo de coresponsabilização cuidador-usuário, que acena para uma relação humana horizontalizada; 3) a humanização, nas relações profissionais, quando se adota as PIC enquanto recurso de cuidado com equipes e profissionais de saúde, destacando o fortalecimento de vínculos de acolhimento, respeito, confiança e solidariedade entre profissionais, e; 4) Ampliação de conhecimento, quando se adota as PIC em processos

formativos, observando-se uma expansão de conhecimento, para além de uma racionalidade dominante no campo de saúde, e ofertando diversos outros modelos interpretativos/compreensivos, acerca do sofrimento e da ampliação de recursos terapêuticos capazes de dar resposta à diversidade, de demandas de cuidado. Neste sentido, a opção pelas PIC geralmente apontam para uma visão ampliada de saúde intencionando uma compreensão mais integral do sofrimento.

É importante fazer uma ressalva acerca das informações obtidas na CoP. O site convida os profissionais a relatar experiências inspiradoras neste sentido, e as informações obtidas através desta base de dados tendem a ofertar uma amostra parcial das experiências do SUS – “aquelas que dão certo na ótica dos profissionais”. Deste modo, infelizmente, não temos -- neste conjunto de experiências --, relatos mal sucedidos da aplicabilidade das PIC por profissionais de psicologia, o que possibilitaria a obtenção de informações significativas, para uma análise mais ampla de sua adoção no SUS e para que seja possível tecer críticas mais objetivas ao seu processo de institucionalização, no cotidiano do trabalho de profissionais de psicologia.

Outra fonte de dado sobre a adoção das PIC por profissionais de psicologia é uma comunidade virtual da rede social *facebook* intitulada *Redepics* (<https://www.facebook.com/groups/1664239110504672/>). Composta por mais de 2400 membros, esta comunidade foi fundada por profissionais ligados a saúde pública em diversos contextos de atuação (assistência, gestão, ensino e pesquisa), bem como, de usuários. Nesta comunidade, estima-se que mais de uma centena de membros sejam psicólogos que atuam na gestão, na assistência, no ensino e pesquisa, na área de PIC, em diversas localidades do país.

Como sinalizado no início deste texto, vemos uma tendência de institucionalização das PIC, no contexto do SUS, mesmo as entendendo como práticas de cuidado ainda periféricas. Podemos observar, também, um processo de adesão de profissionais de Psicologia ao uso complementar/integrativo de PIC, em suas práticas cotidianas. Esta tendência não se dá exclusivamente no campo da Psicologia, em áreas, como a enfermagem, medicina, educação física e fisioterapia elas se

expandem de forma bastante significativa. Para profissionais, pesquisadores e ativistas da área, as PIC intencionam uma nova cultura de cuidado. Esta percepção ora exposta não é fundamentada em um estudo específico acerca das categorias profissionais, no interior do campo das PIC, mas de impressões construídas através de uma militância na Redepics, desde sua fundação informal em 2013. A participação nesta rede tem possibilitado o envolvimento em reuniões de pesquisadores na área de PIC, junto ao Ministério da Saúde; a participação em eventos temáticos de caráter local, nacional e internacional na interface de PIC e Saúde Pública; e a colaboração em estudos e ações integradas com outras instituições de ensino, pesquisa e assistência à saúde, bem como, o diálogo cotidiano com atores de diversas localidades do país. Temos dois livros com experiências teóricas e práticas bem diversas que servem de uma pequena mostra deste trabalho em rede, com as PIC (BARRETO, 2012; 2014).

Neste contexto aprofundamos contatos com profissionais de psicologia de diversas localidades do Brasil, como por exemplo, Recife/PE, Natal/RN, Brasília/DF, São Paulo/SP) que exercem ações de cuidado que envolvem a meditação, a massagem (de diversas tradições), reiki, biodança, danças circulares, yoga, tai chi chuan e práticas corporais chinesas diversas, dentre outras práticas elencadas pela PNPIC, suas atualizações, e/ou presença em políticas e serviços estaduais e municipais, do SUS. Muitos destes profissionais argumentam que a adoção das PIC, em seu cotidiano de trabalho, responde melhor às diversas demandas de cuidado à saúde, no contexto público. Relatam também que os resultados, obtidos com a adoção das PIC, geram benefícios, não apenas em nível psíquico, mas, com uma resposta de melhora integral do público beneficiado, ampliando-se deste modo a potência de vida.

Alguns destes profissionais comentam que ocupam cargos de gestão, coordenação e assistência, justamente por apresentarem um diferencial em sua formação que envolve a qualificação em uma ou várias modalidades de PIC. Neste caso, apesar de muitas vezes os profissionais contratados como psicólogos – muitas sem regulamentação na profissão de psicólogo --, no seu processo de

trabalho cotidiano desenvolve, muito mais, o exercício de atividades no campo das PIC.

O Conselho de Psicologia, as PIC e outros conselhos profissionais de classe

O Conselho Federal de Psicologia não tem se dedicado com maior afinco à temática das PIC. O último evento público específico para debater a questão das PIC e sua interface com o exercício da Psicologia ocorreu no ano de 2011, segundo informações obtidas no site oficial do Conselho Federal de Psicologia (CFP)⁶. O evento intitulado **“Seminário de Práticas Integrativas e Complementares e Racionalidades Profissionais” foi realizado em Brasília e transmitido online. O evento contou com mesas intituladas: “A Psicologia e as Racionalidades orientadoras da prática profissional”; “A Epistemologia e a Racionalidade das Práticas Integrativas”; “Psicologia e as Práticas Integrativas e Complementares”, e; “As Práticas Integrativas e Complementares no SUS: Relação entre educação popular em saúde e as profissões regulamentadas”**. Este evento procurou discutir alguns pontos importantes, como as aproximações e distanciamentos entre as PIC e a Psicologia, à luz de conceitos importantes nesse campo, como o de “racionalidades médicas” (LUZ, 2005), bem como, de questões que envolvem as práticas populares e tradicionais de cuidado, e o exercício da profissão. Entretanto, não houve produto além das boas reflexões, não ocorrendo avanços em documentos norteadores para o Conselho de Psicologia acerca da temática das PIC.

As resoluções que parecem nortear a regulação do exercício profissional de psicologia com as PIC são: a Resolução do CFP N° 13/00 que regulamenta a hipnose como recurso auxiliar do profissional de psicologia; a Resolução do CFP N° 02/01 que trata dos critérios para titulação de especialista em áreas da Psicologia e situa Arteterapia como uma subespecialidade da Psicologia Clínica; a Resolução do CFP N°

⁶ Informações obtidas no através do endereço eletrônico:
http://www2.pol.org.br/boletins/2011/boletimdocfp_20110916.html

05/2002 que regulamenta a Acupuntura como recurso complementar ao exercício profissional do psicólogo, e; a Resolução do CFP N°010/97⁷ que estabelece critérios para divulgação, publicidade e o exercício profissional do psicólogo, associados a práticas que não estejam de acordo como os critérios científicos estabelecidos no campo da Psicologia. Esta última resolução exige que, ao adotar técnicas não reconhecidas pela Psicologia, o profissional deve, obrigatoriamente, realizá-las apenas em processo de pesquisa, desde que tenha habilitação adequada, e o cliente declare expressamente ter conhecimento do caráter experimental da técnica e da prática utilizadas.

Nesse contexto, o Conselho Federal de Psicologia tem participação na Comissão Intersetorial de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (CipicSUS), junto ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), no entanto, pouco divulga como se dá esta participação e os desdobramentos dos trabalhos da Comissão, para o exercício da profissão. Em site do Conselho Federal de Psicologia, a última informação que obtivemos, referente aos trabalhos de membros do CFP junto a CipicSUS, data de 2014⁸.

Nesse cenário de resoluções antigas, pouco debate e limitado aprofundamento teórico conceitual acerca das PIC, no diálogo com a Psicologia, o argumento da validade científica para a legitimidade do uso das PIC, pelo profissional de psicologia, é permeado por uma posição conservadora e desatualizada, no interior do seu campo.

Afinal, temos um cenário global (reconhecido pela OMS), e nacional, de crescente avanço das PIC. O uso cotidiano das PIC por parte de diversos profissionais de psicologia, qualificados para tais práticas, também se revela como realidade, principalmente, no âmbito do SUS, onde as relações multiprofissionais, inter e transdisciplinares intensificam os modos da prática. As diversas PIC, por sua vez, têm suas próprias escolas formadoras, com seus estudos e conhecimentos, legitimados por seus pares e, mesmo que divirjam epistemologicamente da racionalidade hegemônica na Psicologia, demonstram sua validade

⁷ Disponível no endereço eletrônico: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1997/10/resolucao1997_10.pdf

⁸ Informações obtidas no endereço eletrônico <http://site.cfp.org.br/sus-3/>

efetiva entre as comunidades de praticantes que aderem ao seu uso e manifestam benefícios reais.

As PIC, vistas pela ótica em referência, a despeito de critérios científicos, podem ter dogmas cientificistas que não tratam necessariamente de uma busca pelo conhecimento, mas de um controle que se pode nomear ou não, de científico, com base em um paradigma materialista, ou ainda, do que pode ou não ofertar enquanto serviço legítimo de saúde. Neste cenário, é o “mercado” da saúde que muitas vezes dita o que é científico ou não é científico – ciência é uma valiosa publicidade para adesão de protocolos assistenciais rentáveis (SHELDRAKE, 2014).

Entretanto, é inevitável a necessidade de uma reflexão e posicionamento prudente diante desta multiplicidade de modos de cuidado que o campo das PIC oferta, para qualquer profissão na área de saúde. Elementos terapêuticos que contribuem para um cuidado psíquico parecem estar presentes em muitas destas abordagens, contudo, isto não significa que a Psicologia deva assumir ou reivindicar este lugar, mesmo que, muitas profissões assim estejam a fazer, seja por uma abertura epistemológica, seja por uma abertura agressiva de mercado para a sua categoria.

Uma atitude de vigilância normativa e punitiva não irá sanar ou contribuir para a resolução deste problema. Para um amadurecimento produtivo de um campo profissional e científico devemos ter abertura para dialogar, tanto com o desenvolvimento do conhecimento que parte dos centros de pesquisa tradicionais, como daqueles que partem dos campos de atuação profissional, nas práticas cotidianas de cuidado. Diante disto, centro e periferia devem fazer pontes que contribuam para a segurança e a criatividade do exercício da profissão de Psicologia.

Neste aspecto, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) teve uma atitude vanguardista quando, há vinte anos, fez a Resolução nº 197/1997⁹ que estabeleceu e reconheceu as PIC -- na ocasião intitulada como Terapias Alternativas -- como especialidade e/ou

⁹ Disponível no endereço eletrônico: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1971997_4253.html

qualificação do profissional de enfermagem, entendendo que este profissional, quando qualificado por um curso de carga horária mínima de 360 horas, está apto para exercer uma especialidade. Esta resolução oferta uma maior liberdade ao profissional da área para construir seu exercício profissional, em diálogo com as PIC.

Entretanto, podemos questionar também a amplitude dessa resolução, na medida em que ela não nomeia quais modalidades de PIC são reconhecidas, nem conceitua com maior clareza o que chama de Terapia Alternativa. Assim, permite-se um largo escopo de possibilidades formativas, algumas delas que talvez não tenham mérito efetivo no cuidado humano à saúde. Contudo, uma vez que dá autonomia ao profissional em se especializar naquilo que julga significativo, a capacidade de “julgar o mérito” está sendo atribuída ao próprio profissional. Com isto, há uma diminuição do lugar de vigilância e tutela, e uma ampliação da autonomia dos profissionais da categoria.

De modo análogo ao COFEN, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) reconhece, através da Resolução COFFITO n.º 380¹⁰, de 3 de novembro de 2010 que Fitoterapia; Práticas Corporais, Manuais e Meditativas; Terapia Floral; Magnetoterapia; Fisioterapia Antroposófica; Termalismo/Crenoterapia/Balneoterapia, e; Hipnose são PICs legítimas no exercício da profissão de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, desde que os profissionais tenham especializações nestas áreas específicas que subsidiem sua prática. Nesta resolução, há uma maior delimitação acerca das PIC reconhecidas, bem como, um maior detalhamento acerca da formação exigida, o que, por um lado, impõe maior tutela aos profissionais. Entretanto, se espera que seja mantida uma maior qualidade dos serviços prestados pelas profissões. Outras especialidades, como a Osteopatia e Quiropraxia, já são reconhecidas pelo COFFITO desde 2001.

¹⁰ Disponível no endereço eletrônico:

<http://www.crefito3.org.br/dsn/pdfetica/Res%20Coffito%20380-2010%20-%20Pr%C3%A1ticas%20Integrativas.pdf>

Por uma retomada de diálogo entre as PIC e o exercício da Psicologia na Saúde

Os dados divulgados Ministério da Saúde não deixam dúvidas sobre a evolução do campo das PIC e, mesmo que estas sejam questionadas quanto ao mérito científico de inúmeras de suas práticas, em um cenário que não há recurso indutor para implementação de políticas de PIC, há uma significativa receptividade e aumento de demanda assistencial, por parte da comunidade. Linhas de estudos e financiamento para pesquisa também são limitados nesse campo, entretanto, apontamos para diversos resultados favoráveis da adoção de PIC em tratamentos diversos. O Ministério da Saúde reconhece na atualidade que implementar e ofertar PIC no processo de trabalho na atenção primária à saúde é um critério de qualidade na assistência, pois contribui para redução de custos -- principalmente por reduzir a medicalização e focar na promoção da saúde -- e para proporcionar melhoria da qualidade de vida.

A adoção de PIC, no cotidiano da atuação do psicólogo, apesar de contra-hegemônica, vimos que é uma realidade no SUS, partilhada por dezenas -- até centenas -- de profissionais de Psicologia. Aqueles que divulgam seu trabalho de Psicologia, integrado com as PIC, apontam entusiasmados para resultados significativos que parecem qualificar sua prática, seja na assistência, na formação ou na pesquisa. Entretanto, precisamos ampliar o debate e buscar subsídios para investigações e análises mais amplas do impacto das PIC, no exercício da profissão de psicologia.

É igualmente importante saber de experiências onde a aplicação e uso de PIC, por profissionais de Psicologia, podem ter se revelado improficuas e inadequadas.

Esperamos que ampliando o debate possamos construir uma visão menos parcial, atualizar nossas reflexões e propor resoluções mais adequadas à realidade do exercício da profissão e aos dilemas atuais que enfrentamos no campo da saúde.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, J. T.; COSTA, L. F. A. Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 497-508, 2010.
- BARRETO, A. F (Org). **Integralidade e Saúde**: epistemologia, política e práticas de cuidado. Recife: Editora UFPE, 2012.
- BARRETO, A. F (Org). **Práticas Integrativas em Saúde**: Proposições Teóricas e experiências na saúde e educação. Recife: Editora da Universidade Federal de Pernambuco (edUFPE), 2014.
- BARROS, N. F.; SIEGEL, P. SIMONI, C. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, dez. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS**: atitude de ampliação de acesso / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 96 p.: il.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 849, DE 27 DE MARÇO DE 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- CHRISTENSEN, M.; BARROS, N. F. de. Medicinas alternativas e complementares no ensino médico: revisão sistemática. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 34, n. 1, p. 97-105, mar. 2010 .
- CONTATORE, O. A. et al . Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 10, p. 3263-3273. Oct. 2015 .
- DORIA, M. C. S.; LIPP, M. E. N.; SILVA, D. F. O Uso da Acupuntura na Sintomatologia do Stress. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 32, n. 1, p. 34-51, 2012.

FLORIAN, M. R.; MEIRELLES, M. P. M. R.; SOUSA, M. L. R. Disfunção temporomandibular e acupuntura: uma terapia integrativa e complementar. **Odontologia Clínico-Científica (Online)**, Recife, v. 10, n. 2, p. 189-192, abr./jun. 2011.

ISCHKANIAN, P. C.; PELICIONI, M. C. F. Challenges of complementary and alternative medicine in the sus aiming to health promotion, **Journal of Human Growth and Development**, v. 22, n. 2, p. 233-238, 2012.

LIMA, K. M. S. V.; SILVA, K. L.; TESSER, C. D. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. **Interface** (Botucatu), Botucatu , v. 18, n. 49, p. 261-272, June 2014 .

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, v. 7, n. 1. p. 13-43, 1997.

LUZ, M. T. Novas Práticas em Saúde Coletiva. Em: MINAYO, M.C.S.; COIMBRA Jr, C.E.A. (Orgs). **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 33 –46, 2005.

MALTA, D. C. et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 433-444, 2004.

MELO, S. C. C. et al. Práticas complementares de saúde e os desafios de sua aplicabilidade no hospital: visão de enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 6, p. 840-846, nov./dez. 2013.

NIGENDA, G. et al. . La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia. **Salud pública México**, Cuernavaca , v. 43, n. 1, p. 41-51, Feb. 2001.

OMS. Estratégias de la OMS sobre Medicina Tradicional. 2002.

OMS. Estratégias de la OMS sobre Medicina Tradicional. 2014.

OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1801-1811, mar. 2011.

SILVA, R. M. da et al.. Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP). **Saude soc.**, São Paulo , v. 25, n. 1, p. 108-120, mar., 2016 .

TESSER, C. D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 8, p. 1732-1742, Aug. 2009a.

TESSER, C. D. Três considerações sobre a "má medicina". **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 13, n. 31, p. 273-286, Dec. 2009b

TESSER, C. D.; B. N. F. de. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 42, n. 5, p. 914-920, out. 2008.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas Afinidades Eletivas. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 336-350, 2012.

A PSICOLOGIA JURÍDICA NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: POSSIBILIDADES DE ESTRUTURAÇÃO DE UMA REDE DE APOIO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

*Anne Grazielle Azevedo de Almeida¹ - Janaina Gomes da Silva² –
Darlindo Ferreira de Lima³*

Introdução

No âmbito da psicologia jurídica, o presente trabalho dialoga com a temática da violência contra a mulher, que se constitui em um fenômeno complexo e multifacetado que percorre itinerários diversos, desde o significado da palavra violência -- em nossa sociedade --, passando por outros significados, até chegar ao sentido que se dá ao ato de violentar, que infringe, não somente os direitos das mulheres, mas os direitos da pessoa humana.

A partir desse contexto, realizamos uma pesquisa cujo objetivo se deu no sentido de compreender as estratégias de enfrentamento à violência contra a mulher, no município de Petrolina-PE. Essa investigação se deu a partir de uma proposta de intervenção por meio de estruturação de uma rede de atenção a mulheres em situação de vulnerabilidade, quanto à violência doméstica. Para tanto, tivemos como objetivos específicos as seguintes ações: a) Identificar quais as instituições existentes no município de Petrolina que prestam atendimento a mulheres em situação de violência e atuam na prevenção e enfrentamento à violência contra a mulher; b) Realizar um levantamento sobre as ações desenvolvidas por cada instituição envolvida; c) Implementar reuniões mensais com as instituições a fim de discutir a rede e suas formas de articulação e construir,

¹ *Psicóloga, autora do TCC que deu origem a este artigo;*

² *Psicóloga, autora do TCC que deu origem a este artigo;*

³ *Professor Adjunto do Curso de Saúde Coletiva do Centro Acadêmico Vitória – CAV-UFPE, orientador do tcc que deu origem a este artigo.*

conjuntamente com as instituições, propostas de enfrentamento à violência contra a mulher.

Referencial Teórico

A violência contra a mulher encontra-se entrelaçada a várias questões, dentre as quais a discussão de gênero. Este foi se construído historicamente através das relações de poder nas quais as mulheres se encontram enredadas. A violência nesse campo sofre um processo de naturalização no qual o masculino se sobrepõe ao feminino. Segundo Saffioti (2004, *apud* PIMENTA, 2006), existe uma significativa banalização da violência de forma que, se configura um cenário de tolerância e, de certo modo, de incentivo da sociedade para que os homens possam exercer sua virilidade baseada na força/dominação, com ênfase na organização social de gênero (Ibid., p. 192)

No Brasil, a compreensão aparenta estar atrelada à dominação física e psicológica. Deste modo, enquanto que o ser mulher é percebido como aquela figura frágil, que tem o dever de cuidar dos lares e responder positivamente à autoridade masculina. Diante disso, tratar da questão de gênero, ao falar em violência contra a mulher, torna-se relevante, levando em conta esses aspectos ainda presentes no imaginário social. Assim, pensamos esta situação como um fenômeno histórico, que perpassa e acarreta amplas repercussões, nas esferas individual e social, da mulher. Os primeiros movimentos de denúncia e estudo do cenário de violência contra mulheres, no Brasil, surgem a partir de meados dos anos de 1980, com a fundação das primeiras Delegacias Especializadas da Mulher (DEAM), do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDN) e da implantação da primeira Casa Abrigo, ambos na cidade de São Paulo. Outro evento que merece destaque, nesse contexto, foi a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW), aprovada em 1979 pela Organização das Nações Unidas, e que entrou em vigor em 1981. A CEDAW constitui a lei internacional dos direitos das mulheres. (BRASIL, 2011). A partir desses entendimentos, foram surgindo, aos poucos, outras ações de afirmação das políticas de enfrentamento à violência contra a mulher. Dentre essas, destacamos as conferências, convenções, manifestações populares, lutas e a

implantação de novos dispositivos governamentais e não-governamentais. Ressaltamos, também, a Lei n 11.340, comumente conhecida como Lei Maria da Penha que objetivou garantir os direitos das mulheres, enfocando, sobretudo, o aumento da punição aos agressores e a garantia de outros direitos, como, a medida cautelar e a medida protetiva⁴.

Camargo e Aquino (2003) indicam que a construção e consolidação dos serviços e dispositivos de proteção e auxílio à mulher em situação de violência parece que se deram de forma a privilegiar uma maneira individualizada de tratar o problema, onde não se enfocou as relações de interdependência entre esses dispositivos, e as demais esferas de execução da política de enfrentamento.

Os ganhos que as brasileiras conseguiram, quanto aos avanços nos últimos anos, no que concerne ao reconhecimento dos vários tipos de violência, a garantia legal de proteção às vítimas e a penalidade dos criminosos, foram visíveis. Entretanto, todo esse avanço parece não ter sido suficiente para impedir que o número de casos de violência contra mulheres continue crescendo com o passar dos anos.

Ao observar o Mapa da Violência de 2016, parece ficar mais visível o que Waiselfisz (2017) aponta. Segundo este autor, a maior parte da violência contra a mulher é ocasionada dentro da própria residência e que seus opressores são, em maioria, os pais ou padrastos, até os 15 anos, seguindo de seus companheiros e ex-cônjuges na idade adulta. Tais fatos e estatísticas, ajudam a comprovar que grande parte das mulheres em situação de violência são vítimas da violência doméstica.

Esses dados nos tornam sensíveis e estimulados a provocar uma discussão sobre a articulação dos dispositivos de enfrentamento da

⁴ Ambas ao serem requeridas ao poder executivo policial, asseguram o afastamento do agressor do contexto familiar e/ou de qualquer ambiente em que a vítima conviva, encaminham esta a serviços de atendimentos, proíbe que o agressor comercialize bens que tenha em comum com a agredida, entre outros. (BRASIL, 2011)

violência, contra a mulher. Segundo Saffioti (2004, *apud* PIMENTA, 2006, p. 193), somente uma política de combate à violência (especialmente a doméstica) que se articule e opere em rede, de forma a englobar diferentes áreas (Ministério Público, juízes, polícia, hospitais, defensoria pública) pode ser capaz de ter eficácia no combate a esse tipo de violência. Neste universo, parece que, para o enfrentamento da violência, precisa-se não somente de dispositivos e instituições que amparem e prestem atendimento às mulheres em situação de violência, mas também, de ações institucionais organizadas, que aconteçam em conjunto, e que se configurem em métodos específicos de apoio a essa situação, o que de fato se constitui em um trabalho em rede.

A importância de se trabalhar em rede, no sertão de Pernambuco, desvela-se, na medida em que pode ser uma estratégia para reduzir o número de mulheres violentadas, especificamente no município de Petrolina, além de oferecer apoio institucional às mulheres em situação de violência, que muitas vezes não sabem aonde pedir ajuda.

O conceito de rede ainda é algo novo no Brasil e, para um melhor entendimento, recorreremos ao sentido etimológico da palavra:

O termo "rede" é derivado do latim, que significa "entrelaçamento de fios, cordas, cordéis, arames, com aberturas regulares fixadas por malhas, formando uma espécie de tecido". Ao analisarem os conceitos de redes e tomando como referência este sentido apontam que os fios e as malhas dão a forma básica da rede e, que os fios podem corresponder às linhas ou às relações entre atores e organizações, os quais representariam as malhas ou os "nós" (LOIOLA & MOURA, 1997, p. 54, *apud* GROSSI, TAVARES e OLIVEIRA, 2008, p.4)

Assim, um trabalho em rede parece implicar uma atuação conjunta das instituições, que almejem objetivos e resultados comuns, bem como, uma atuação consciente entre os mesmos. No entanto, essa forma de trabalhar constitui um desafio inovador que, segundo Solier (2007), “é pautado em valores fundamentais que são previamente acordados, tais como: corresponsabilidade; liberdade; respeito mútuo; democracia; e transparência. De acordo com o autor em referência, isso já está sendo encarado por alguns municípios brasileiros” (p.19).

Metodologia

A pesquisa realizada foi de natureza qualitativa, a partir de uma perspectiva teórico- metodológica que tomou como base os princípios da Fenomenologia Existencial. Nessa, há a priorização da condição de ser-no-mundo com outros, a partir da experiência de campo, entre pesquisador e colaborador. Neste percurso, o conhecimento é tecido, à medida em que, a partir da experiência, são constituídos o sentido e o significado daquilo que ambos definem como realidade.

Conforme sinaliza Schmidt (2008), nessa modalidade de pesquisa tem-se como ênfase a perspectiva de que o pesquisador se encontra em situação de pesquisa imerso no campo e, ao convidar o participante a ser interlocutor da mesma, já se inicia o processo de afetação mútua entre ambos. Assim, o colaborador se torna ao mesmo tempo sujeito e objeto de conhecimento, cuja condição de ser-no-mundo é a própria fonte de produção de conhecimento.

Os colaboradores da pesquisa foram os representantes das instituições públicas, das organizações não governamentais, e dos movimentos sociais que prestam atendimento a mulheres em situação de violência. A partir de um levantamento prévio, foram convidadas para participação na pesquisa, as seguintes instituições: Delegacia da Mulher (DEAM) – Petrolina; Secretaria Municipal da Mulher; Tribunal de Justiça de Pernambuco; Centro de Referência Regional Especializado em Assistência Social – CREAS Regional; Conselho Municipal da Mulher; Secretaria Municipal de Saúde.

Os procedimentos da pesquisa foram ordenados na seguinte perspectiva: primeiramente, foi formado um grupo de trabalho (GT)

com as instituições identificadas, que fazem parte direta ou indireta no enfrentamento à violência contra a mulher. Em seguida, foi realizado um total de 04 reuniões com periodicidade mensal, a fim de discutir os aspectos relacionados à prevenção e enfrentamento da violência onde foi construído, em conjunto, um esboço de princípios e regras de funcionamento da rede de enfrentamento da violência contra a mulher, com a devida pactuação de todos os membros do GT, incentivando a possibilidade de implementação dessa rede. Por fim, foi construído um documento que foi pactuado com todos, como proposição de rede de funcionamento dos dispositivos existentes nas diversas instituições, com vistas ao enfrentamento da violência.

Os critérios de análise se deram de forma a compreender os movimentos dialógicos construídos no grupo. Os instrumentos que serviram de base para serem analisados foram: diário de bordo; atas das reuniões referentes aos GTs; documentos produzidos pelo GT, como o relatório final; anotações realizadas durante as reuniões, pertinente aos conflitos; consensos; e enfim, as falas significativas que foram produzidas durante o processo dialógico de construção do grupo. Em momento posterior, os pesquisadores se debruçaram sobre o *corpus* da pesquisa e realizaram exaustivas leituras, em uma fase de experienciamento do que foi vivenciado no grupo. Deu-se, então, o desvelamento de temas que contemplaram o mais próximo possível da compreensão que foi sendo construída durante todo o processo⁵.

Vale evidenciar que esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Federal do Vale do São Franciscum, e que, para a sua realização foi Utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Resolução 466/12, do CNS.

Análises e discussões

A partir da análise dos dados foram emergindo tematizações que nos trouxeram algumas compreensões sobre a estruturação da rede

⁵ Ressaltamos ainda que a medida que foram emergindo questões, foi sendo discutido com o grupo.

e as formas de funcionamento da mesma. Dentre essas questões, é pertinente observar que, no município de Petrolina, não encontramos uma rede de enfrentamento à violência contra a mulher, efetivamente articulada. No entanto, foi visível a existência de mecanismos de apoio à mulher em situação de violência que atuam sistematicamente, mas de forma isolada.

Diante desse contexto, o que se entende é que os papéis individualmente desenvolvidos nas instituições, de forma fragmentada, ou seja, sem comunicação, são, possivelmente, uma das questões centrais para o delineamento da situação, conforme se apresentou na pesquisa. Os dados coletados foram organizados em forma de dois temas: 1) “Sobre a rede em si: uma possibilidade de diagnóstico da situação atual”; e 2) “Sugestões de construção de uma rede: indicando caminhos, pactuando ações”.

Sobre a rede em si: uma possibilidade de diagnóstico da situação atual

Esta pesquisa nos faz compreender que a existência de uma rede pressupõe, fundamentalmente, a existência da comunicação e interação, entre os atores sociais envolvidos. Nesse contexto, conceitos, como integração, articulação e, principalmente, diálogo, fazem parte do que consideramos uma rede devidamente articulada.

Um trabalho articulado em rede não existe sem que haja comunicação. Para tanto, consideramos imprescindível que haja uma intra-rede no interior de cada instituição e, ao mesmo tempo, uma inter-rede entre as diversas instituições que trocam informações. Nessa direção, uma rede de apoio à mulher em situação de vulnerabilidade dá-se como um meio através do qual são tecidas relações, entre os atores sociais, potencializando as ações que sejam efetivas para a concretização do cuidado para a mulher em situação de sofrimento, pela violência doméstica. Assim, um trabalho em rede parece exigir que a teia de relações entre os atores sociais seja tecida e mantida em função dos objetivos e projetos comuns nos quais a mulher, vítima de violência, seja o foco de todo trabalho a ser realizado.

A resultante da existência de instituições e serviços que trabalham de forma desarticulada sem a perspectiva de rede parece não

diminuir a exposição das mulheres a novas formas de violência, sobretudo, pela forma isolada de se trabalhar. *“As instituições e organismos estão cumprindo seus papéis individuais muito bem. No entanto, enquanto rede ainda é falha.”* [sic] (instituição col. 01).

Em pleno funcionamento, a rede poderia promover o acolhimento da mulher em situação de violência em quaisquer dos dispositivos previamente existentes na rede, sobretudo, na condição de esses instrumentos compartilharem as informações sobre a mulher, e sua situação. Essa perspectiva pode contribuir para efetivação de várias portas de entrada e uma única notificação dos dados, assim também, como encaminhamento e acompanhamento da vítima, aos serviços de atenção e proteção. Conforme um dos participantes nos sugeriu, *“Caso a rede tivesse uma sintonia não haveria necessidade de revitimizar”* [sic] (Instituição colaboradora 2).

Dito de outro modo, entendemos que a falta de articulação, na relação entre as instituições que prestam atendimento às mulheres em situação de violência, pode enfraquecer o enfrentamento da problemática da violência, não ajudando devidamente às usuárias desses serviços, porquanto estas, ao estarem fragilizadas, possuem dificuldades em caminhar sozinhas rumo a uma saída dessa situação, pois precisam que os meios jurídicos, assistenciais, de segurança e cuidado dialoguem entre si fornecendo as condições de dignidade humana, enquanto sujeitos do direito.

Tendo em vista esse contexto, faz-se necessário pensar nos “conflitos” existentes entre os atores sociais, buscando lançar um olhar, do micro (dentro de uma instituição), para o macro (entre as instituições).

A partir dos conflitos entre os atores sociais, faz-se fundamental a comunicação, tanto de forma horizontal, como transversal, de forma que as informações possam flutuar entre os organismos e instituições que compõem a rede, resguardando o sigilo e o respeito à condição da mulher. Outra questão que merece ser levantada diz respeito à inclusão de novos elementos na rede, tais como, a defensoria pública, a secretaria estadual de direitos humanos, dentre outros.

A inserção, na rede, dessas novas instituições possivelmente permitiria um acompanhamento/monitoramento maior, no que tange às estratégias de enfrentamento da violência contra a mulher, contribuindo para uma forma de intervenção mais efetiva. Afinal, para nós, uma rede de enfrentamento à violência parece precisar de flexibilidade e constante transformação, como a entrada de novos atores.

Sugestões de construção de rede: indicando caminhos, pactuando ações

Uma vez que o ponto principal da rede é o fluxo e refluxo de informações, uma rede bem articulada se pauta na possibilidade da criação de um banco de dados único. Isso decorre quando se pensa que a mulher, que em muitos casos durante anos vai de um serviço a outro, sempre conta a mesma história, ou seja, entra e sai da rede de proteção. Assim, um banco de dados em Petrolina permitiria a essa mulher conhecer a multiplicidade de serviços que compõem a rede de atenção à mulher. Ao colocar em foco essa questão, é preciso que cada instituição tenha clara a definição dos papéis que desempenham, enquanto rede, de forma que a comunicação seja clara entre as instituições.

No universo da rede, há, também, a necessidade de criação de um fórum permanente para pactuação da rede, e que neste fórum, sejam discutidas estratégias de enfrentamento da violência contra a mulher, nesse município. No referido fórum, todos os atores poderiam estar envolvidos e comprometidos na sua constituição, assim também, capazes de reivindicar novas ações que estejam contempladas na política nacional de enfrentamento à violência contra a mulher.

Nesse contexto, também se ressalta a necessidade urgente da instalação de um Juizado Especial da Mulher em Petrolina e da participação efetiva do Ministério Público de Pernambuco, como também de instituições ligadas à Justiça que possam dar suporte à rede, no seu funcionamento.

A partir desta análise, compreendeu-se, também, a necessidade de espaços para a discussão da problemática da violência. No entanto, tais providências só serão eficazes, na medida em que as instituições se

propuserem a um diálogo contínuo fortalecendo suas limitações e potencializando suas capacidades.

No seu percurso, o presente trabalho demandou novas questões para refletir a importância da implicação da Psicologia no cenário das políticas públicas e, principalmente, no contexto de violência contra mulher. Entendemos.

Considerações Finais

O presente estudo possibilitou uma reflexão quanto à relevância de se ter uma rede efetivamente articulada no município de Petrolina-PE. Ao adentrar o campo e encontrar serviços de apoio à mulher em situação de violência os quais não se comunicam entre-si. Tal fato, possivelmente, coloca a mulher em uma situação de vulnerabilidade maior, do que a que se encontrava antes de procurar o serviço de apoio, pois, nesse caso, é revitimizada. Foi a partir dessa constatação que se evidenciou a necessidade de inserir esta questão no movimento do profissional de Psicologia, movimento este que, na prática, se encontra enclausurado pelos trâmites burocráticos e institucionais.

Nesse contexto, o caminho para ser percorrido até a concretização de uma rede ainda é longo, mas alguns passos importantes foram dados, de modo que a primeira reunião pós pesquisa já está agendada entre os atores, assim também, como também, a escolha da instituição que irá mediar esse primeiro momento. Neste ensejo, é importante evidenciar que o primeiro fórum para discussão de estratégias, na atuação contra a violência, também ocorreu durante o percurso desse trabalho.

A partir da implicação das pesquisadoras foi possível visualizar um processo dialógico constante, como também, novas formas de atuação do psicólogo, o que foi enriquecedor para todos os autores do processo (pesquisadores e colaboradores). Assim, foi possível lançar um olhar acerca dos entraves legais e institucionais que envolvem as instituições, identificando suas dificuldades, bem como, recebendo sugestões de pactuação, dessa rede.

REFERÊNCIAS

GROSSI, P. K., TAVARES, F. A., OLIVEIRA, S. B. de. **A rede de proteção à mulher em situação de violência doméstica: avanços e desafios.** Athenea Digital, n14, (p.267-280). ISSN: 1578-8946, 2008.

KISS, L. B., SCHRAIBER, L. B., D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p. 485-501, 2007.

MORATO, H. T. P.; CABRAL, B. E. B. Considerações metodológicas a partir da formulação de uma questão para pesquisa. **Interlocuções – Revista de Psicologia da UNICAP**, v. 1-2, p.155-176, Recife, 2003.

PIMENTA, Fabrícia F. **Resenha do livro Gênero, Patriarcado, Violência, de Heleieth Saffioti.** Em Tempo de Histórias, n. 10. Brasília, 2006.

SAFFIOT, Heleieth I. B. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. **São Paulo Perspec.** vol.13 (4). São Paulo,1999.

SCHMIDT, M. L. S. Pesquisa participante e formação ética do pesquisador na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 391-398, 2008.

SCHMIDT, M. L. S. Pesquisa participante: alteridade e comunidades interpretativas. **Psicologia USP**, v. 17, p. 11-41, 2006.

WAISELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da Violência 2016. Homicídios por arma de fogo no Brasil.**, FLACSO/CEBELA, Rio de Janeiro, 2017.

CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL DO PSICÓLOGO NO SUS: PERSPECTIVAS E DESAFIOS PARA A FORMAÇÃO

Kalina Karla de Moraes Veloso¹ - Jéssica Maria de Oliveira Silva²

Neste texto, buscamos evidenciar um pouco da nossa experiência no Sistema Único de Saúde – SUS, a partir de uma trajetória que se iniciou na graduação de Psicologia, espaço formativo que explora o campo da saúde pública, ainda muito timidamente, constituindo-se em terreno de angústias daqueles que têm o interesse de contribuir efetivamente para a universalização de um sistema de saúde único e público. Essa esfera de inquietações nos levou a trilhar caminhos capazes de orientar essas lacunas formativas, desde os Programas de Extensão teórico-práticos voltados para a saúde pública, até a Pós-graduação -- *lato sensu* --, por meio do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família – RMSF, com vistas à formação de Recursos Humanos para o SUS. É especificamente a partir desta experiência, que nos propomos a apresentar as contribuições da RMSF para a nossa *práxis* profissional, bem como, a fomentar reflexões sobre os desafios do Psicólogo na Atenção Básica – AB.

¹ Psicóloga graduada pela Universidade Federal de Alagoas. Residente no Programa Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. <kalina.psicologia@gmail.com>.

² Psicóloga graduada pela Universidade Federal de Alagoas. Residente no Programa Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. <jeh.oliveira175@gmail.com>.

Caminhos percorridos da Psicologia na saúde

Comumente, a utilização das expressões ‘Saúde Pública³’ e ‘Saúde Coletiva⁴’ denotam o mesmo significado, apesar de apresentarem definições conjecturais distintas. Contudo, neste texto, os usos dessas terminologias não têm o objetivo de provocar uma discussão semântica ou de promover uma distinção de sentidos entre ambas. Compreendemos que esses saberes estão atravessados, devendo servir de apoio às práticas sanitárias de maneira dialógica, transbordando as fronteiras dos sistemas de saúde, e “Incorporando em sua racionalidade todos os mecanismos sociais pelos quais se geram saúde e enfermidade” (SOUSA CAMPOS, 2000, p.64).

Apesar de a ideia da formação de um Sistema Único de Saúde ter sido pensada em 1986, a sua consolidação se deu apenas em 1988, garantida pela Constituição Federal, em que se estabeleceu a saúde como um direito social universal, a ser oferecido pelo Estado, com a função de organizar as ações e serviços de saúde de modo descentralizado e com direção única, partindo de diretrizes de atendimento integral e participação de todos que dele necessita. Contudo, apenas em 1990, a partir da Lei 8.080, foi disposta a política que dispunha sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes ao SUS.

O espaço do Psicólogo, no Brasil, ainda é recente, pois, completa -- neste ano de 2017 --, 55 anos da regulamentação da profissão. De acordo com Guerda (2014), a Psicologia, assim como outras novas profissões, chegou ao país a partir da importação de modelos profissionais de países europeus e dos Estados Unidos. Apesar da reprodução desses modelos não ter atendido às necessidades da população brasileira, ainda hoje reverberam, no contexto da prática e da

³ Saúde Pública diz respeito ao conjunto de ações e serviços de caráter sanitário que tem como objetivo diagnosticar e tratar doenças, assegurando a saúde dos indivíduos e da população; sendo a saúde direito de todos e dever do Estado.

⁴ A Saúde Coletiva, no Brasil, emergiu a partir dos movimentos sanitaristas que originaram o SUS, passando a integrar as Ciências Sociais à Saúde Pública.

formação profissional. De uma forma geral, a Psicologia atuou, por algum tempo, estritamente a partir de uma lógica higienista, sendo instrumento de regulação e controle social.

Inicialmente, a Psicologia foi dividida em três grandes áreas: clínica, industrial e escolar. Apesar de, após a década de 70, esses segmentos se destacarem, o campo de assistência pública à saúde foi para onde convergiu uma considerável parcela dos profissionais, com a finalidade de construir modelos alternativos ao hospital psiquiátrico, a fim de reduzir custos e proporcionar maior eficácia dos atendimentos (DIMENSTEIN, 1998; CARVALHO & YAMAMOTO, 2002).

Contudo, a necessidade de uma Psicologia comprometida com as mudanças sociais, para além daquelas formas trazidas pelo processo de redemocratização do país, em oposição a um estado autoritário de políticas assistencialistas, aproximou-a das políticas públicas, de forma lenta, porém, representando avanços significativos ao longo dos anos (CFP, 2013). A institucionalização do SUS configurou-se num novo cenário de práticas, atravessado por novos discursos e demandas que exigiram um perfil profissional diferente, politicamente implicado na construção de um sistema público, único e universal, em consonância com os sentidos da Reforma Sanitária (GUERDA, 2014).

Em meados dos anos 80, quando se criou, oficialmente, o cargo de psicólogo nas unidades de Saúde Pública, começaram a surgir as discussões sobre o despreparo da formação profissional para lidar com a realidade de saúde da população. Nesse período, a psicologia ainda trabalhava num viés fortemente assistencialista, devido à herança de uma visão curativista, do cuidado em saúde. Naquele momento, poucos eram os psicólogos que desenvolviam práticas em comunidade, revelando as insuficiências da formação para lidar com contextos e dinâmicas comunitárias (DIMENSTEIN, 2000; FREITAS, 2004; RUTSATZ & CÂMARA, 2006).

Ao longo dos anos, a ampliação do conceito de saúde -- não mais restrito a ausência de doenças --, assim como as modificações do modelo de produção de saúde demandaram, também, a ampliação da atuação profissional do psicólogo. No âmbito da saúde, a ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças abre uma nova dimensão

na compreensão dos fenômenos saúde-doença-cuidado (PIRES & BRAGA, 2009). Há uma ressignificação do trabalho em saúde e, desse modo, torna-se possível a implementação de ações, programas, projetos, regulamentações, leis e normas governamentais, em que os psicólogos possam e devam se engajar na construção de políticas públicas (MENDES, 1996; NASCIMENTO, 2004).

Diante deste cenário, novas políticas e programas em saúde foram estruturados, dentre eles, a Estratégia de Saúde da Família – ESF, programa que inicialmente foi instituído como Programa Saúde da Família – PSF, em 1994, pelo Ministério da Saúde – MS, tendo como principal objetivo romper com o modelo assistencialista em saúde, e que, em 2006, por ser considerado de extrema importância para a universalização da saúde, passou a ser considerado como ‘estratégia’, não mais ‘programa’ (DAB, 2000).

A ESF está fundamentada nos princípios do SUS e tem a Saúde da família como Estratégia prioritária para a organização da AB, devendo ser desenvolvida

[...] por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006, p. 10).

Deste modo, as equipes devem realizar o diagnóstico situacional de saúde do território, identificando assim o perfil epidemiológico e sociodemográfico da comunidade, elaborando um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde e proporcionando condições para que as próprias famílias participem desta elaboração (SANTANA & CARMAGNANI, 2001).

Constitui-se, enquanto desafio à ESF sua integração à rede assistencial, o aumento de sua resolutividade e a capacidade de

compartilhar e fazer a coordenação do cuidado. Como forma de apoiar a ESF, o MS criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Nasf, mediante a Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. Diante disso, algumas mudanças significativas ocorreram, como foi o caso de profissionais, como psicólogo, assistente social, nutricionista, educador físico e todos os outros que hoje fazem parte da equipe, que adentraram no referido programa, para ampliar a abrangência e as ações da Atenção Básica, reforçando o processo de territorialização e regionalização em saúde e dessa forma superando uma lógica fragmentada de cuidar e promovendo o privilégio da construção de redes.

Novas estratégias de organização do trabalho em saúde pedem também novas formas de atuação. Entretanto, muitos saberes e práticas ainda estão cristalizados num modelo hegemônico de produzir saúde, o que torna o trabalho do cuidado integrado, e integral, um grande desafio. Para tanto, a formação de um novo profissional tornou-se uma das questões-chave para o projeto da Reforma Sanitária. A partir da produção da saúde ligada a um discurso do campo da saúde coletiva, mostra-se inevitável a precisão da construção de propostas teóricas que admitam diferentes disciplinas (MIOTO *et al.*, 2012).

Diante disso, uma das medidas adotadas pelo MS, na perspectiva de expandir as possibilidades de formação de recursos humanos na área da saúde, no ano 2000, houve uma convocatória no âmbito nacional com o objetivo de implementar a oferta de cursos de pós-graduação *lato sensu*, nas modalidades de especialização e Residência Multiprofissional em Área Profissional da Saúde. Tal especialização foi regulamentada em 2005, mediante incentivos financeiros repassados às universidades e escolas de saúde pública, das Secretarias Estaduais de Saúde, com a finalidade de incentivar a formação de especialistas para a Saúde Pública, sob a orientação dos princípios do SUS, e a partir das necessidades e realidades locais e regionais (BRASIL, 2005).

É nesse contexto que se encontram os Programas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, direcionados por estratégias pedagógicas capazes de promover uma formação, a partir da articulação

com as Redes de Atenção à Saúde, no campo da Atenção Básica, por meio de metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, contribuindo para revisão do modelo assistencial, na medida em que formam um novo perfil do profissional de saúde, humanizado e preparado para responder as reais demandas de saúde dos usuários, família e comunidade.

O Psicólogo na Residência Multiprofissional em Saúde da Família

Diante da conjuntura apresentada, justifica-se a relevância da partilha deste relato da nossa experiência, enquanto psicólogas residentes do Programa Multiprofissional em Saúde da Família, da Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL. Pretendemos expor as vivências experienciadas, direta e indiretamente, na/da Atenção Básica – eixo estruturante do SUS –, mais especificamente, a partir da nossa atuação na ESF, por meio da articulação com o Nasf, do Segundo Distrito de Saúde de Maceió.

Com isso, buscamos estimular a reflexão, não apenas sobre o saber-fazer do Psicólogo, mas, sobretudo, sobre o seu papel ético-político no SUS. Qual é o papel do Psicólogo na Saúde Pública? O que faz este profissional, na Atenção Básica? Quais os objetivos têm servido de orientação para a sua prática no SUS? Que modelo de saúde quer (re)produzir? Não pretendemos esgotar os questionamentos, nem tampouco respondê-los categoricamente, por entendermos que são reflexões continuamente necessárias àqueles que estão inseridos na Saúde Pública ou que almejam estar neste campo de práticas, dados os desafios políticos, institucionais, socioeconômicos, profissionais, interpessoais e pessoais, encontrados no cotidiano dos serviços de saúde. Faremos, pois, desses questionamentos, caminhos para discussões, a partir da nossa experiência teórico-prática, na RMSF.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Uncisal abriu o seu primeiro edital no ano de 2009. Anualmente, são selecionados 16 profissionais da área da saúde, a dizer: Enfermeiros, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Odontólogos, Nutricionistas, Educadores Físicos, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais. Atualmente, o cenário de práticas acontece no II Distrito

Sanitário de Maceió, que compreende os bairros: Centro, Prado, Levada, Vergel do Lago, Ponta Grossa, Pontal da Barra e Trapiche da Barra.

A RMSF se divide em duas etapas, de 12 meses cada. No primeiro ano do Programa, as atividades práticas são realizadas na Atenção Primária, em Unidades de Saúde da Família – USF, articuladas com o Nasf. No segundo, os residentes seguem para a prática na gestão em saúde, em diferentes departamentos da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió – SMS.

Também fazem parte do escopo de atividades dessa especialização: 29 módulos teóricos; carga horária de docência; organização de evento científico na área do Programa; produção de pesquisa científica; representação em instâncias colegiadas municipais e estaduais que discutem saúde pública; reuniões de processos de trabalho, reuniões de tutoria e preceptoria, dentre outras.

A proposta da Residência Multiprofissional, a partir dos documentos que a institui, é qualificar e formar recursos humanos, para o SUS, capazes de consubstanciar seus princípios doutrinários e organizativos, direcionando a saúde para um sentido mais amplo na formação dos trabalhadores, a partir de um modelo que rompe com a ideia da fragmentação de saberes e práticas de atenção à saúde, e que, para tanto, demanda um formato multiprofissional, mas com atuação interdisciplinar, considerando as especificidades técnicas e restritas de cada profissão. É neste *setting* desafiador que nós, profissionais da Psicologia -- e também os de outras formações --, somos chamados a contribuir para a democratização da saúde.

Consideramos a RMSF estratégia inovadora formativa e prática para o SUS, com vistas à subversão de um modelo hegemônico de trabalho do Psicólogo, evidenciado através de uma clínica individual privatista; e como dispositivo que, diante das propostas curriculares dos cursos de graduação – que terminam por promover um distanciamento entre Psicologia, Saúde Pública e Coletiva – se propõe a preencher as lacunas da formação (DIMEINSTEIN, 2000; GUERDA, 2014).

O primeiro desafio com que nos deparamos ao ingressar na Residência foi -- e continua sendo -- ressignificar a identidade do psicólogo, sem restringi-la à tradição clínica. É comum chegarmos, nas USFs, e sermos recebidos, pelos profissionais que lá estão, com inúmeras demandas para atendimento ambulatorial e psicoterápico individual, quando este tipo de trabalho é inapropriado para esse nível de atenção. Não raro, também, é possível encontrar, nesses espaços, psicólogos atuando numa perspectiva restritamente clínica, pela incompreensão do seu próprio fazer na Atenção Primária em Saúde – APS, como também, pela herança cristalizada de uma Psicologia hegemônica, quando, na verdade, as ações desenvolvidas deveriam estar relacionadas e condicionadas à promoção da saúde, sendo a intervenção psicológica especializada uma demanda da atenção secundária (ALVES & EULALIO, 2011).

A atribuição de um psicólogo que atua na ESF, por meio do Nasf, orienta-se pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial, através da integração com as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, que deve acontecer:

[...] a partir das necessidades, das dificuldades ou dos limites das equipes de Atenção Básica diante das demandas e das necessidades de saúde, buscando, ao mesmo tempo, contribuir para o aumento da capacidade de cuidado das equipes apoiadas, para ampliar o escopo de ofertas (abrangência de ações) das Unidades Básicas de Saúde (UBS), bem como para auxiliar articulação de/com outros pontos de atenção da rede, quando isso for necessário, para garantir a continuidade do cuidado dos usuários (BRASIL, 2014, p.17).

Destarte, o psicólogo poderá promover ações, nas perspectivas clínico-assistencial e técnico-pedagógica, considerando a troca de

saberes e práticas, dos diversos profissionais envolvidos, a articulação pactuada de intervenções e a importância do exercício da intersetorialidade, sem perder de vista as especificidades e dimensões éticas da profissão, nos seguintes âmbitos: Educação em Saúde e Educação Permanente em Saúde; Territorialização; Acolhimento; Avaliação Diagnóstica; Atividades com grupos, psicoterapêuticos ou não; Visita domiciliar; Oficinas; Ações comunitárias; Fomento do controle social; Atendimento em conjunto com profissionais das equipes apoiadas; atendimentos individuais e posteriormente compartilhados com as equipes; Construção de Projeto Terapêutico Singular – PTS, etc.

Assim, na ESF, especialmente, onde modos de vida se misturam às questões do adoecimento, deve existir uma ampliação das habilidades do psicólogo para que haja uma prática capaz de abranger a complexidade do processo saúde-doença-cuidado, levando em conta a realidade sócio-histórica e cultural as quais os sujeitos estão inseridos. Esse aspecto aponta para a importância da articulação das diversas Psicologias (Clínica, Social, Escolar, Organizacional, Comunitária, etc.), na *práxis*, dada a necessidade de interlocução de diversos conhecimentos teóricos e técnicos voltados para a ampliação das reflexões e ações em saúde, além do diálogo com outros saberes.

Num debate sobre as interfaces da Psicologia com o SUS, Benevides (2005) propõe o exercício de três princípios éticos, bem próximos dos propostos pela Política Nacional de Humanização⁵, que entrecruzados promoveriam a contribuição da Psicologia à Saúde Coletiva, contanto que traduzidos em ação política: **Inseparabilidade** - considera a experiência coletiva como geradora dos processos singulares, havendo impossibilidade de separação entre clínica e

⁵ A Política Nacional de Humanização – PNH foi lançada em 2003, com o objetivo de qualificar o SUS. Trata-se de uma política pública que transversaliza as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, promovendo a valorização dos diversos sujeitos implicados no processo de produção da saúde – gestores, trabalhadores e usuários. Tem como princípios: a Transversalidade; a Indissociabilidade entre atenção e gestão; e o Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.

política, individual e social, modos de gerir e modos de cuidar; **Autonomia e Corresponsabilidade** - compreende importância do protagonismo e da corresponsabilidade dos sujeitos sobre suas vidas; **Transversalidade** - rompe as fronteiras dos saberes, poderes e disciplinas, promovendo intercessão dos mesmos.

Na Atenção Básica, a atuação profissional do psicólogo tem sido tema de discussões constantes, disparadas em diversos espaços (Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia, Instituições de Ensino Superior, etc.), em detrimento do aumento progressivo de psicólogos trabalhando no setor público de saúde. Entre 1976 e 1984, houve uma média de crescimento de 21,47%. Na década de 90, em apenas oito anos, o número de psicólogos quintuplicou na Saúde Pública, perdendo apenas para a progressão dos médicos sanitaristas (DIMENSTEIN, 1998; MACEDO & DIMENSTEIN, 2011).

Spink, Bernardes, e Menegon (2006) mostraram que, em 2006, no Brasil, o número total de psicólogos, inscritos e ativos no Conselho Federal de Psicologia (CFP) somou 142.958 profissionais, sendo que, destes, 14.407 eram psicólogos que trabalhavam na Rede de Saúde Pública. Em pesquisa mais recente, Macedo e Dimenstein (2011) apontaram que, em 2010, havia um registro de 33.613, psicólogos atuando no SUS, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, ou seja, em quatro anos o número de psicólogos atuando na Saúde Pública mais que duplicou, demonstrando que esse campo de trabalho, constitui-se terreno fértil para a atuação do Psicólogo, ao tempo em que indica a emergência de se (re)pensar a formação e a prática profissional.

Além disso, outro desafio identificado a partir das vivências na RMSF é a associação restrita da Psicologia à saúde mental, relacionada a demandas psiquiátricas e, conseqüentemente, a expectativa de práticas que reproduzem um modelo de saúde médico centrado, tanto por parte dos profissionais da saúde, quanto dos usuários dos serviços de saúde. A própria Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008, que cria o Nasf, apesar de trazer responsabilidades comuns a todos os profissionais que compõem o Núcleo, insere o psicólogo apenas no eixo

de ocupação da Saúde Mental, elencando como ações de sua responsabilidade, dentre outras, a

Atenção aos usuários e a familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental que propicie o acesso ao sistema de saúde e à reinserção social. As ações de combate ao sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença e a questões subjetivas de entrave à adesão a práticas preventivas ou a incorporação de hábitos de vida saudáveis, as ações de enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e drogas e as ações de redução de danos e combate à discriminação (BRASIL, 2008, p. 9).

Sobre isso, Nepomuceno (2009) explica a resistência ideológica que acompanha o termo ‘Saúde Mental’, ligando-o comumente a ideias patologizantes, ainda que designe também uma compreensão de saúde ampliada, quando associada ao ideário da Reforma Psiquiátrica.

A integração relativamente recente do Nasf à ESF, enquanto retaguarda especializada para as equipes da Atenção Básica e Saúde da Família, ressalta as fragilidades da formação dos profissionais de saúde voltados para o SUS, em termos de apropriação histórica e política, sobre a saúde pública brasileira. Esse problema se evidencia através de processos de trabalho não muito bem compreendidos e consolidados pelos próprios integrantes do Nasf e, também, pelos profissionais da Atenção Básica, que persistem em demandar acompanhamento clínico ao Núcleo.

Além disso, outro desafio que surge, na RMSF e na Atenção Básica, é o exercício do trabalho interdisciplinar, a partir da perspectiva da integralidade do cuidado, por meio da troca de saberes e do desenvolvimento de ações conjuntas e compartilhadas. No dia-a-dia do

trabalho, muito se vê o uso da palavra interdisciplinaridade, acompanhada do discurso que salienta a sua importância no contexto da saúde, mas, efetivamente, ele não se traduz em ato e, com isso, prevalecem as práticas desintegradas e pautadas na multiprofissionalidade.

Minayo (1991) expõe que, no âmbito da saúde, a interdisciplinaridade só poderá ser construída a partir de uma perspectiva sócio-filosófica que transcenda a reflexão sobre a fragmentação de saberes e seu funcionalismo, através da criação de um modelo de saúde mais abrangente que supere a prevalência do modelo biomédico e das concepções reducionistas. Essa nova forma de pensar exige um esforço do profissional, no sentido de colocar-se à disposição do novo, assim como a adoção de uma postura política que contribua para a modificação das relações de poder no contexto institucional e fora dele.

Conforme Trentin (2010), o fazer interdisciplinar estaria transitando entre as dimensões de resistência: conservadora ou transformadora. Para além da herança das formações em saúde, compartimentalizadoras de saberes, é preciso tomar a interdisciplinaridade como responsabilidade individual, num movimento de ‘perceber-se interdisciplinar’, envolvendo as pessoas e instituições ao qual se pertence; num sentido de construção, afirmando a interdisciplinaridade enquanto atitude que reveste a ação de sentido e que, por transitar por diferentes conhecimentos, permite ampliar o olhar na perspectiva da totalidade.

Desse modo, é importante salientar que os desafios que atravessam o fazer do Psicólogo na Atenção Básica, não se esgotam em sua própria prática, especialmente na ESF. A exigência do desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar que desloca a atenção centrada no indivíduo para a família, a partir de um sistema de saúde complexo e com configurações específicas, repercute em dificuldades também compartilhadas com as outras profissões.

Dentre eles é possível destacar: os problemas de ordem política, econômica e social; a desigualdade; a concentração de pobreza e miséria nas periferias urbanas; as extensas áreas informais habitadas,

compondo favelas e núcleos habitacionais desorganizados e sem mínima infraestrutura para moradia; a composição e organização de grupos sociais que passam conviver cada vez mais próximos, num mesmo espaço; a ausência de instalações urbanísticas apropriadas para a implantação de serviços de saúde; a violência urbana; a competição entre as esferas do governo; obstáculos político-institucionais; o subfinanciamento das ações e dos serviços de saúde; a precarização do trabalho na Saúde Pública; a tentativa de desmonte de um sistema de saúde único, público e universal.

Considerações finais

Enfim, quando se discute sobre a formação e inserção do psicólogo na Saúde Pública, é inevitável que sejam explorados os aspectos históricos que permeiam esse cenário e os sentidos que eles produzem para a (re)significação de sua atuação profissional, não deixando restrita a uma dimensão teórico-prática, mas, estendendo-a para um compromisso ético-político, com a democratização da saúde.

A atual conjuntura brasileira, marcada pela hegemonia neoliberal, demonstra um tensionamento entre o projeto da Reforma Sanitária e o interesse na privatização da saúde, indicando a tentativa de desconstrução do SUS, o comprometimento do seu avanço enquanto política social e garantia do direito à saúde, assegurado por lei. Essa realidade se desdobra em diversos outros segmentos da sociedade, para além do campo da saúde, resultando principalmente na perda de inúmeros direitos sociais e no sucateamento dos serviços públicos do país. Diante disso, podemos considerar que, no momento, esse é o maior desafio a ser superado não apenas pelos profissionais que se encontram na Saúde Pública, mas por toda população brasileira, em especial, pelas classes menos favorecidas.

Quanto às reflexões sobre a Psicologia, é comum encontrarmos na APS a expressão de uma prática profissional, por parte do psicólogo, incoerente com os sentidos da Reforma Sanitária e em desacordo com a proposta deste nível de atenção à saúde, que aponta para a existência de fragilidades nos processos de formação, que se difundem para outras instâncias, seja na implementação de uma nova política pública ou na

consolidação de projetos antigos. Dessa forma, nos deparamos com programas, planos de ação e serviços de saúde estagnados, em processos de trabalhos fragmentados, o que representa um dos desafios da atuação na Atenção Básica.

Outrossim, ressaltamos que a formação de profissionais, para a saúde, e em especial para o SUS, demanda uma forma diferenciada de estar à serviço do outro, não sendo problemática apenas para a Psicologia, mas também, para as outras profissões atuantes, inclusive no que tange ao exercício da interdisciplinaridade.

Por fim, é indispensável afirmar as contribuições da RMSF, enquanto estratégia formativa inovadora, na qualificação profissional do psicólogo para o SUS e como instrumento de subversão da atual realidade vivenciada no Brasil – período de retrocesso, de retirada de direitos constitucionais fundamentais.

REFERÊNCIAS

ALVES, Railda Fernandes. EULÁLIO, Maria do Carmo. Abrangência e níveis de aplicação da Psicologia da Saúde Psicologia da Saúde. In: ALVES, Railda Fernandes. (Org.) **Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa** [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

BENEVIDES, Regina. **A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces?** Psicologia & Sociedade, v. 17, n.2, p.21-25. Rio de Janeiro, 2005.

BRASIL. **Lei 11.129 de Junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - Projovem; Cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; Altera as leis n.ºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, 2005.

BRASIL. **Lei 4.119 de 27 de agosto de 1962**. Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. Brasília, 1962.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano [**Cadernos de Atenção Básica nº 39**]. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

CARVALHO, Denis Barros de; YAMAMOTO, Oswaldo. H. **Psicologia e políticas públicas de saúde: anotações para uma análise da experiência brasileira**. Psicologia para América Latina, v. 1, p. 1-12. México, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Como a Psicologia pode contribuir para avançar o SUS: Orientações para gestores**. 2ª Edição Brasília-DF: CFP, 2013.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA (DAB). SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. Programa Saúde da Família. Informes Técnicos Institucionais. **Revista de Saúde Pública**, v.34, n.3, p.316-319. São Paulo, 2000.

DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. **A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista:** implicações para a prática no campo da assistência pública a saúde. *Estudos em Psicologia*, v.5, n.1, p.95-121. Natal, 2000.

DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**, v. 3, n.1, p.53-81. Natal, 1998.

FREITAS, Maria de Fátima Quintal de. **Desafios contemporâneos à Psicologia Social Comunitária:** que visibilidade e que espaços têm sido construídos? *Psicologia e Argumento*, v.22, n.36, p. 33-47. Pará, 2004.

GUERDA, Renata. Tempo de travessias: a formação em Psicologia e campo da saúde publica. **Psicologia & Saberes**, v.3, n.4, p. 1-16. Alagoas, 2014.

MACEDO, João Paulo. DIMENSTEIN, Magda. Expansão e Interiorização da Psicologia: Reorganização dos Saberes e Poderes na Atualidade. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, n.2, p. 296-313. Natal, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, Maria C. S. **Interdisciplinaridade:** uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. *Medicina*, v. 24, n.2, p. 70-77. Ribeirão Preto, 1991.

MIOTO, Regina Célia Tamaso; et al. As residências multiprofissionais em saúde: a experiência da Universidade Federal de Santa Catarina. **Serviço Social & Saúde**, v.11, n.2, p.185-208. Campinas, 2012.

NASCIMENTO, Célia. A. Trevisi. Construindo processos de organização dos psicólogos em Saúde Pública. In: Nascimento, Célia. A. Trevisi (Org). **Psicologia e Políticas públicas: experiências em Saúde Pública**. Porto Alegre: CRP – 7ª. Região, 2004.

NEPOMUCENO, Léo Barbosa. Seminário Nacional sobre a participação da Psicologia nos Nasfs, 2008, Distrito Federal. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **A prática da psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: CFP, 2009.

PIRES, Ana Cláudia Tolentino; BRAGA, Tânia Moron Saes. O psicólogo na saúde pública: formação e inserção profissional. **Temas em Psicologia**, v.17, n.1, p. 151-162. Ribeirão Preto, 2009.

RUTSATZ, Suélen do Nascimento Barbieri; CÂMARA, Sheila Gonçalves. **O psicólogo na saúde pública: trajetórias e percepções na conquista desse espaço**. Aletheia, n.23, p. 55-64. Canoas, 2006.

SANTANA, Milena Lopes; CARMAGNANI, Maria Isabel. Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde & sociedade**, v.10, n.1, p.33-53. São Paulo, 2001.

SOUSA CAMPOS, Gastão Wagner de. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Revista Sociedade e Cultura**, v. 3, n. 1-2, p. 51-74. Goiania, 2000.

SPINK, Mary Jane Paris; BERNARDES, Jefferson de Souza; MENEGON, Vera Sonia Mincoff. **A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. Relatório Final. Projeto Coletivo de Cooperação Técnica da Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP); outubro de 2006. Nº BR/LOA/0500095.001. Ministério da Saúde, Organização Pan-americana de Saúde (OPAS)/Organização Mundial de Saúde (OMS).

TRENTIN, Vera Regina Mendes. **Práticas interdisciplinares nos processos de formação em serviços de saúde [Especialização]**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, curso de Especialização em Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde, 2010.

REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

AGUIAR, Zenaide Neto. (org). **SUS - Sistema Único de Saúde: Antecedentes, Percurso, Perspectivas e Desafios**. 2ª Ed. São Paulo: Martinari, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

COHN, Amélia. (org.). **Saúde da Família e SUS: Convergências e dissonâncias**. Rio de Janeiro: Beco do Azougue, 2009.

SPINK, Mary Jane. **Psicologia Social e saúde: prática, saberes e sentidos**. 5ª ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES QUE CONVIVEM COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

Jéssica Liz Matos de Oliveira¹ - Marcelo Silva de Souza Ribeiro²

Introdução

Entre as principais causas de morte no mundo estão as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). No Brasil, são causa de 72% dos óbitos, como consequência do envelhecimento da população, do tipo de trabalho desenvolvido e do estilo de vida (Ministério da Saúde, 2011). Isto significa dizer que as DCNT fazem parte da vida de muitas pessoas e impõem uma convivência, não apenas para os enfermos, mas para todas as pessoas de sua rede social, uma vez que a realidade passa de uma condição anterior aparentemente “saudável”, para uma vida com doença – é um estado de “viver com”, literalmente, que deve, nesse momento, ser incorporado a um processo de cuidado (LIMA, 2000).

A insuficiência renal é uma doença que atinge muitas pessoas e que em sua forma crônica está compreendida entre as DCNT, caracterizando-se pela perda lenta, progressiva e irreversível da função dos rins (Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2014). Entre as principais causas da Insuficiência Renal Crônica (IRC) ou Doença Renal Crônica (DRC) estão o diabetes, a hipertensão arterial e, em menor grau, as glomerulonefrites.

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia – SBN -- (2014), existem três formas possíveis de tratar a IRC, além do transplante renal. A primeira delas, pode ser classificada como tratamento conservador, que é indicado ao paciente logo que este recebe o diagnóstico, tendo como fito a redução dos sintomas e da velocidade progressiva da doença. Implica o uso de medicamentos, na mudança de estilo de vida e da dieta. O segundo tipo de tratamento é a diálise peritoneal, que pode ser ambulatorial contínua (realizada de forma manual pelo paciente e/ou

¹ Psicóloga Formada pela UNIVASF

² Docente da Universidade Federal do Vale do São Francisco - UNIVASF

familiar, geralmente quatro vezes ao dia) ou automatizada (paciente a realiza todos os dias, em sua própria casa, com a ajuda de uma máquina cicladora). Tal tratamento se caracteriza por colocar um líquido de diálise que exercerá a função renal na cavidade do peritônio, através de um cateter permanente e indolor. Finalmente há a hemodiálise, que é o uso de uma máquina que faz o papel do rim. Neste caso, o procedimento é geralmente realizado em clínicas especializadas ou hospitais, três a quatro vezes por semana, durante aproximadamente quatro horas. (SBN, 2014).

Os modos de cuidar das pessoas que sofrem da IRC minimizam esse sofrimento, mas não o eliminam, tendo em vista que a doença não pode ser extinta. Os tratamentos, de modo geral, afetam as habilidades funcionais e o estilo de vida dos pacientes, implicando limitações cotidianas, e na redução da autonomia desses sujeitos (FRAZÃO, RAMOS & LIRA, 2011).

O paciente em tratamento da IRC, especialmente em hemodiálise, passa por um difícil processo de adaptação aos limites físicos (mudanças na dieta, uso de medicamentos específicos) e psicológicos (resistência, crises de ansiedade, medo, ideias suicidas) impostos pela doença e pela própria terapêutica utilizada (Lima, 2000). Muitas vezes esse paciente compartilha suas experiências com outros que vivem a mesma situação -- cuidadores e ou familiares -- para criar uma espécie de rede de informações. Certamente, algumas dessas informações compartilhadas constituem e são constituídas por experiências variadas a respeito da doença e do processo convivência com a doença (COSTA; COUTINHO; SANTANA, 2014; CAMPOS; MANTOVANI; NASCIMENTO; CASSI, 2015).

Considerando esses aspectos, compreende-se que a IRC, enquanto doença crônica, ultrapassa as dimensões fisiológica, orgânica e biológica, atingindo as esferas individual, social e familiar, alterando rotinas, crenças e comportamentos dos envolvidos (Palmeira, 2009). Na busca da compreensão dos significados de vida compartilhados pelos pacientes acometidos pela IRC, a Teoria das Representações Sociais (TRS) tende a produzir algumas leituras significativas sobre a questão, entendendo as representações sociais como constituídas de saberes que

se articulam à experiência do viver, tecendo realidades, e sendo por elas formadas, enriquecendo-se em experiências individuais e coletivas (JODELET, 2001).

O termo representação social marca o conceito de um conjunto de fenômenos existentes e da própria teoria que os engloba, introduzida pelo psicólogo social francês Serge Moscovici (1925-2014). Para o seu criador, as representações sociais podem ser consideradas como teorias do senso comum, fazendo parte da vida em sociedade e constituindo pensamentos a partir do ambiente de desenvolvimento da vida cotidiana (MOSCOVICI, 2003).

Moscovici traz, ainda, a concepção da sociedade enquanto sistema de pensamento e, numa perspectiva psicossociológica, os indivíduos são compreendidos como sujeitos ativos, que não apenas processam informações e são dominados por ideologias coletivas, mas que pensam e comunicam as suas representações e resoluções para questões surgidas, constantemente (MOSCOVICI, 2003).

O conhecimento do senso comum é elaborado a partir de processos de objetivação e ancoragem e produz, por sua vez, as representações sociais, que têm por função a produção de identidades, a orientação de condutas, a condução de sentido à realidade social, e a orientação da comunicação (SANTOS; ALMEIDA, 2005). O processo de objetivação diz respeito a tornar familiar o que é desconhecido, transformando um conceito em imagem, o abstrato em concreto. A ancoragem insere um determinado objeto num conjunto de pensamentos e concepções já existentes, familiarizando-o através de comparações com categorias já estabelecidas (SANTOS; ALMEIDA, 2005).

Assumindo o objetivo de compreender as representações sociais de mulheres jovens com IRC de uma clínica de hemodiálise, no interior do estado da Bahia, acerca da sua qualidade de vida (QV), buscou-se apreender essas representações, concebendo que os significados atribuídos à experiência do adoecimento são compartilhados entre os sujeitos portadores da doença e a sua própria rede social, e que a sua compreensão pode viabilizar a realização de um cuidado mais efetivo, uma vez que sobre os pacientes fala a instituição,

a ciência e os profissionais, mas a eles não é dada essa oportunidade (LIMA, 2000).

Nesse contexto, a noção de QV, aqui compreendida, constrói-se social e culturalmente, em espaço e tempo delimitados, e abrange fatores que são considerados indispensáveis por determinada sociedade para a conquista de bem-estar e conforto. Qualidade de vida tem se aproximado, portanto, de noções de seguridade e satisfação encontradas nas esferas familiar, amorosa, social e ambiental, compondo múltiplos significados que refletem experiência, conhecimentos e valores das coletividades, e que variam do senso comum de um indivíduo para outro (MINAYO, 2000).

Pode-se falar, nesse caso, que a chamada qualidade de vida é atravessada por representações sociais, uma vez que são também construídas pela via das práticas cotidianas, permeadas pelo senso comum. Portanto, o enfoque dado à qualidade de vida, no presente estudo, está relacionado à saúde na medida em que se investiga qual a representação da qualidade de vida, enquanto capacidade de convívio com a doença renal crônica, apostando no conceito de saúde como condição de responder e tolerar a perda de autonomia e as limitações provocadas pela morbidade, “luxo biológico”, capacidade de adaptar-se ao devir (CANGUILHEM, 2009).

Essa capacidade própria de reagir à doença deve-se ao entendimento de que os fatores psicológicos, frente às necessidades postas, operam na forma de enfrentamento, orientação e administração, dos eventos surgidos (THOMAS; ALCHIERI, 2005).

O enfrentamento do qual se fala é entendido como conjunto de estratégias comportamentais e cognitivas utilizadas em meio a situações de estresse e ansiedade, que possibilitam a administração, tolerância e minimização dos efeitos e sentimentos que surgem nessas situações de interação entre indivíduo e ambiente (MOARES; ENUMO, 2008). Dessa forma, compreende-se que não se trata apenas de prolongamento da vida através de tratamentos como a hemodiálise, ou mesmo a realização de transplante renal, que não garante mais do que o aumento da sobrevida aos pacientes; entende-se que é necessário acrescentar “vida” a esses anos prolongados.

Material e Método

A presente pesquisa teve caráter qualitativo, descritivo, e se configurou a partir da perspectiva da Teoria das Representações Sociais. Foram entrevistadas oito mulheres, entre 20 e 40 anos, com diagnóstico de IRC, em tratamento de hemodiálise há mais de seis meses, em uma clínica de hemodiálise numa cidade do interior do estado da Bahia, com quadro clínico estável e que se dispuseram a participar, voluntariamente, da pesquisa. Foram utilizados nesse texto nomes fictícios para fazer referência às participantes, obedecendo à ordem em que foram entrevistadas, sendo eles: Amanda, Bruna, Carolina, Daniela, Edna, Fabiana, Gabriela e Helena. A transcrição das entrevistas obedeceu à forma em que as falas se expressaram na gravação, não havendo nenhum tipo de correção, já que se objetivou apreender os sentidos próprios produzidos pelas participantes.

Para a coleta de dados, após aprovação do projeto no Comitê de Ética e Deontologia em Estudos e Pesquisas da Universidade Federal do Vale do São Francisco (CEDEP/UNIVASF), registrado sob o nº 0006/180814, foi utilizada a entrevista narrativa, permitindo às participantes narrarem a sua experiência de forma livre, sem interrupções. O foco da narrativa foi a experiência do adoecimento crônico e a qualidade de vida das pacientes, tendo como questão disparadora: “Eu gostaria de ouvir de você a história do seu adoecimento... Como é conviver com uma doença crônica? Como você vê sua qualidade de vida hoje?”. Foi utilizada também a técnica do desenho, com o objetivo de fornecer maior consistência à coleta dos dados e fortalecer o vínculo entre pesquisadora e participantes.

Benjamin (1975) traz contribuições à discussão desta técnica da entrevista narrativa, definindo-a como “forma artesanal de comunicação” (p.69), afirmando que ela não se cessa, não se encerra no momento em que é desvelada, não necessita de explicações, não fornece interpretações prévias, é reinventada na medida em que é contada, permitindo que as representações sociais das participantes sejam investigadas no discurso livre e espontâneo proporcionado pela experiência da narrativa.

As participantes foram abordadas a partir de uma relação empática, havendo, antes, a explicação dos objetivos da pesquisa e da forma de coleta dos dados, através de uma linguagem clara e acessível. Após investigação de dados pessoais das entrevistadas, e assinatura do termo de consentimento, deu-se início às entrevistas, que tiveram duração média de 20 minutos cada, foram gravadas pelo aparelho celular, e encerraram no mesmo encontro. Houve novo encontro com cada participante para solicitar a construção dos desenhos, uma semana após a realização das entrevistas.

A sétima entrevista não pôde ser considerada como narrativa, pois a participante apresentou forte resistência, alegando sentir-se envergonhada e respondendo de forma curta e objetiva às perguntas feitas. A equipe médica afirmou tratar-se de paciente com transtorno mental, porém esse dado não foi confirmado.

O procedimento de análise dos dados adotado neste trabalho foi a Análise de Discurso, baseada na proposta de Gill (2002) que tem como foco o sentido do discurso, e não o seu conteúdo, como na Análise de Conteúdo (CAREGNATO; MUTTI, 2006). Nessa perspectiva, todo dizer tem uma marca ideológica, e a interpretação torna-se imprescindível para dar significado e visibilidade ao sentido que se pretendeu passar, através do discurso, sendo, ela própria, carregada de sentido, afetos e experiências do intérprete. O sujeito não é individual, mas coletivo, e interioriza o conhecimento que é produzido na coletividade -- transmite aquele discurso, identificando-se e representando o sentido construído (CAREGNATO; MUTTI, 2006). O discurso representa, portanto, papel fundamental na construção da vida social, caracterizando-se enquanto prática social, não se reduzindo a um simples modo de descrever o mundo (GILL, 2002).

A presente proposta de análise de dados harmoniza-se com a Teoria das Representações Sociais que fundamenta este estudo, já que a Análise de Discurso busca compreender o sentido que está presente no discurso, e entende esse discurso como construção coletiva. Assim também a Teoria das Representações Sociais concebe as representações como elaborações coletivas de modos de interpretar a realidade cotidiana.

Foram adotados cinco passos para a análise dos resultados. O primeiro momento foi destinado à transcrição do material coletado, onde foram transcritas, na íntegra, oito entrevistas. O segundo momento caracterizou-se pela leitura e releitura das transcrições, até que houvesse familiarização com o material. A terceira etapa foi marcada pela codificação do texto pela via da leitura “flutuante”, de modo a possibilitar a identificação de temas expressos nas falas e a construção de tabelas, para que estes pudessem ser agrupados. A busca pelos agrupamentos, seja através de diferenças ou pelas aproximações, foi realizada na quarta etapa de análise. Essa etapa culminou na formação de seis grandes categorias: Resistência, Fé, Morte, Sentimentos, Família, Dependência. No quinto e último momento de análise dos dados, as categorias, por sua vez, foram descritas para viabilizar o desvelamento de suas funções nos discursos.

Resultados e Discussão

Os resultados foram organizados em seis categorias: “Resistindo – à doença, ao tratamento, à entrevista”; “Fé: Que Deus me abençoe com um transplante”; “Sobre a ideia da morte”; “A importância da família”; “Sentimentos vivenciados”; “A sensação de dependência”), configurando-se na polissemia das representações sociais e também na ambivalência entre positivities e negatividades do conviver com a doença, o que possivelmente reforça a importância de um bom manejo nas terapêuticas multidisciplinares (COSTA; COUTINHO; SANTANA, 2014; CAMPOS; MANTOVANI; NASCIMENTO; CASSI, 2015).

Resistindo – à doença, ao tratamento, à entrevista

Resistência, numa perspectiva fenomenológica, refere-se a um movimento contrário à força de uma energia que represente ameaça ao equilíbrio de um corpo; se o organismo entende uma força como invasiva e destrutiva, opõe-se a ela; caso contrário, a incorpora num processo nomeado como autoatualização (RIBEIRO, 2007).

O movimento de resistir pode ser visto como um mecanismo de defesa psicológica, frente a uma angústia vivenciada por um indivíduo,

e, a depender do nível em que ocorre, pode representar tanto um fator destrutivo, como um fator de cuidado existencial, autorregulador, de processos vitais (RIBEIRO, 2007).

Esse fenômeno pôde ser notado nos discursos das mulheres entrevistadas, inclusive com relação à própria entrevista. Por vezes, no decorrer das entrevistas, eram ditas expressões como: “É isso” (Amanda), “Pois é, minha história é só essa” (Daniela), além de frequentes manifestações de risos (Amanda e Edna), que suscitaram impressão, na pesquisadora, de inquietação e resistência, de fato, frente ao ato de falar sobre si e sobre a doença.

Com relação à doença, alguns trechos destacaram a não aceitação da morbidade, por parte das entrevistadas: “Aí a gente foi indo, foi indo, até quando eu... assim... aceitar, aceitar, eu não aceito, eu acho que nenhum de nós aqui aceita” (Bruna);

Aí quando eu entrei no tratamento, ‘desmalhava’, chorava muito, mas aí, conversando com uma pessoa, conversando com outra, com as meninas aqui mesmo, que trata muito bem a gente... Aí eu fui me adaptando à doença... Quer dizer, adaptando assim, que não... A gente não se conforma ‘tá’ aqui numa máquina, né, fazendo hemodiálise (Carolina).

Mesmo que a resistência à doença tenha sido evidente, os discursos trouxeram à tona, ainda com mais veemência, a relutância quanto ao tratamento realizado e suas consequências: “Eu mesmo, se eu pudesse, nem aqui eu pisava” (Amanda); “Difícil, né... bem difícil... Você sair três vezes na semana da sua casa, né, e deixar sua família e tudo... A gente nem gosta muito de comentar assim, né? Mas é difícil” (Carolina).

A quarta entrevistada, utilizando-se de um mecanismo de defesa da negação, chegou a afirmar que esquece que faz tratamento ao sair da clínica: “É, quando eu saio daqui, eu esqueço que eu faço tratamento...”, “É diferente, né, porque a vida não é normal, igual... a sua” (Edna). O sentimento de não aceitação é tão intenso a ponto de prejudicar a aderência à terapêutica, como destacado no trecho que segue:

“Pra mim não mudou muita coisa não, faço tudo o que eu fazia antes, como de tudo, eu não faço dieta, bebo água normal, não fico com sede, só não bebo cachaça, não fumo uma droga, cigarro, esses negócios não, mas o resto eu faço tudo...” (Helena).

Através do processo de objetivação, no qual conceitos abstratos são transformados em imagens concretas (MOSCOVICI, 2003) para representar o tratamento realizado, a oitava entrevistada comparou o tratamento a uma surra:

“Agora quando a pessoa sai daqui do tratamento sai cansada, viu, parece que, não é todo dia não, sabe, mas tem dias que parece que deram uma surra na gente, parece que a gente descarregou um caminhão assim, com muito peso” (Helena); e, mais adiante, fez referência à depressão como uma possível consequência do tratamento em hemodiálise:

“Se não fosse o tratamento minha vida era boa, difícil fazer esse tratamento, difícil, viu, se a pessoa não tiver a mente boa, entra em depressão, é porque eu só ando assim sorrindo, só ando alegre, porque eu sou assim, mas se eu fosse uma pessoa com a cabeça baixa, eu já tinha endoidado, já tinha entrado em depressão” (Helena).

Considerando a função afetiva da representação social, de proteção e legitimação de identidades ameaçadas (MOSCOVICI, 2003), pode-se sugerir que a resistência apresentada nesses discursos seja representativa dessa proteção, frente ao objeto ameaçador que, nesse caso, pode ser reconhecido na entrevista, na doença ou no próprio tratamento. A resistência psicológica age, nesse caso, como estratégia para não sentir a ameaça representada no “estar doente”, no tratamento, no falar de si, no expor suas fraquezas; resistir é um ato de cuidado consigo próprio, portanto, marcado como prática social refletida no discurso de Fé: “Que Deus me abençoe com um transplante!”

Não somente a resistência foi constatada nos discursos e que algumas entrevistadas permitem sugerir, através da análise de suas falas, que há também um sentido de adaptação, nas representações referentes ao adoecimento pela IRC: “Você se sente um pouco triste, sim, mas depois você tem que levantar a cabeça, porque você vai andar

triste direto? Não pode, aí você tem que levantar a cabeça, reagir, entendeu, é isso o significado” (Carolina);

“Assim... Ninguém quer ter doença, né..., mas, quando a pessoa tiver, que aceite, né... Isso já é muito bom, a pessoa aceitar, pode não gostar, mas tem que aceitar... Você não pode estar botando na cabeça que não vai dar certo, que eu vou morrer... não pode botar isso na cabeça... Levar a vida normal, tentar levar a vida normal... Eu acho, eu penso isso” (Fabiana).

A análise desse último trecho admite uma aproximação com a concepção de saúde e doença, proposta por Georges Canguilhem (1904-1995), na qual o autor entende o doente como aquele que tem uma norma de vida inferior e é incapaz de reinventá-la, concebendo, portanto, saúde como a capacidade de responder às modificações e tolerar as infidelidades do meio (CANGUILHEM, 2009). Nesse sentido, quando a sexta entrevistada afirmou que se deve “tentar levar a vida normal”, ela sugeriu, e o discurso revela enquanto orientador de ação, que, ainda com a IRC, não se pode perder o poder de criação, inovação e superação, e se apresentou, nessa perspectiva, enquanto pessoa saudável, que consegue estabelecer uma nova norma de vida mesmo com o acometimento da doença, e atribuindo sentido a essa experiência, implicada, assim, no movimento de ancoragem.

A forte presença da resistência à doença e ao tratamento em comparação à reação positiva, que apareceu em menor intensidade, sustenta a concepção de que as representações sociais são dinâmicas, permeáveis e flexíveis (MOSCOVICI, 2003). Ela pode refletir, tanto a permanência cultural – nesse caso, entraria a resistência como forma de expressão do senso comum à ameaça (doença) –, como também, abre espaço para multiplicidades e “contradições” – aqui estaria a atitude positiva frente à doença.

Nota-se, também, que muito do comportamento de adaptação à doença e ao tratamento deve-se à ligação com a família e ao fervor da fé que muitas cultuam. Esse último foi, de fato, um elemento que apareceu com intensidade nos discursos construídos, seja como um fator que permite a conformação com a doença --“Eu peço força a Deus, Deus é que dá força a nós aqui para superar esse tratamento, viu, se não

fosse Deus” (Helena) --, seja como razão de esperança em uma possível vida melhor graças ao transplante:

“Quando a gente nasce, acho que já nasce com aquele dom que Deus dá que você vai ter que passar por aquilo, se foi Deus que quis que eu passe por isso, então eu vou passar, né, eu vou passar, até o dia que Ele quiser, se um dia Deus disser – Não, de hoje em diante você vai conseguir um transplante para viver a sua vida normal – eu vou conseguir, com fé em Deus, como todos estão conseguindo” (Carolina).

A fé apareceu como elemento de representação social que dá sentido à realidade vivenciada, fornecendo explicações e modos de compreensão sobre o estar doente (SANTOS; ALMEIDA, 2005). Há a crença em um Deus que fornece todas as explicações necessárias. Assim, a doença existe porque Deus quis, e se for da Sua vontade haverá o transplante que, por sua vez, é visto como possibilidade de vida normal e saudável: “Se der tudo certo, aí... Vou entrar na fila e esperar a vontade de Deus, né... Só ele que pode nos salvar daqui” (Bruna); “Mas eu vou ter, em nome de Jesus, eu sei que Jesus um dia vai me recuperar, quem sabe me presenteando com um transplante” (Daniela).

Sobre a ideia da morte

A morte foi um tema recorrente no material coletado. Assim como o medo da morte, apareceu também o pensamento e a tentativa de pôr fim à vida. Dessa forma, vale destacar a representação social que a morte possui na sociedade atual – fim inevitável, acontecimento que apavora, assombra, amedronta; assunto permeado de tabus --; tenta-se, a qualquer custo, evitar e postergar a ideia da morte, e, conseqüentemente, o morrer (KÜBLER-ROSS, 1996):

“É, eu só ando sorrindo, brincando, porque se eu for parar para pensar minha vida, eu endoido, a pessoa fazer um tratamento desse e sabe que a qualquer hora pode morrer, eu penso logo em meu filho, Deus me livre (Helena).

É demasiado insuportável conviver com a ideia da morte que, em alguns momentos, parece ser a própria morte a solução, e o discurso parece se aproximar ainda mais da prática: “Tem hora que eu penso assim, eu deveria não ir lá, e acabar logo com isso, com essa história,

de tá só esse trabalho todo... Se a família tiver que sofrer, sofrer logo de uma vez, né?” (Amanda).

O paradoxo vida X morte ficou evidente em alguns trechos nas entrevistas, nos quais o significado do tratamento em hemodiálise oscilava entre vida e morte:

“O rim da gente é a máquina, né, o que o rim da gente não faz, a máquina faz... Então a gente fica doida para fazer logo para ficar boa... Só que aí ajuda... Dá a vida e tira a vida ao mesmo tempo... A máquina...” (Helena).

Em outros momentos, a hemodiálise era vista, de fato, como alternativa à morte, sendo essa a única possibilidade real, caso não realizassem o tratamento: “Essa hemodiálise agora para mim é a minha vida” (Amanda).

A quarta entrevistada, Daniela, trouxe em seu discurso a tentativa de suicídio: “Vixe, eu não gosto de pensar não, porque eu já tentei me matar já duas vezes, por causa desse problema, eu mesma já tentei me matar dentro de casa”, e segue falando:

“Eu não vou mentir, eu só penso maldade nessa doença, só penso maldade, tem hora que eu saio assim, tem uma lagoa lá, eu digo – eu vou morrer dentro da lagoa, que eu vou morrer bebendo água... Eu não vou mentir a você não, na minha mente tem muita maldade” (Daniela).

Vale ressaltar, nesse último trecho, o momento em que ela diz que vai morrer bebendo água, onde se busca compreender essa simbologia, a partir do significado que teria essa morte. Sabendo que, na IRC, o consumo de água ou qualquer líquido é restrito, afirmar que vai morrer bebendo água parece querer dizer que a morte vai de fato pôr fim à dor da doença, às limitações sofridas; nesse discurso, a morte ganha um caráter desafiador – ela está aí para desafiar a doença, reduzi-la, limitá-la.

De fato, o suicídio concebe o fim de uma dor psíquica insuportável, o rompimento de investimento energético na vida encontra o seu ponto máximo no ato de suicidar-se; é quando se perde a capacidade de representar psiquicamente a dor, e há descarga de intensidade dessa dor no próprio ato (MACEDO; WERLANG, 2007).

Enquanto a morte se apresenta através de uma representação compartilhada pela grande maioria das entrevistadas – fim próximo que atemoriza e se deseja evitar –, a tentativa de suicídio revela e prediz um comportamento de incapacidade representativa – a dor é tamanha que não consegue ser representada, psíquica ou socialmente, e ganha forma no ato.

A importância da família

A família, enquanto eixo de formação psíquica e componente do círculo social de um indivíduo, tem papel preponderante na experiência de adoecimento de um de seus membros. As suas necessidades podem variar desde o momento em que se descobre a doença, até a morte do paciente (KÜBLER-ROSS, 1996). É fundamental para o paciente contar com o apoio e cuidado de seus familiares, e isso ficou evidente nos discursos encontrados.

Foi perceptível, também, o efeito negativo que a ausência do cuidado familiar exerce sobre o paciente e as consequências que podem refletir, inclusive, na não aderência ao tratamento: “Eu tenho família e não tá nem aí, não dá a mínima para mim” (Amanda);

“É, quando eu venho para cá é pior ainda, porque eu tenho que deixar meus filhos jogados, né, porque eu tenho um marido que deu compatível comigo, prefere beber do que me dar o rim... Porque podia me tirar disso aqui, fez os exames, deu tudo compatível, e prefere beber do que me dar o rim” (Daniela).

A importância da família é tamanha que esse é um fator que mobiliza e potencializa cuidados, como no caso da terceira entrevistada, que afirmou, muito emocionada, ver na neta um motivo para se levantar: “Aí já tenho uma netinha de dois anos também, é muito pegada a mim também, mora dentro de casa comigo, se ver, a coisa mais linda do mundo, então ela que me faz, sei lá, levantar né, ficar... (Choro)”.

Esse destaque também é percebido nos desenhos realizados. Três desenhos retrataram a família das entrevistadas, com trechos escritos como “A minha família abençoada por Deus” e “Querida minha família feliz”.

Pode-se entender, dessa forma, que, no contexto de um adoecimento crônico, a família se constitui como elemento essencial na compreensão do indivíduo em sua singularidade (DESSEN; SILVA NETO, 2000), compartilhando, por vezes, das mesmas reações que os pacientes, e sofrendo, também, das consequências impostas pela doença, como destacado no trecho da segunda entrevistada: “Os filhos da gente sente mais e sente falta... Sente falta do carinho, sente tudo, (...) Assim, eu me sinto que estou empatando a adolescência deles, porque eles que cuidam de mim... (Choro)” (Bruna).

Os discursos produzidos possibilitam a compreensão de que a ideia de família é, tal como no senso comum, representada e compartilhada pelas mulheres entrevistadas como núcleo harmonioso, lugar de proteção, base social e espaço de afeto (DINIZ; SANTOS; LOPES, 2007) o que, como visto nas entrevistas, afeta diretamente o modo de compreender a experiência do adoecimento.

Sentimentos vivenciados

Conforme diz Jodelet (2001), as representações sociais devem ser articuladas a elementos afetivos, mentais e sociais, de forma que haja integração entre a cognição, a linguagem e a comunicação, com as relações sociais que produzem representações.

As representações sociais, enquanto construções de sujeitos psíquicos e sociais são também expressões da realidade individual, e podem ser compreendidas enquanto exteriorização de afetos (MOSCOVICI, 2003).

Partindo dessa perspectiva, possibilitou-se a expressão de afetividade na forma de sentimentos narrados nos discursos, uma vez que a entrevista narrativa abriu espaço para a manifestação das subjetividades (MOSCOVICI, 2003):

Eu, sei lá, para mim essa doença é triste, porque é doença crônica, não tem cura, aí é uma doença infinita, que só Jesus mesmo, não posso, nenhum médico vai fazer nada, a não ser um transplante... Então, eu sinto tristeza,

eu mesmo sinto... Eu tenho que dizer o que, que era bom? Que era bom? É bom nada, isso é muito ruim... Eu digo o que do sentir? Se é bom, se é ruim? Oxe, para mim é ruim, esse negócio de furar três vezes na semana, vixemaria, é uma dor doida... Vou dizer o que mais? (Daniela).

Notou-se a forte presença do sentimento de tristeza nos discursos das entrevistadas. Apenas uma afirmou sentir-se bem e não compartilhou da tristeza narrada pelas demais participantes: “Bem... me sinto bem... Bem motivada a lutar pela vida...”, “Eu vou lutar até o fim... Isso é uma dádiva minha... Lutar até o fim...” (Fabiana).

O sentimento de culpa foi percebido em trechos como: “Se eu pudesse fazer diferente, eu fazia diferente, pra poder não cair aqui dentro” (Amanda). A ligação com a condição socioeconômica apareceu assim: “Porque também se eu me cuidasse, como eu já tinha um ano fazendo o tratamento com Dr. Flávio, e eu abandonei para ir varrer rua, para dar comida aos meus filhos” (Daniela).

Houve, também, a expressão do sentimento de rejeição na forma do relato de preconceito sofrido devido à doença:

“Tem preconceito, tem, porque existe o preconceito, não adianta a gente dizer que não existe, porque tem gente da minha família que não vai na minha casa porque diz que tem medo de pegar da minha doença... Que minha doença é contagiosa... Aí já pensou, uma pessoa chegar pra você e dizer – ah, eu não vou na sua casa porque você tem uma doença contagiosa? – É chato” (Bruna);

“Aí, os médicos disse que não tinha cura mais, que eu já estava podre, como de fato eu cheguei aqui e até nome de carniça eu levei, né... Que eu já estava morta, veio a carniça” (Daniela).

O preconceito pode ser entendido como uma atitude negativa em relação a uma pessoa, devido à crença de que essa pessoa possui características negativas por pertencer a um determinado grupo (ALLPORT, 1954; CITADO POR PEREIRA; TORRES; ALMEIDA, 2003). Nesse caso, o preconceito de algumas pessoas com relação às

entrevistadas é uma forma de representação social que orienta a conduta de agir negativamente, frente à experiência da doença.

Um fator que pode influenciar a generalização de categorias e a hostilidade presentes nesse tipo de preconceito (PEREIRA, *et al.*, 2003) é a falta de conhecimento suficiente sobre a doença e o tratamento; e o desconhecimento compartilhado, inclusive, por algumas entrevistadas:

Eu nem sabia o que era nefrologista, nunca tinha visto falar... Aí o médico muito simpático foi e me falou – amanhã você vai para a hemodiálise -, aí eu levei aquele tombo, né? Um dia de domingo... – e o que é hemodiálise? – aí ele – não, seu rim não tá mais funcionando, aí amanhã a gente vai fazer uma série de exames para botar um cateter em você – Aí na minha cabeça veio assim que eu estava com um câncer (Bruna);

“Eu fiquei, eu acho que eu dei um pouquinho de depressão no começo (...). Acordava chorando, pensava que ia morrer... Pensava que ia morrer... Acordava assustada” (Edna).

O fato de não conhecer precisamente a doença, suas causas e o tratamento, provocou reações das mais diversas nas pacientes – desespero, sintomas depressivos –, ou seja, algumas delas apresentaram, no início, grande dificuldade no processo de ancoragem e na familiarização do estranho que se apresentou através da IRC.

A sensação de dependência

A referência às limitações impostas pela doença e pela terapêutica foi marcante em quase todos os discursos: “Hoje eu me sinto, eu me vejo assim... Como é que diz... Aquela palavra... é... ‘Independente’ dos outros para tudo, (...) Inutilizada, não serve mais para nada”, “Porque não tem coisa melhor do que você depender de você mesmo, do que ficar dependendo dos outros... É chato, é triste” (Amanda). O desenho feito por essa participante também revelou a sua

sensação de dependência da máquina de hemodiálise a tal ponto que a percebe como salvação que a livra da morte rápida: “Minha vida hoje e agarrado a uma máquina para não morrer logo”;

‘Ser saudável é ter alegria, eu acho que é isso, você pode fazer suas coisas, você pode trabalhar, ser independente, e aqui não, você tá presa, aqui você tem que estar segunda, quarta e sexta, então você não tem liberdade... Não tem liberdade nenhuma... Eu me entendo assim, que quem faz hemodiálise não tem liberdade não, não tem não’ (Daniela).

Até mesmo a participante que demonstrou ter uma atitude positiva frente à doença, compartilha da representação social de “dependente” e narrou a sua fragilidade diante dos limites que se apresentam como consequência da doença e do tratamento: “A doença? Silêncio... Não sei bem te dizer, sabe..., mas, ela me prende muito, gostaria de fazer certas coisas e ela me prende, né... Mas tenho que aceitar” (Fabiana).

A partir dessas concepções reconhece-se que, de fato, há um intenso processo de desgaste emocional decorrente das transformações causadas pela doença e pelo tratamento hemodialítico (THOMAS; ALCHIERI, 2005), e se pode supor que as limitações já citadas e o alto grau de dependência da máquina filtradora interferem na autonomia de vida do paciente e, conseqüentemente, no dinamismo de suas atividades cotidianas e de seus familiares/cuidadores.

Diante da descrição e compreensão das representações sociais das entrevistadas, acerca do adoecimento crônico e das limitações decorrentes da IRC, pretende-se, neste momento, refletir sobre as implicações dessas experiências em sua qualidade de vida.

Entendendo que a noção de QV constrói-se social e culturalmente, e tomando-a, nesse contexto, como representação social da capacidade de se conviver bem com a IRC, pode-se dizer que, a partir da maneira como os discursos se organizaram e se apresentaram, a maioria das entrevistadas não conseguiu se “adaptar positivamente”, ainda, à doença que possuem, e sofrem com o tratamento hemodialítico e as limitações dele decorrentes (Lima, 2000), ainda que reconheçam a sua importância no sentido de lhes oferecer maior sobrevida.

Nas narrativas está presente a comparação entre a vida que levavam antes e a que hoje vivenciam em decorrência da doença, expressando, assim, as alterações em suas rotinas social e familiar (PALMEIRA, 2009). Nota-se que, a condição de baixa renda, a distância do local onde moram até a cidade em que realizam o tratamento, e a falta de apoio da família, relatada por algumas participantes, influenciam na avaliação negativa da QV.

As notáveis esperança e fé em dias melhores, caso sejam transplantadas, ratificam a concepção de que a avaliação da QV da maioria das participantes tem conotação negativa. A última entrevistada desenhou um coração e um rim, afirmando que desejava ter coração e rins novos. A vontade de uma ter uma nova vida, com outro significado e outras condições pode ser uma interpretação possível desse desenho.

A sexta entrevistada revelou, em seu discurso, forte tendência à ressignificação da sua experiência com a IRC. Chegou a compará-la a uma irmã, que sempre estará por perto, impossível de esquecer. Certamente, a representação de irmã não se apresenta enquanto negativa. Por ser cega, não fez o desenho solicitado, mas falou como ele seria: “Acho que eu estaria lutando, uma luta, né (...), ou então... Eu num pódio”. Afirmar que se está lutando, e, logo após que está num pódio, permite dizer que se venceu a luta. Mas, como vencer a luta contra uma doença que não tem cura? Atribuindo-lhe novo significado, possivelmente. Permitindo-se, através do processo de ancoragem, familiarizar-se com o estranho que é a doença.

Nessa perspectiva, a QV ganha conotação positiva, uma vez que houve condição de recriar, adaptar-se ao devir, responder e tolerar as infidelidades da doença e do tratamento. Entretanto, nota-se que essa atitude é compartilhada por uma minoria.

Nesse sentido, estabelece-se a importância de um trabalho com pacientes renais crônicos que lhes permitisse a ressignificação da experiência do adoecimento. Seguramente, o profissional de Psicologia se apresenta como uma boa possibilidade, para o desenvolvimento desse trabalho.

Toda a equipe de saúde deve estar atenta à vulnerabilidade e ao sofrimento pelo qual passa um paciente com IRC. O psicólogo,

especialmente, deve perceber a pessoa que há, por trás da doença, um sujeito com todas as suas particularidades, angústias, ansiedades, medos e desejos, que, muitas vezes, está oculto para o restante da equipe (FREITAS; COSMO, 2010).

É esse profissional que deve compreender as relações que o paciente estabelece, sejam com a doença, com o tratamento, profissionais, familiares, percebendo suas reações e defesas, para que, através de um vínculo de confiança, respeito e empatia estabelecido, possa auxiliar o paciente na compreensão de sua condição (FREITAS; COSMO, 2010).

Além disso, o psicólogo tem condições de exercer um trabalho pedagógico, no sentido de orientar o paciente, e a família, acerca dos cuidados exigidos no tratamento, fornecendo meios para estimular e potencializar as habilidades e capacidades do sujeito doente, permitindo-lhe adaptar-se, com maior autonomia de vida, à doença e ao tratamento (FREITAS; COSMO, 2010).

Dessa forma, reitera-se, a partir desse estudo, a recomendação da presença do profissional de Psicologia na equipe de tratamento em hemodiálise, dada a sua importância para, através da habilidade de escuta, compreender as práticas sociais reveladas nos discursos, e transformá-las, potencializá-las e ressignificá-las.

Considerações finais

A realização dessa pesquisa dá abertura ao aprofundamento de estudos na área, uma vez que, até o momento, não são numerosas as investigações na literatura, além da relevância social do trabalho pois pode fomentar discussões entre profissionais da área, alertando-os quanto à visão dos pacientes sobre o seu atual quadro mórbido, e ao modo como suas representações influenciam no tratamento, possibilitando, assim, a elaboração de abordagens mais efetivas com os portadores da doença. Dessa forma, sugere-se a realização posterior de pesquisas que aprofundem a investigação da qualidade de vida desses pacientes, podendo incluir, nesse sentido, a representação dos profissionais/cuidadores desse processo.

As limitações encontradas restringiram-se à resistência de uma das entrevistadas à participação na pesquisa. Houve apoio integral da equipe de saúde da clínica consultada e boa colaboração das demais participantes. A coleta de dados, portanto, deu-se de forma segura, simples e organizada, assim como a leitura de material para fundamentação do artigo.

A partir da utilização da entrevista narrativa enquanto instrumento de pesquisa, a pesquisadora pôde se aproximar e se afinar ainda mais com o ofício da Psicologia, suscitando reflexões que podem reverberar e potencializar mudanças na sua prática profissional, pautada num posicionamento empático, de abertura e disposição que culminam na instigante tarefa da escuta.

REFERÊNCIAS

BENJAMIN, W. O Narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: **Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura.** (pp. 197-221). São Paulo: Brasiliense, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. (2011). **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde.

CAMPOS, MANTOVANI, NASCIMENTO E CASSI. Representações sociais sobre o adoecimento de pessoas com doença renal crônica. **Rev Gaúcha Enferm.** jun;36(2):106-12, 2015.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico.** Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CAREGNATO, R.C.A; MUTTI, R. Pesquisa Qualitativa: Análise de Discurso Versus Análise de Conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem,** 15(4), 679-684. Florianópolis, 2006.

COSTA, COUTINHO E SANTANA. Representações sociais sobre insuficiência renal. **Psico USF**, Bragança Paulista, v. 19, n. 3, p. 387-398, set./dez, 2014.

DESSEN, Maria Auxiliadora; SILVA NETO, Norberto Abreu. Questões de família e desenvolvimento e a prática de pesquisa. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 16 (3), 2000.

DINIZ, Normélia Maria Freire, SANTOS, Maria de Fátima de SOUZA, & LOPES, Regina Lúcia Mendonça. Representações sociais da família e violência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 15(6), 1184-1189, 2007.

FRAZÃO, C.M.F.Q; RAMOS, V.P.; & Lira, A.L.B.C.. Qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista de Enfermagem**, 19(4), 577-582, Rio de Janeiro. 2011

FREITAS, Paula Pereira Werneck de, & COSMO, Mayla. Atuação do Psicólogo em Hemodiálise. **Revista da SBPH**, 13(1), p. 19-32, 2010.

GILL, R. Análise de discurso. In M. W. Bauer & G. Gaskell (Orgs.), **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2002

JODELET, D. **As representações sociais**. (org). Rio de Janeiro: Eduerj, 2001.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e morrer: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes**. 7ª ed. Martins Fontes. São Paulo, 1996.

LIMA, A.F. **O significado da hemodiálise para o paciente renal crônico**: a busca por uma melhor qualidade de vida. Tese de mestrado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil, 2000.

MACEDO, Mônica Medeiros Kother, & WERLANG, Blanca Susana Guevara.. Tentativa de suicídio: o traumático via ato-dor. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 23(2), 185-194, 2007.

MINAYO, M.C.. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1), 7-18, 2000

MORAES, ElissaOrlandi, & ENUMO, Sônia Regina Fiorim.. Estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças avaliadas por instrumento informatizado. **PsicoUSF**, 13(2), 221-231, 2008

MOSCOVICI, S.. **Representações sociais**: investigações em psicologia social (P. A. Guareschi, Trad.). Petrópolis, RJ: Vozes, 2003

PALMEIRA, A.T. **Representações sociais de doença crônica**: um estudo qualitativo com pessoas com diagnóstico de insuficiência renal ou dor crônica. Tese de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil, 2009

PEREIRA, Cícero, TORRES, Ana Raquel Rosas, ALMEIDA, Saulo Teles. Um estudo do preconceito na perspectiva das representações sociais: análise da influência de um discurso justificador da discriminação no preconceito racial. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 16(1), 95-107, 2003

RIBEIRO, Jorge Ponciano.. A resistência olha a resistência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 23(spe), 73-78. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

SANTOS, M.F.S; Almeida, L.M. **Diálogos com a teoria da representação social**. Ed. Universitária da UFPE, 2005

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Desenvolvido por Dr. Lúcio Roberto Requião Moura. Recuperado em 29 de maio, 2014, de www.sbn.org.br/publico

THOMAS, C.V.; ALCHIERI, J.C. Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à hemodiálise. **Avaliação Psicológica** 4(1), 57-64, 2005

A PERMANÊNCIA DE FAMILIARES NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO: COMPREENSÕES DA EQUIPE DE SAÚDE

Priscila de Lima Souza¹ - Sílvia Raquel Santos de Moraes²

Introdução

A emergência hospitalar é um espaço destinado ao cuidado de pessoas com agravos críticos, que exige agilidade técnica dos profissionais de saúde. A internação nesse setor requer uma ampla capacidade adaptativa/proativa das equipes e dos familiares, diante das tensões vividas. No hospital geral, é comum a presença de Unidades de Emergência e de Urgência. O setor de Emergência caracteriza-se pela presença de sofrimento intenso, risco de lesão permanente e ameaça à vida, que requer atendimento imediato da equipe de saúde. A Urgência, por sua vez, trata de situações de agravo à saúde, em que não haja risco iminente de morte, porém o período para atendimento não deve ser prolongado, uma vez que existe risco de piora do quadro clínico do paciente. (CFM, 1995).

A procura pelo serviço de Emergência geralmente ocorre após a manifestação súbita dos sintomas físicos e/ou emocionais que promovem a necessidade de um diagnóstico imediato e a esclarecer. Trata-se, portanto, de um ambiente onde predominam a racionalidade médica, a urgência dos atendimentos e as relações que se constituem em torno da equipe e do aparato tecnológico, em prol da manutenção da vida.

Os profissionais de saúde que trabalham em serviços de Emergência estão cotidianamente envolvidos em situações de tensão que demandam agilidade e técnica. E isso evoca diversos sentimentos com os quais o profissional têm de lidar para continuar realizando as

¹ Programa de Residência Multiprofissional em Intensivo UNIVASF

² Docente da Universidade Federal do Vale do São Francisco e Programa de Residência Multiprofissional em Intensivo UNIVASF

atividades com eficácia. É importante ressaltar, também, que, diante de situações de Emergência e do impacto do inesperado, há muitas repercussões biopsicossociais para os familiares, tais como, choque, raiva, medo, ansiedade, confusão mental, afastamento da residência e dos familiares, gastos com deslocamento, conflitos familiares, dentre outras que surjam de acordo com a configuração socioeconômica de cada família.

Os familiares presentes na unidade de Emergência hospitalar vivenciam todo o contexto intenso da assistência em sala vermelha, sobretudo em contextos públicos, dada a constante falta de insumos; a sobrecarga de trabalho; a limitação geográfica dos espaços para atuação; a superlotação do setor; o grande índice de acidentes no trânsito; o agravamento de condições críticas; além das pressões exercidas pelos usuários. Todo esse contexto pode impactar nos modos de atuação das equipes e nos modos como os familiares percebem os cuidados ofertados, sendo importante identificar as concepções dessa equipe, sobre tal fenômeno. Frente a isso, torna-se necessário que toda a equipe estabeleça estratégias de ação efetivas, considerando a imprevisibilidade da permanência do paciente na unidade.

No Hospital Público em questão, os familiares dos pacientes ficam no lado de fora da Sala Vermelha, esperando informações acerca do seu ente querido, internado nesse cenário. Nessa perspectiva, a presente pesquisa surgiu a partir da atuação de uma das autoras como psicóloga residente do Programa de Residência Multiprofissional em Intensivismo, no setor de Emergência de um serviço hospitalar do sertão nordestino.

Durante o período de inserção no setor que somente atende pelo Sistema Único de Saúde (SUS), observou-se dificuldades na relação entre equipe e família, dificuldades estas geralmente envolvendo divergência de opiniões e diferentes percepções, acerca das informações dadas aos familiares. Com isso, o objetivo geral dessa pesquisa consistiu em investigar e descrever as concepções da equipe de saúde do hospital supracitado, acerca da permanência/presença dos familiares no contexto da Emergência, já que, como em outros setores, a família se faz presente, vivenciando todo o processo de

hospitalização, e isso pode impactar diretamente nos modos de atuação dos profissionais.

A pesquisa está referendada pela perspectiva Fenomenológica Existencial de Martin Heidegger (1889-1976), a qual considera o homem como um ser finito de possibilidades e coexistente no mundo. Seus modos de estar no mundo vão se constituindo, com base na forma com que o homem se ocupa, e cuida, da tarefa de existir. Sendo assim, esse referencial parte da interpretação da experiência humana, a partir de uma perspectiva compreensiva e situada no mundo. Por meio dessa ótica, o psicólogo busca acolher e cuidar das experiências singulares de sofrimento que se desvelam diante do fenômeno da hospitalização, da crise, da perda de sentidos, da iminência de morte e das possibilidades acenadas junto com os atores envolvidos, sejam eles pacientes, familiares/acompanhantes ou profissionais da equipe.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de inspiração fenomenológica, na qual importa o modo como se acessa e se compreende a experiência vivida/aprendida pelos participantes (DUTRA, 2002). É importante evidenciar que, nessa perspectiva, não se utiliza o termo coleta de dados, mas sim, colheita de dados, haja vista que colheita é um processo de coconstrução dos dados por meio de uma relação dialógica entre pesquisadores e pesquisados, na tentativa de “colher”, por meio de narrativas, as experiências compartilhadas no encontro (MORAIS, 2013).

Participaram dessa pesquisa doze profissionais da equipe atuante no Setor da Emergência (Sala vermelha) de um Hospital Público do sertão nordestino, sendo dois assistentes sociais, três enfermeiros, dois médicos, quatro técnicos de enfermagem e um psicólogo. Estes colaboradores foram selecionados conforme os seguintes critérios de inclusão: 1) possuir atuação direta com pacientes da sala vermelha e seus familiares; 2) estarem no exercício das atividades no momento da pesquisa; e 3) possuir tempo de trabalho superior a 30 dias. Foram excluídos da pesquisa: os profissionais que se encontravam de licença ou férias; aqueles que possuíam tempo de

prática inferior a 30 dias; os que não faziam parte do quadro profissional do hospital investigado; e os que não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Vale ressaltar que, para garantir o anonimato dos colaboradores, os nomes dos mesmos foram alterados e identificados com codinomes indicativos da vegetação sertaneja. Dessa analogia, foram utilizadas as plantas do semiárido, por estas florescerem em ambiente visivelmente ameaçador e de aparência rude, mas com um forte poder de resistência e adaptação às diversas situações.

Como maneira de acessar e compreender as concepções dos colaboradores, utilizou-se da narrativa, a partir da concepção de Walter Benjamin (1852-1940). Para ele, a narrativa é uma forma artesanal de comunicação que supera a informação, já que aproxima da experiência, tal como ela é vivida pelo narrador. (BENJAMIN, 1994).

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Deontologia em Estudos e Pesquisa – CEDEP, da Universidade Federal do Vale do São Francisco, sob o registro 036434/2016. Inicialmente, fez-se um levantamento da quantidade de profissionais que trabalhavam no serviço de Emergência, com base nos critérios de inclusão e exclusão e, posteriormente, efetuou-se contato direto com os mesmos.

Em seguida, o colaborador que aceitasse participar da pesquisa foi convidado a dirigir-se até a sala de psicologia do hospital, de modo a assegurar o bem-estar, o sigilo das informações e evitar interrupções. Posteriormente, o colaborador foi informado sobre os procedimentos metodológicos e objetivos da pesquisa, para posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Logo após, houve a colheita de dados através das narrativas. Todas as narrativas foram gravadas em áudio formato mp4 e foram integralmente transcritas e digitalizadas em word. Em seguida, foram interpretadas, com base na proposta da analítica do sentido (CRITELLI, 2007), a qual se dispõe a compreender as ações humanas a partir de cinco dimensões: desvelamento; revelação; testemunho; veracização e autenticação.

Resultados e Discussão

Os dozes colaboradores dessa pesquisa se encontravam na faixa etária de 25 a 39 anos, com tempo e prática variando de quatro meses até um ano. O tempo de formação variou de 1 a 20 anos. Dentre eles, quatro tiveram experiência prévia em setor de Emergência de outras instituições. Esse número de colaboradores perfaz 14,8 % do total de profissionais da equipe (81 profissionais).

As narrativas foram interpretadas com base em três temáticas orientadoras de sentido: 1) Concepções sobre a presença de familiares; 2) Afetações vivenciadas pela equipe diante dos familiares e 3) Compreensões da equipe sobre o papel dos familiares no processo de recuperação da saúde.

Como podemos notar, na primeira temática - **Concepções sobre a presença de familiares**, a equipe reconhece a existência de um sofrimento dos familiares no setor da Emergência: “Eu vejo gente desesperada, triste e angustiada... Eles ficam lá fora angustiados”. (PENTE DE MACACO). “Eu percebo muita ansiedade deles. Eles tão muito ansiosos e desesperados” (VIOLETA DA CAATINGA).

Neste sentido, Bruscato (2014) expõe que o processo de adoecimento é uma experiência de crise vital, não só para sujeito, mas também para sua família, por gerar tensão, perturbação e ameaça ao funcionamento e equilíbrio, no contexto familiar. Assim, é importante que o profissional tenha atenção para determinado evento gerador de crise para-familiar, como podemos perceber na narrativa de Heliconia: “A família às vezes fica aflita porque a gente não tem tempo de sair para dar informação. Aflita, aflição, querendo informação, querendo saber, saber o que tá fazendo” (HELICONIA).

Os profissionais pontuaram, inclusive, que as reações expressas pelos familiares estão associadas à falta de informações repassadas pela equipe. Atrelado a isso, Reis, Gabarra e Moré (2016) trazem que a falta de comunicação entre equipe e família influencia no processo de interação, pois pode trazer incertezas, reduzir a capacidade de enfrentamento e contribuir para uma compreensão desfavorável e equivocada do prognóstico.

A maioria dos profissionais compreendeu que as informações da equipe, acerca do estado do paciente, podem exercer uma função de minimizar e promover certo alívio do sofrimento dos familiares momentaneamente. “Eu vejo gente desesperada, triste e angustiada, esperando por uma notícia. Quando tem a notícia, eles ficam mais aliviados; independente... se for uma notícia boa... se for notícia ruim, já muda a situação”. (VIOLETA DA CAATINGA).

Segundo os participantes, as dificuldades de comunicação estão associadas à própria rotina acelerada, intensa e exaustiva do setor da Emergência, o qual recebe pacientes graves e exige amplo conhecimento técnico e habilidade profissional. Sobre este enfoque, podemos ver os depoimentos que seguem:

“Às vezes ou por motivos internos tá se prestando uma atenção a um, dois, três pacientes... tem parada cardíaca e tal... e aí, assim esse cuidado, essa comunicação fica um pouquinho prejudicada” (MARACUJÁ DE MATO); “Eu percebo certa dificuldade de comunicação porque os profissionais ficam muito lá dentro, né, já por ser um setor de muita demanda emergencial (...). A família fica sem essa informação sobre o estado de saúde do paciente. Isso gera muito sofrimento, muita ansiedade na família” (CALLIANDRA).

Nesse sentido, os colaboradores que atuam no setor de Emergência, utilizando sua habilidade em tecnologias duras, dispõem de mais tempo. De acordo com Merhy (1997), esse processo está relacionado ao conhecimento técnico (saber-fazer) e, com isso, resta pouco tempo para o uso de tecnologias leves, que estão ligadas à relação de acolhimento, e comunicação, entre equipe-paciente-família.

Assim, a comunicação em situações de Emergência pode ser muito prejudicada por conta das condições específicas da sala vermelha, além do “corre contra o tempo” dos profissionais, dos riscos dos pacientes e da situação emocional da família. Contudo, o relacionamento interpessoal e a comunicação entre os atores envolvidos na Emergência constituem fatores indispensáveis para a qualidade dos serviços prestados (TIGULINI; MELLO, 2002).

Os profissionais sinalizaram que a família, além de lidar com o desafio de enfrentar a situação de crise advinda do adoecimento de um

de seus membros, depara-se com problemas estruturais e operacionais, nas Emergências públicas, tais como, superlotação; exaustão dos profissionais; risco de infecção hospitalar; e longos períodos de permanência de internação na sala vermelha, devido à ausência de vagas em enfermarias e UTI. Esses problemas potencializam o sofrimento e não há, de forma efetiva, estratégias institucionais de acolhimento e atendimento para esses familiares. “A gente tem uma Emergência bem diferenciada dos outros lugares porque, como a gente tem uma demanda de 53 municípios, a gente pega, além de trauma e neurologia, pacientes clínicos, então, a gente pega muita coisa grave que precisa de uma assistência bem complexa. Eu acho que, neste caso nosso em especial, a gente deveria ter, também, um suporte bem maior de equipamento, e de recursos humanos, mas mesmo com a equipe deficitária, a gente consegue dar uma assistência, de qualidade para os pacientes que precisam de bastante cuidado. Acho que a Emergência nossa se resume a isso: muito grande teoricamente, muito paciente pra pouco espaço físico, mas a gente vai se adequando à realidade nossa” (PINHÃO).

Assim, é fundamental pensar sobre a importância da serenidade, que consiste na "atitude do sim e dos não simultâneos em relação ao mundo técnico" (HEIDEGGER ,2009, p.24). Com serenidade, o profissional vai usar a técnica que está associada ao pensamento calculante (prevê, controla, planeja), mas não abandonará o pensamento, meditante o fato de que reflete/tematiza/problematiza, o instituído (normas estabelecidas), e o contexto da assistência como um todo, questionando continuamente seus modos de atuação e postura ética. Sabemos que a Emergência hospitalar dificulta o cultivo da serenidade, mas não o impede. Além disso, torna-se necessário uma atitude de serenidade, no contexto hospitalar como um todo, haja vista que o cuidado integral não se resume à dimensão técnica.

Na segunda temática - **Afetações vivenciadas pela equipe diante dos familiares** --, chamamos de afetação, às repercussões originadas do encontro com a alteridade. Neste caso, os afetos experimentados pela equipe, ao coexistir com os familiares na sala vermelha, durante um dado período de internação. Aqui, a equipe foi

afetada pelo sofrimento dos familiares que estão do lado de fora da Emergência: “Entendo a angústia da família, já imaginou você entrar com um, com um familiar seu e dar duas horas, três horas e quatro horas que ele entrou e você não sabe de nada... é angustiante” (PENTE DE MACACO); “A gente entende, né, porque você colocar o seu paciente ali dentro, sua família e não ter notícia... A gente se sente um pouco impotente” (PALMA).

A equipe compreende as reações dos familiares do setor da Emergência, ao reconhecer e validar o sofrimento do outro, mas isso não tem ocorrido por meio de uma comunicação clara. Alguns profissionais acreditam que características específicas do setor (grande demanda de pacientes versus a pequena quantidade de profissionais nos turnos) influenciam na qualidade das relações estabelecidas com a família e na assistência prestada. Vejamos, sobre essa questão, o depoimento de SENA:

Às vezes, nós nos irritamos com eles e eles com a gente, mas é aquela coisa normal, não é uma confusão, é porque realmente eles tinham que ter uma assistência melhor e nós teríamos que ter mais profissionais para dar essa assistência (...) cada um precisa de um atendimento diferenciado, seria bom que tivessem profissionais suficientes pra gente dar essa assistência devida e adequado a eles.

Frente a isso, a comunicação é uma necessidade reconhecida em todas as etapas do internamento e das intervenções realizadas na sala vermelha. É indiscutível a importância de orientar, informar, apoiar, confortar e atender às necessidades básicas dos pacientes e seus entes. Comunicar em saúde exige habilidade social, assertividade, clareza e persistência do profissional, já que o papel deste não se restringe a executar técnicas ou procedimentos, mas, ele deve também propor ações de cuidado abrangentes, que implicam, entre outros aspectos, o desenvolvimento da habilidade de comunicação (ZANI et

al, 2011). Sobre esta questão, podemos observar o depoimento de PINHÃO e de PENTE DE MACACO, respectivamente: “(...) sempre dentro do possível a gente vai passando informações, liberando pra conseguirem ver (os pacientes). A família tem os seus direitos, aí tem que tentar fazer com que contemplem esses direitos a eles” (PINHÃO).

O Cenário da Emergência é intrinsecamente estressante para todos que nele se encontram. É um local onde circulam emoções intensas que interferem nos cuidados, tais como medo, tristeza, raiva, insegurança, sensação de impotência, ansiedade, gratidão, dentre outros estados. À noite geralmente a gente tem essa angústia: não gente, vamos organizar o paciente, vamos organizar o paciente porque a família entra, vê o paciente nem que não tenha informação, entra vê o paciente e vai embora pra casa, que não adianta ele ficar ali fora, num faz sentido (PENTE DE MACACO).

Ainda a respeito da afetação dos profissionais diante da presença dos familiares, no setor de Emergência, alguns indicam preocupação com os familiares. Mesmo com interferência da dinâmica do setor e falta de organização estruturada para realização de visita, os profissionais disponibilizam breve momento para a visualização e contato direto com o paciente, reduzindo assim as fantasias e ansiedade quanto ao estado do paciente. A angústia dos familiares, no aguardo de notícias e com medo, quanto a possíveis intercorrências, faz com que esperem na porta do setor ininterruptamente, causando mais desgaste físico e emocional. Sobre este fato depõe CACTO:

Fica muito tempo lá fora sem ter notícia nenhuma. Às vezes, eu fico com pena. Quando eu fico aí na vermelha, eu sempre

procuro tipo: “ei, as meninas, vamos ver se dá pra entrar alguém ou um ou outro...Porque às vezes, já aconteceu várias vezes de, tipo, deixar o familiar entrar e com meia hora, uma hora o paciente parar e morrer. Eu vejo que por mais que o paciente seja intubado, já seja inconsciente, não esteja mais vendo, mas mesmo assim o familiar vê ele ali e ele sente um certo conforto, ele se acalma um pouco mais, começa a aceitar o quadro do familiar.

Por fim, observamos que alguns profissionais dessa equipe estão atentos ao cuidado integral, uma vez que, se mobilizam para fazer a comunicação e o contato, entre família e paciente, acontecer, já que, a comunicação é importante no contexto hospitalar, não sendo um processo restrito -- somente a dar informação --, mas sim, compreensão mútua, suporte e forma de cuidado com o outro. Ou seja, é uma forma de amenizar a angústia e os medos dos familiares que estão lançados diante de uma situação inesperada e ambiente novo. A comunicação aparece como atitude de desvelamento, de cuidado para os familiares.

Na terceira temática -- **Compreensões da equipe sobre o papel dos familiares no processo de recuperação da saúde** -- envolvendo a compreensão da equipe acerca do papel dos familiares no processo de internamento, os profissionais compreenderam a importância da presença de familiares/cuidadores, para o processo de recuperação da saúde.

Segundo Rubio-Soares e colaboradores (2016), a família é fundamental para o cuidado e tratamento de seus entes, hospitalizados no setor de Emergência, cabendo à equipe o papel de assegurar a participação dos familiares no planejamento das ações de cuidado a serem desenvolvidas, como fala PALMA: “A gente chama a família, a família ajuda muito, só que a questão do espaço e a quantidade de pacientes que não é proporcional, né. O espaço é minúsculo, aí não tem condição” nesta fala, há a percepção da família como coadjuvante do processo de recuperação da saúde, principalmente, quando o seu ente

se encontra alojado em macas pelo corredor (onde a equipe não possui condições de observação contínua), ou ainda, em momentos de impasses de pouca colaboração nos procedimentos. No momento em que a equipe não tem esse alcance, a família surge como recurso na tentativa de definir a situação-impasse. De acordo com VIOLETA ROXA, “Eles (os familiares) também tentam dar a sua contribuição, seja lá com uma ajuda de algum material que eles também ajudam e tentam entrar pra conversar, pra tentar confortar se for paciente consciente, se for paciente grave, que teja intubado alguma coisa assim, que teja sedado por um determinado procedimento, eles entram e tentam demonstrar afeto, olhar, ver.”

Esta narrativa nos leva a refletir sobre os modos de agir singulares dos familiares, frente ao adoecimento. Vê-se que a família tende a se fazer presente nos variados contextos, sendo sua presença percebida como significativa, no processo de cuidado. Assim, a equipe-família-paciente afeta e é afetada reciprocamente, a partir das experiências vividas no processo de hospitalização. Sobre isto, fala ainda VIOLETA ROXA: “No paciente consciente, ele fica feliz...se acalma... Às vezes tem paciente que tá nervoso, estressado, às vezes tá dando algum sintoma... um pouquinho... por exemplo, uma febre alta e tudo e está ali querendo ver a família e depois quando a família entra começa já melhorar tanto a questão psicológica quanto a parte de algum sintoma, começa a relaxar, não aparecem tantos sintomas assim como por exemplo da febre que falei.”

Diante disso, percebe-se que os laços e vínculos afetivos construídos possuem papel fundamental na existência do sujeito, e a família vem retratada -- não só por legitimação consanguínea, mas por convivência e trocas afetivas --, e isso confere sentido para a vida dos envolvidos. Questões emocionais podem emergir e a família pode oferecer apoio e reorganizar-se para enfrentamento da crise. Sobre esta questão, referencia PENTE DE MACACO: “ O familiar vendo, o familiar tocando, o familiar falando...a gente sabe que isso faz um bem enorme pro paciente. Apoio psicológico faz parte e aumenta o poder de imunidade do paciente. Ele não se sente abandonado, ele sabe que tem

apoio e que tem alguém olhando por ele. A gente sabe que é muitíssimo importante.”

A narrativa acima ilustra as vivências dos familiares na relação com seus entes que não se encontram conscientes\orientados. Esses sujeitos expressam sentimentos e reações decorrentes de vários fatores, como seus valores e suas crenças, valores estes reconhecidos como terapêuticos, para a recuperação. Nota-se, por meio da sua fala, que o profissional envolvido possui uma percepção de responsabilidade e revela a busca da compreensão do sujeito, como um ser biopsicossocial. Em consonância, Rubio-Soares et al (2016) adverte que a presença da família, impulsionada para o paciente, conduz para o enfretamento, facilitando a vivência desta situação altamente estressora, já que a família funciona como suporte para os momentos de medo, incertezas, dor e sofrimento. Nesse contexto, os profissionais envolvem a família no plano de cuidados, e pautam a assistência integral no cuidado hospitalar, que se encontra adaptado à prestação do cuidado, para toda a unidade familiar, por meio de uma parceria que beneficia ao mesmo tempo profissional de saúde, pacientes e familiares (RUBIO -SOARES et al ,2016).

Considerações finais

A equipe de saúde do setor da Emergência concebeu os familiares como pessoas ansiosas, angustiadas, preocupadas e com medo, diante do processo de hospitalização de seus entes, na sala vermelha. Tais expressões foram associadas não só ao estado grave dos pacientes, mas também, à falta de comunicação sistemática dessa equipe sobre o estado de saúde do paciente. A falta de comunicação foi atribuída às dificuldades específicas do setor (superlotação, número reduzido de profissionais, espaço minúsculo, sobrecarga e despreparo dos profissionais, para comunicação) e isso prejudica a relação da equipe com os familiares, presentes no setor. Tais especificidades/dinâmica do setor podem atrapalhar o fluxo e a sistemática de uma comunicação eficaz, mas não o impedem.

No que tange às especificidades/dinâmica do setor, a família pode ‘atrapalhar’ o fluxo e a sistemática de uma comunicação eficaz,

mas não a impedem. Por outro lado, a equipe reconheceu a importância do psicólogo como articulador/mediador do processo de comunicação entre os atores envolvidos, sugerindo a oferta do serviço de psicologia para os profissionais da emergência, em face da inabilidade comunicacional provocado por lacunas dos processos formativos, pela rotina estressante e pelo contexto público hospitalar brasileiro. Os colaboradores da pesquisa ressaltaram a importância do atendimento psicológico dos familiares, em espaços fora da sala vermelha (local de chegada das ambulâncias e corredores), como forma de otimização do trabalho e ordenamento de demandas.

Deste modo, fica evidente um hiato comunicacional entre Equipe de Emergência e familiares, que vem sendo preenchido pelo trabalho de psicólogos do hospital e residentes no setor. Por isso, é urgente a implementação da educação permanente em saúde para as equipes de Emergência; a readequação dos espaços destinados à urgência/Emergência; a gestão sistemática do processo comunicação; o acompanhamento das condições de trabalho/assistência. Além disso, é preciso que a Psicologia brasileira avance em pesquisas nessa área, dadas a existência de poucos estudos publicados, até o momento.

A realização da pesquisa foi uma experiência enriquecedora, surpreendente e, acima de tudo, gratificante, pois foi sendo desvelada a forma como a equipe percebe/compreende o sofrimento dos familiares, e ainda, como esse grupo tem criado estratégias de cuidado que vão para além da técnica e da manutenção da vida, pois envolvem acolhimento, reconhecimento de necessidades e consideração pelo sofrimento.

Assim, ficou evidente que a equipe em questão se sensibiliza diante do sofrimento dos familiares e das problemáticas de uma Emergência, no contexto público de saúde, mas, ainda assim, lutam e persistem na oferta de uma assistência de qualidade. No decorrer do trabalho, chamamos os colaboradores por meio de codinomes inspirados em vegetações sertanejas, pois, como tais vegetações, eles representam ‘resistência’, ao transformarem o contexto árido em espaço onde brotam vida, amizade e esperança.

As narrativas tornaram-se um momento de acolhimento e escuta clínica, para os colaboradores, realçando a dimensão interventiva

dessa pesquisa e o alcance de suas proposições. Muitas vezes, esses profissionais não são escutados e, nem mesmo, vistos. Percebeu-se que a maioria aproveitou o espaço para ressignificação da própria experiência, pois, choraram, riram, agradeceram e refletiram sobre sua atuação no setor de Emergência,

Nesta ocasião, achamos pertinente apontar para o perigo em se terceirizar/centralizar a comunicação, para os psicólogos desse setor, haja vista que o imperativo ético e o compromisso social são atribuições de toda a equipe que esse processo, quando bem desenvolvido, ajuda a diluir fantasias e gerir conflitos em prol da integralidade do cuidado. Por fim, a atenção psicológica foi considerada relevante para a coexistência equipe-familiares, contribuindo para a permanência de familiares mais colaborativos e para uma equipe comprometida com a melhoria da assistência.

Vale ressaltar que houve expectativas e cautela, quanto ao modo de abordagem dos profissionais, pois estes se encontravam no horário de trabalho. O vínculo construído com os colaboradores, durante a atuação na residência, ajudou na colaboração e confiança dos profissionais, uma vez que, todos os convidados aceitaram compor esse estudo.

Por fim, sugere-se a realização de novos estudos que envolvam a comunicação no no setor de Emergência hospitalar e as concepções dos familiares a respeito da equipe de Emergência, a fim de complementar as reflexões aqui empreendidas. Assim, é importante discutir e avançar acerca da necessidade da implementação da educação permanente em saúde para as equipes de emergência, da readequação dos espaços destinados à urgência/emergência, da gestão sistemática do processo de comunicação e do acompanhamento das condições de trabalho/assistência. E esse processo, quando bem desenvolvido, ajuda a diluir fantasias e gerir conflitos, em prol da integralidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

BENJAMIN, W. **Magia e Técnica, Arte e Política: ensaios sobre literatura e historia da cultura.** São Paulo: Brasiliense,1994.

BRUSCATO.W.L; FREGONESE, A. A. A psicologia na saúde do trabalhador da saúde: Evolução e desafios. In Bruscato.W.L et al. **A psicologia na saúde - da atenção primaria à alta complexidade.** São Paulo: Casa do Psicólogo, p.331-361,2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **RESOLUÇÃO CFM nº 1451/95,** 1995. Disponível em <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm>. Acesso em 20 jul.2017.

CRITELLI, D. M. **Analítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica.** 2 ed. São Paulo: Brasiliense,2007.

DUTRA, Elza. A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. **Estudos de psicologia,** v. 7, n. 2, 2002.Disponivel em < <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v7n2/a18v07n2.pdf>>. Acesso em 20 jul.2017.

MERHY, Emerson Elias. Agir em saúde: um desafio para o público. In: **Agir em saúde: um desafio para o público.** Hucitec, 1997.

MORAIS, S. R. S. Concepções de cuidado em Oncologia Pediátrica: uma compreensão fenomenológica existência. In.: SOUSA, G. M. C.; ABREU, E. F (orgs.) **Olhares diversos... encontros possíveis.** Curitiba: CRV,2013.

REIS, Larissa Cabral Crespi; GABARRA, Letícia Macedo; MORÉ, Carmen Leontina Ojeda Ocampo. As repercussões do processo de internação em UTI adulto na perspectiva de familiares. **Temas em Psicologia,** v. 24, n. 3, p. 815-828, 2016. Disponível em <

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000300003> . Acesso em 20 jan. 2017.

RUBIO SOARES, Jamyle et al. Presença da família durante o atendimento emergencial: percepção do paciente vítima de trauma. **Aquichan**, v. 16, n. 2, 2016. Disponível em <<http://www.redalyc.org/html/741/74146013007/>>. Acesso em 20 jan.2017.

TIGULINI, Regiane de Souza; MELO, Marcia Regina Antonietto da Costa. A comunicação entre enfermeiro, família e paciente crítico. In: **Proceedings of the 8. Brazilian Nursing Communication Symposium**. 2002. Disponível em http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC000000052002000200047&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 20 jan.2017.

ZANI, Adriana Valongo et al. As interfaces da convivência da família em uma unidade de pronto socorro. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 4, p. 803-811, 2011. Disponível em <<http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18326>>. Acesso em 20 jan.2017.

CUIDANDO DOS CUIDADORES: SERVIÇO DE PSICOLOGIA PARA FIGURAS PARENTAIS

Marcelo Silva de Souza Ribeiro¹ - Melina de Carvalho Pereira² - Tamires Diniz Cardona³ - Euristela Barreto Sodré⁴ - Rychardson do Nascimento Lopes⁵ - Luiz Thiago Almeida Araújo⁶ - Jair Nunes Rocha⁷ - Antônio Ferreira da Silva⁸

Como começou o serviço de pais

Em 2014, na oportunidade de uma discussão sobre a questão da chamada Lei da Palmada, estudantes, técnicos e professores do curso de Psicologia da Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univasf, em uma atividade do Núcleo de Estudos e Práticas sobre Infâncias e Educação Infantil – NUPIE, uma das mães, que também participava do evento, chamaram atenção para a necessidade dos pais serem ouvidos e terem um espaço onde pudessem ressignificar suas relações com os filhos.

Tomando essa provocação como um desafio, a psicóloga Melina Pereira e o professor Marcelo Ribeiro apresentaram uma proposta de estágio profissionalizante⁹, no âmbito do Centro de Estudos e Práticas em Psicologia – CEPPSI da Univasf, a ser ofertado aos estudantes do 9º e 10º do curso de Psicologia, dessa Universidade.

¹ Professor e supervisor do estágio profissionalizante da UNIVASF

² Psicóloga do CEPPSI/UNIVASF

³ Graduanda e estagiária de psicologia/UNIVASF

⁴ Graduanda e estagiária de psicologia/UNIVASF

⁵ Graduando e estagiário de psicologia /UNIVASF

⁶ Graduando e estagiário de psicologia /UNIVASF

⁷ Graduando e estagiário de psicologia/UNIVASF

⁸ Graduando e estagiário de psicologia /UNIVASF

⁹ O estágio profissionalizante é dividido em Estágio Profissionalizante I e II (EP I e EPII), cada um com duração de um semestre letivo, tendo o estudante que perfazer um total mínimo de 660 horas

De lá para cá, a proposta vem sofrendo algumas transformações no sentido de buscar aperfeiçoamentos, mas também visando atender às reiteradas demandas. De modo geral, o serviço de orientação aos pais e ou cuidadores¹⁰ se apresenta na modalidade individual ou em grupo, no número pré-estabelecido de sessões e tem como foco de intervenção a qualidade da relação parental.

Além dos atendimentos feitos à comunidade no próprio CEPPSI, o serviço de atendimento aos pais, efetivado pelos estagiários de Psicologia, tem atendido também a pedidos externos, como escolas, Centro de Referência de Assistência Social (Cras), Centro de Referência de Especializado de Assistência Social (Creas), Vara da Infância e outras instituições públicas e privadas. Normalmente essas atividades são realizadas em formato de oficinas ou palestras, tendo uma forte aderência também de professores da rede de Educação Básica, que percebem, na questão das relações parentais, uma importante questão que influencia o seu trabalho. Há ainda atividades pontuais no contexto do CEPPSI, como rodas de conversas abertas à comunidade em geral.

O serviço em referência já atendeu 97 pais e/ou cuidadores nas sessões individuais e ou grupais e mais de 400 pais e professores em escolas e demais instituições. Percebe-se que esse serviço tem chamado atenção da população, seja pela reiterada procura no serviço ou mesmo pelo impacto provocado na comunidade. Na atualidade, há uma reconhecida notoriedade da problemática da qualidade das relações pais e filhos e os processos educativos, muito possivelmente, pelas atuais marcas do nosso tempo. Afinal, a instituição família tem sofrido modificações profundas nos últimos anos e, de igual modo, os contextos de desenvolvimento. Embora não existam receitas de como educar os filhos (ainda bem!), há saberes e sensibilidades necessários que repercutem na forma como pais e educadores se relacionam com crianças e adolescentes. É comum notar pais, muito preocupados,

¹⁰ O serviço é voltado para os pais e ou cuidadores, que pode ser qualquer adulto que esteja responsável pelo processo educativo da criança ou adolescente ou mesmo que mantenha um vínculo afetivo de impacto para o desenvolvimento.

chegarem ao serviço com alguns dos seguintes questionamentos: Como “controlar” meus filhos? Como não se sentir culpado? Estaria eu colocando meu filho como o centro único de minha vida? No processo de acompanhamento aos pais, muitos se dão conta do quanto vivenciam alienações parentais, ou que evidenciam predileções negativas entre os filhos, ou mesmo, o quanto reproduzem suas histórias de vida, do ponto de vista parental, na relação com os filhos.

O Serviço de Pais ofertado à comunidade e mediado pelos estagiários de Psicologia do CEPPSI tem sido uma experiência reveladora no sentido de pensar a importância de tais serviços em outros contextos, como é o caso no Sistema Único de Saúde (SUS). É possível, desde já, avaliar essa profícua experiência como uma potencial inserção do psicólogo, sobretudo, nos serviços já disponíveis do SUS, ao tempo que os autores aqui desejam uma leitura proveitosa e inspiradora, intentando provocar e fazer visualizar os desdobramentos dessa experiência, como prática profissional possível em diferentes contextos, sobretudo no SUS.

A seguir, convidamos você, leitor, a adentrar um pouco na contextualização, problemática, no referencial teórico e nas experiências sobre o tema serviço de psicologia a pais, onde se situam as relações parentais.

Do contexto e da problemática

O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, 2002), compreende, como corresponsáveis pela criança e pelo adolescente, a família, a sociedade e o Estado. Nesse contexto, a família é considerada o primeiro grupo de inserção da criança e um dos principais agentes de socialização, isto é, dentre outros aspectos, no núcleo familiar, a criança e o adolescente devem ser educados no sentido de se apropriarem da cultura, pois, é prioritariamente nesse círculo primário onde se aprende, perpetua, acrescenta e modifica significados da cultura e do contexto familiar (MICHENER; DEHAMATER; MYERS, 2005), visando, assim, um desenvolvimento

saudável e condizente com as necessidades físicas, psicológicas e sociais da criança e do adolescente.

A família, do ponto de vista histórico-cultural é uma instituição que vem sofrendo modificações na sua estrutura e dinâmica, introduzindo novos modelos de organização familiar, reestruturando os papéis desempenhados pelos sujeitos, inclusive no modo como as relações de poder e as afetividades se dão no núcleo familiar (ARIES, 1981; CHACON, 2011).

Para Gabriel e Dias (2011), o sistema familiar, anteriormente marcado pela figura de homem/pai e mulher/mãe vem se diluindo como modelo exclusivo, dando lugar a formas mais flexíveis de se relacionar e estruturar a família. Isto, contudo, não significa que esse “seio” seja homogêneo e é o que Rodrigues e Teixeira (2011) apontam, a respeito das novas configurações familiares, como as famílias monoparentais e casais homoafetivos, recasamentos, etc.

Seja qual for a sua configuração, a literatura tem reiterado que a família é um importante espaço na formação do sujeito. Salvador, Weber e Brandenburg (2006) observam que a família participa diretamente no desenvolvimento social, cognitivo e psicológico da criança e do adolescente, no qual serve de base referencial, nas mediações com outras relações sociais. Coadunando com essa perspectiva, Coelho e Murta (2007) falam que a família promove o primeiro e mais importante espaço na construção da saúde mental da criança, além de ser o espaço primevo da relação interpessoal e no desenvolvimento humano. Além disso, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 elenca, em seu art.227 (Redação dada Pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010), a garantia de que é dever da família, da sociedade e do Estado promover um espaço de cuidado, aprendizagem, desenvolvimento e respeito, para a criança e/ou adolescente.

Não se pode perder de vista, contudo, que as modificações na estrutura e dinâmica familiar são frutos das transformações econômicas, sociais, culturais e tecnológicas que a sociedade tem vivenciado, produzindo, portanto, novos modos de relacionamento entre os membros familiares. Tais modificações têm reverberado em

mudanças, passando, por exemplo, pela objetivação da condição humana, como é o caso da carência que os indivíduos têm em serem aceitos e da crença de que precisam viver felizes o tempo todo. Bauman (2011), ao discutir sobre a liquidez da relação já indicava a fragilidade da modernidade, com a falta de estabelecimento de relações mais duradouras e de vínculo fortes.

Algumas dessas marcas da atualidade incidem sobre o modo como as famílias se constituem e, conseqüentemente, na maneira como as relações parentais são estabelecidas. Nesse sentido, o “mundo líquido” (Bauman, 2011) tem contribuído para uma dificuldade em lidar com as frustrações. Nesse contexto, o excesso de competitividade leva os pais a níveis elevados de ansiedade e à ausência dos cuidadores no cotidiano dos filhos o que contribui, muitas vezes, para um sentimento de culpa, além da falta de modelos, normas e rotinas que orientem o desenvolvimento dos filhos. Padovani e Williams (2011) falam que esses pais terminam por superproteger os seus filhos, não estabelecendo os limites adequados, e necessários, para o desenvolvimento da autonomia e mecanismo para lidar com as frustrações.

Zappe e Dias (2012) salientam que a fragilidade na estrutura familiar, sobretudo no enfraquecimento do controle sobre o comportamento e na ausência da composição da família com a figura que exerce o papel do pai e da mãe, tem sido apontando como um elemento para inserção dos jovens no contexto de violência e na prática de atos infracionais, só para ficar nesses exemplos.

No entanto, no mundo de aceleradas modificações, algumas ainda caminham a passos lentos e nos instigam à urgente necessidade de reflexão. Dentre elas, a reflexão sobre a indispensabilidade de (re)pensarmos, discutirmos e (re)criarmos, em conjunto e em diferentes instituições e modalidades, o como nossas relações pais/cuidadores-filhos se estabelecem e impactam nosso cotidiano.

Nesse sentido, ainda precisamos avançar. Por exemplo, no contexto escolar, seguimos aprendendo muito sobre matérias, disciplinas e saberes teóricos e práticos que nos ajudam a inserção no competitivo mercado de trabalho, entretanto, pouco aprendemos e debatemos ou discutimos sobre a vida social e familiar. Assim sendo,

nos tornamos esposas(os) e mães/pais sem muito entender ou refletir sobre o que significa, por exemplo, ser pai ou ser mãe, ou talvez ser pai e mãe ao mesmo tempo. Desse modo, carregamos para nossa experiência os aprendizados oriundos de nossas próprias educações, prenes de tentativas, de erros e acertos, e somamos a isto os conselhos dos amigos e a aprendizagem adquirida na experiência de nossos pais, reproduzindo insensivelmente, e sem resignificar nossas formas de estar no mundo, e com o outro. Neste sentido, Weber (2007) afirma que procriar pode ser “natural”, mas ser pai e mãe, para a autora, não. Para ela, deve existir uma conscientização sobre o desejo de se assumir verdadeiramente os papéis parentais.

Batista e Weber (2012) apontam que uma das funções familiares mais pesquisadas na atualidade se refere à função parental, por estar diretamente relacionada ao desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes. Quando se fala em função parental, os termos “mãe” e “pai” podem ser entendidos como referentes àquelas pessoas que exercem tais funções, ou seja, os principais cuidadores na família.

Nesta direção, a função parental pode ser visualizada como dimensão de duas facetas: o estilo parental e as práticas parentais. O estilo parental é definido como “um conjunto de atitudes direcionadas à criança e que, tomadas em conjunto, criam um clima emocional no qual os comportamentos dos pais são expressos” (Batista & Weber, 2012, p.300), e as práticas parentais definidas “por conteúdo específico e que operam em domínio circunscrito, tendo um efeito direto sobre o desenvolvimento de comportamentos específicos e característicos da criança” (Batista & Weber, 2012, p.300).

Em consonância, Gomide (2014) define estilo parental como o conjunto das práticas educativas parentais ou atitudes parentais, utilizadas pelos cuidadores, com o objetivo de educar, socializar e controlar o comportamento de seus filhos. A referenciada autora visualiza as práticas educativas como estratégias específicas, utilizadas pelos pais, em diferentes contextos, o que permite dizer que o estilo parental é, para ela, o resultado da confluência entre as forças das práticas educativas, demonstrando assim, a prevalência entre as práticas, sejam elas positivas (monitoria positiva e comportamento

moral) ou negativas (negligência, abuso físico e psicológico, punição inconsistente, monitoria negativa). Desse modo, ambos, estilo parental e práticas parentais, resultam em parte dos objetivos e valores que os pais apresentam (BATISTA; WEBER, 2012) e têm repercussões no desenvolvimento da criança e do adolescente.

Silva, Constantino e Rondini (2012) descrevem que a conduta dos pais, ao definir e colocar regras, normas e limites, servem como referencial para a construção de habilidades sociais e formação da personalidade. Desta forma, cabe aos cuidadores educar, promover a socialização e mediar os comportamentos dos filhos. A maneira de fazê-lo, ou ainda, o conjuntos de práticas utilizadas para alcançar este objetivo é, portanto, definido como Estilo Parental (GOMIDE, 2014).

O estilo parental, segundo Gomide (2014), pode ser positivo ou negativo. A autora apresenta que as práticas educativas positivas envolvem, entre outras formas, atenção, estabelecimento de regras, relação de afeto, promoção de condições favoráveis ao desenvolvimento das virtudes, responsabilidade, monitoramento das atividades e comportamentos. Por outro lado, o autor afirma que negligência, ausência de atenção e afeto, abuso físico e psicológico, disciplina relaxada, punição inconsistente, ameaças e chantagens, dentre outras formas de comportamento, compõem as práticas educativas negativas.

As repercussões do estilo parental, no desenvolvimento da criança e do adolescente, ressaltam a importância de se pensar, desenvolver e concretizar estratégias de educação eficazes, que possam culminar no desenvolvimento saudável para o filho. Isto significa que, quando a criança e o adolescente são mediados a partir de práticas educativas mais positivas, desenvolvem comportamentos pró-sociais, tornando-se pessoas mais propensas a estabelecer relações, também saudáveis, com os pais, os professores, os pares etc. (GOMIDE, 2014). Em contrapartida, as práticas mais negativas podem desenvolver comportamentos antissociais, vistos também como inadequados ou proibidos na sociedade, e isto acaba repercutindo na responsabilidade, educacional ou jurídica (GOMIDE, 2014).

A respeito dos estilos parentais, Carvalho e Silva (2012) apresentam a seguinte tipologia¹¹: “autoritativo”, indulgente¹², autoritário e negligente. Estilos “autoritativos” se caracterizam pelo comportamento de pais que buscam direcionar suas práticas de maneira equilibrada, entre a figura de autoridade do pai e respeito pela singularidade do filho, prezando pelo diálogo. Esse estilo apresenta alta responsividade e exigência. Estilos autoritários são marcados por pais que impõem uma relação de forma hierárquica, controladora e punitiva para com os filhos, desenvolvendo baixa responsividade e muita exigência. Estilos indulgentes são aqueles onde os pais apresentam e dispensam afetos pelo filho, mas essa realidade é confundida com ausência de limites e permissividade, promovendo elevada responsividade e baixa exigência. O estilo negligente se configura por pais que não demonstram uma relação de afeto e/ou preocupação com a parentalidade. Atualmente, esse estilo tem sido considerado o que mais causa dano no desenvolvimento das crianças, que apresenta baixa responsividade e baixa exigência.

O estilo autoritativo, quando comparado aos demais, tem sido apontado como ideal, apresentando o melhor resultado do ponto de vista de um desenvolvimento saudável, em relação aos aspectos físicos, sociais e psicológicos dos filhos, e para a relação pais/cuidadores e filhos.

Por reconhecer que a família não está neutra diante das influências históricas e sociais, e que ela é gestada e gestora no desenvolvimento social, faz-se necessários espaços que abarquem a família e seus membros, escutando as especificidades, acolhendo as diferenças e abrindo possibilidades. Espaços que sejam ambientes e momentos de diálogo e troca de saberes, de envolvimento e demonstração de afeto. Nesse contexto, a oferta do Serviço aos Pais no CEPPSI, surgiu e tem-se proposto a ser lugar de escuta, compreensão,

¹¹ Obviamente essa tipologia é apenas sugestiva e os tipos não aparecem de maneira simples e exclusiva.

¹² Alguns autores fazem uma equivalência desse tipo nomeando-o de “permissivo”.

acolhimento e troca de experiências entre pais/cuidadores, tendo como foco a relação estes e seus filhos.

Nesse sentido, o estagiário de psicologia e/ou psicólogo é convidado a ser, na atuação com pais, além de mediador, um moderador sensível às demandas que surgem, sendo chamado a escutar e intervir, a informar e aprender, a construir em parceria e respeito aos valores e princípios dos construtores que recebe (os pais/cuidadores), convocado a ser um exímio leitor das histórias de vida, e esperançoso no sentido de produzir, em parceria, novas narrativas familiares e novas formas de relações.

A PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO DE PAIS

Caracterização do campo de estágio

O CEPPSI foi oficialmente inaugurado no dia 27 de agosto de 2009, em solenidade pública, e aberto para inscrição à comunidade, em 14 de setembro de 2009. O funcionamento do CEPPSI é em anexo ao *campus* Petrolina, da Univasf. Sua estrutura física é programada para receber usuários diversos que necessitem de acompanhamento psicológico individual e/ou em grupo. Este Centro, que se configura como serviço-escola, tem o objetivo de oferecer ao estudante de psicologia um espaço para desenvolver competências e conhecimentos científicos e práticos, atendendo às variadas demandas da sociedade, em termos de ensino, pesquisa e extensão. Assim, as atividades desenvolvidas no CEPPSI estão correlacionadas ao curso de Psicologia e as atividades psicológicas, realizadas pelos estudantes, sejam elas vinculadas ao Estágio Profissionalizante¹³ (uma das ênfases supervisionados por professores do Colegiado de Psicologia), a uma

¹³ O Curso de Psicologia da Univasf tem, em sua proposta curricular atual, duas ênfases profissionalizantes: educação e saúde. O Serviço de Pais está disponibilizado na ênfase de educação, mas por vezes algumas vagas são também ofertados para ênfase de saúde.

disciplina do currículo ou ainda a um projeto de pesquisa ou extensão, tendo em vista o caráter formador da instituição.

O serviço é aberto ao público das 08:00 às 20:00 horas e conta com uma equipe composta por estagiários (que desenvolvem diversas modalidades, dentre as quais, o plantão psicológico, o atendimento psicoterápico individual, o grupo de Habilidades sociais, o Serviço de Pais, a Orientação Profissional e o Aconselhamento de Carreira), diretora (docente do curso de psicologia), duas psicólogas (responsáveis técnicas pelo serviço), uma recepcionista, dois assistentes administrativos, um porteiro, um vigilante e uma auxiliar de serviços gerais. Há ainda um estudante-bolsista, duas psicólogas voluntárias e uma residente em saúde mental.

O estágio profissionalizante, com ênfase em educação, o qual ocorre no CEPPSI, sob a supervisão do prof. Marcelo Ribeiro, tem como foco o Serviço de Pais, um serviço gratuito, aberto a pais e cuidadores, cujo objetivo primordial é a troca de saberes, de experiências, a mediação e facilitação das relações, e a informação de conteúdos relacionadas à dinâmica e vínculos pais/filhos.

O funcionamento do serviço: os atendimentos

O primeiro passo é a captação de clientes, que começa com a seleção de fichas e se dá, preponderantemente, via as fichas já cadastradas no CEPPSI. Nesse sentido, há dois perfis de fichas: pessoas que procuram o CEPPSI buscando outras demandas, e pessoas que buscam especificamente o Serviço de Pais. No primeiro caso, os estagiários entram em contato com as pessoas oferecendo esse serviço, mesmo que não tenha sido essa a motivação demandada inicialmente.

Uma vez as fichas selecionadas, procede-se com a triagem, que corresponde a entrevista que confirmará ou não a pertinência para o Serviço de Pais. Essa confirmação sempre é discutida em supervisão, quando estagiários, o professor orientador e a psicóloga avaliam o caso.

A depender do fluxo dos clientes, da quantidade de estagiários (que varia, em média, de 3 a 6, por semestre) e da qualidade / complexidade da demanda são formados grupos de pais ou se

estabelece o atendimento individual. Quando grupo, dispomos de dois estagiários para proceder com os atendimentos (os grupos são formados, em média, por até seis pais) e quando individual, um estagiário – de preferência o estagiário que fez a triagem é mantido no atendimento.

Tanto para os atendimentos em grupo, quanto individuais, as sessões são organizadas entre seis a oito encontros, com uma duração de 1h30 para o grupo e 1h para o atendimento individual. De modo geral é possível classificar os atendimentos como sendo focal e breve, pois o foco é a relação parental, e breve, por conta do prazo previamente estabelecido.

As sessões são organizadas a partir de temas orientadores, e cada tema pode ter subtemas: a) História de vida (subtemas: história da infância, história familiar, relações dos pais com seus pais, história dos valores familiares); b) Autoconhecimento / identidade (subtemas: auto-percepção, auto imagem, auto estima, projeto de vida); c) Relações parentais (subtema: estilos parentais); d) Habilidades sociais (subtema: comunicação positiva, empatia, assertividade, limites); e) Desenvolvimento infantil e adolescente (subtemas: informações das principais características do desenvolvimento infantil, Informações das principais necessidades de cuidado a respeito do desenvolvimento infantil, Informações das principais necessidades de cuidado a respeito do desenvolvimento adolescente).

Outra característica dos atendimentos é que estes são pré-estruturados, ou seja, a despeito dos temas e subtemas, a ordem e o modo de como são abordados dependerá de cada situação, e mesmo, do processo vivido nas sessões. Essa organização, portanto, é trabalhada e elaborada em supervisão. Por exemplo, digamos que uma mãe traga uma demanda de que precisa se sentir mais valorizada e que sente a necessidade de desenvolver um projeto de vida. Neste caso, o tema “b” (autoconhecimento / identidade) pode ser antecipado ou repetido. Isso faz com os atendimentos se configurem de modo singular, em consonância e diálogo com as demandas que os clientes trazem.

No espaço da supervisão, além dos refinamentos dos temas e subtemas, há discussão sobre as atividades a serem lançadas nas

sessões. Para tanto, foi adotado um “banco de atividades” relativo aos “temas orientadores”. Não que as sessões se configurem como meras aplicações das atividades, mas são disponibilizadas como recursos possíveis de facilitar os processos dos encontros.

Ao término do atendimento, os clientes recebem alta clínica e ou são encaminhados a outros serviços disponibilizados no CEPPSI, como é o caso da psicoterapia individual. Há situações ainda que o cliente inicia o atendimento em grupo, mas expressa interesse e apresenta demanda, para atendimento individual.

Em relação a supervisão, esta pode ser descrita como tendo momentos para discutir as triagens, os atendimentos feitos, o planejamento das próximas sessões, discussões de textos, e também, para momentos vivenciais com os estagiários. Em particular, essas vivências com os estagiários se configuram como um momento de aprendizagem experiencial, quando os estudantes trazem suas histórias de vida, relatos de suas relações parentais e também sobre a forma como são afetados pelos clientes e atendimentos.

Toda a gama de experiência vivida no âmbito do Serviço de Pais, sejam as experiências em termos de aprendizagem profissional envolvendo os estagiários, os desdobramentos que os pais vivenciam e mesmo a aprendizagem acumulada para o próprio serviço serão abordados e refletidos a seguir, de modo sintético, ao menos em termos de exemplos, para que se tenha uma ideia dos possíveis resultados e discussões.

RELATO DAS EXPERIÊNCIAS NO ATENDIMENTO OFERTADO AOS PAIS

Triagens

Ao realizar a triagem é recorrente ouvir que pais e cuidadores buscam o serviço “para melhorar como pai/mãe/cuidador”, mas, em geral, buscam o serviço especialmente para resolver problemas de comportamento dos filhos, dentre eles: isolamento da família (pelo uso de tecnologias), agressividade, rebeldia, problemas escolares e falta de

limites. Ainda que de forma limitada, ocorre a procura ao serviço no âmbito preventivo, para aqueles que não são pais, mas que desejam conhecer mais sobre parentalidade, como também, para pais que recorram sem queixas aparentes na relação com os filhos, e para mulheres no período gestacional.

Na maior parte dos casos é possível perceber a resistência que alguns pais possuem em reconhecer seu papel ativo, e a importância de seu engajamento na educação e desenvolvimento de seus descendentes. Além disso, percebemos a dificuldade de visualizar a relação cuidador-filho, como uma relação de mão dupla, não necessariamente direta, mas fundamentalmente de impacto a curto, médio e longo prazo na história de vida de ambos.

De modo geral, ainda que pareça contraditório em um mundo de tanta informação e tecnologia, pais e cuidadores parecem recorrer ao serviço quando ocorre o “inesperado”-- o que foge do controle, dos valores e dos princípios dos pais --, e relatam o sentimento de “perdido”/ “desnortado”, na questão de como educar, socializar e relacionar-se com seus filhos. Isto é, diante de tanta informação, muitas vezes transmitida de maneira superficial, as pessoas se veem sem parâmetros, se percebem perdidos, por vislumbrar tantas possibilidades. Essa proposta de escuta, troca de experiências e acolhimento reitera a importância e abrangência de serviços como este, que tem a pretensão de ser facilitação e sensibilização, e não, instrução impositiva, estruturada e rígida.

Algumas experiências vivenciadas nos Grupos de Pais

Conforme a experiência adquirida durante o período de concretização do Estágio Profissionalizante, no ano de 2016, foi possível perceber a flexibilidade e possibilidade de diferentes modalidades de concretização deste projeto. Assim, foram realizados grupos de pais em diferentes locais (no próprio CEPPSI, em escolas e fundações) e, conseqüentemente, com diferentes direcionamentos (pais com filhos em idades semelhantes, pais com filhos em processo de orientação profissional, pais cujos filhos apresentavam queixas

escolares e que foram indicados pela escola). Dentre os grupos realizados, três serão resumidamente citados para exemplificação.

Grupo 1: Esse grupo foi elaborado para os pais cujos filhos estavam ou buscavam orientação profissional, no CEPPSI. Os encontros -- totalizando quatro -- ocorreram uma vez por semana, no próprio Centro. As temáticas e atividades abordadas foram pensadas a partir do que surgia no grupo, e eram levadas para discussão, em supervisão.

Os objetivos dos encontros foram: (1) compreender a dinâmica familiar voltada para o tema; levantar ações e pensamentos dos cuidadores, frente a escolha profissional dos seus filhos; saber como os filhos percebem as profissões dos pais; (2) provocar uma reflexão sobre o processo de escolha profissional dos participantes e como eles lidaram com as emoções, dificuldades e inconsistências, inerentes a esse período de buscas; explorar a percepção dos pais sobre as influências no processo de escolha profissional do filho; explorar, por meio de atividade para casa, a percepção dos filhos sobre as influências em seu processo de escolha profissional, e o papel que pode ser exercido pelo cuidador, nessa experiência; (3) iniciar uma discussão sobre o percurso de autonomia dos filhos e a percepção deles sobre a participação de seus pais, no seu processo de amadurecimento; (4) possibilitar espaço de discussão e reflexão sobre o modo como as mães/pais visualizam e como atuam no percurso de autonomia dos filhos, autonomia evidenciada na escolha da profissão; realizar uma devolutiva mútua entre participantes e facilitadoras acerca dos encontros.

Durante o processo, os participantes relataram expectativas e se demonstraram abertos e colaborativos com os filhos, em seu processo de escolha profissional; expressaram surpresas e frustrações por meio das atividades realizadas; e exprimiram respeito e aceitação, ao processo que, naquele momento, era do filho. Relataram concluir o trabalho, no grupo, mais seguros na relação pais-filho, e mais compreensivos quanto às emoções e aos sentimentos que atravessam os papéis parentais e a escolha profissional de seus filhos. Ao avaliar o processo vivenciado demonstraram gratidão ao reconhecer os alcances terapêuticos proporcionados pelas sessões.

O grupo demonstrou-se promissor, não apenas nas avaliações dos participantes, mas como proposta de implementação que reconhece a orientação profissional como, em última instância, uma escolha que, apesar de desejada, não deve ser forçada, e que, embora do filho, perpassa pela família e pelas histórias que nela são vivenciadas.

Grupo 2: Esse grupo foi concretizado com pais cujos filhos frequentavam uma escola da educação secundária da cidade de Petrolina/PE. Na escola havia um estagiário de Psicologia que, ao perceber a demanda de trabalhos voltados aos pais da instituição, entrou em contato com os estagiários do Grupo de Pais do CEPPSI. Ao avaliar a viabilidade e conversar com supervisores e gestores das duas instituições (Univasf e escola), os encontros e a proposta de trabalho foram definidos.

As inscrições foram divulgadas e abertas a toda a escola, os pais interessados realizaram sua inscrição na secretária, e ficou definido que as primeiras 15 inscrições seriam as validadas. Apesar de os grupos terem em média de 6 a 8 pais, levando em conta a evasão, comum em trabalhos realizados em grupo, nesse grupo específico, 15 inscrições foram realizadas.

No total, oito encontros foram realizados, na própria escola, no turno noturno. Algumas das temáticas abordadas foram: princípios básicos da aprendizagem; regras; afetividade e comunicação; qualidade da relação pais-filho; transmissão intergeracional de práticas educativas e sua influência na educação dos filhos; autoconhecimento, e pais como modelo.

A vivência nesse grupo nos despertou para a importância de que grupos voltados para os pais não sejam, apenas, diretamente transportados para o contexto escolar, mas que sejam com ele construído, visando assim, a adequação dos métodos e atividades ao cotidiano da escola e da realidade dos pais, a fim de que estes se envolvam e se sintam parte desse processo, cujos benefícios poderão ser generalizados, atingindo, dessa maneira, escola, alunos e comunidade.

Apesar da alta evasão, a criação do grupo, que foi o primeiro desta escola, foi avaliada como positivo e necessário na perspectiva da gestão da instituição, e dos participantes.

Grupo 3: A partir das fichas de pré-cadastro, no serviço de crianças e adolescentes, foi estabelecido contato com os pais visando à formação e a participação desses, no Grupo de Pais. É importante salientar que a formação dessa modalidade de atendimento, no CEPPSI, ajuda indiretamente a atenuar a fila de espera, na busca de atendimento para crianças e adolescentes, pois, grupos como este, apesar de não lidarem diretamente com os filhos, têm se mostrado efetivo ao também atingi-los, por se proporem a (re)pensar as práticas parentais, e a relação entre pais e filhos.

Esse grupo ocorreu no próprio CEPPSI, em oito encontros. Entre as temáticas abordadas, algumas foram: O que está implicado no “ser pai/ser mãe”? O papel e a importância de regras claras, consistentes e coerentes; observação, apoio e valorização dos “bons” comportamentos dos filhos; a necessidade de empatia, afeto, de participar e se envolver efetivamente na vida e no cotidiano dos filhos; transmissão intergeracional das práticas educativas; autoconhecimento dos pais e seu impacto na relação com os filhos; e pais como modelo.

Durante o programa, os participantes foram incentivados a relatar experiências e desafios, vivenciar dramatizações, praticar leituras e a recordar, por meio de desenhos e objetos, sua história de vida e implicações desta, na criação dos seus filhos.

Os participantes avaliaram o programa como enriquecedor para a relação pais/cuidadores-filhos, e expuseram a importância do estar em grupo, e as ricas trocas de experiências, possibilitadas por esta inserção. Destacaram, também, a mudança sentida em pequenos comportamentos, comparando o modo como chegaram e o como estavam saindo. Apesar do relato de algumas dificuldades, salientaram que enxergavam na “rotina” do horário certo, e do dia fixo para o encontro do grupo, uma possibilidade de também pensar e (re)pensar em si, ou seja, um investimento que, antes de atingir a relação, impactava inicialmente o indivíduo, o participante.

Relatos da orientação para pais na modalidade individual

O atendimento individual, como mencionado anteriormente, ocorre por diversos motivos, e um deles é o tipo de demanda apresentada pelo cuidador, decisão esta sempre tomada em supervisão. O acompanhamento individual do Serviço de Pais não se caracteriza como uma psicoterapia, pois objetiva abordar questões específicas da relação do paciente com o(s) filho(s), não deixando, no entanto, de escutar, acolher e atentar para questões pessoais que atravessam a relação com o filho.

Caso 1: No relato que segue apresentaremos um caso bastante curioso, em que acolhemos uma mãe cujo filho estava sendo atendido por outro estagiário no serviço. Este caso chegou até nós, por indicação de outro grupo de estágio, que ocorreu quando este grupo pensou sobre a contribuição do atendimento à mãe, objetivando avanços na criança.

Embora a criança fosse a principal assunto do atendimento, percebemos que outras questões atravessavam a relação mãe/filho e que, portanto, desencadeavam, nos filhos, comportamentos que chamaram a atenção em casa e na escola, motivando a produção da queixa sobre a criança, de hiperatividade, desobediência. Ao iniciar o processo com a mãe, não foram as queixas sobre a criança que apareceram na primeira sessão, mas sim, suas dores pela separação conjugal. O ex- marido, pai do menino era um dos assuntos mais recorrentes, todavia, ao longo do processo, percebeu-se que este último foi “perdendo espaço” nos relatos, ao mesmo tempo em que a criança surgia muito em sua fala. Foi percebido que a relação mãe/filho se aproximava de uma configuração simbiótica, superprotetora, onde se supõe um estilo parental indulgente, mediante a falta de limites, dificuldade de sustentar uma regra. E assim, ao longo das sessões, foi sendo problematizado o lugar que essa criança ocupa na vida dessa mãe. As sessões transcorreram em direção à paciente, na busca de que esta reconhecesse a necessidade de investir em si, a partir dos estudos -- como ela havia mencionado. E assim, fechamos o atendimento da paciente, com a elaboração de planos para ela, bem como, com outros

alcances terapêuticos: um discurso mais otimista e firme, com perspectiva diferente sobre os problemas. Posteriormente, recebemos, do supervisor e estagiária que acompanhou a criança, um o retorno positivo, relatando que o atendimento à mãe havia surtido mudanças no comportamento da criança.

Caso 2: No relato que segue, acolhemos um pai que procurou o serviço queixando-se de que a filha mais nova tinha tentado suicídio depois da morte da esposa, que tinha acontecido recentemente. Diante disso, foi ofertado atendimento para a filha, sendo notada, também, a necessidade de oferecer um espaço para o pai.

Ao iniciar os atendimentos, o pai contou que o filho sofria de doença mental, afetando todo o contexto familiar. Relatou que isso podia ter relação com a morte da esposa, mas não tinha certeza. Foi percebida a necessidade de proporcionar a este pai um espaço de escuta para compreender melhor o caso. Durante as sessões, o cliente trouxe muitas questões sobre a vivência do luto, a sensação de solidão e a agressividade do filho. Nos primeiros encontros, o cliente apresentou mais intensamente os aspectos sobre a relação com filho, e a problemática da filha mais nova ficava em segundo plano. Com o passar das sessões, trabalhamos a necessidade de ele perceber a realidade da filha e planejar estratégias para modificar a relação com ela, ao mesmo tempo discutimos a necessidade de deleresignificar a relação com o filho. Ao final dos encontros, percebemos a necessidade de encaminhar esse pai para um acompanhamento psicoterápico.

Algumas problematizações

Conforme dito anteriormente, a relação que a criança estabelece com o seu ambiente social direto (por exemplo, a família e a escola) é crítica para o seu desenvolvimento, pois, nesse ambiente, acontece muito do que se desdobra na sociedade. Neles, a criança começa a aprender padrões de comportamento, começa a se definir e diferenciar-se de outros, além de ampliar o conhecimento que possui sobre os diferentes papéis que fazem parte da vida social. Essa relação

pode ser discutida à luz da teoria da ecologia humana, na qual se reconhece que esses ambientes funcionam como microsistemas que interagem, compartilhando e construindo novos códigos. Deste modo, “um microsistema é um padrão de atividades, papéis e relações interpessoais experienciados pela pessoa em desenvolvimento num dado ambiente com características físicas e materiais específicas” (BRONFENBRENNER, 1996, p 19). Portanto, em um ambiente em que há interação face a face e que envolve elementos de interação consistentes e fundantes na constituição da subjetividade, considera-se que os sujeitos do microsistema familiar em sua dinâmica cotidiana produzem modos de relação que geram, inclusive, conflitos. É nesse contexto que as subjetividades se entrelaçam e, portanto, vão se constituindo e forjando os processos identitários.

Desse modo, pais e cuidadores são os principais apoios ao indivíduo, são agentes socializadores e são, também, responsáveis pelas primeiras aprendizagens fundamentais ao desenvolvimento posterior da criança. Desta maneira, os comportamentos dos pais influenciam o comportamento dos filhos. No entanto, focar apenas alguns comportamentos específicos, sem avaliar contextos e histórias pessoais e intergeracionais, pode levar a interpretações errôneas. Nesta vertente, é necessário expor que o estilo parental pode variar como função de influências além do contexto imediato, tais como a cultura, classe ou composição familiar (Batista; Weber, 2012). E que o pai/cuidador pode agir com estilos parentais diferentes com filhos diferentes em função de influências diferentes.

Nos filhos, o estilo parental dos pais pode repercutir em diferentes aspectos, como a (in)decisão profissional, o contexto escolar, representado pelo desempenho acadêmico; as habilidades sociais; a futura configuração familiar do filho; e o surgimento de diferentes patologias (CARVALHO; SILVA, 2014). Ademais, Friedberg e McClure (2004) destacam que os problemas da relação pai-filho frequentemente têm impacto na apresentação e na manutenção do sofrimento afetivo, como também, na atuação comportamental da criança, o que, portanto, torna o envolvimento dos pais um imperativo que não deve ser minimizado.

Weber, Brandenburg e Salvador (2006) salientam que existem diversas modalidades de intervenções com pais e cuidadores, dentre elas: a psicoterapia parental, a orientação parental aliada à psicoterapia infantil e o treinamento de pais. Além disso, as autoras salientam que, para mudar as práticas parentais, não parece suficiente escrever livros ou realizar palestras expositivas, mas que, faz-se necessária a realização de treinamentos práticos para que os pais adquiram novos repertórios comportamentais na interação com os filhos. Apontam, também, que, em tais programas, diferentes temáticas podem ser trabalhadas, dentre elas: histórias de vida, vínculos, habilidades sociais e estilos parentais.

Além dos temas evidenciados anteriormente, Bolsoni-Silva (2007) apresentam outras possíveis temáticas, tais quais: comunicação, expressão de sentimentos positivos, conhecimento dos direitos humanos básicos, expressão de opiniões e sentimentos negativos, aceitação e recusa de pedidos, reconhecimento de limites, dentre outras questões apresentadas e demandadas pelo grupo. Portanto, práticas educativas que estabelecem limites, que proporcionam comunicação, ensinam responsabilidades gradativas, que estabelecem regras e que zelam para serem cumpridas, que se dispõem a ouvir a criança/adolescente e demonstram afeto, são apresentadas, como práticas com maior probabilidade de ensinar aos filhos que sejam responsáveis, comunicativos, autoconfiantes, autônomos, com boa autoestima e com mais habilidades sociais (COELHO; MURTA, 2007).

É com base nesse contexto, que propostas de estágio e atuação profissional que lidam, abordam e incentivam a relação entre pais/cuidadores e filhos, que se apoiam, destacando-se o imperativo e necessário desenvolvimento, de estudos e pesquisas que tenham como foco as interações mãe/pai/cuidador e criança/adolescente, sobretudo, em meio a um contexto com profundas transformações, possibilitando o refletir sobre o cenário atual, com o intuito, não apenas informativo, mas também de facilitação, mediação e troca de saberes e experiências capazes de provocar e possibilitar transformações.

Considerações finais

O diálogo entre a equipe de estagiários e supervisores, o planejamento das atividades realizado em equipe, os textos, temas e casos que foram abordados, refletidos e debatidos nas supervisões, têm-se apresentado como estratégias fundamentais para concretizar e tornar o Serviço aos Pais uma prática de estágio construída, enriquecedora e compartilhada, além de potencializadora.

A partir das vivências e experiências, também foi possível perceber a importância de que a prática do psicólogo seja planejada e embasada teoricamente, o que requer estudo e habilidades. Ademais, é indispensável ao profissional que possua sensibilidade, e que esteja apto para uma escuta qualificada, para o acolhimento, flexibilidade, e disposição, a fim de estabelecer um vínculo que respeite, durante todo o processo, as peculiaridades do cliente, para o qual a intervenção está sendo desenvolvida.

Apesar de algumas limitações pontuais, como por exemplo, a evasão no trabalho em grupo; ao número de encontros reduzidos com os pais (ora suficientes, ora não!); a limitação no atendimento à criança ou a toda a família, considerando que o projeto está inicialmente embasado e voltado aos pais. É possível avaliar as experiências e vivências, concretizadas por meio do estágio, como enriquecedoras, não apenas em aspectos teóricos, mas também, pela reflexão e caracterização as quais proporcionam a abordagem de princípios éticos e profissionais, relativos ao fazer do psicólogo, nesse campo de atuação.

Diante disso, reiteramos o valor e a importância da reflexão e concretização desta prática, dentro dos diferentes campos de atuação da Psicologia, dentre eles, no Sistema Único de Saúde, o qual, certamente, estará instigando estudantes e profissionais a buscarem uma preparação cada vez mais ampla e integrada, dentro do vasto universo do exercício da Psicologia. Que este despretenso trabalho incentive a formação de outros, cujo alcance e resultados superem os que foram por este encontrados.

REFERÊNCIAS

ARIÈS, P. A Descoberta da Infância. In: ARIÈS, Philippe. **História Social da Criança e da Família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ltc Editora. Cap. 2. p. 17-31, 1981.

BAUMAN, Z. **44 cartas do mundo líquido moderno**. (Trad. Vera Pereira) ed. Zahar, 2011

BATISTA, A. P., WEBER, L. N. D. Estilos de liderança de professores: aplicando o modelo de estilos parentais. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**. São Paulo, v. 16, n. 2, p.299-307, 2012. Retirado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572012000200013

BOLSONI-SILVA, A. T.. Intervenção em grupo para pais: descrição de procedimento. **Temas em Psicologia**, 15(2), p. 217-235, 2007.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**: Lei federal no 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.

BRASIL . **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Presidência da República, 2016.

BRONFENBRENNER, U. **A Ecologia do desenvolvimento humano**: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

CARVALHO, M. S. & SILVA, B. M. B.. Estilos Parentais: um estudo de Revisão Bibliográfica. **Psicologia em Foco**, Frederico Westphalen, Rs, 6(8), 22-42, 2014. Retirado de: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/psicologiaemfoco/article/view/1571/1768>

CHACON, M. C. M. Aspectos relacionais, familiares e sociais da relação pai-filho com deficiência física. **Revista Brasileira de educação especial**, v.17(nº3), p. 441-458, 2001. Doi:10.1590/S1413-65382011000300007

COELHO, M. V. & Murta, S. G. Treinamento de pais em grupo: um relato de experiência. **Estud. psicol.**(Campinas), 24 (3), p. 333-341, 2007.

BRASIL.. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei Federal, 1990.

FERREIRA, A. B. de H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. (5ª ed.) Curitiba: Positivo, 2010.

FONSECA, C. **Caminhos da Adoção**. São Paulo: Cortez, 1995.

FRIEDBERG, R. D. & MCCLURE, J. M. Trabalhando com os Pais. In: Friedberg, R. D. & McClure, J. M. **A prática clínica de Terapia Cognitiva com Crianças e Adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

GABRIEL, M. R. & Dias, A. C. G. Percepções sobre a paternidade: descrevendo a si mesmo e o próprio pai com pai. **Estudos de psicologia**, 16(3), p.253-261, 2011.

GOMIDE, P. I. C. **Inventário de Estilos Parentais (IEP): modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação**. (3ª Ed.) Petrópolis, Rj: Vozes, 2014.

MICHENER, H. A., DEHAMATER, J. D. & Myers, D. J.. **Psicologia Social**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

PADOVANI, R. C & WILLIAMS, L. C. A. Estilo parental de origem e ansiedade em homens com histórico de agressão à parceira. **Estudos de Psicologia**, 16(3), p.263-269, 2011.

PEREIRA, P. J. **Adoção: realidades e desafios para um Brasil do século XXI**. 185 f. Tese (Doutorado) - Departamento de Demografia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2012.

RODRIGUES, G. A. R., & TEIXEIRA, R. C. P.. A falta de limites na relação pais e filhos e o papel da escola. **Revista da Graduação**, 4(2), p. 1-18, 2011.

SILVA, C. M. R; Constantino, E. P.; & Rondini, C. A.. Família, adolescência e estilos parentais. **Estudos de Psicologia**, Campinas, 29(2), p.221-230, 2012.

WEBER, L., SALVADOR, A. P. & BRANDENBURG, O. **Medindo e promovendo a qualidade na interação familiar**. Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade, 18, p 25-40, 2006.

WEBER, L. N. D. **Aspectos psicológicos da adoção**. (2^a ed.). Curitiba: Juruá, p.186, 2007.

WEBER, L. N. D., BRANDENBURG, O. J., Salvador, A. P. V. Programa de Qualidade na Interação Familiar (PQIF): Orientação e Treinamento para Pais. **Psico**, Porto Alegre, 37(2), p. 139-149, 2006. Retirado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5161655>

ZAPPE, J. G. & DIAS, A. C. G.. **Violência e fragilidade nas relações familiares**: refletindo sobre a situação de adolescentes em conflito com a lei. **Estudos de Psicologia**, 17(3), 389-395, 2012.

GRUPO DIÁLOGO: O DIÁLOGO COMO COMUNICAÇÃO E COELABORAÇÃO - POSSIBILIDADE DE INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL

Pácifer Maia Sabiá¹

Introdução

Este artigo tem sua construção baseada na dissertação em Psicologia Clínica (O Diálogo como comunicação e coelaboração: possibilidade de intervenção psicossocial), desenvolvida por Pácifer Maia Sabiá, na Universidade Católica de Recife, em março de 2012.

A modalidade de atenção psicológica denominada Grupo Diálogo teve seu início no primeiro semestre de 2007, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Casa Verde, Unidade do Hospital Escola Portugal Ramalho (HEPR), da Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas (Uncisal), seis meses após ter iniciado a atividade profissional nesse Centro, que se estendeu até o primeiro semestre de 2013.

Compreendíamos a necessidade de construir uma psicologia política: espaços de acolhimento do conflito, sofrimento, esperanças e alegrias que valorizassem os sentidos subjetivos produzidos no entorno das contradições das relações e práticas, em suas dimensões individual, social e institucional. Nesta perspectiva, percebíamos, na referida instituição, uma carência de momentos dialógicos de integração que levassem em conta a totalidade dos atores institucionais, o que parecia ocasionar -- no usuário em especial --, um sentimento desconfortável de segmentação e hierarquização das relações institucionais, o qual poderia prejudicar a potencialidade do protagonismo crítico, dos sujeitos implicados.

O trabalho desenvolvido no Diálogo sofreu influência de uma prática desenvolvida nos plantões noturnos, na Unidade de Emergência

¹ Psicólogo, Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP).

Professor Armando Lages, entre os anos 2004 e 2008, na cidade de Maceió, e foi realizado junto aos acompanhantes dos usuários internos, nas enfermarias. O trabalho com Atividade grupal ocorria sem pauta pré-definida, onde eram discutidas as inquietações desses acompanhantes, em conversas capazes de alcançar uma compreensão de suas dificuldades, possibilidades, sofrimentos e esperanças, no contexto da hospitalização. Vale frisar que os a construção dos fundamentos teóricos desta prática já consideravam Paulo Freire (1999, 2003, 2007, 2008).

O Diálogo se originou a partir de um reduzido grupo de acompanhamento psicológico, formado por cinco ou seis usuários, aos quais nós prestávamos atendimento individual. Impactava-nos a insatisfação, por parte de outros usuários, por não estarem participando do dito acompanhamento. Os mesmos chegavam a solicitar participação, por vezes, de maneira não convencional, batendo à porta da sala em que realizávamos os trabalhos. Abrimos, então, o pequeno grupo, à participação de todos os atores institucionais, já que, conversávamos sobre assuntos individuais, processos grupais, institucionais e relativos, à sociedade mais ampla. Deu-se, então, início à modalidade de trabalho chamada Diálogo.

Esta proposta de trabalho justifica-se pela possibilidade de apresentar e caracterizar uma modalidade de atenção psicológica que congrega, a um só tempo e num mesmo espaço, a participação dos atores sociais que transitam na instituição, voltados à busca da compreensão acerca de inúmeras questões que atravessam o seu cotidiano, e que exigem posicionamentos éticos e políticos, podendo contribuir, também, para pensarmos tal modalidade em outros espaços sociais.

O Diálogo se constitui como uma proposta nossa, enquanto profissional, em busca de um que fazer clínico que congrega preocupações políticas e éticas de ordem prática, buscando o direito à liberdade de expressão e de corresponsabilização, de todos os implicados no dia-a-dia institucional, como também, preocupações políticas e éticas de ordem teórica, quanto à possibilidade de construir, coparticipativamente, um pensamento relativo à clínica que considere

o psicológico enquanto constituído e constituinte, das condições e relações históricas e culturais. Tais questões nos têm incomodado e, ao mesmo tempo, motivado.

No trabalho em referência, consideramos o diálogo como dinâmica intersubjetiva central, para o desenvolvimento de uma psicologia histórico-cultural, com base em uma realidade complexa, que é social, histórica, política e cultural - no nível da prática profissional e da pesquisa. Para González Rey (2005a p. 234-240):

A teoria histórico-cultural, inspirada em um marxismo criativo e revolucionário procurava representar a unidade dos sistemas complexos da sociedade por meio das aparências desconexas de suas formas de expressão. Procurava-se a essência como princípio organizador, e não como princípio metafísico inalterável que atuava como causa universal (GONZÁLEZ REY, 2005b, p. 29-30).

Adentramo-nos, então, na teoria da subjetividade deste autor, enquanto vertente de aprofundamento psicológico do fenômeno subjetivo, também presente no pensamento psicossocial de Freire, ou seja, subjetividade, “como um sistema dialógico-dialético, que de forma constante se desenvolve dentro de outros sistemas em relação aos quais atua em sua dupla condição de constituinte e constituído” (GONZÁLEZ REY, 2005a, p. 266). Este autor faz referência ao diálogo entre sistemas subjetivos e objetivos complexos, nos quais “a subjetividade não é o oposto do objetivo, é uma qualidade da objetividade nos sistemas humanos produzidos culturalmente” (GONZÁLEZ REY, 2004, p. 125).

Nesta perspectiva, em nosso trabalho, procuramos compreender o Diálogo no CAPS Casa Verde, buscando, no desenvolvimento de suas sessões:

1. Construir um sistema conversacional, como abertura à problematização dos conteúdos postos em discussão, articulando o diálogo à produção dos sentidos e significados subjetivos emergentes;

2. Investigar as possibilidades do Diálogo como processo psicoeducativo facilitador da articulação entre a dimensão clínica e os processos sociais e institucionais, com suas relações, práticas e espaços.

Na busca da construção e compreensão do Diálogo como uma prática comprometida com a construção de um sujeito que é psicossocial e político, concebíamos este sujeito numa perspectiva freireana, enquanto unidade práxica entre consciência de si (no mundo e com o mundo), diálogo e ação (SABIÁ, 2012, p. 17); sujeito ensinante e aprendente, que anuncia, denuncia, provoca, resiste, reflete, problematiza, que se contradiz frente a sua própria subjetividade.

Nesta linha de entendimento, a negação do sujeito implica a negação da possibilidade dialógica, que se dá pela ignorância ou prescrição; ou por uma forma sofisticada de prescrição: fundamentar-se numa compreensão da essência enquanto princípio absoluto, verdades absolutas, atemporais, universais invariantes. Isto, simultaneamente, bloqueia, produz resistência à possibilidade do ser sujeito em sua produção cultural e de conhecimento, que são seus legitimadores. Aqui o sujeito não se define como repassador ou depósito de conteúdos. Para este ângulo de compreensão, conhecimento se diferencia da mera informação, a qual pode ser repassada. Para Freire,

Cultura é todo o resultado da atividade humana, do esforço criador e recriador do homem, de seu trabalho por transformar e estabelecer relações de diálogo com outros homens. (...) é também aquisição sistemática da experiência humana, mas uma aquisição crítica e criadora, e não uma justaposição de informações armazenadas na inteligência ou na memória e não incorporadas no ser total e na vida plena do homem (2005, p. 43).

A diferença entre cultura e conhecimento tem como base, apenas, a rigorosidade reflexiva deste último, não havendo um limite geométrico entre cultura e conhecimento. Tanto a produção cultural, quanto a de conhecimento se dão em todos os espaços da existência humana. São produções existenciais. Desde a roça à academia.

Por fim, a reflexão sobre este trabalho grupal, produto da pesquisa no mestrado, ainda que iluminada pela Epistemologia Qualitativa de González Rey, foi organizada a partir da perspectiva proposta por Gadamer.

Epistemologia da pesquisa e metodologia de trabalho no diálogo

A compreensão do modo de produção de conhecimento que ilumina a realização e a análise desta proposta de trabalho tem como uma de suas referências a Epistemologia Qualitativa, definida como “um esforço na busca de formas diferentes de produção de conhecimento em psicologia que permitam a criação teórica acerca da realidade plurideterminada, diferenciada, irregular, interativa e histórica, que representa a subjetividade humana” Para González Rey (2002, p. 29), a Epistemologia Qualitativa se fundamenta em três princípios gerais (GONZÁLEZ REY, 2005c, p. 05-16):

1) o **caráter construtivo-interpretativo do conhecimento**, que se justifica pela definição ontológica da realidade subjetiva como uma realidade distinta da totalidade do real, mas que mantém uma relação dialética com esta, ainda que nunca a alcance completamente;

2) a **legitimação do singular como instância de produção do conhecimento**, que está intrinsecamente relacionada ao caráter teórico construtivo-interpretativo da produção do conhecimento. Este caráter decorre do fato de que a realidade, em sua complexidade, não é apreensível de forma direta e imediata. Apreendê-la significa interrogá-la, recortá-la, interpretá-la, ou seja, o processo interpretativo mantém uma relação de mutualidade recursiva com a construção teórica sobre o estudado;

3) a **dialógica da comunicação**, processo que carece da expressão de sujeitos vivos, reflexivos e históricos, constituídos e constituintes da realidade.

Com base nestas iluminações gonzaleanas, buscamos a compreensão dos dados da pesquisa sobre o Diálogo, a partir de sua interpretação hermenêutica e pela construção dos núcleos de sentidos relacionados a eles, tendo como referência a perspectiva de Gadamer, como anteriormente referido (SABIÁ, 2012).

Sobre a metodologia da prática grupal

As sessões de periodicidade semanal desenvolveram-se através das seguintes etapas: convite, apresentação, desenvolvimento (conversas com abertura à problematização) e fechamento; além de buscar corresponder a alguns princípios e normas como elementos norteadores de sua organização (SABIÁ, 2012).

Convite

Convidamos os usuários, os estagiários, além dos funcionários em geral, e visitantes, para a sessão grupal.

Apresentação

Iniciamos a sessão com a apresentação dos novos participantes, quando haviam, e dos princípios e normas norteadores do desenvolvimento das conversas e discussões, a fim de esclarecer a dinâmica grupal e proteger seu caráter ético. Em havendo questionamentos sobre os princípios e/ou normas, tais questões configuraram o primeiro momento das discussões.

Desenvolvimento

Os conteúdos elaborados não correspondiam a uma pauta pré-elaborada, mas emergiram das necessidades, motivações e interesses dos participantes.

Princípios

Os princípios do trabalho ora descrito foram:

1) Poderemos conversar sobre qualquer assunto relativo à sociedade, à instituição, ao grupo ou à história pessoal de quem quiser se colocar, mas que, no que se refere aos assuntos, não devíamos

explorar um “grande segredo”, ou seja, aquilo que não podemos falar para qualquer pessoa. Nesse sentido, devemos nos proteger de colocar algum grande segredo em grupo, pois não temos condições de assegurar a discrição, na instituição ou fora dela. Este conceito de “grande segredo” foi apropriado a partir do pensamento de Adalberto de Paula Barreto (2005), psiquiatra e antropólogo cearense;

2) Não podem surgir no grupo proposições internas ou externas fechadas, *a priori*, porque estas não se colocam a serviço da discussão espontânea e/ou crítica dos participantes, a não ser, que sejam construídas coletivamente no interior do grupo;

3) Nas possíveis queixas relativas à instituição em que se desenvolve o respectivo trabalho, deve-se procurar formulá-las, sem personalizá-las, a fim de evitar constrangimentos éticos;

4) O diálogo pressupõe respeito e atenção à construção das ideias expostas por cada participante;

5) O facilitador deve se apresentar no grupo o mais próximo possível da condição e das possibilidades do usuário e dos demais participantes. O que, diferencia, com clareza, a função do facilitador é a sua competência em tecer as costuras necessárias ao bom desenvolvimento dos princípios e normas do grupo, orientadores dialógicos, como também, facilitar/animar o desenvolvimento dos conteúdos postos em discussão;

6) Deve ser evitada a participação de familiares dos usuários, como forma de proteção à organização emocional e comunicativa destes.

Normas

As normas do trabalho em pauta foram:

1) O tempo de fala de cada participante deve respeitar a possibilidade de todos se pronunciarem ao longo da duração do grupo;

2) A permanência e participação no grupo não são obrigatórias, assim como, a expressão verbal;

3) Deve-se procurar evitar conversas paralelas ao assunto em discussão, como também, considerar a possibilidade do surgimento e desenvolvimento de novos temas, conforme o grupo passe a valorizá-los cognitivo-emocionalmente. Neste sentido, deve-se procurar prestar atenção a quem o grupo está a eleger, como orador;

4. O grupo tem periodicidade semanal e duração oficial de uma hora, podendo estender ou reduzir seu tempo conforme suas motivações ou interesses.

Resultados do estudo sobre o grupo

De acordo com Sabiá (2012), os núcleos de sentido construídos sobre o Diálogo são:

1) O caráter político do grupo emerge nas situações em que sugestões e queixas/denúncias a respeito da instituição são trazidas à tona, como nas oportunidades de informação e reflexão sobre os direitos institucionais dos usuários, além de expressar-se, também, na possibilidade dialógica para a construção dos conteúdos elaborados e na possibilidade de expressão de seus sentidos subjetivos;

2) O conteúdo religioso no grupo, assim como qualquer outro aspecto cultural, pôde ser considerado em sua dimensão individual e social;

3) A construção narrativa do sofrimento acontece como meio para a elaboração das discussões;

4) Uma abordagem propositiva relacionada à manutenção do clima dialógico pode colaborar para a promoção do diálogo;

5) O Diálogo, enquanto clínica social, pode se apresentar como momento de abertura para a participação dialógica de atores não usuários-institucionais;

6) A mudança dos eixos temáticos em discussão, no grupo, parece ser facilitada pelo sentido pragmático de um novo assunto;

7) As conversas e discussões no grupo constituem um sistema aberto - não acabado e interativo - de produção de conhecimento, envolvendo seus variados níveis de complexidade;

8) A potencialidade dialógica do grupo se encontra na dependência da potência dialógica da instituição e da sociedade;

9) O grupo é reconhecido como tendo uma inclinação psicoterápica, ainda que não seja em si psicoterapia; 10. O grupo proporciona ao usuário o sentido de pertença à instituição;

11) A convivência grupal se realizou com base em relações igualitárias, horizontais;

12) O caráter ético é tratado considerando-se as seguintes questões, como princípios para o funcionamento do grupo: a não revelação de um “grande segredo” e a não personalização das queixas relativas aos atores institucionais.

Considerações finais

O Diálogo se constitui como um grupo de atenção psicossocial, sistema conversacional aberto à possibilidade da problematização de conteúdos emergentes (não pré-fixados), apresentados e acolhidos por seus participantes.

Essa forma de trabalho caracteriza-se como processo dialógico de produção de sentidos e significados subjetivos a partir das experiências concretas (contextuais e histórias) de seus sujeitos, com suas variadas representações institucionais e sociais, visto que se constitui como abertura à participação de usuários, estagiários, visitantes e funcionários. Neste sentido, é um processo facilitador de produção subjetiva crítica, enquanto espaço de comunicação e coelaboração espontânea e reflexiva, do sofrimento individual e/ou social, de queixas/denúncias/sugestões, relativas à instituição e suas práticas, como também, de assuntos relacionados aos mais diferentes aspectos sociais, culturais e políticos.

O Diálogo tem um caráter de abertura para possibilidades de desenvolvimento pessoal e coletivo que transcende a prática psicológica individualizante, na medida em que consegue alcançar a multidimensionalidade do sujeito e das questões apresentadas, dimensões histórico-culturais da realidade.

Como bem diz Fiori (1999, p. 16), o diálogo fenomeniza e historiciza a essencial intersubjetividade humana; ele é relacional e, nele, ninguém tem iniciativa absoluta. Os dialogantes admiram um mesmo mundo; afastam-se dele e com ele coincidem; nele põem-se e opõem-se.

Em síntese, pela condição geral da pluralidade de motivos geradores das discussões em seu interior, relacionados a interesses que transcendem a esfera das resoluções emocionais, acreditamos que a modalidade grupal Diálogo se caracteriza como uma experiência que tem um **caráter psicológico** – enquanto espaço de acolhimento do sofrimento, e práxis clínica que, como tal, tem relação com processos individuais, sociais e institucionais; **pedagógico** – como espaço de produção de educabilidade, do aprender a fazer análise ou escolhas, de construção de conhecimento como articulação entre vivências, experiências e a rigorosidade reflexiva; **político** – enquanto espaço de produção e de reflexão sobre acordos ético-democráticos; e **social** – no sentido de sua abertura à discussão histórico-cultural, simultaneamente, como produção individual e social considerando a interdependência entre as relações, práticas e espaços sociais.

O Diálogo alicerça-se em princípios epistemológicos – por ter uma preocupação definida pela construção do conhecimento, compreendido como uma produção histórica, relacionada a uma determinada sociedade. Consiste, ainda, numa práxis entre atenção psicológica e outras modalidades de atenção, como a discussão de questões psicossociais não diretamente relacionadas à clínica, tal como tradicionalmente concebida.

Esta modalidade de prática psicológica se propõe, enquanto dinâmica de atenção psicossocial, a oferecer um espaço para o aprofundamento e compreensão da corresponsabilidade de sujeitos envolvidos num que fazer institucional, o qual é complexo porque

articula de forma compartilhada uma atenção aos sentidos e significados subjetivos, às relações intersubjetivas, sociais e a fenômenos que emergem no contexto institucional. É um exercício centrado no poder do diálogo como mediação possível, entre as questões subjetivas e socioculturais emergentes para os participantes, de forma a não os agredir ética ou afetivamente.

Nesta perspectiva, a compreensão de pessoas como sujeitos histórico-culturais requer uma leitura de uma intervenção nas relações humanas que ultrapasse a compreensão de dimensões subjetivas e intersubjetivas, de maneira descontextualizada e a-histórica, alcançando as dimensões social, cultural e ético-política, no contexto em que se realizam. Sob esta ótica, afirma González Rey (2011, p. 45):

A atenção à subjetividade, integrando-a como dimensão importante das políticas sociais orientadas à integração das pessoas, e as condições de vida numa relação ativa e contraditória dirigida a estimular posicionamentos ativos das pessoas, representam um aspecto importante no caminho de gerar novos tecidos sociais ao interior de uma população.

Trata-se da produção de uma psicologia que se faça antropologia, comprometida com a existência enquanto processo de humanização, biografação, historicização do mundo. Psicologia esta, comprometida com a abertura à pergunta, antítese à psicologia da resposta (FIORI, 1999).

REFERÊNCIAS

BARRETO, Adalberto de Paula. **Terapia Comunitária passo a passo**. Fortaleza: LCR, 2005.

FIORI, Ernani Maria. Aprender a dizer a sua palavra. In: FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 27 ed, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 27 ed, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

_____**Pedagogia da Esperança: um reencontro com a Pedagogia do Oprimido**. 11 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

_____**Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3 ed. São Paulo: Centauro, 2005.

_____**Política e Educação**. 8 ed. Indaiatuba, SP: Villa das Letras, 2007.

_____**Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 38 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

GONZÁLEZ REY, Fernando Luis. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

_____**O Social na psicologia e a psicologia social: a emergência do sujeito**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

_____**Sujeito e Subjetividade**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005a.

_____**O valor heurístico da subjetividade na investigação psicológica**. In: GONZÁLEZ REY (org.). **Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005b.

_____ **Pesquisa qualitativa e subjetividade:** os processos de construção da informação. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005c.

_____ **Subjetividade e Saúde** – superando a clínica da patologia. São Paulo: Cortez, 2011.

SABIÁ, Pácifer Maia. **O Diálogo como comunicação e coelaboração:** possibilidade de intervenção psicossocial. Dissertação de Mestrado. Recife: Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), 2012.

A PSICOLOGIA E O CONSULTÓRIO NA RUA: EXPERIÊNCIAS, POSSIBILIDADES E DESAFIOS

*Welison de Lima Sousa¹ - Daniel Rangel Curvo² - Risolene Nobrega
de Alencar³ - Anna Carolina Vidal Matos⁴*

Introdução

Com o crescimento e a complexificação do Sistema Único de Saúde (SUS), surgem diversos campos de atuação para a Psicologia desafiando-a em territórios, demandas e práticas contrárias ao seu saber hegemônico, marcado pela clínica individual. A relação terapêutica, o encontro profissional-cliente, ganhou enquadres, *settings*, campos, circunstancialidades diferentes. Podemos dizer, a Psicologia ampliou-se, com as demandas do Público. Neste sentido, a Política de Atenção Básica (AB) do SUS é um exemplo. Em sua busca por integralidade e promoção do acesso, a AB acaba por infiltrar-se no cotidiano, nos meandros de um território adscrito.

Das praças às cozinhas familiares, das Unidades de Saúde às igrejas, escolas, sindicatos. O espaço de atuação tornou-se todo o território vivo, em sua mutação. A Estratégia Saúde da Família, o Consultório na Rua (CnaR), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), dentre outros, são alguns desses novos campos de atuação.

A Psicologia, que tradicionalmente atendeu a problemas individuais, em clínicas particulares, financeiramente inacessíveis ao grande público, popularizou-se com o SUS. Uma nova clientela adentrou os serviços psicoterapêuticos, e teve contato com a atuação da psicologia (FERREIRA NETO, 2010). Esse encontro acabou por

¹ Psicólogo. Redutor de danos. Mestre em Psicologia (UFAL). Docente da Faculdade Vale do Salgado (FVS)

² Psicólogo. Redutor de danos. Mestrando em Psicologia da Saúde (PPGPS/UEPB).

³ Psicóloga. Redutora de danos. Especializanda em Saúde Mental (ESTÁCIO).

⁴ Psicóloga. Redutora de danos. Mestre em Psicologia (UFRN). Docente da Faculdade Evolução (Facep).

promover novos questionamentos, sugerindo a construção de novas práticas e novas percepções do modo de vida.

As problemáticas vivenciadas por esse público não giram em torno, apenas de questões subjetivas e existenciais, mas implicam questões sociais, como a pobreza, a violência, a alimentação, a escolaridade, dentre outras. Esses fatores sociais adentram a demanda e o sofrimento psíquico, solicitando, do profissional de psicologia, uma visão complexa e integral do sujeito, situando-o histórica e socialmente.

Neste texto, apresentaremos um pouco de nossas experiências como psicólogos e psicólogas, no programa CnaR. O CnaR é um serviço da AB, que tem como uma de suas especificidades prestar atenção à saúde das pessoas em situação de rua (PSR). Essas pessoas, como veremos mais adiante, marcam emblematicamente os desarranjos socioeconômicos do capitalismo e são alvos de um pesado processo de estigmatização.

Para expor nossa experiência, optamos por apresentar inicialmente o nascimento do CnaR enquanto dispositivo de cuidado para as PSR. Em seguida, comentaremos algumas características da atividade de trabalho no CnaR. Por fim, relataremos algumas situações que ilustram princípios e práticas de cuidado que desenvolvemos em nossa experiência de trabalho.

CONSULTÓRIO NA RUA: um dispositivo para as PSR

As PSR são um grupo de extrema heterogeneidade, tendo em cada história singular uma trajetória única e determinada por uma infinidade de micro-fatores. Mas há, de fato, o fator econômico como determinante que atravessa imperiosamente todos os outros. Silva (2006) dá ênfase nessa centralidade do fator econômico no fenômeno moderno das PSR, percebendo-o como uma expressão radical dos desarranjos sociais promovidos pelo capitalismo. As PSR escancaram a ineficiência da ordem atual em promover o bem comum, anunciam sua falência e, por isso mesmo, precisam, aos olhos de muitos, ser sanados, calados, invisibilizados.

Foi com essa preocupação em estabelecer e sustentar a nova ordem social, liberal -- de silenciar o ruído das PSR --, que a saúde pública brasileira passou a intervir crescente e sistematicamente, nesse grupo populacional. De acordo com Silva (2006), de forma esquemática e simplificadora, podemos dividir essas intervenções em momentos históricos: um primeiro momento marcado por um cunho higienista-manicomial; e um segundo marcado pelo respeito à diversidade e cidadania.

O primeiro momento se inicia com o período de implantação da cultura liberal de trabalho, na transição do séc. XIX para o XX, e é marcado por intervenções de cunho higienista e manicomial, caracterizado por práticas de encarceramento, estigmatização e segregação social. As PSR eram ditas como loucas, incapazes de discernimento, elementos de degeneração do tecido social, potencialmente criminosas. Por isso, precisavam ser retiradas do convívio social, e normalizadas nos preceitos da moral burguesa do trabalho. Este primeiro momento, por mais que tenha tido suas bases extintas com a Constituição de 1988, permanece impregnando fortemente nas práticas de cuidado que envolvem as PSR. O segundo momento, que se inicia nas lutas pelo processo de redemocratização e Constituinte, nos anos 1970, 1980, terá um ponto chave no decreto presidencial nº 7.053, que institui a Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPSR), em 23 de dezembro de 2009.

Com esse Decreto, as PSR são conceitualizadas de forma técnica, segundo quatro condições características: a pobreza extrema; os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados; a inexistência de moradia convencional regular; e a utilização dos logradouros públicos e áreas degradadas, como espaço de moradia e de sustento. A PNPSR também apresenta, em seus princípios e diretrizes, sobretudo, o respeito à dignidade, à equidade e à igualdade, como norteadores para a garantia de direitos dessa população (BRASIL, 2014).

A vivência na rua é complexa e possui diversas facetas. Por um lado, como bem afirmam Rosa, Secco e Brêtas (2006), temos o processo de exclusão das estruturas atuais da sociedade, como emprego, moradia e privacidade, sendo o morar na rua, estar em condição de maior

vulnerabilidade social, e com maior possibilidade de adoecimento, ou de sofrer violências.

Ao mesmo tempo, por outro lado, podemos pensar a vivência do espaço da rua como uma linha de fuga, como uma brecha encontrada por sujeitos que não se conformam, não se normalizam, na ordem social vigente (GARCIA, 2013). A invenção da vida na rua, é como um processo de criação, de normatividade vital. Pensar tais questões aponta para um duplo processo: incompatibilidade e resistência, frente aos ideais hegemônicos de sociabilidade, por um lado, e, por outro, vulnerabilização, segregação e até eliminação dessas “pessoas-sintoma” da (des)ordem social. A extrema complexidade das demandas desse grupo populacional, somada aos princípios e diretrizes da PNPSR e do SUS, marcaram a necessidade e a criação do programa CnaR, instituindo o novo paradigma de cuidado às PSR no SUS.

O programa CnaR era uma demanda antiga do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) que foi atendida na Política Nacional de Atenção Básica, lançada em 2011 e regulamentada na Portaria nº 122/GM/MS de 25 de janeiro de 2012, que definiu as diretrizes e organização das equipes de CnaR (eCnaR) (BRASIL, 2013). As eCnaR são equipes da AB e integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do SUS. Formado por equipes multiprofissionais⁵ e itinerantes, realizam atendimento *in loco*, ou seja, nas praças, calçadas, casas ocupadas, onde for demandado. Mas também realizam encaminhamentos e acompanhamentos por toda uma rede de serviços do setor saúde e intersetorial.

Os mais diversos e inesperados encontros acontecem durante a atividade de trabalho. O espaço aberto das ruas, do público, favorece o inesperado, o imprevisto. Os profissionais precisam de um bom “jogo de cintura”, para lidar com as diversas situações inusitadas que

⁵ Sendo equipes multiprofissionais podem ser compostas por enfermeiro; médico, dentista, psicólogo; assistente social; terapeuta ocupacional; médico; agente social; técnico ou auxiliar de enfermagem; e técnico em saúde bucal. Devendo ter minimamente 6 desses profissionais, sendo três de nível superior e três de nível médio.

encontram com as PSR. Assim, o trabalho do CnaR é um processo de constante construção, no qual o fazer é produzido coletivamente, em que o próprio serviço do CnaR acontece no fazer, nas relações e nos espaços que vão se constituindo dialogicamente, de modo a garantir o atendimento integral.

Pensamos, então, que um bom norteador das práticas é apostar na rua enquanto espaço rico nas possibilidades de experiências e múltiplos processos de significação (MATIAS; FRANCISCHINI, 2010). Sendo a rua um espaço de interação social, de relações afetivas, um território de vida que produz relações de identidade e de estranheza, onde se fazem presentes conflitos e negociações, o olhar precisa se despir dos estigmas e preconceitos para achar a riqueza de possibilidades existenciais da vida em situação de rua.

Com isso, não pretendemos romantizar a vida em situação de rua, mas ressaltar que um bom cuidado passa por reconhecer a singularidade e promover seu desenvolvimento. Por reconhecer que a rua -- espaços públicos e abandonados diversos -- oferece experiências únicas, por vezes, mais coerentes com os desejos existenciais de determinados indivíduos.

Não se pode, contudo, negar a situação de violência em que vivem essas pessoas. Pensar no cuidado com essa população é pensar um fenômeno multidimensional e complexo (TRINO; MACHADO; RODRIGUES, 2015), atravessado por estigmas e práticas higienistas. Por isso, as potencialidades da rua, como ferramenta clínica, são uma aposta orientada ética e politicamente, pelos Direitos Humanos.

Essa consideração potencializa as ações, já que abandona a intencionalidade constante do higienismo: tirar da rua, limpar a cidade da visão desconcertante e incômoda da miséria humana, das consequências humanas do capital. Passamos então a pensar a rua como território de significados, um espaço de cuidado e experimentação (SILVA, 2015). Para isso, torna-se fundamental o mapeamento de como se dão as relações no território, as potencialidades e as dificuldades existentes, com a finalidade de identificar condições de vida, as necessidades de saúde, os riscos coletivos e as potencialidades desse território, que podem ser relativas à cultura, ao lazer, ou à arte,

por exemplo. Desta forma, a própria dinâmica da atividade de trabalho coloca os profissionais em contato com as redes formais e informais de cuidado, com territórios abertos, cheios de atravessamentos e multiplicidades. É por meio da construção de vínculos e apresentação da proposta de trabalho que o mapeamento e o planejamento das ações acontecem, mas a rua é um lugar inconstante e isso deve ser levado em consideração, pois se faz necessário respeitar os movimentos característicos de tal espaço. Este fator exige da eCnaR uma abertura para o imprevisto e adaptação ao inusitado.

Neste sentido, torna-se imprescindível a tomada da Redução de Danos (RD), como norteadora das práticas de cuidado, pois, nessa parte, deve-se respeitar uma postura de respeito e reconhecimento da autonomia dos sujeitos cuidados, não deve haver imposição de condutas, nem de preceitos morais que subjagam o sujeito. Pelo contrário, busca-se promover um sujeito ativo e autônomo, no processo de cuidado. Não há protocolos ou técnicas rígidas, mas, um saber e um direcionamento do cuidado que ganham materialidade, a partir do encontro entre trabalhador de saúde e usuário do serviço (TRINO; MACHADO; RODRIGUES, 2015).

Conte *et al.* (2004) afirmam que a RD se centra no desejo, na demanda e na necessidade dos usuários e, desta forma, possibilita o direito de escolha e a responsabilização dos sujeitos, diante de suas vidas. Aos profissionais atuantes nesses espaços, cabe a busca da promoção de qualidade de vida, e o fortalecimento das singularidades de uma pessoa -- e não, trabalhar no sentido da eliminação dos seus sintomas. Isto só se consegue a partir da perspectiva do usuário e de suas possibilidades (TRINO; MACHADO; RODRIGUES, 2015).

A corresponsabilização do cuidado emerge como um importante valor, e recurso, para a prática profissional. Ao significar o lugar de autonomia do usuário do serviço, não se pode desresponsabilizar o profissional ou o próprio serviço. O cuidado é uma prática social, mais do que uma prática técnica. É dos vínculos e atravessamentos presentes na situação de um encontro, que o profissional e o usuário do serviço irão colher as matérias primas e os direcionamentos do cuidado (PASSOS E SOUZA, 2011).

Assim, as práticas clínicas na rua tomam para si características da itinerância, onde os profissionais vão ao encontro dos sujeitos onde eles estiverem, acompanhando seus caminhos, buscando maneiras e formas de expressões, e conexões com seu mundo. Essa perspectiva de atuação tem forte influência da Clínica Peripatética (LANCETTI, 2005), onde o estar do lado, estar junto, é pré-condição para que o trabalho aconteça diante da imprevisibilidade, do movimento e das diversas possibilidades que a rua traz em sua dinâmica. Ao mesmo tempo, ainda sobre a corresponsabilização do cuidado, podemos afirmar que o encontro entre os trabalhadores é um importante momento de construção de redes e fortalecimento das políticas públicas de forma que estas possam acolher mais efetivamente a demanda que lhes é endereçada. Com efeito, uma das maiores dificuldades encontradas para promover o cuidado das PSR é o preconceito dos profissionais da rede de cuidado. Nesse sentido, o trabalho do CnaR abrange, também, o cuidado com a rede, tornando-a mais articulada e acolhedora.

Diante do exposto, podemos perceber que o cuidado com a população em situação de rua traz em si um desafio para o SUS, em seus princípios de Integralidade, Universalidade e Equidade. Por este motivo, o SUS coloca as eCnaR para atuar, a partir das especificidades desse público, na tentativa de dirimir a distância entre as pessoas em situação de rua e os serviços de atenção básica.

E o lugar da atuação da psicologia nisso tudo?

O CnaR vem sendo um campo desafiador e muito fértil para novas práticas de cuidado. As diversas questões trazidas até aqui nos afetam e, assim, nos modificam como pessoas e profissionais de Psicologia, nos exigindo criatividade, improviso, e capacidade de criação, crítica e reformulação de práticas, bem como, de questionamento sobre os saberes. Temos assim, um desafio para a Psicologia, que historicamente esteve distante do debate sobre saúde pública e sobre seus modos de intervenção, para além dos enquadres clássicos de clínica individual e privada. Tal constatação aponta para o

desafio de problematizar práticas, de modo a contribuir para a/na construção de outro mundo possível, de uma outra saúde pública possível (BENEVIDES, 2005).

O desafio é que as práticas de saúde sejam capazes de investir na produção de modos diversificados de cuidado, ou seja, o cuidado deve se basear nas histórias de vida dos sujeitos, em suas singularidades. Assim, o cuidado deve ser único, apostando na singularização da atenção e cuidado, sustentando a diversidade cultural e subjetiva dos sujeitos, que serão a base para ações (DIMENSTEIN, 2001).

Benevides (2005) traz princípios éticos para pensar a interface, entre a Psicologia e o SUS, que tomamos aqui como norteadores para a atuação junto a pessoas em situação de rua. São eles:

- o princípio da inseparabilidade, que diz respeito à impossibilidade de separação entre Clínica e Política, o individual do social, o singular do coletivo, no qual devemos apostar nos processos de subjetivação que acontecem no plano coletivo;
- o princípio da autonomia e da corresponsabilidade, que aponta para o fato de que nossas práticas devem estar comprometidas com a produção de sujeitos autônomos e que se fazem corresponsáveis pelo processo de cuidado, onde o inventar-se é ato contínuo, por novos sujeitos e práticas;
- o princípio da transversalidade diz respeito ao intercâmbio entre saberes, acreditando que é neste meio/entre que podemos (re)construir ou inventar novas práticas, novos sujeitos e condições de vida.

A partir destes princípios norteadores, percebemos que a atuação da psicologia no CnaR é dar protagonismo aos sujeitos - crítica e política - por meio de um trabalho interdisciplinar. E isso vem por meio da escuta, da consideração com o desejo e da perspectiva existencial do outro, que é um valor central na RD, sendo uma

importante diretriz no cuidado, dentro do paradigma do CnaR. Trata-se de contribuir para a superação do paradigma higienista-manicomial.

A dimensão técnica soma-se à ético-política. Vale dizer, não apenas no encontro usuário-profissional, mas nos encontros entre os trabalhadores das redes de cuidado, que essa postura deve se fazer presente, em especial porque, como já dissemos, os estigmas e preconceitos repousam, tanto na cultura organizacional dos serviços públicos como na moral dominante.

Com esse foco, torna-se essencial, também, trazeremos para a construção dessa atuação o olhar da Psicologia Social Comunitária. Guiando-nos por esses pressupostos, nos comprometemos em realizar uma reflexão sobre a realidade, de forma crítica, que tenha ação comprometida socialmente, para que o objetivo fim sejam as transformações sociais urgentes (LANE, 2014).

Práticas de cuidado à População em situação de rua: compartilhando experiências

É a partir desses norteadores que, ao estar na rua, ao trabalharmos no CnaR e interagirmos com as PSR, um dos primeiros aprendizados é a ampliação do nosso olhar sobre esse grupo populacional. Essa primeira abertura é pressuposto para a instalação e continuidade do cuidado. É pressuposto para a escuta e criação de vínculos. Vemos a rua como um espaço público com variados significados, que muitas pessoas vivenciam de diversas formas, seja como moradia, lazer, trabalho, ou como espaço público de liberdade e de relações afetivas. Diante disso, cada um ao seu modo, constrói sua própria relação com a rua, e sua dinâmica. O CnaR chega nesse território como um estranho, e precisa se “enturmar”.

Assim, o diálogo é o ponto de partida para que o trabalho aconteça, envolvendo os diferentes sujeitos e as diferentes formas de perceber as necessidades da população em situação de rua. Ao mesmo tempo, também, promove o questionamento sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades. É preciso reconhecer os diversos

tempos existentes. O dos serviços, com suas demandas “por cuidar”, mas também, o das PSR em suas dinâmicas de vida.

Para ilustrarmos como essas práticas podem acontecer, iremos utilizar exemplos de ações desenvolvidas pela eCnaR de Maceió. Uma das ações foi o uso do futebol com usuários, que surgiu a partir de uma conversa entre usuários e profissionais. Os usuários se mostravam empolgados com a temática, ao mesmo tempo em que a eCnaR percebeu que tal ação poderia ser um importante espaço de acolhimento, de interação. Essa aceitação do espaço da informalidade da relação com os usuários é um importante recurso de vinculação, ao mesmo tempo em que se traduz como espaços de criação de novas possibilidades de intervenção, saindo das ações automatizadas.

Essa temática do futebol que inicialmente fora pensado como algo pontual, se desdobrou como importante estratégia de redução de danos. Os usuários que, à noite, depois de um dia longo de trabalho (catando recicláveis ou fazendo a guarda de carros), se viam fazendo uso de álcool para enfrentar o frio - já que o local onde ficavam era próximo da Orla - ou mesmo como forma de “passar o tempo” e entretenimento, agora se organizavam e aguardavam ansiosos os dias de futebol.

A atividade se mostrou potente, pois promovia a redução de danos por meio do esporte. Além disso, criou-se espaço para a construção de vínculos e de um espaço de discussão sobre direitos e respeito ao próximo. Deste modo, onde construímos uma coletividade, permeada por afetos, produzimos saúde.

Outra experiência marcante, foi o “ponto fixo”, que era a escolha de um lugar de grande circulação dos usuários, no qual a equipe se fixava e realizava oficinas de redução de danos, orientações em saúde e, em parceria com o ambulatório de doenças sexualmente transmissíveis, eram promovidos testes rápidos. A utilização do plantão psicológico, como ferramenta clínica - em que eram realizadas ações de escuta e aconselhamento - contribuía para o acolhimento e, algumas vezes, se desdobrava com a retomada dos vínculos familiares, mudança na percepção de si, ou implementação de formas menos danosas, de uso de drogas. Além disso, era também espaço para oficinas com crianças

e adolescentes que se encontravam em situação de rua. Ali, era possível proporcionar brincadeiras e atividades, com arte, que auxiliavam no diálogo e no vínculo com esse público que traz problemas delicados que envolvem os direitos garantidos por lei, o abandono político-social-familiar e o próprio ser em questão. O uso do lúdico e do artístico, seja no “ponto fixo”, através de oficinas de desenho com crianças e adolescentes, ou no cotidiano das atividades, sempre se mostravam como potentes estratégias de cuidado, e a multidisciplinaridade da equipe eram fundamentais para isso.

Do lúdico e artístico podemos destacar o uso do cinema, como ferramenta de cuidado, sendo fonte de entretenimento e lazer. Com seu potencial emotivo, trazia a aposta lúdica e sensível para que cada sujeito pudesse significar o que estava vendo, de acordo com sua vivência e, assim, as discussões eram ricas, contribuindo para a construção da cidadania e construção de novas formas de perceber o mundo, e a si mesmo. O cinema na rua se mostrou um espaço favorável ao diálogo e escuta, onde diversas questões de saúde foram debatidas, e assim, se tornou uma importante estratégia e instrumento de cuidado, uma vez que, cria relações e vínculos. Em especial para a Psicologia essa ocasião se mostra como um momento de aproximação e escuta dos sujeitos, com desdobramentos que vão na direção do aconselhamento, do fortalecimento do vínculo e, desta forma, direcionando para a construção de estratégias e intervenções de redução de danos.

A rua, sendo espaço de violências, é também espaço de proteção, de cuidado. Em muitas situações, ao desenvolver as atividades do CnaR, por conta da criação de vínculo, as PSR protegiam a equipe, indicavam onde e como circular pelos espaços da rua. Assim, encontramos na criação de vínculo um fator primordial para a proteção da equipe no trabalho, na rua, e para que as ações possam ser desenvolvidas. Podemos utilizar, como exemplo, as estratégias produzidas pela própria eCnaR, como a comunicação pelo olhar, o uso de palavras-chave -- em que a equipe já sabia que o uso de tal palavra, era a indicação de que “era hora de ir” --, ou mesmo, o uso de pessoas-chave que informavam sobre a “atmosfera” do local e indicavam a possibilidade de risco para equipe. Por fim, a criação de vínculos fazia

com que as PSR reconhecessem a eCnaR como parceira importante, na produção de cuidado. É a partir dessas trocas e experiências que podemos nos inventar, como profissionais, e, assim, garantir o acesso aos direitos dessa população tão marginalizada e excluída socialmente, tendo como norte dessas ações pressupostos pautados em uma perspectiva ético-política de transformação social e empoderamento desta população, apostando na corresponsabilidade, para a construção do processo de cuidado.

Conclusão

Por fim, conseguimos apontar para a multiplicidade de formas de ser e de viver, presentes entre as pessoas que vivem em situação de rua. É uma tentativa de provocar a atitude de pensar as ações para essa população, reconhecendo esse caráter múltiplo e diversificado, em que possamos conhecer, acolher e promover esse modo de vida, em sua característica de resistência, assim como, produzir possibilidade de lidar com as vulnerabilidades, pela promoção de direitos, sem, com isso, destruir resistências ou promover padronizações e generalizações.

Nesse universo, o agir deve estar comprometido com a produção da autonomia, em detrimento de práticas tutelares, assim como, o comprometimento, com a transformação da coisificação da vida na era moderna. Para isso, se faz necessário reconhecer a singularidade de cada sujeito, sendo esta pensada a partir de sua dimensão social e histórica.

Promover o acesso dessas pessoas aos direitos sociais, como saúde, educação, moradia, cultura, lazer, dentre outros, é, em grande medida, intervir na mentalidade ascética e higienista que predomina das práticas de cuidado. Há disputas por modelos e concepções diferentes de cuidado. Destacamos esquematicamente dois pólos de tensão: o modelo higienista-manicomial e o modelo da diversidade e cidadania plena.

O profissional de Psicologia, atuando no CnaR, deve ter atenção não apenas ao sofrimento pelo qual passa determinado sujeito, mas também ao sofrimento de sua equipe, às mentalidades e práticas higienistas-manicomiais, às condições objetivas e subjetivas que fazem

da rua, ao mesmo tempo, um lugar de liberdade e de humilhação. O trabalho no CnaR requer, para além de uma formação meramente técnica que a academia tradicionalmente reproduz, uma formação humana de respeito à diversidade, de se posicionar ético-politicamente tendo por referência a produção de autonomia -- uma vez que se está implicado com sujeitos e com a construção de projetos de vida.

O CnaR é um desses serviços desafiantes e inovadores do SUS. Um dispositivo que, podemos dizer, mexe em uma importante ferida de nossa sociabilidade capitalista-nacional. É um serviço que está “nadando contra a corrente” dessa inércia econômica, dessa extrema desigualdade social, que tanto violenta nosso país.

Tanto a dimensão técnica, quanto a estética e a ético-política, presentes fortemente no trabalho do CnaR, mensuram o tamanho do desafio de promover o cuidado integral às PSR. A Psicologia e a dimensão dos processos subjetivos que contribuem fortemente para a compreensão e superação processual, desse desafio. Tal desafio demanda maior incentivo e produção de conhecimento, sobre suas práticas, podendo assim potencializar o serviço em sua qualidade e efetividade. De toda forma, uma coisa temos certo, o CnaR é uma experiência que supera qualquer saber acadêmico. Por mais que tenhamos princípios ou diretrizes, é uma experiência de vida, se aprende ao fazer.

No CnaR, o profissional de saúde, *psi* ou não, é chamado a construir uma nova prática, baseada nas teorias aprendidas, no território onde atua, e nas especificidades do público alvo.

REFERÊNCIAS

BENEVIDES, R. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? **Psicologia & Sociedade**. v. 17, n. 2, p. 21-25, mar.; ago. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Diálogos sobre a população em situação de rua no Brasil e na Europa: experiências do Distrito Federal, Paris e Londres**. Brasília/DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da População em situação de rua: um direito humano**. Brasília, DF, 2014.

CONTE, M. et al. Redução de danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, jan./jun. 2004.

DIMENSTEIN, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.6, n. 2, p. 57-63, dez. 2001.

FERREIRA NETO, J. L. **A Atuação do Psicólogo no SUS: Análise de Alguns Impasses**. *Psic. Ciênc. Prof.* (online), 30 (2), 390-403, 2010.

GARCIA, M. R. V. Diversidade sexual, situação de rua, vivências nômades e contextos de vulnerabilidade ao HIV/AIDS. **Temas em Psicologia**. Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, dez. 2013.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: HUCITEC, 2005.

LANE, S.T.M. A Psicologia Social na América Latina: por uma ética do conhecimento. In: CAMPOS, R.H.F; GUARESCHI, P. A. (Org.). **Paradigmas em Psicologia Social: a perspectiva latino-americana**. 6º ed. São Paulo: Vozes, 2014.

PASSOS, E.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de guerra às drogas. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 1, 2011.

ROSA, A.S.; SECCO, M. G.; BRETAS, A. C. P. O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 59, n. 3, jun. 2006 .

SILVA, C. G. P. Eixos estruturais da práxis em saúde pública do consultório da rua pop rua do Rio de Janeiro. In: TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. (Org.). **Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas**. São Paulo: Hucitec, 2015.

TRINO, A. T.; MACHADO, M. P. M.; RODRIGUES, R. B. Conceitos norteadores do cuidado junto à população em situação de rua. In: TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. (Org.). **Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas**. São Paulo: Hucitec, 2015.

REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social. **Rua: aprendendo a contar: pesquisa nacional sobre população em situação de rua**. Brasília, DF, 2009.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA MINAS GERAIS (CRP-MG). **A psicologia e a população em situação de rua: novas propostas, velhos desafios**. Belo Horizonte: CRP 04, 2015.

MOVIMENTO NACIONAL DA POPULAÇÃO DE RUA (MNPR). **Cartilha de formação do movimento nacional da população de rua**. 2010. Disponível em: <http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/MNPR_Cartilha_Direitos_Conhecer_para_lutar.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2015.

NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. (Org.). **Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo, 2008.

PIRES, A. C. T., & Braga, T. M. S. O psicólogo na saúde pública: formação e inserção profissional. **Temas em Psicologia**, Vol. 17, no 1, 151 – 162. Marília, São Paulo, 2009.

RUI, T.; MARTINEZ, M.; FELTRAN, G. (Orgs.). **Novas faces da vida nas ruas**. São Carlos: EdUFSCar, 2016.

SANTANA, C.L.; ROSA, A.S. (Orgs.). **Saúde mental das pessoas em situação de rua**: conceitos e práticas para profissionais da assistência social. São Paulo: Epidaurus Medicina e Arte, 2016.

TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. (Orgs.). **Saberes e práticas na atenção primária à saúde**: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas. São Paulo: Hucitec, 2015.

TRABALHO, APOSENTADORIA E SAÚDE: CAMINHOS E DESCAMINHOS

Liércio Pinheiro de Araújo¹ – Robson Lúcio Silva de Menezes²

Quando analisamos o processo de aposentadoria, precisamos entender os fatores que o envolvem, como as questões relacionadas aos sentimentos humanos no momento do desligamento definitivo de um trabalho, e se faz necessário ter uma compreensão acerca do conceito de trabalho, historicamente colocado, seu elo com o mundo contemporâneo, e suas transformações e interferências sociais, como também, quais efeitos elas deixaram, e ainda deixam, no trabalhador, diante da possibilidade da perda desse vínculo.

Ao longo dos tempos, a história das civilizações guarda correspondência entre o passado e o presente, o que nos proporciona entender as atuais crises pelas quais passamos e nos possibilita, ainda, a busca de mudanças, de transformações da realidade, cada vez mais avançadas do ponto de vista tecnológico. Esse fator salienta a importância do diálogo na vida do modernismo em curso, que é o de reportar-se ao passado, pois, enquanto o homem recria o passado, refaz-se a si próprio. Dessa forma, acredita-se também que, à medida que entendemos e verbalizamos nossos sentimentos sobre essas mudanças vitais -- advindas da organização do trabalho --, alcançamos uma melhor clareza e compreensão dos nossos sentimentos, bem como, uma melhor qualidade de vida.

De acordo com Chauí (1977), para o acompanhamento humano dessa transformação da realidade é importante a compreensão da história como a oportunidade para que os homens determinados, em condições determinadas criem os meios e as formas de sua existência social, de reproduzirem ou transformarem essa existência social, que é

¹ Docente do Núcleo de Ciências Sociais e Políticas Públicas da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas e Psicólogo do CREPOP/CRP15

² Professor e Supervisor de Estágio da Universidade Estácio de Sá e Coordenador Técnico do Conselho Regional de Psicologia de Alagoas.

econômica, política e cultural.

O homem é um ser que sofre interferências do meio, mas que, também age sobre ele, sendo este um processo indissolúvel. Nessa concepção, a história é aquilo que é real, o vivido, e que nem sempre oferece ao homem as condições ideais para o seu desenvolvimento, no entanto, mesmo sem tais condições ideais de vida, o ser humano é capaz de instaurar um modo de sociabilidade e procurar fixá-lo em instituições determinadas, como, a família, as condições de trabalho, relações políticas, instituições religiosas, dentre outras. Nesse meio, o indivíduo é capaz ainda de produzir idéias ou representações pelas quais procuram explicar e compreender sua própria vida, em consonância com a ordem social e individual, nas relações com a natureza e com o sobrenatural.

Por sua vez, tais ideias ou representações propendem a esconder dos homens o modo real como suas relações sociais foram produzidas, e a origem das formas sociais de exploração econômica e de dominação política, levando, contudo, à não vivência dos sentimentos sobre a passagem das fases da vida, seja ela no trabalho ou em demais instituições vinculadas ao universo humano.

Andrade (1995, p.18) afirma que, “[...] nos primórdios dos tempos não existia a divisão das sociedades em classes, entenda-se na fase pré-histórica (que eram as formas primitivas de vida). Depois vieram as comunidades aldeãs, as comunidades superiores, o regime de terras, o trabalho rural e urbano e o comércio.”

Na época do Renascimento, houve várias transformações importantes e fundamentais, cujo conhecimento nos possibilita o entendimento da nossa realidade atual, uma vez que, a sociedade pós-feudal foi marcada pela evolução da navegação, do comércio, da manufatura, ou seja, foi caracterizada por acontecimentos preconizantes do sistema capitalista. Além disso, foi a época das grandes descobertas de novas terras, que foram incorporadas ao circuito comercial europeu.

Ainda nessa fase, a burguesia manufatureira começava a se afirmar gradativamente como burguesia mercantil, de característica empreendedora. Os burgos começaram a se fortalecer e as cidades

portuárias se afirmavam como o lugar de homens livres. Ao tempo de tais evoluções, também as novas culturas, descobertas com as navegações, traziam a novidade do contato com povos até então desconhecidos, desde os menos desenvolvidos (índios americanos), até os de civilizações mais sofisticadas, como os chineses. Outras inovações tecnológicas também foram possíveis a partir daquelas viagens a novos mundos, advindo com isso a aquisição de novas matérias-primas e de máquinas que passaram a proporcionar a agilização da produção, levando as famílias, que até então se dedicavam ao trabalho doméstico, nas antigas corporações e manufaturas, para sobreviverem, a se verem obrigadas a dispor de seus instrumentos de trabalho e passarem a vender sua força de trabalho. Tal fase culmina com a organização do capitalismo, caracterizado pela divisão social do trabalho.

Pode-se dizer, ainda, que o Renascimento possibilitou a formação dos Estados Nacionais, a posterior centralização do poder e a consequente afirmação das línguas nacionais. Em face de tantas transformações, fica claro perceber que também houve uma evolução, inerente à situação, na forma de se conduzir e de pensar, da sociedade européia ocidental. Em tal sociedade, até então, predominava a cultura teocêntrica, com o predomínio da Igreja e, aos poucos, foi se enraizando uma cultura antropocêntrica, predominando, por sua vez, a presença de intelectuais leigos. O que caracteriza o século XVI, portanto, é o Humanismo, isto é, a ideia de que o homem se faz por si mesmo.

Diante dessa evolução, o homem passa pelo processo de transição da escravidão e caminha gradativamente para a libertação da servidão, fase esta marcada pela valorização humana da aquisição do poder político e prestígio social como recompensa de seu esforço pessoal, de sua capacidade de trabalho e de poupança, e não mais, pelo seu sangue ou família (CHAUÍ, 1997, p.14).

Com essa evolução, o conceito de trabalho começou a ter outras dimensões, apesar de continuar sendo diferenciado, pois o burguês (atualmente o patrão) tinha para ele, bem claro a finalidade do trabalho livre, porém, o trabalhador não tinha a clareza sobre os fins a que se destinava o seu trabalho.

Com a revolução industrial, ocasionada pelo desenvolvimento do setor de metalurgia, o modo de economia é afetado, passando da economia agrícola (primário), para a economia industrial (setor secundário). No entanto, predominava uma discrepância com relação ao trabalho, visto que o progresso material atingiu grandes dimensões e as condições de execução do trabalho não eram valorizadas, pois ocorriam jornadas de trabalho com 16 ou 18 horas diárias; mulheres e crianças serviam de mão-de-obra barata, sem contar na insalubridade sempre presente neste trabalho.

No entanto, a despeito dessas transformações, fica evidente que, apesar dessas condições adversas, houve uma valorização do trabalho, o que viabilizou, também, a modificação completa de todo um modo de pensamento e comportamento humano, predominante antes de tais acontecimentos. O estilo de vida, até então contemplativo, adquire uma dimensão ativa, tida como a maneira fundamental de interrelacionamento com o mundo, evidenciando-se, ainda, o início de uma fase em que o homem não está mais voltado, apenas, para contemplar a natureza, mas disposto a transformá-la, a ser um agente interventor nela.

Diante dessa concepção, em meados do século XIX, acontece uma nova complexidade das organizações e a evolução tecnológica amplia, por sua vez, os serviços, que irão compreender o setor terciário, é a chamada revolução pós-industrial. Já no início do século XX, surge a invenção do sistema de linha de montagem, na indústria automobilística, iniciado por Henry Ford que, para a manutenção desse sistema, adotou a teoria elaborada por Frederick Taylor, que concebia o trabalhador como preguiçoso e insuficiente, na execução do trabalho, o que, conseqüentemente gera desperdício de tempo e produção, nas empresas.

Partindo dessa perspectiva, o modo de execução do trabalho teria que ter o controle do tempo e dos movimentos necessários à fabricação de unidades de produtos, só assim, a produtividade seria satisfatória, porém, o modelo taylorista-fordista propiciou a intensificação da divisão social do trabalho. Em decorrência desse modelo, acontece a desqualificação do trabalhador que começou a se

sentir subutilizado e, cada vez mais, distante da possibilidade de acesso ao conhecimento. Nesse contexto, não eram estimulados sua criatividade, nem sentimentos e desejos, enfim, não existia a possibilidade de se realizar pessoalmente, através do trabalho. Nessa concepção, o que predominava era a produção, e não, o lado humano do trabalho.

Prosseguindo nessa linha de evolução, não se pode esquecer que o homem é um ser complexo e que vários matizes ideológicos norteiam sua vida, dentre eles, a religião, que paralelamente às mudanças supracitadas, sofreu também suas transformações, que foram de grande importância para a atualização do conhecimento humano e, para isso, diga-se de passagem, houve a influência do movimento da reforma e o da contrarreforma.

A presença da igreja também afetava o modo de trabalho na vida das pessoas, pois, ao defender expressões como “comerás o pão com o suor do teu rosto”, interferia muito nos conceitos humanos e na sua desenvoltura diante do trabalho, uma vez que, apareciam na doutrina cristã como promessa de castigo que o homem teria de carregar, em virtude do pecado praticado por Adão e Eva. Depois, a doutrina evoluiu e optou pela defesa de uma ordem trabalhista humana, denunciando as injustiças sociais introduzidas pela revolução industrial. O trabalho passou a ter uma interpretação oposta. A idéia de completude: Deus havia criado o mundo como obra inacabada, a fim de que o homem, a partir do trabalho, a completasse.

Nessa mesma fase, surge, na Europa, uma etapa na vida do trabalhador denominada aposentadoria, como mais uma consequência de toda a evolução da industrialização e da construção da classe trabalhadora. A repercussão, a princípio, sobre a criação da aposentadoria, é que ela fora implantada como forma de condicionamento dos trabalhadores, por parte dos patrões, para obtenção de mão-de-obra dócil e econômica ou como meio de substituição dos funcionários considerados improdutivos. Apesar de ter surgido como um sistema previdenciário, a aposentadoria sofreu grandes pressões, por parte da burguesia liberal e da igreja, que alegavam ser ela a responsável pela desestruturação da família do

trabalhador, onde o idoso, tido como improdutivo, não poderia mais contribuir para a família e, conseqüentemente, constituindo-se em um problema, já que a manutenção desse idoso passaria a ser de estrita responsabilidade familiar. Assim, passa a aposentadoria a ser encarada como fonte de amarguras para o trabalhador e sua família, com seus dissabores variando, da doença à invalidez.

Dessa forma, instalou-se a problemática da responsabilidade sobre o idoso: seria a família ou a empresa responsável pela manutenção do aposentado? Só em meados do século XIX é que os sindicatos começaram a rediscutir o sistema de aposentadoria, estabelecendo, através de conquistas frente ao patronato e ao Estado, as questões de seguridade ao trabalhador mais velho, a jornada de trabalho e o salário, dentre outras questões.

A partir dessas transformações, a aposentadoria passa a ser assimilada como um programa que visa manter a família operária na forma de grupo. Com tais conquistas, a princípio, os privilegiados foram os funcionários públicos civis e militares e, só por volta de 1945, é que elas se estenderam a todos os trabalhadores. No entanto, a implantação do sistema de aposentadoria surgiu como uma forma de distinção entre os grupos sociais, vinculada, portanto, à população pobre. Mesmo com suas conquistas e a expansão a todas as classes de trabalhadores, ela continua carregando o estigma de invalidez e pobreza.

Diante de tanta evolução no plano do conhecimento, da ciência e tecnologia, cada vez mais, atualmente, as inovações tecnológicas acontecem numa velocidade quase incalculável. No mundo contemporâneo, vivemos sob uma constante crise de paradigmas, paradigmas esses da evolução da tecnologia (informática, marco da modernidade), mas também, da evolução das teorias sociológicas, como o estruturalismo, a fenomenologia, a hermenêutica, dentre outras (ANDRADE, 1995, p.29).

Paralelo a esses conceitos, o mundo segue um rumo em que, a partir da 2ª Guerra Mundial, o Estado mostrou-se como grande opção à paz nas democracias capitalistas desenvolvidas e, por outro lado, legitimou os sindicatos, através do seu papel formador, nas negociações

coletivas, e quanto ao processo de formação da vontade política.

Nessa fase, é favorecida a busca de novos modelos de gerenciamento da produção e se passa a adotar o fenômeno da oligopolização de mercados, e globalização da economia, objetivando também a melhor forma de transformação do trabalho. Dessa maneira, elevaram-se dois aspectos até então desvalorizados que são a divisão social do trabalho e a exigência da melhor qualificação do trabalhador. Tais aspectos surgem como resgate da autoestima e da percepção do trabalho, como um meio de realização pessoal e social.

Na época contemporânea, surgem as dificuldades referentes à automatização, que acarreta a diminuição da força de trabalho necessária à produção direta, criando uma crescente demanda por outros múltiplos serviços que passariam a absorver recursos humanos com alta qualificação científica e tecnológica (ANDRADE, 1995, p.36). Entretanto, esse modelo de flexibilidade da administração do trabalho favorece ao trabalhador no desenvolvimento de sua criatividade, na autonomia, na participação no desenvolvimento da empresa e no aumento da sua força de coesão social, fenômenos estes considerados de suma importância, para a qualificação e respeito do trabalho, subsequentemente do trabalhador.

É, portanto, a era moderna do trabalho repetindo o velho estilo de mudanças em que, à medida que evolui o lado do trabalho, o lado humano está evoluindo intrinsecamente, além disso, é importante lembrar uma característica marcante da nossa época atual, a terceirização, que vem favorecer a eliminação de vários postos de trabalho, a emergência de trabalhadores sem carteira assinada, subempregados ou desempregados. Tudo isso atribuímos ao processo de evolução do trabalho e da transformação social, o que não deixa de possuir uma correlação com épocas passadas e que, também, conseqüentemente, servirá de embasamento para épocas futuras, quando forem analisadas essas relações.

Diante dessa perspectiva da evolução do trabalho dentro da história, em suas várias instâncias, é importante para o homem a tomada de consciência de seu papel de agente transformador da realidade e da importância da compreensão de todos os fenômenos que ocorreram para

a sua existência, bem como, os que estão ocorrendo ao seu redor.

A aposentadoria também passa por transformações, adquire novas conquistas do ponto de vista social e surge a instauração da idéia de pré-aposentadoria, bem como, uma redefinição da idade, apropriada para seu estabelecimento. Por sua vez, hoje, são considerados obsoletos trabalhadores cada vez mais jovens, visando à substituição de mão-de-obra, cada vez mais jovem e de menos custos, para as empresas. Por ser este contingente de aposentados cada vez mais jovem é que são reforçadas as categorias dos subempregados, dos terceirizados ou de jovens aposentados, e o trabalho vai deixando de ser o fator primordial que ocuparia quase todo o tempo de vida, do trabalhador.

Os processos de transformação da vida são influenciados pelos padrões biográficos mutáveis existentes nos sistemas sociais, que são por sua vez suscetíveis a modificações. Vista dessa forma, fica mais clara a compreensão das relações entre, a pessoa e o trabalho, a família e a sociedade, relações essas que transcendem as diferenças entre as gerações, no tocante à manutenção e percepção, de relacionamentos recíprocos no tempo.

Ao falarmos do trabalho, como fonte de transformações sociais, inevitavelmente, estamos falando do homem trabalhador, como um sujeito que passa por modificações profundas, no que diz respeito ao seu modo de sentir e experimentar as etapas da vida, dentre elas, o envelhecimento. A partir do curso de vida atual, o trabalhador passa a compreender melhor a capacidade de superar o rótulo de que velhice é o marco do recolhimento, é o momento das perdas, e passa a assimilar que velhice é o marco de uma etapa de privilégios, propícia para a realização pessoal, como por exemplo, a possibilidade de exercer outra profissão.

A sociedade atual possibilita o entendimento do nosso modo de vida, a partir de um estilo uni-etário. Para isso, Meyrowitz (apud Stucchi, 1994) diz que a mídia eletrônica tenderia a integrar mundos informacionais, antes estanques, valorizando novas formas de comportamento que apagariam o que era previamente considerado como adequado a uma determinada faixa etária. Além disso, as alterações na estrutura familiar – o casamento de divorciados, mulheres

optando por ter o primeiro filho aos quarenta anos, pais solteiros, etc. – e no mercado de trabalho –, aposentadorias ocorrendo em idades cada vez mais precoces, mulheres retornando à universidade ou à carreira na meia idade – mostram que as experiências não se organizam mais em função da idade cronológica. Nesse processo, diluem-se as etapas pré-fixadas de comportamentos, linguagem, gosto, estilo, etc., para cada faixa etária, assim, o que vem prevalecer são as diferenças relativas da era pós-moderna, surgindo a criação de etapas da vida, como a menopausa, terceira idade e assim sucessivamente.

E é baseada na etapa da terceira idade, onde estão classificadas as pessoas de faixa etária entre 40 e 65 anos, e que se encontram próximas da saída de um vínculo empregatício, que surgem os estigmas e preconceitos relacionados à produtividade, é o fator cronológico ainda exercendo influência na avaliação da atividade ou inatividade do ser humano. No entanto, essa visão está perdendo espaço para a nova concepção sobre a atuação do trabalhador que, aos poucos, começa a passar por um processo de valorização de sua individualização, dentro do processo produtivo, sendo tal avaliação decorrente da modernidade que vem superando a visão de idade cronológica associada à produtividade, e assume o fator idade como sendo um sentido essencial na organização social. A respeito disso, Stucchi (1994, p.13) defende que:

A pré-aposentadoria é, portanto, a invenção de um novo período na vida ou, pelo menos, na carreira do trabalhador cujos significados não são uniformes. Sua criação corresponde ao delineamento de um novo mercado consumidor que visa preencher as lacunas das representações contraditórias sobre a carreira do trabalhador, sobre o envelhecimento, sobre a juventude e sobre a produtividade no trabalho.

Dessa forma, reforçamos a ideia de que cada etapa da vida, e do trabalho, influencia e é influenciada pela transformação do tempo

como consequência natural do curso da vida, e que, de acordo como são vivenciados tais acontecimentos é que vão ser assimilados o comportamento e a compreensão, os processos vitais, dentre eles o envelhecimento, no qual se encontra inserida a fase da pré-aposentadoria.

O aumento da população idosa no Brasil vem adquirindo, desde os anos oitenta aproximadamente, uma progressão considerável, de modo que estatísticas realizadas pelo IBGE afirmaram que o índice de habitantes idosos no Brasil a partir do ano 2000 seria de mais ou menos 8,3% do total de habitantes do país. Decorrente dessa modificação no curso de vida da população, os comportamentos e atividades modificam-se dando lugar a novas concepções e compreensão a respeito dessa população, dentro do todo. Ao dividirmos a população adulta cronologicamente encontraremos as classes do jovem adulto, o adulto de meia idade, e o aposentado, sendo essa classificação parte de um processo suscetível a mudanças, advindas do contingente social. Esse processo faz emergir, também, um vasto campo para a atuação de profissionais das áreas afins, que objetivam favorecer um melhor ajuste na vida do ser humano, na fase em que se encontra inserido, levando-o a superar cada etapa, para uma melhor vivência das subsequentes.

Atualmente, estamos passando por um processo muito dinâmico de transformações, no modo de vida adulta, sendo caracterizada pelos novos estilos, comportamentos, pensamentos, gêneros, experiências de trabalho, maneira de vivenciar o cotidiano, dentre outras. Partindo desse pressuposto, surge a necessidade, na classe trabalhadora, da implantação de uma fase denominada pré-aposentadoria, caracterizada de significados da mais diversa natureza, por se tratar de um período crítico na vida do trabalhador, quando, apesar de toda evolução dos conceitos acerca da relação entre aposentadoria e produtividade, ele começa a assimilar o estigma de pré-improdutivo, ou começa a condicionar sua velhice à aposentadoria, sendo este um comportamento existente quando da ausência de um programa de educação permanente ou de preparação para a aposentadoria. Tal comportamento surge, mesmo quando o indivíduo tem conhecimento da sua realidade e do seu potencial de atividade,

inclusive da possibilidade de realização dos seus sonhos ou mesmo da execução de uma nova carreira.

A pré-aposentadoria engloba todo um contexto atual a respeito das reais necessidades dos trabalhadores, do surgimento de um novo mercado consumidor, pois seria impossível não voltar a atenção para essa demanda.

As empresas públicas e privadas começam a voltar suas atenções para a implantação de programas que visam preparar seus funcionários para a pré-aposentadoria, através de seus setores de recursos humanos, estudando as melhores maneiras de auxiliar seus colaboradores a compreender melhor as perdas e ganhos, provenientes do envelhecimento, sendo que, a melhor maneira de lidar com eles, é objetivando sempre a sua superação. Esses programas são realizados com a presença de profissionais das mais diversas áreas de atuação, desde contadores, advogados e médicos, psicólogos, assistentes sociais, etc., sempre buscando focar, de maneira proativa, questões universais da vida do trabalhador.

Além das questões sociais que permeiam a vida do trabalhador pré-aposentado, especialistas desenvolveram estudos relacionados aos sentimentos e comportamentos, que podem surgir nos trabalhadores inseridos nessa fase. Assim, foram pesquisados os conflitos que são gerados a partir da representação social do trabalhador mais novo com o mais velho e vice-versa, uma vez que, o envelhecimento aqui está vinculado à incapacidade de produção e à inabilidade emocional, podendo esse comportamento vir a comprometer a produção no trabalho, o que leva, muitas vezes, os empresários a justificarem a chamada “oxigenação” em seu quadro de trabalhadores, que é a substituição dos trabalhadores antigos por uma mão-de-obra jovem e menos onerosa. Ainda existem funcionários que adotam a postura de retraimento, diante de sua condição ou de negação da mesma o que, muitas vezes, os leva a ocultar o desligamento ou optar pela continuidade na empresa, mesmo após a aposentadoria.

A aposentadoria, desde sua criação, é um programa de caráter previdenciário, tido como um direito adquirido pelo trabalhador, após longos anos de dedicação ao trabalho ou por incapacidade de executá-

lo, dentre outros requisitos. No entanto, o mundo do trabalho é muito complexo o que torna difícil especificar, em uma peculiaridade, e definição, o que realmente é a carreira do trabalhador, o qual, pode ter impossibilitada a estruturação de meios politicamente bem definidos de aposentadoria que, muitas vezes, impede a possibilidade de a aposentadoria se transformar em uma ação contrária ao que seria um benefício para o trabalhador.

Por essa razão a aposentadoria começa a seguir um rumo mais personalizado, dando margem para que o trabalhador venha a decidir qual a melhor idade para se aposentar. Nesse processo, a empresa assume o papel de parte preparadora para tal decisão, atendendo bilateralmente, às necessidades surgidas, pois, se de um lado a empresa favorece ao funcionário, a possibilidade de reflexão sobre essa nova fase e melhores formas para efetivá-la, por outro lado, a própria empresa adota um procedimento encarado como um dos mais modernos em termos de gestão de recursos humanos, aliando a isso a questão produtiva e o cumprimento das metas da empresa.

Ao adotar essa preparação para a aposentadoria, a instituição visa quebrar a velha concepção de correlação, da velhice à aposentadoria, evidenciando o envelhecimento como uma fase propícia para a tomada de consciência do que foi vivido, de geração de meios onde o indivíduo possa se articular para prosseguir a vida intensivamente, vivenciando as experiências etárias e seus significados.

Compreendida dentro de uma cultura que privilegia o trabalho e a produtividade, como parâmetro para a evolução ou declínio etário, a aposentadoria adquire um estereótipo prejudicial, causador de desajustes aos indivíduos a ela submetidos. Assim sendo, o senso comum incentiva, através dessa crença, um processo de alienação, onde só serão percebidos como membros socialmente ativos os indivíduos que se encontram dentro de uma esfera de produtividade, independência e eficiência.

A respeito disso, Tornstan (apud STUCCHI, 1994) afirma que a sociedade ocidental impregnou esse mito de classificação de capacidade produtiva das pessoas ou suas incapacidades a partir da aposentadoria e vai, ainda além, o autor diz que nas pesquisas realizadas

“dados empíricos contrariam o mito do trauma da aposentadoria”, como, por exemplo, um aposentado relatar satisfação com essa condição serve de base para os teóricos enfatizarem “que o tempo de aposentadoria não foi suficientemente grande para que o drama se instalasse”. Assim, esses teóricos assumem uma postura alienada, de forma que preferem acreditar na idéia tradicional de negatividade da aposentadoria, compreendendo o sentimento descrito pelos aposentados, sobre sua experiência.

Esse tipo de atitude nos leva, cada vez mais, a compreender a necessidade da modificação sobre os conceitos estabelecidos para o trabalho e a aposentadoria, bem como, sobre as concepções de lazer e atividades paralelas, alegando, para essa transformação, a realidade do estilo de vida globalizado, no qual nos inserimos, e qual o valor que tem o trabalho (livre de pré-conceitos) para a vida dos indivíduos. Seguindo essa linha, surge a denominação de aposentadoria ativa e aposentadoria passiva em que esta última será constituída pelas pessoas da terceira idade, voltadas para desfrutar o descanso, enquanto que, na aposentadoria ativa, estariam classificadas aquelas que optaram e se sentem capacitadas para continuar uma vida produtiva, do ponto de vista socioeconômico.

Outro fator que influencia o comportamento e os sentimentos dos pré-aposentados é o medo de ingressar e se adaptar a um universo em que, até então, ele era apenas visitante, isto é, o universo doméstico, ou outro mundo de dominação alheia à sua, culminando assim, a fantasia de que todo o poder e sabedoria que o indivíduo possui de nada lhe servirá.

Por outro lado, o pré-aposentado sofre ainda interiormente, seu próprio preconceito, uma vez que, ao reencontrar seu antigo colega de trabalho, atual aposentado, sente-se desestimulado e com receio de se ver naquela condição futuramente, e esse fator o persegue, de tal forma que, mesmo com vários projetos preestabelecidos, essa possibilidade ainda encontra espaço em seus pensamentos.

O trabalhador pré-aposentado começa a ser tomado por um bombardeio de conceitos indefinidos, a respeito de sua condição, por ser esta uma fase intermediária na sua vida, visto que, ao mesmo tempo

em que lhe é atribuído um desligamento do quadro funcional, é ele mesmo a pessoa mais indicada para a transmissão de seus conhecimentos profissionais para um novo membro do quadro funcional, resultando mais uma vez em contradições sobre o momento certo para a aposentadoria, e salientando a importância da tendência atual de o empregado decidir o momento exato para sua aposentadoria, o que nós já vimos anteriormente, juntamente com a preparação para essa decisão.

Ao falarmos em processos contraditórios dentro da pré-aposentadoria, enquadramos também as formas de políticas governamentais de desvantagens para o aposentado, ideia que atualmente o sistema previdenciário reforça para o trabalhador que irá aposentar-se, levando-o, muitas vezes, a protelar essa decisão, visto que, ao passar por todo um contexto de perdas, ele ainda passará pela perda financeira e terá que se submeter à redução de sua qualidade de vida, caso não exerça outra atividade remunerada.

Do ponto de vista psicológico, atribuímos a aceitação da aposentadoria ao modo como o indivíduo reage às suas expectativas e estímulos ao seu tipo de personalidade, visto que estes fatores norteadores são importantíssimos para a conduta da pessoa, diante das fases vitais e na superação de suas dificuldades, como, por exemplo, para uma pessoa que é otimista, em que a sua forma de encarar as fases da vida será consequentemente otimista, da mesma forma, acontece com o pessimista e assim por diante. Sendo importante, dentro dessa compreensão, atinarmos para a quantificação e a qualificação com que o indivíduo lida com suas dificuldades, como um termômetro de seu modo de vivenciar os processos transitórios da vida.

Podemos afirmar que o fim do trabalho está associado à perda dos vínculos sociais e, por outro lado, ao analisarmos essas perdas junto ao curso atual da vida do trabalhador, quando encontramos uma grande população com pouca idade cronológica de pré-aposentados e que possuem bem concebido a sua própria capacidade produtiva, compreendemos que essa perda torna-se parcial, visto que favorecerá o início de um novo ciclo vital, também com produtividade, reforçando o distanciamento da associação de aposentaria à velhice inativa, e ainda,

focalizando a capacidade de produtividade vinculada ao envelhecimento, mesmo que esta se dê através de formas de lazer.

Com o preparo para a aposentadoria, a qualidade de vida tende a evoluir, o que favorece ao indivíduo adaptar-se às transformações da vida que decorrerão da ruptura do seu meio funcional, profissional.

Atribuir qualidade de vida à aposentadoria e à terceira idade implica a percepção do efeito produzido pelas atitudes e habilidade supracitadas, ou mesmo, quando a preparação para a aposentadoria esteja vinculada a novas maneiras de experimentação da vida na terceira idade, em que o investimento no autodesenvolvimento deveria ser a meta principal a ser alcançada pelo pré-aposentado. Assim sendo, a qualidade de vida deste estaria proporcionalmente voltada para a modificação na introjeção da fase denominada aposentadoria, que assume o papel, de um momento priorizado, para o aprendizado de novas diligências que lhe sejam agradáveis, e que venham a favorecer o redescobrimto de atividades sociais, que fujam ao padrão de meros passatempos inúteis. De acordo com Salgado (apud STUCCHI, 1994, p.136):

[...] a aposentadoria, seja lei social, seja lei econômica é um princípio dos homens, feito em função dos homens. Então, nós temos o compromisso ético, o compromisso moral de alertarmos a todos de que a vida é prerrogativa de todos aqueles que estão vivos, na sociedade não vale mais o que tem menos idade. Qual é o gole de café mais saboroso? O primeiro que queima a boca ou o último que já tem a temperatura ideal e o gosto ideal? Nas obras literárias, nas obras artísticas a apoteose é no princípio? Não. Têm os enredos, a gente vai se envolvendo até chegar ao clímax que é a parte final. [...] Se nós temos a competência para vivermos 60, 70, 80 anos ou mais por que a qualidade de vida tem que estar apenas nas existências

anteriores.

Entendemos, assim, que o verdadeiro significado da vida encontra-se na medida em que vivemos plenamente cada processo de nossa existência e que dentro desse conceito, sentir-se pré-aposentado implica em visualizar-se como um ser que está no mundo desfrutando da oportunidade de refletir sobre o que foi vivido até então, e planejar o que realizar a partir da aposentadoria, de forma que a experiência possa tornar-se prazerosa, construtiva, e positiva, dentro desse novo contexto.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Everaldo Gaspar Lopes de. *Direito do Trabalho: ensaios filosóficos*. São Paulo: LTR, 1995. CELSO, A. **Manual de técnicas de dinâmica de grupo, de sensibilização e de ludopedagogia**. Petrópolis: Vozes, 1993.

BORGES, M. M. **Princípios básicos de análise do comportamento**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CAMPOS, D. C. **Atuando em psicologia do trabalho, psicologia organizacional e recursos humanos**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

CHAUÍ, M. **Conformismo e resistência**. São Paulo: Brasiliense, 1996.

CODO, Wanderley. **Por uma psicologia do trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Psicologia e direitos humanos: desafios contemporâneos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

FORGHIERI, Y C. **Psicologia Fenomenológica: fundamentos, métodos e pesquisa**. São Paulo: Pioneira, 1993.

GOMES, W. B. (org.). **Fenomenologia e pesquisa em Psicologia**. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 1998.

KAHHALE, E. M. P. (org.). **A diversidade da psicologia: uma construção teórica**. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

LANER, A. **Psicologia e trabalho na história: da apropriação do tempo à busca da felicidade**. Ijuí-RS: Unijui, 2005

LANE, S. T. M. **Psicologia Social Comunitária**. 10 ed., Petrópolis/RJ: Vozes, 2007.

LEMOS, H. **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004

MOTTA, J. **A psicologia e o mundo do trabalho no Brasil**. São Paulo: Ágora, 2005

OLIVEIRA, M. de. **Ética e racionalidade moderna**. 3 ed., São Paulo: 2002.

RAPPAPORT, C. R. **Psicologia do Desenvolvimento**. São Paulo: E.P.U., 2004.

REIS, S. J. **Qualidade de vida no trabalho e psicologia social**. 2 ed. São Paulo: Casa Do Psicólogo, 2004.

SAMPAIO, Jader dos Reis (org.). **Qualidade de vida, saúde mental e Psicologia Social: estudos contemporâneos II**. São Paulo: Casa do psicólogo, 1999.

SEVERO, M. C. **Estratégias em psicologia institucional**. São Paulo: Loyola, 1993

SPECTOR, P. E. **Psicologia nas organizações**. 2 ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

STUCCHI, D. Os programas de preparação à aposentadoria e o remapeamento do curso da vida atual do trabalhador. 1994. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Campinas.

CO-CONSTRUINDO O SERVIÇO DE PSICOLOGIA HOSPITALAR NO SUS: PROPOSTA DE SISTEMATIZAÇÃO EM SERVIÇO UNIVERSITÁRIO

Grace Liz Dantas Barros¹ – Silvia Raquel Santos de Morais²

Introdução

Para o psicólogo, atuar no hospital requer reformulações e reinvenções constantes no seu saber-fazer. Nessas instituições, a psicologia, ao se colocar como serviço que compreenda os aspectos organizacionais, passa a ser convocada pela dinâmica desafiadora desse contexto, conservando seus princípios e valores éticos diante do trabalho sensível junto à subjetividade (MARCA; ADLER; MARTINS, 2014).

Nesse íterim, o zelo pela qualidade da assistência e do processo de gestão do trabalho torna-se prerrogativa indispensável. Contudo, em se tratando da temática voltada à gestão serviço de psicologia, observa-se ausência de parâmetros mínimos norteadores, na literatura científica pesquisada até o momento. Somado a isso, tem-se o aparecimento recente da psicologia hospitalar no cenário nacional; o número ainda reduzido de publicações a respeito do tema; a pluralidade interventiva; o risco de limitação para uma prática pouco reflexiva e, por fim, um histórico formativo restrito, no que se refere às práticas de gestão e sistematização da atenção psicológica em setores de alta complexidade sanitária. Como consequência, a psicologia assume o risco do exercício prático indefinido e fluido em hospitais, acarretando o aumento do hiato entre as demais categorias e impactando diretamente na qualidade da atenção prestada. O caráter científico e avaliativo da sua função no hospital é prejudicado, com

¹ Programa de Residência Multiprofissional em Intensivismo UNIVASF.

² Programa de Residência Multiprofissional em Intensivismo UNIVASF.

perdas em termos de reconhecimento, e valorização profissional.

O investimento em formação específica na área, tem se mostrado como via possível para o redimensionamento desses modos de atuação, dentre as quais se destaca a implantação de Programas de Residência. Frente a esse cenário, encontra-se um quantitativo ainda tímido de publicações científicas em psicologia que abordem o lugar do psicólogo hospitalar como gestor do seu serviço, principalmente, no que se refere ao Norte-Nordeste. Essa carência de literatura dificulta a compreensão das questões gestonárias específicas do campo da psicologia e ratifica a ausência de critérios e instrumentais, para o processo organizativo. Com isso, a construção dessas práticas ainda precisa buscar referências nos instrumentos produzidos por outras categorias profissionais que já avançaram mais nesse quesito.

Partindo dessas questões, é enfatizada a importância de o profissional de psicologia hospitalar assumir-se enquanto ator político, responsável pela legitimação de sua prática, a partir de discussões e proposições de mudanças que contribuam para o alcance do fortalecimento da categoria, e para a consolidação de práticas mais qualificadas e a eficácia nos resultados de sua ação. Mediante essa compreensão, o presente estudo reconhece a relevância da proposição de parâmetros norteadores para operacionalização da atuação psicológica hospitalar, com vistas à construção de estratégias que fortaleçam a visibilidade e validação da área. Trata-se, portanto, de uma pesquisa de caráter interventivo, com o objetivo de contribuir para a organização do serviço de psicologia de um hospital universitário do interior do Nordeste.

Psicologia Hospitalar

Buscando transpor o predicativo clínico de atuação em psicologia hospitalar, para o alcance gerencial, Gorayeb e Guerrelhas (2003) sinalizam que cabe ao psicólogo a sistematização de seu processo de trabalho, de modo a explicitar os aspectos técnicos no desenvolvimento de suas funções. Quanto às atribuições dessa especialidade, Romano (1999) discorre criticamente sobre a percepção de significativa carência quanto à clareza e credibilidade,

no exercício de suas funções, citando como possíveis justificativas: a precária compreensão de seus papéis pelo próprio psicólogo; pouca nitidez na apresentação de suas tarefas, para os demais membros da equipe; habilidades insuficientes, para manutenção da prática nesse ambiente; transposição irrefletida da prática na clínica tradicional, para o contexto hospitalar; necessidade de redefinição de práticas a partir das demandas institucionais e dúvidas do hospital, quanto às expectativas dessa atuação.

Diante dessa leitura, fica evidenciada a necessidade de o psicólogo assumir uma postura ativa de responsabilidade acerca dos esclarecimentos adequados, sobre o lugar que ocupa dentro da instituição (ROSSI, 2010). Clareza, técnica e objetividade são apontados por Gorayeb e Guerrelhas (2003), como imperativos para a funcionalidade da ação psicológica, no reconhecimento desse trabalho como essencial por parte da equipe, evitando a inadequação de expectativas e proporcionando a delimitação de tarefas.

Gestão em psicologia hospitalar

A partir disso, constata-se que a adesão às práticas de gestão dentro da rotina de trabalho da equipe hospitalar se apresenta como uma realidade que convida as categorias a promover a estruturação da assistência, padronizando suas ações e aproximando suas linguagens aos demais componentes da equipe.

Falar de gestão, em psicologia hospitalar, utilizando termos como “padronização” e “estruturação” parece, à primeira vista, divergir da perspectiva clínica ampliada e da complexidade da experiência de hospitalização. No entanto, ao aproximar-se dessas questões e ao visualizar a dinâmica de atuação, nota-se que não se tratam de elementos antagônicos: a inserção de metodologias de gestão de qualidade proporciona a consistência e segurança de efetivação das práticas clínicas, no âmbito hospitalar. Trata-se, pois, de um *continuum*, no qual a sistematização do processo favorece a melhoria da intervenção e apresentação do impacto desta na rotina das instituições hospitalares: “o psicólogo hospitalar passa a ter como tarefa a ampliação de seu olhar para a composição de dados/análise

que irão alimentar toda a estratégia de ação da instituição hospitalar” (MARCA et al., 2014, p. 75).

Gestão da qualidade e Acreditação Hospitalar

O atual cenário hospitalar vem indicando uma crescente incorporação de práticas de gestão da qualidade. A qualidade em questão refere-se a um “conjunto de propriedades de um serviço ou produto que o tornam adequado à missão de uma organização concebida como resposta às necessidades e expectativas de seus usuários.” (MEZOMO, 2001 apud GARZIN, 2011, p. 34). Assim, essa metodologia não se restringe a dar uma resposta à lógica de competição de mercado, mas ajuda a assegurar uma prestação adequada dos serviços (SILVEIRA, 2010).

Na década de 1970, o Ministério da Saúde brasileiro passou a inserir, nas suas normativas, a temática da Qualidade e Avaliação Hospitalar. As iniciativas brasileiras tiveram como produto a sistematização do processo de certificação, adaptado à realidade nacional; com o surgimento do Programa Brasileiro de Acreditação em 1998; com a criação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), em 1999; e por meio da construção do *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar* (EMÍDIO; ALONSO; FERNEDA; HEDLER, 2013; SILVEIRA, 2010; ROTTA, 2004).

O processo de acreditação ocorre mediante a adesão voluntária das organizações hospitalares, podendo resultar na certificação, a partir de uma classificação gradativa: acreditado, acreditado pleno e acreditado com excelência. Para tanto, faz-se o uso de metodologias de avaliação, com base em itens específicos, tais como: controle de processos de trabalho, informatização, utilização de protocolos, elaboração de indicadores e horizontalização de informações (EMÍDIO et al., 2013).

Desse modo, tal método avaliativo parece não trazer a finalidade de certificação como instância única, mas também, como possibilidade de responsabilização diante das reformulações na dinâmica de trabalho, aliada à viabilidade da racionalização nos processos de tomada de decisão e adequação na alocação de recursos.

Dimensões da gestão da qualidade

A análise crítica de desempenho e da qualidade dos serviços de saúde precisa partir de uma fundamentação adequada que subsidie o processo de formulação das rotinas/documentos, e que auxilie na organização dessa avaliação. Utilizados por grande parte das organizações avaliadoras, os estudos de Donabedian (1988/1992, apud GARZIN, 2011) apresentam elementos relacionados aos princípios da estruturação do trabalho em saúde, abordando a temática de avaliação da qualidade e ultrapassando a perspectiva de procedimentos médicos.

Silveira (2010) destaca a importância das conceituações discorridas pelo autor, para a origem e desenvolvimento dos programas de acreditação hospitalar, uma vez que, apresenta foco no usuário e na participação coletiva dos profissionais, na elaboração e execução das instâncias apresentadas. Por conta disso, os Sistemas de Gestão da Qualidade recomendados pelo Sistema Brasileiro de Acreditação, através da ONA, definem a organização dos serviços a partir dos níveis: estrutura, processos e resultados (MARCA et al., 2014).

Define-se como “estrutura” os elementos relacionados aos aspectos físicos, das instalações, do formato organizacional, do instrumental utilizado, dos recursos humanos e financeiros, do seguimento de aspectos legais, do dimensionamento de equipe, da elaboração de prontuários, bem como, das questões referentes à segurança e gerenciamento de riscos. A instância denominada “processo” corresponde ao conjunto de ações da assistência, a partir da sistematização e padronização de rotinas no serviço, associada às intervenções voltadas ao cuidado e às relações. O nível “resultado”, diz respeito ao monitoramento dos processos, mediante elaboração, avaliação de indicadores e desenvolvimento de novas metas, apontando a relevância do elemento satisfação, do usuário. Desse modo, discorre que a gestão de saúde pode ser sistematizada por meio dessa tríade, destacando a condição de interação desses componentes, bem como entre o ambiente e as posturas individuais de cada profissional (SILVEIRA, 2010; GARZIN, 2011).

Método

Trata-se de uma pesquisa-intervenção (SZYMANSKI; CURY, 2004), de caráter qualitativo, com uso de grupo focal (KIND, 2004; DIAS, 2000), em um serviço hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS). Os instrumentos utilizados foram: ficha de levantamento de dados iniciais, formulário (MARCONI; LAKATOS, 2003) e diários de bordo (AUN, 2005), elaborados pela pesquisadora. Para análise dos dados, adotou-se a análise de conteúdo (BARDIN, 2002), caracterizada como uma proposta de tratamento/sistematização, mediante o agrupamento em categorias de análise.

Participaram dessa pesquisa quatro psicólogos do serviço de psicologia de um Hospital Universitário do interior do Nordeste. Essa instituição foi inaugurada há sete anos, constituindo-se como sede de um Programa de Residência Multiprofissional em Intensivismo, e vinculada recentemente à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Apresenta perfil assistencial voltado à atenção às urgências e emergências de alta complexidade - - politraumatismo, neurologia e neurocirurgia --, traumatologia-ortopedia, cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia buco-maxilo-facial e clínica médica.

Vale ressaltar, que esse estudo cumpriu todas as prerrogativas éticas envolvendo a pesquisa com seres humanos, seguindo os procedimentos metodológicos preconizados pelo Comitê de Ética em Pesquisa e com aprovação sob CAAE de número 46603015.3.0000.5196. O primeiro grupo focal (GF) destinou-se à apresentação das etapas da pesquisa; preenchimento de ficha de levantamento de compreensões prévias; e início de discussão acerca da sistematização, a partir da questão disparadora: “o que deve compor a estrutura do serviço de psicologia hospitalar dessa instituição?” No segundo e terceiro grupo, discutiram-se três blocos de temáticas, respectivamente: estrutura, processos e resultados. A partir desses elementos, ocorreu levantamento de discussão, quanto à viabilidade, modos de construçãooperacionalização de cada tópico apresentado.

Após essa fase, iniciou-se o processo de transcrição literal e organização dos dados produzidos e, na sequência, foi construído cada instrumento, apontado nos grupos focais. Os materiais elaborados foram baseados nas descrições feitas pelos colaboradores, articuladas com achados bibliográficos; por instrumentos de outros serviços de referência, além da consideração da experiência empírica da pesquisadora, enquanto residente com trajetória no contexto hospitalar. Desse processo interventivo, foram elaborados dezenove instrumentos de recomendação (formulários, diretrizes, protocolos e fluxos). Após essa etapa, promoveu-se mais dois grupos focais para apresentação do material produzido, com apreciação, pelos colaboradores, para finalização das recomendações técnicas. Ao final do último encontro, ocorreu o preenchimento de formulário de avaliação, por parte dos colaboradores. Vale ressaltar que, ao longo de todo o processo da pesquisa, foram elaborados diários de bordo pela pesquisadora, os quais destacavam a vivência desta, e as suas impressões quanto à dinâmica do serviço, durante esse período.

Resultados e discussão

Durante a realização dessa pesquisa, a maioria dos participantes apresentava tempo de atuação que variava, de cinco meses até um mês na instituição, com idade média de 28 anos. Quanto à formação, apresentavam tempo médio de cinco anos de conclusão da graduação, sendo a maioria em instituição de ensino privada e em capitais. Nesse contexto, apenas uma participante concluiu em uma Universidade pública. A maioria das participantes apontou para curso complementar, em UTI Neonatal, e/ou pós-graduação em saúde pública, sinalizando fundamentação em referenciais teóricos variados, dentro da psicologia. No tocante à experiência anterior na área, uma participante declara vivência em ocasião de estágio básico.

Com base na explanação dos elementos implicados nas narrativas e nas etapas preconizadas pela proposta de análise de conteúdo, foram elencadas cinco categorias, a saber: posicionamento do grupo; contribuições da sistematização para a prática; identidade

psi e informalidade; impasses para a sistematização; descompassos entre assistência-tempo-gestão. Com vistas à preservação do sigilo dos profissionais, estes foram aqui identificados com a nomenclatura referente aos quatro elementos da natureza: terra, água, ar e fogo.

Posicionamento do grupo

O posicionamento do grupo frente à temática da sistematização é de significativo interesse, coincidindo com as demandas atuais da equipe. A recente chegada da equipe justifica a vivência atual de processo de adaptação à rotina institucional. Diante disso, a equipe destacou a prerrogativa de apropriação da prática, com a ideia de que é necessário tempo, para se aproximar da dinâmica de gestão do serviço. Reforçando esse raciocínio, os componentes da equipe afirmaram que determinadas demandas passam a ter sentido, mediante gradual assimilação do grupo, acerca do serviço e de seu papel institucional. Assim foi umas das falas do grupo:

Nosso grupo está aqui há cinco meses. Então, embora tivesse a história da psicologia anterior a nossa chegada, mas foi um grupo todo novo que chegou para o serviço. Assim, eu acho que essas demandas, essas questões, vão surgindo realmente com o tempo. (...) Quando a gente se sente um pouco mais apropriado desse lugar, em relação a como a gente chegou. A gente começa a pensar que existem outras coisas, outras necessidades, outras demandas que a gente precisa olhar a partir de agora. (AR, GF1)

Sobre esse processo de adaptação, Bruscato, Rodrigues e Lopes (2010) apresentam a necessidade de o psicólogo redimensionar seu processo de trabalho a partir da realidade

Institucional, da qual passa a fazer parte. Assim, o serviço hospitalar apresenta uma lógica diferenciada e regras pré-estabelecidas, sobre as quais o profissional precisará ter apropriação. No entanto, esse exercício de assimilação do ambiente indica, ocorrer mais na dimensão do sentido que os elementos desse contexto passam a ter para os sujeitos, do que necessariamente, da magnitude do tempo de inserção institucional. Abordando a questão gestonária, Silveira (2010) afirma que “para que as capacidades reflexivas e criativas possam ser mobilizadas, faz-se necessário ao sujeito que reconheça o sentido daquilo que faz, que tenha a vivência de pertencimento e a possibilidade de escolha por adesão salutar” (p. 134).

Partindo dessa perspectiva, os psicólogos enfatizaram a importância de investimento no viés da organização da prática. Em paralelo a essa consideração, reconhecem a dificuldade de iniciar esse processo, principalmente no que se refere à concretização de ações que demandem organização prática. A percepção dessa questão pode ser ilustrada pela demonstração de significativo entusiasmo do grupo quando se menciona os espaços de estudo, mas no cotidiano essas ações apresentam tempo reduzido, realçando a precariedade em organização sistemática e dispersão da tarefa.

Esse entrave, por vezes, parece refletir a dificuldade de o grupo assumir um lugar de autonomia e autogestão dentro de suas próprias práticas e, conseqüentemente, dos elementos que a constitui. Situações que elucidam esse posicionamento se repetem na rotina do serviço, tal como a identificação da necessidade de ficha de evolução da psicologia, no entanto, permanece utilizando material com nomenclatura de ficha de evolução médica. Desse modo, as posturas de procrastinação e aparente passividade sugerem a consideração da necessidade de uma condição idealizada da prática como requisito para realização efetiva de ações gestonárias do processo de trabalho no SUS.

A ausência desse documento. Se a gente tivesse. Se tivesse sido elaborado em um outro momento, se tivesse disponível. Aí a própria existência. O fato de não existir né?

E a gente também, não só o fato de não existir, mas o fato de a gente não ter feito também. (FOGO, GF1)

Desse modo, a operacionalização concreta de ações de gestão é a sinalizada pelo discurso e ações desordenadas do grupo como imperativo para o desenvolvimento e continuidade das práticas relacionadas à organização do serviço. Com isso, é explicitado que a atuação em psicologia hospitalar demanda habilidades e competências peculiares consonantes com as especificidades desse contexto, o que apresenta ao profissional a necessidade de um desempenho técnico coerente com a dinâmica desse espaço (CHIATTONE, 2011).

Contribuições da sistematização para a prática

De forma consensual os colaboradores opinaram que o investimento na sistematização do serviço pode interferir positivamente em seu trabalho e na psicologia hospitalar de modo geral. Tais colaboradores indicaram que ao se direcionarem para a organização da prática, haveria a possibilidade de uma perspectiva mais ampla do processo de trabalho e do funcionamento da instituição. A possibilidade de administrar os instrumentos e desenvolver uma análise, a partir de dados gerados pelo serviço, poderia subsidiar argumentos frente à gestão, quanto às necessidades de melhoria das condições de trabalho, tais como, ampliação no dimensionamento da equipe: “Porque hoje o quadro não é maior porque não se tinha esse quantitativo, de quando foi feito o atendimento, como, quais participações eram feitas dessa rede” (FOGO, GF1)

Esse processo seria relevante para formalização da intervenção, diante dos demais profissionais, bem como, para o esclarecimento uniforme sobre a rotina, no que se refere aos próximos psicólogos/estudantes/residentes que poderão compor o serviço. Esses profissionais evidenciaram, também, a percepção da abrangência desse direcionamento de gestão, como possibilidade de

geração de conhecimento e, conseqüente fortalecimento da identidade da psicologia na área hospitalar. Isso pode ser evidenciado por meio da fala seguinte:

Sistematizando você garante uma questão mais de você poder gerar aquilo, aquele conhecimento para a própria psicologia acerca daquela especialidade, daquela atividade, para a psicologia hospitalar. (...) Talvez a ausência de portarias esteja muito relacionada a essa ausência de algo produzido por nós, que estamos na psicologia hospitalar. Então, talvez se pensar em sistematizar o serviço, em organizar o serviço são passos fundamentais pra melhorar, pra fortalecer a própria psicologia hospitalar em si. (...) essa sistematização poderia ser benéfica nesse sentido, de garantir o fortalecimento da prática da psicologia hospitalar. (FOGO, GF1)

Essa perspectiva relatada pela equipe denota a compreensão da amplitude do impacto das práticas de sistematização no referido cenário. Nesse ínterim, ações coordenadas de estruturação da prática sinalizam a possibilidade de rompimento com o imobilismo e o isolamento institucional, o que proporcionaria maior precisão no diálogo, junto aos demais profissionais, comunicação essa prejudicada pelo distanciamento da linguagem, de que a psicologia se utiliza. Neste sentido, para Chiattonne (2011, p. 152), “a subjetividade do psicólogo, não raro, passa a ser confundida com incapacidade, com imprecisão, reforçando-se o modelo biomédico”.

Corroborando com essa ideia de contribuição, o grupo destacou aspectos relacionados aos possíveis benefícios para o

processo de trabalho da psicologia, no hospital. Dentre estes, sinalizaram a sistematização como oportunidade de reavaliação contínua da prática, a partir dos dados gerados pelo conjunto de informações registradas; e a identificação de frequências de demandas específicas quem venham a apontar a necessidade de intervenções diferenciadas, além da possibilidade de compreensão sobre o perfil dos pacientes atendidos, oportunizando a construção de estratégias interventivas direcionadas ao cenário prático.

Numa oportunidade de falar sobre o serviço, se a gente consegue demonstrar dados como ‘quantos atendimentos a gente faz no mês’, isso fala bastante sobre o nosso trabalho. ‘Quem é que a gente atende?’, ‘quem é esse usuário?’, ‘qual o perfil dele?’. Ao mesmo tempo que a gente pensa ‘quantos encaminhamentos a gente faz?’, ‘como é que a gente tem conseguido mexer com a rede?’. (...). Existem várias atividades que a gente pode fazer, inclusive de organização do nosso próprio serviço, até por a gente estar num serviço de saúde que tudo precisa ser quantificado. (AR, GF1)

Esse ponto de vista aproxima-se das reflexões de Silveira (2010) quando este apresenta a sistematização como via de firmamento de um lugar institucional, com marcas sólidas; e oportunidade de historicização e memória do serviço de psicologia na possibilidade do concreto, a favor do desenvolvimento de práticas subjetivas. Esse olhar sobre o exercício de sua função permite a produção do novo, do agenciamento de mudanças e rompimento com a lógica da repetição mecânica de operar o trabalho e aplicar conhecimentos (CHIATTONE, 2011).

Consonante com essa discussão, Merhy (1999) discorre

sobre a terminologia que denomina de “tecnologia levedura”, ao se referir sobre o processo de trabalho em saúde. Sobre isso o referido autor destaca que

[Essa tecnologia] é leve ao ser um saber que as pessoas adquiriram e está inscrito na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles, mas é dura na medida que é um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado (p. 307).

No que se refere mais especificamente à questão do registro, o grupo de psicólogos apontou a pertinência de considerar essa tarefa, como elemento indispensável para todos os atendimentos, para a organização das informações acerca do serviço realizado e da facilitação de acesso ao histórico dos atendimentos promovidos na instituição, conforme legislação. Paralelo a isso, os profissionais demonstraram inquietação, ao perceber a necessidade de uma organização viável, factível e contextualizada dos registros, assumindo a necessidade de reforçar postura de autogestão de horários direcionados para essa atividade:

Eu estou sentindo que eu preciso sistematizar, me organizar, organizar meu tempo, organizar os registros nos prontuários, o que era uma dificuldades há quatro meses.(...) Então assim, a gente sistematizar, dá a cara ao nosso serviço é algo muito maior do que só numerar (...) é ter o registro que às vezes pode nem ser numérico pra nós mesmos termos ciência, não perdermos, pela dificuldade de memorização, o que a gente fez. (AR, GF1)

Identidade *psi* e informalidade

O processo de sistematização foi diretamente associado à relação entre o serviço de psicologia e os demais profissionais da instituição. O favorecimento da comunicação mais clara acerca da prática psicológica hospitalar foi apresentado como quesito a ser possibilitado pela organização documental de rotinas, de modo a demonstrar que a psicologia também pode apresentar informações inteligíveis que não somente aspectos abstratos em sua totalidade.

A gente cobra de muitos profissionais que deem essa formalidade à gente, mas a gente também precisa garantir essa formalidade. Esse registro ser algo que não só a gente tenha conhecimento. Na medida em que a gente sistematiza, as pessoas têm acesso a isso (FOGO, GF1)

Como possível consequência de uma maior efetivação desse processo comunicacional, foi mencionado o fortalecimento da formalidade da psicologia enquanto reconhecimento da categoria por parte dos demais profissionais. No entanto, o grupo afirmou, de modo incisivo, a ressalva da necessidade de que, nesse processo de instrumentalização, as especificidades da psicologia sejam preservadas. Sobre tais peculiaridades que constituem a psicologia de modo identitário, referem-se à problematização acerca da relação quantidade-qualidade, nos atendimentos, às características da prática psicológica, nos diferentes setores e, principalmente, ao acolhimento à subjetividade, como diferencial de atuação.

Enfatizando a importância de preservação do que seria próprio da psicologia, os colaboradores enfatizaram a necessidade de definição de limites. Quanto a isso, Silveira (2010, p. 15) afirma que “esta caracterização não representa fragmentação, mas respeito à diversidade dos campos de atuação em psicologia, da consideração à contextualização de operacionalização das práticas psicológicas e de prevenção quanto a possíveis distorções”.

Ainda sobre essa questão, é pertinente apresentar a reflexão produzida por Figueiredo (1993) quanto à problematização da concepção de identidade da psicologia. Tal autor argumenta que para responder enquanto identidade, é necessário que haja um limite definido de variações e de permanência desses aspectos particulares, ao longo do tempo. O predicativo multifacetado e mutável da psicologia, enquanto ciência e profissão, afastariam esse núcleo da possibilidade de formatação identitária como unicidade. Discorre ainda sobre a problemática dessa definição em se tratando de contexto coletivo e relações de trabalho, com profissionais de outras áreas, haja vista o entrave existente quanto a essas fronteiras dentro da própria psicologia. Esse posicionamento pode ser ilustrado pela seguinte afirmação de Figueiredo (1993, p. 92):

são exatamente as nossas dificuldades na construção e definição de uma identidade profissional que, simultaneamente, nos conduzem a uma busca, às vezes desesperada e grotesca, de legitimação e a impasses intransponíveis nesta empreitada. É bem compreensível que quanto mais difícil seja para nós nos apresentarmos aos outros e à nós mesmos mediante uma identidade clara e distinta, mais nos pareçam atraentes algumas estratégias de autolegitimação.

Diante dessa discussão, cabe a reflexão sobre a possibilidade de o afastamento das práticas de gestão estarem se configurando como uma dessas estratégias marcadas pela insegurança diante de uma ‘indefinição’ que parece constitutiva da psicologia. Essa temática ilustra uma dimensão ainda mais acentuada, quando relacionada ao trabalho hospitalar, que é fundamentalmente composto por equipes multidisciplinares, a partir das quais o diálogo será necessário e a definição idealizada dessas

fronteiras poderá ser cotidianamente ameaçada.

Impasses para a sistematização

O grupo percebeu que a carência de documentos regulamentadores e parâmetros referentes à sistematização prejudica diretamente a organização do serviço de psicologia no contexto do SUS. Assim, direcionaram a responsabilidade ao conselho de classe, no estabelecimento dessa regulamentação, indicando a necessidade de posicionamento e responsabilização dos próprios profissionais da área, no tocante à necessidade de geração de dados e observância dos aspectos gerenciais das intervenções, para subsidiar a construção de portarias e normas técnicas em termos de gestão, em serviços públicos e privados.

O grupo evidenciou, ainda, a importância de o grupo dar início a tais práticas de sistematização, contribuindo para a instrumentalização de outros psicólogos e serviços que convivam com dificuldades semelhantes, de forma que o alcance dessas ações respalde a necessidade de um posicionamento do conselho de classe. Assim, sugerem que permanecer ignorando a pertinência de pensar essa questão corrobora com o silenciamento e inércia da psicologia enquanto função política sobre os direitos de sua categoria.

A sistematização pode fortalecer, pode corroborar pra que isso venha a ser repensado, que outros espaços também precisam, que não devem ser apenas sugestões, mas que devem ser considerados espaços que o psicólogo devem realmente estar, e eu digo a nível de conselho mesmo. Que o conselho possa identificar essa prática, que é algo que eles precisam também investir, se posicionar sobre essa prática. (FOGO, GF1)

Diante dessas considerações, destaca-se o impacto da

sistematização do serviço de psicologia no âmbito político implicado no exercício profissional. Desse modo, assumindo a responsabilidade enquanto agente de mudanças em prol da formalização e firmamento do espaço da categoria na instituição, essa reflexão se aproxima da proposta de “ação política” cunhada por Hannah Arendt (1990, apud TORRES, 2007). Essa perspectiva parte da compreensão de política como sinônimo de liberdade, indicando a possibilidade de início de algo novo através da dimensão do coletivo. A ação política, portanto, diverge da ideia de domínio e instrumentalização em si, direcionando-se para a criação coletiva e em prol desta. Assumir a função política na tarefa da psicologia hospitalar pode ser concebido como a capacidade de promover mudanças através da articulação grupal. Tal movimento visa a construção de um saber-fazer libertador capaz de dialogar diretamente e de forma responsável com as questões institucionais, problematizando o que considerar necessário.

O grupo destacou a ausência de discussão sobre a administração da rotina em serviços, durante a graduação de psicologia. Em consequência dessa lacuna, pontuaram os entraves na construção de instrumental concreto, coerente com a lógica organizacional dos serviços.

Penso no sentido de direcionamentos nesse sentido, do nosso curso, de nossa formação, de estimulação dessa organização. Não há tanto uma ênfase sobre a importância disso; ‘Por que registrar?’ Por que o conselho pode vim e exigir isso? Ou é registrar porque é importante pro serviço? (AR, GF1)

Essa lacuna identificada no processo formativo realça a necessidade de uma maior apropriação, por parte desses profissionais, quanto à definição/função dos itens que compõem a organização do serviço. A construção desse instrumental perpassa

pela reflexão do grupo sobre os objetivos da sua utilização, possibilitando a compreensão satisfatória acerca desses elementos e para que o uso passe a ter real sentido para os profissionais. Indicam que esse distanciamento quanto à funcionalidade dos documentos acarreta na resistência para o preenchimento e prejuízo na efetivação desses recursos: “Às vezes eu fico meio sem perceber uma necessidade (...) tenho muita dificuldade e uma resistência de estar administrando o tempo para estar fazendo [registro], uma resistência muito motivada pela justificativa da existência. (FOGO, GF 2); “O que é que você chama de protocolo? (...) Qual a diferença de protocolo pra fluxo?” (FOGO, GF3).

A psicologia, como ciência, ainda demonstra significativo afastamento dos aspectos que constituem a prática profissional, sendo pautada por uma história de multiplicidade teórico-metodológica, em sua maioria, a partir de conceitos abstratos direcionados prioritariamente ao fazer clínico tradicional. Destacando a disparidade entre o conhecimento desenvolvido na Universidade e a dinâmica da realidade, Lima e Bruscatto (2010, p. 386) afirmam que “acompanhar as mudanças constantes deste espaço profissional exige esforços contínuos para capacitação dos indivíduos e torna imperativa a busca de complementos educacionais especializados”.

Desse modo, o processo formativo é considerado como elemento que ultrapassa o período da graduação, estendendo-se à trajetória de estudos e trabalhos do profissional, ao longo de sua carreira. Com isso, considera-se a possibilidade de espaços de aprendizagem marcados pela corresponsabilização dos atores envolvidos, além de um processo de educação permanente onde o psicólogo possa buscar aprimoramento, pertinente às demandas que se apresentam, além da necessidade de oferta institucional de mecanismos de incentivo para processos educacionais, levando em consideração as especificidades do SUS.

Nesse quesito, as demandas apresentadas pelos colaboradores marcaram a necessidade de maior apropriação, junto aos elementos específicos da atuação em psicologia hospitalar, com

vistas ao fortalecimento de um conhecimento técnico e do desenvolvimento de maior segurança na realização de suas práticas. Além disso, a familiaridade com aspectos relacionados à esfera administrativa também foram considerados fundamentais para a realização de tarefas no nível de gestão do seu serviço (SILVEIRA, 2010).

No tocante a este último item, foi evidenciada a pertinência de diálogo com conhecimentos de outras categorias, o que requer disponibilidade dos psicólogos para promover esse movimento de aproximação. Sobre isso, Lima e Bruscato (2010, p. 375) argumentam que “em quaisquer domínios de atuação, o psicólogo sempre estará diante de situações cuja complexidade e multideterminação tornam impossível a sua compreensão exclusivamente à luz de uma única área do conhecimento”.

Como proposição de estratégias relacionadas à aprendizagem, explicita-se aqui a sugestão de aproximação da equipe com os espaços de educação permanente que estão se estruturando na instituição, além da co-construção de novas possibilidades de ensino- aprendizagem junto às atividades acadêmicas da residência/estágio. Corroborando com a viabilidade desses espaços, Silva e Bruscato (2014, p. 387) afirmam que essa modalidade de educação parte do entendimento de que “as pessoas são capazes de aproveitar oportunidades de aprendizado em todos os contextos e atende, de forma ágil, às necessidades de mudança nas habilidades profissionais, permitindo que essa aprendizagem se realize em consonância com as limitações de tempo”.

Sobre a relação com os instrumentos que compõem a sistematização, a equipe demonstrou postura de aparente ambivalência, principalmente em relação aos protocolos. A dualidade no posicionamento diante dessa modalidade de documento foi explicitada ao relatarem sobre os impactos negativos decorrentes da ausência de planejamento técnico das condutas, ao mesmo tempo em que associavam a utilização desse material a algo rígido e destoante da lógica de atuação da psicologia:

Na psicologia como um todo a gente tem essa dificuldade de como sistematizar, de como organizar o nosso trabalho. Tem alguns direcionamentos, mas não tem um protocolo da psicologia, ‘caso assim, você faz assado’, ‘em hospital você tem que fazer assim’, não tem essa coisa fechadinha, acho que até por isso que a gente tem essa dificuldade, o serviço em si, que a gente vai fazendo, que vai percebendo que é necessário. (AR, GF1)

De forma a romper com essa perspectiva ainda dominante do instrumental técnico como dispositivo limitante da prática, Silveira (2010, p.20) afirma que a sistematização não tem o intento “de estabelecer padrões para limitar ou engessar o trabalho, mas indicar o que se espera, *a priori*, de um psicólogo hospitalar, isto é, o que se considera essencial em sua atividade, ou ainda, quais são as margens desta especialidade”. Assim, é preciso que a função dessa estruturação esteja clara para os profissionais e que estes façam parte diretamente desse processo de construção, de modo a possibilitar o uso adequado e a adesão.

Além da apropriação ainda reduzida do conhecimento técnico sobre os instrumentos e sua associação com o fazer psicológico, o grupo apresentou dificuldade de definição/discriminação das nomenclaturas de intervenções psicológicas que desenvolvem na instituição hospitalar. Esse entrave se estende também a terminologias da área relacionadas à clínica psicológica e sua adaptação ao documento com finalidade administrativa. Isso pode ser observado por meio do depoimento a seguir:

A gente também precisa ter clareza sobre que tipos de atendimentos são esses pra saber qual a diferença entre eles. Pra poder

categorizar e classificar a gente precisa saber se existem esses tipos, se existem outros tipos de intervenção, que a gente até faz e não sabe dar um nome a ele, pra gente poder classificar melhor (AR, GF2)

Ao relatarem sobre a rotina de trabalho, sinalizaram diferenças significativas nos modos de atuação, divisão de horários e administração dos registros. Ainda que esse formato aponte para uma possível preservação das idiossincrasias, a excessiva heterogeneidade nas práticas pode trazer desorganização, dispersão e até mesmo dissonâncias, nos modos de atuação desenvolvidos. A exemplo disso, descrevem modos particulares de selecionar critérios de atendimento e estabelecer rotinas em um hospital público, sem nenhum apontamento/respaldo teórico-técnico. Essa ausência de padronização mínima do serviço parece ser reforçada pelo déficit no compartilhamento entre os membros da equipe, quanto às estratégias utilizadas para organização das práticas, dificultando pactuações consensuais ao grupo: “As vezes eu boto o número do prontuário porque eu acho importante ter o número do prontuário. (ÁGUA, GF 2)”; “Eu já não pulo linha, faço um texto corrido [sobre evolução]” (AR, GF2); “Eu tiro muito pela minha atuação, eu normalmente discrimino” (TERRA, GF2).

Diante da explicitação de modos significativamente diferenciados na realização do trabalho, pode ser identificada a permanência de uma individualização das práticas que parece retroalimentar os entraves por ações de gerenciamento. Tal isolamento de ações aponta a necessidade de problematização dessa heterogeneidade mediante a possibilidade de esse posicionamento se configurar como risco/comprometimento, na qualidade do serviço ofertado. A postura identificada nesse grupo específico coincide com o campo da psicologia hospitalar, de modo mais amplo, na qual é demonstrada, ainda, uma fragmentação, frente a questões que são comuns a esse contexto. Essa perspectiva individualizada é discutida por Chiattonne (2011), enquanto possível herança epistemológica da

psicologia como ciência independente e marcada por uma prática originariamente individualizada. Nesse ínterim, Figueiredo (1993, p. 90) afirma que “as diferentes interfaces da psicologia geram profissionais com saberes, práticas, destinações, linguagens, alianças e limites muito específicos”, reconhecendo assim, essa multiplicidade enquanto constitutiva da psicologia.

Ao apontar tal discussão, o presente estudo propõe a problematização desse hibridismo, mediante a demanda pela organização de um serviço público, considerando o desafio frente às especificidades de mestiçagem do saber e fazer, em psicologia. O que está posto aqui em discussão é a necessidade do balizamento da tênue distância entre a potência criativa das diferenças e a fragmentação que desapropria e enfraquece a psicologia hospitalar.

Mediante a isso, indica-se como proposição, a busca por condutas pra além de uma mera uniformização; condutas que traduzam práticas coerentes e princípios norteadores básicos pactuados e fundamentados pela literatura específica. Essa proposição se aproxima da opinião apresentada por Figueiredo (1993, p. 94) que versa sobre a pertinência de “colocarmos em questão exatamente as nossas alteridades, e não para contê-las sob qualquer forma de representação teórica, mas para *usá-las*, para delas tirar todo o partido”.

Descompassos entre assistência-tempo-gestão

A relação com o tempo, na administração de horários para rotina do serviço, foi considerada como elemento que interfere na sistematização da prática psicológica hospitalar. Perceberam essa dificuldade na distribuição adequada do tempo, como elemento que implica precariedade de sistematização. As pessoas que colaboraram com a pesquisa reconheceram, também, a necessidade de se reordenarem dentro da possibilidade temporal que dispõem e otimizarem horários para reorganização de diferentes tarefas. Como consequência da fragilidade nesse quesito, citam situações de retrabalho, acúmulo de registros e rompimento com a linearidade do livro de evolução do setor: “Hoje, pelo menos eu não sei administrar

meu tempo de jeito nenhum” (FOGO, GF2); “Enquanto a gente não se organizar pra otimizar mesmo nosso tempo, a gente não vai conseguir dar conta até desses registros. (ÁGUA, GF1); “Na verdade eu faço do que está acumulado. É tanto que você percebe que o livro de evolução hoje não tem aquela coisa linear” (TERRA, GF2).

A questão das exigências, quanto à produtividade, é também indicada como fator de incômodo segundo a maioria dos participantes do grupo. Explicitaram a necessidade de a psicologia se posicionar diante disso, de modo a não subverter a qualidade do atendimento à lógica quantitativa de produção, abordando novamente o limite do tempo como aspecto que atravessa a execução das tarefas e que incide diretamente na produtividade: “Cada profissão tem o seu limite de atendimento e a nossa profissão é muito diferente da deles. (...) Mas aí a gente entra na lógica da produção, e produção em massa e aí não vamos registrar (...) eu estou falando de uma cultura mesmo organizacional” (ÁGUA, GF2)

Essa postura de problematização da resposta da psicologia, frente à dinâmica de produtividade, é concebida aqui como fundamental para o desenvolvimento de uma prática gestonária pautada na ética e no poder instituinte. Assim, frente a uma concepção institucional cristalizada na lógica biomédica e de Mercado, sob a concepção de saúde como bem de consumo, é imprescindível que o serviço de psicologia assuma um posicionamento crítico fundamentado: “o principal risco inerente a essa postura é procurar compreender o que é mensurável, em vez de utilizar a medida como fonte de melhor compreensão da realidade” (SILVEIRA, 2010, p. 130). Portanto, mais do que uma negação à exigência de produtividade, cabe ao profissional de psicologia hospitalar redimensionar esse parâmetro propondo a possibilidade de diferentes leituras, das informações numéricas apreendidas. Assumindo esse desafio, o psicólogo precisa argumentar visando à modificação do sentido de produção da transposição da concepção de mero dado numérico para a ideia de construção de modos diferentes e igualmente válidos de cuidado.

Evidenciando uma consideração de dualidade, entre

assistência e gestão, a questão do tempo parece surgir como elemento contraditório quando afirmam que falta tempo para executar ações gerenciais, e em outra ocasião expressam compreender que a tarefa gerencial poderia favorecer o não desperdício de tempo, como no planejamento de algumas condutas, ao se referir sobre os protocolos. Relatam ainda sobre a necessidade de haver um momento para a organização do serviço, e com isso consideram que o tempo para formalização das informações e apresentação do seu trabalho, aos outros profissionais, seria poupado:

Vejo principalmente essa falta desse espaço pra discutir a parte da gestão do serviço mesmo. Foca muito na assistência e quando um problema aparece diante da assistência a gente se reúne pra tapar o buraco (...). Até porque se a gente não faz a sistematização, não produz movimentos, o que é que acontece? Vão chegar novos profissionais e vão fazer o mesmo movimento que gente está fazendo aqui, vão partir do zero novamente, ao invés de partir de uma reflexão sobre algo que já existe (TERRA, GF1)

Assim, foi apresentada a compreensão dicotômica quanto às tarefas assistenciais e gerenciais do psicólogo hospitalar, com sinalização de prioridade à atenção psicológica, enquanto assistência, em detrimento da apropriação de um espaço, no qual a gestão do serviço possa ser discutida. Como impacto dessa perspectiva, a negligência dos registros é apontada, frente ao volume de demandas de intervenções assistenciais; a consideração secundária desta tarefa parece fragilizar a possibilidade de apropriação dos elementos que compõem a faceta gestonária da atuação, nesse contexto. Soma-se a isso, a ausência de um psicólogo que ocupe o lugar de gestor específico do serviço de psicologia, nessa instituição. Este fato é

evidenciado na fala que segue:

A gente acaba por focar muito na parte da assistência em si, o próprio hospital exige que estejamos nos setores e a gente não formaliza um espaço pra ver o serviço, como um todo, assim, de ‘como o serviço de psicologia está funcionando hoje’? De que maneira ele está funcionando?’ E, como é que ele poderia funcionar e de que forma a gente poderia ver, melhorar, não só a questão da ficha ou dos registros em si, mas também a questão do espaço físico e do fluxo que a gente tem atualmente (TERRA, GF1).

O grupo demonstra conceber a função de gestão como algo ainda distante das habilidades e competências trabalhadas na formação, e atribuídas ao profissional de psicologia. No discurso, essa percepção é reforçada pela relação positiva de confiança e admiração do grupo, pela coordenação atual, exercida por uma assistente social, que indica postura de disponibilidade e desenvolvimento de estratégias de fortalecimento da equipe, no ambiente institucional. Desse modo, apesar de sinalizarem a existência de espaço de autonomia garantido pela chefia, os psicólogos demonstram ainda usufruir, em nível discreto, da possibilidade de cogestão de suas atividades, seja por sentimento de insegurança, dependência ou distanciamento formativo de aspectos relacionados às questões administrativas: “Talvez se fosse um psicólogo não seria tão bom, porque a gente é muito aberto às possibilidades. Talvez se fosse a mesma categoria, mas com perfil diferente, a gente estaria com alguns problemas” (AR, GF3).

Diante da configuração atual do serviço em questão, os colaboradores evidenciaram a responsabilidade acerca do processo de sistematização como função pertencente ao grupo, de modo coletivo. Se, por um lado, essa ideia de coletividade sugere a

possibilidade de participação conjunta, por outro, pode fragilizar a função gerencial, específica da psicologia, na medida em que os profissionais passam a promover uma administração individualizada da sua rotina de trabalho. A ausência de identificação de uma figura de liderança dentro da própria equipe da psicologia, sinaliza dificuldades, na distribuição das tarefas e na administração de pormenores peculiares à atenção psicológica hospitalar.

Diante dessa realidade, identifica-se a importância de um redirecionamento das ações e reposicionamento do grupo, no que se refere ao papel que lhes cabe enquanto psicólogos hospitalares nessa instituição. De modo consonante a essa reflexão, Silveira (2010, p. 25) advoga pelo estudo da função gerencial em psicologia hospitalar, propondo uma releitura da atuação que passaria a não ser restrita ao manejo de intervenção clínica, mas que também aja no conjunto de questões que constituem o contexto hospitalar. Destaca assim a necessidade de a psicologia ser capaz de responder por seu lugar institucional, também no gerenciamento responsável e inteligível de suas ações: “mesmo como psicólogos hospitalares, também são responsáveis pela ‘gestão’ do seu setor, ainda que submetidos às questões de ordem institucional, hierárquicas e afins”.

Desse modo, considera-se fundamental, para a apropriação gestonária da psicologia, o reposicionamento da equipe frente ao investimento em conhecimento técnico relacionado aos recursos gerenciais utilizados pela psicologia, e a disponibilidade do grupo em reconhecer os movimentos e habilidades dos seus pares, para o desenvolvimento da segurança e autonomia, necessários ao papel que ocupam.

Frente a esse conjunto de questões, propõe-se a reflexão acerca da proposta do “trânsito” no campo da psicologia hospitalar. Durante a discussão, foram elencadas questões apontadas de forma dicotômica que atravessam a problemática dessa especialidade e que aqui precisam ser retomadas a partir da ideia de saída das posições extremas e proposição de diálogo que possibilite ao psicólogo transitar sobre essas esferas, quais sejam: objetividade/subjetividade, gestão/assistência, rigidez/fluidez; homogeneidade/heterogeneidade,

identidade/confluência e ciência/filosofia.

Essa compreensão tem consonância com a tentativa de “unir o objetivo ao subjetivo, o racional ao intuitivo, a síntese em si, sem que as ciências humanas percam seu status de verdade para a herança secular de pesquisas bem compartimentadas, do conhecimento objetivo, da objetividade científica” (CHIATTONE, 2011, p. 159). Sendo assim, a pesquisa em questão defende a proposta de construção de modos de sistematização e produção de parâmetros que visem se interpor nessas antíteses e que possibilitem a criação de um modo autêntico de intervenção em psicologia hospitalar assumindo a complexidade das esferas que compõem esse campo, a partir da via da inquietação criativa, da apropriação das ações gestionárias e sob um posicionamento político sólido.

Considerações Finais

A partir da identificação da necessidade do processo de sistematização, proporcionada pela experiência de imersão no campo de práticas psicológicas em um hospital público do interior nordestino, considera-se que os encontros possibilitados pela pesquisa trouxeram como caracterização primordial, o predicativo inquietador. A oportunização de reflexões acerca do próprio processo de trabalho trouxe diversas possibilidades de compreensão sobre o saber-fazer em psicologia hospitalar, baseadas não apenas em determinações normativas, mas, principalmente, no movimento de dar-se conta da potência do coletivo, na construção da prática psicológica.

O Programa de Residência Multiprofissional assumiu o lugar de catalisador do protagonismo dessa equipe, efetivando o intercâmbio entre universidade e serviço, mediando as narrativas nesse espaço híbrido e contribuindo concretamente para consolidação/organização do serviço de psicologia, em um hospital universitário. Como produto, o presente estudo, com seus desdobramentos reflexivos e instrumentais, ofertou um legado a esse entremeio de relações, conforme explicitado pelos participantes, durante a avaliação da pesquisa.

O principal desafio deste estudo foi acompanhar o movimento da equipe, assegurando o respeito ao seu estado de maturação institucional. Para tanto, a flexibilidade durante o desenvolvimento das etapas foi considerada. Destaca-se a vivacidade implicada na construção dessas ferramentas, levando em consideração o sentido e a produção coletiva, como princípios. Para tal, a pesquisa tomou como ponto de partida as demandas específicas da realidade dessa instituição, em consonância com o SUS. A proposição de instrumentos que possibilitarão o reordenamento institucional foi considerada aqui, enquanto produto de um processo mais amplo, que subjaz ao reposicionamento subjetivo, alinhado à necessidade de estruturação mínima de um serviço de psicologia hospitalar.

Partindo dessa perspectiva, é válido destacar que a base documental apresentada como consequência desse processo de construção coletiva não traz o intento de apresentar-se como manual de práticas, mas sim, enquanto recomendações de possíveis parâmetros norteadores, sobre os quais a potência criativa é necessária, para produzir o cuidado.

Ademais, apresenta-se a sugestão de maiores investimentos nos espaços de aprendizagem, tais como, Programas de Residências e pesquisas interventivas no contexto hospitalar, com a possibilidade de contribuir para o fortalecimento da segurança/apropriação necessária, do psicólogo, na tarefa de gestão do seu serviço. Conclui-se, que a partir da disponibilidade ao trânsito, por entre as dimensões ético-política e estético-prática, seja possível a construção de uma prática mais consistente, organizada, e pautada no uso/redimensionamento adequado, de parâmetros norteadores do cuidado.

REFERÊNCIAS

AUN, H. A. **Trágico avesso do mundo:** narrativas de uma prática psicológica numa instituição para adolescentes infratores. Dissertação de mestrado. (Instituto de Psicologia da Universidade de

São Paulo). 2005. Departamento de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade. São Paulo, SP, Brasil. 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

Conselho Federal de Psicologia. **Resolução do CFP nº 014/2000**. Institui o título profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro. Brasília, 2005. Disponível em <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2000_14.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2015.

CHIATTONE, H.B.C. A significação da Psicologia no contexto hospitalar. In: ANGERAMI- CAMON, V.A. (Org). **Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica**. p. 145-241. São Paulo: Pioneira Psicologia, 2011.

DIAS, C.A. Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. **Informação & Sociedade**, v.2, n.2, 2000. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/view/330/252>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

EBSERH. **Plano de reestruturação do Hospital de Ensino da Universidade Federal do Vale do São Francisco – Dr. Washington Antônio de Barros**. 2013. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/103444/plano_de_reestruturacao_hedwab_univas_f.pdf/e8940436-ffd9-4811-be81-b22a36988836>. Acesso em: 01 dez. 2015.

EMÍDIO, L.F., ALONSO, L.B.N., FERNEDA, E., & HEDLER, H.C. Acreditação hospitalar: estudo de casos no brasil. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, v. 3, n. 1,p. 98-113, 2013. Disponível em: < <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/pgc>. ISSN: 2236-

417X>. Acesso em: 01 dez. 2015.

FERRARI, S., BENUTE, G.R.G., SANTOS, N.O., & LUCIA, C.S. Excelência do atendimento em saúde: a construção de indicadores assistenciais em psicologia hospitalar. **Psicologia Hospitalar**, v. 11, n. 2, p. 60-71, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S167774092013000200005&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 nov. 2015.

FIGUEIREDO, L.C. Sob o signo da multiplicidade. **Cadernos de subjetividade**. São Paulo: PUC-SP, I, p. 89-95, 1993.

GARZIN, A.C.A. **Qualidade da assistência de enfermagem em medicina diagnóstica na percepção da equipe de enfermagem de uma instituição privada**. 2011. Dissertação de Mestrado (Escola de Enfermagem). Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

GORAYEB, R., & GUERRELHAS, F. Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva**, São Paulo, v. 5, n. 1, 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S151755452003000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 nov. 2015.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, v. 10, n. 15, p. 124-136, 2004. Disponível em: <http://www.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20041213115340.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

LIMA, M.G.S., & BRUSCATO, W.L. A formação do psicólogo da saúde: ensino e produção de conhecimento. In: BRUSCATO et al (Org.). **A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história**. p. 366-378. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

MARCA, J.V.F., ADLER, P., & MARTINS, R. Indicadores para mensurar qualidade e efetividade do trabalho do psicólogo em UTI. In: KLTAJIMA, K. (Org.). **Psicologia em Unidade de Terapia Intensiva: critérios e rotinas de atendimento**. p. 71-83. Rio de Janeiro: Revinter, 2014.

MARCONI, M.A., & LAKATOS, E.M. **Fundamentos da metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2003.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 305- 314, 1999. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000200006>>. Acesso em: 22 dez. 2015.

ROMANO, B.W. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

ROSSI, E.J.R., & VERONEZ, F.S. O processo de implantação do serviço de psicologia num hospital geral. **Omnia Saúde**, v. 7, p. 14-23, 2010. Disponível em: <<http://www.fai.com.br/portal/ojs/index.php/omniasaude/article/view/402/pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2016.

ROTTA, C.S.G. **Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial**. 2004. Tese de Doutorado (Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004.

SILVA, A.C., & BRUSCATO, W.L. A educação continuada para o psicólogo da saúde. In: BRUSCATO et al. **A psicologia na saúde: da atenção primária à alta complexidade, o modelo de atuação da**

Santa Casa de São Paulo. p. 385-392, São Paulo: Casa do psicólogo, 2014.

SILVEIRA, A.M.V. **Estudo do campo da psicologia hospitalar calcado nos fundamentos de gestão:** estrutura, processos e resultados. 2010. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010.

SZYMANSKI, H., & CURY, V. E. A pesquisa intervenção em psicologia da educação e clínica: pesquisa e prática psicológica. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 355-364, 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2004000200018>>. Acesso em: 01 dez. 2015.

Torres, A.P.R. O sentido da política em Hannah Arendt. **Trans/Form/Ação**, v. 30, n. 2, p. 235-246, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/trans/v30n2/a15v30n2.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2016.

SOBRE OS ORGANIZADORES

José Félix Vilanova Barros

Possui Formação de Psicólogo pela Fundação Educacional Jayme de Altavila/Centro de Estudos Sup. de Maceió (1985) e graduação em Bacharel e Licenciado em Psicologia, pela Fundação Educacional Jayme de Altavila/Centro de Estudos Sup. de Maceió (1984). Atualmente é psicólogo -- Superintendência Munic.de Obras e Viação/P.M. de Maceió – e professor especialista da Fundação Educacional Jayme de Altavila/Centro de Estudos Sup. de Maceió; professor especialista da Associação de Ensino Superior de Alagoas; conselheiro titular e ex-diretor tesoureiro do Conselho Reg. de Psicologia 15ª Região; conselheiro titular e ex-diretor; vice-presidente do Conselho Reg. de Psicologia 15ª Região; conselheiro titular e diretor presidente do Conselho Reg. de Psicologia 15ª Região, psicólogo - Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, conselheiro titular do Conselho Municipal de Saúde de Maceió; conselheiro titular do Conselho Estadual de Saúde de Alagoas; conselheiro titular do Conselho Municipal de Saúde de Maceió; conselheiro titular e ex-presidente do Conselho Municipal de Saúde de Maceió. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Tratamento e Prevenção Psicológica, atuando principalmente nos seguintes temas: aids, aids e organizações empresarias; psicopatologia e saúde mental; magistério superior; avaliação psicológica no trânsito e entidades de controle social. Mestrando em Educação pela Universidad de La Empresa - UDE, Montevideo-Uruguai.

Liércio Pinheiro de Araújo

Possui graduação em Psicologia, Especialização em Educação Especial pela Universidade Federal de Alagoas; Mestrado em Educação pela Universidade Cidade de São Paulo; Mestrado em Estudos Cognitivos pela Canterbury University/Reino Unido; e Doutorado em Administração pela Universidade Federal de Missões. Atualmente é

docente do Núcleo de Ciências Humanas, Sociais e de Políticas Públicas da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL; exerce a função de psicólogo do Centro de Referência em Psicologia e Políticas Públicas; é professor do Programa de Pós-graduação em Educação, Contemporaneidade e Novas Tecnologias da Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF; membro do Conselho Editorial da Revista de Educação REVASF da Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF; exerceu durante vários anos a função de docente e supervisor de estágio do curso de psicologia da Universidade Federal de Alagoas. Atua, ainda, como psicólogo do Centro de Referências em Psicologia e Políticas Públicas do CRP15/Conselho Federal de Psicologia. Tem experiência na área de Gestão Acadêmica, na Coordenação de Curso Pós-graduação e Graduação. Na área da Psicologia trabalha com ênfase em Psicologia Cognitiva e Distúrbios do Desenvolvimento, atuando principalmente nos seguintes temas: Educação e Ciência Cognitiva, Distúrbios Cognitivos, Pensamento e Linguagem.

Marcelo Silva de Souza Ribeiro

Possui graduação em Psicologia, pelo Centro de Ensino Superior de Maceió (1994); Especialização em Educação Especial (UFAL/1994) e em Educação a Distância (SENAC AL/2011); Mestrado em Educação em Pesquisa - Université du Québec (2003); e doutorado em Ciências da Educação - Université du Québec à Chicoutimi / Université du Québec à Montréal (2013). Atualmente é pós-doutorando da UFBA, Departamento de Educação, vinculado ao grupo de pesquisa FORMACCE, tendo como orientador o prof. Roberto Sidnei Macedo; professor adjunto da Universidade Federal do Vale do São Francisco, lotado no Colegiado de Psicologia; professor do Mestrado em Psicologia (Univasf); professor do programa de Mestrado em Formação Docente da Universidade de Pernambuco - UPE (Campus Petrolina); e editor da Revista de Educação do Vale do São Francisco - Revasf. É Coordenador do projeto de pesquisa - A relação das crianças com os seus pais o lugar da brincadeira? --, em cooperação internacional com

a Université du Québec à Trois Rivières (UQTR); possui experiência na área de Educação, com ênfase em Psicologia Educacional, atuando principalmente nos seguintes temas: infância, novas tecnologias, processos inclusivos e formação profissional.

Robson Lúcio Silva de Menezes

Mestrando em Psicologia da Saúde - Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS; mestrando em Direção de Recursos Humanos pela UCES - Buenos Aires; pós-graduando em Avaliação Psicológica e Psicodiagnóstico; especialista em docência do ensino superior; perito em psicologia do trânsito; atuação de 6 anos como psicólogo organizacional do CESMAC; 10 anos de experiência em docência universitária, tendo atuado na FAT com Técnicas de Negociação, e no CESMAC, com Dinâmica de Grupo, Técnicas de Exame Psicológico I e II, Psicodiagnóstico, Técnicas de Entrevista, Psicologia Cognitiva, Aconselhamento Psicológico, Psicologia Organizacional. Foi supervisor de Estágio em Gestão de Pessoas, coordenador do laboratório de avaliação psicológica, coordenador da Clínica Escola de Psicologia e Membro do Colegiado do Curso de Psicologia do CESMAC. Atua como Coordenador Técnico e de Gestão do Conselho Regional de Psicologia, e como consultor organizacional, há 13 anos; é proprietário da RM cursos e consultoria; professor e supervisor de estágio do curso de psicologia e pedagogia da Estácio; professor de pós-graduações em avaliação psicológica, em Itabuna; de psicologia do trânsito na FACIMA; de Gestão do comportamento, psicologia clínica, psicologia jurídica, no CESMAC. É membro da comissão de avaliação psicológica e membro da comissão de trânsito do CRP15.



ISBN
978-85-5322-018-2