

PSICOLOGIA, SAÚDE & ASSISTÊNCIA SOCIAL

CONSELHO EDITORIAL

Alexsandro dos Santos Machado (UFPE)

Darlindo Ferreira de Lima (UFPE)

Lucimar Coelho de Moura Ribeiro (UNIVASF)

Luiz Wilson Machado da Costa e Silva Neto (UNIT)

Marcelo Silva de Souza Ribeiro (UNIVASF)

Zaíra Rafaela Lyra Mendonça (CRP15)

ORGANIZADORES

Liércio Pinheiro de Araújo

Marcelo Silva de Souza Ribeiro

Robson Lúcio Silva de Menezes

Zaíra Rafaela Lyra Mendonça

FICHA CATALOGRÁFICA

P974

Psicologia, saúde & assistência social / Organizado por Liércio Pinheiro de Araújo, Marcelo Silva de Souza Ribeiro, Robson Lúcio Silva de Menezes, Zaíra Rafaela Lyra Mendonça. – Petrolina: UNIVASF, 2019.

192 p.: il.; 29 cm.

ISBN: 978-85-5322-040-3

1. Psicologia. 2. Saúde - Assistência social . 3. Atenção básica à saúde. 4. Saúde pública. 5. Políticas públicas. I. Título. II. Universidade Federal do Vale do São Francisco.

CDD 301.1

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas da UNIVASF.
Bibliotecário: Fabio Oliveira Lima CRB-4/2097.

UNIVASF

Av. José de Sá Maniçoba, S/N - Centro, Petrolina - PE, 56304-917

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA - 15ª REGIÃO

R. Professor José da Silveira Camerino, 291 – Pinheiro, Maceió – AL, 57055-630

VIII PLENÁRIO DO CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA

- 15ª REGIÃO -

DIRETORIA:

Conselheira Presidente

Laeuza Lúcia da Silva Farias (CRP 15/0229)

Conselheiro Vice-Presidente

José Félix Vilanova Barros (CRP 15/0160)

Conselheira Secretária

Záira Rafaela Lyra Mendonça (CRP 15/2588)

Conselheiro Tesoureiro

Maurício Luiz Marinho de Melo (CRP 15/1991)

CONSELHEIROS EFETIVOS:

Ângela Maria Góes Araújo Casado (CRP 15/0532)

Emylia Anna Ferreira Gomes (CRP 15/2058)

Laeuza Lúcia Da Silva Farias (CRP 15/0229)

Luiz Wilson Machado Da Costa E Silva Neto (CRP 15/4151)

Maurício Luiz Marinho De Melo (CRP 15/1991)

Manoel Vieira De Carvalho Alencar (CRP 15/2121)

Tamiris Ferreira De Assis Silva (CRP 15/3051)

Záira Rafaela Lyra Mendonça (CRP 15/2558)

José Félix Vilanova Barros (CRP 15/0160)

(in memoriam)

CONSELHEIROS SUPLENTE:

Ana Paula Lima Dos Santos (CRP 15/2704)

Denise Maria Alcides Paranhos (CRP 15/3756)

Gérson Alves Da Silva Júnior (CRP 15/2488)

Katiúscia Karine Martins Da Silva (CRP 15/2072)

Leandro Matos Souto Da Rocha (CRP 15/3098)

Nielky Kalliellanya Bezerra Da Nóbrega (CRP 15/2745)

Nilo Rosalvo Calheiros Borba (CRP 15/0139)

Thalita Carla De Lima Melo (CRP 15/2738)

Valéria Cyntia Montori Chaves (CRP 15/1145)

À memória de José Félix Vilanova Barros

SUMÁRIO

Apresentação _____	07
Influência da quimioterapia sobre o estresse de crianças e adolescentes com câncer _____	09
Susan Antunes Melro Filha - Camila Maria Beder Ribeiro	
A contação de histórias como possibilitadora de ações e formações: a experiência do projeto “Erê: vamos brincar? Oficinas lúdicas de leituras e outras linguagens” _____	31
Milena Vitor Gama Duarte - Ana Lícia Pessoa Nunes - Edyenele Freire Guimarães - Rodrigo Clementino de Carvalho - Samara Oliveira Rocha - Tamires de Lima Sousa Santos - Marcelo Silva de Souza Ribeiro	
A prática do psicólogo da Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência em Maceió _____	49
Érika Cassia de Oliveira Florentino - Lorena Madruga Monteiro	
O papel da psicologia no acompanhamento dos sujeitos acometidos pela esclerose lateral amiotrófica _____	69
Lillian Nathalie Oliveira da Silva - Anne Rafaela Telmira Santos - Eduardo Davi Moura Nunes Lopes - Everton Fabrício Calado	
A autoestima da mulher em situações de vulnerabilidade social: reflexões a partir da prática psicológica em um projeto social _____	89
Adrieli Barbosa D’Ávila - Vanessa Priscilla Lima Muniz - Walter Lisboa Oliveira	
Co-construindo saberes com agentes comunitários de saúde através de círculos de cultura freirianos na perspectiva de educação popular em saúde _____	103
Layta Sena Ribeiro - Sílvia Raquel Santos de Moraes	
O cuidado na clínica fenomenológica existencial: do éthos à perplexidade _____	121
Darlindo Ferreira de Lima	
Avaliação da dificuldade de aprendizagem em crianças de escolas públicas _____	131
Anna Lara Rocha Pinheiro Peixoto - Ana Helena Borgetti Dias - Isabela Macêdo Santos - Jenyffer Emile de Oliveira Bomfim - Liércio Pinheiro de Araújo - Lucas Daniel Souza de Vasconcelos - Marília Gabriela Correia Serafim - Robson Lúcio Silva de Menezes	
Metodologia viva: relação de cuidado e autocuidado em processos formativos _____	145
Clara Maria Miranda de Sousa - Fernanda Patrícia Soares Souto Novaes - Marcelo Silva de Souza Ribeiro	
Oficinas vincular - operacionalizando o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) _____	167
Zaira Rafaela Lyra Mendonça - Monique Emanuelle de Souza Santos	
Saúde, cognição e aprendizagem _____	175
Liércio Pinheiro de Araújo - Robson Lúcio Silva de Menezes	

APRESENTAÇÃO

“Vem, vamos embora, que esperar não é saber,
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer”.
(Geraldo Vandré)

Prezados, é com imensa satisfação que o CRP-15 vem a público ofertar mais essa produção bibliográfica aos profissionais de psicologia, aos profissionais que conosco atuam em interface nos mais variados serviços e para a sociedade de maneira geral. O CRP-15 cumpre, assim, uma das suas prerrogativas, orientar o exercício profissional.

No atual cenário nacional, cabe mais do que nunca a criação de estratégias que possibilitem olhar para o horizonte e se perceber partícipe de contextos múltiplos. A arena das políticas públicas desponta como lugar do fazer profissional atrelado ao compromisso social. O presente livro busca despertar, a partir do relato de práticas inovadoras, pautadas na discussão do fazer da Psicologia nos mais variados serviços de saúde e equipamentos socioassistenciais,

A publicação em questão é uma parceria entre o Conselho Regional de Psicologia (CRP-15), através do Centro de Referência em Psicologia e Políticas Públicas – CREPOP, e a UNIVASF, com objetivos pautados na valorização do exercício profissional. A obra objetiva apresentar referências técnicas para os profissionais de psicologia no âmbito das políticas públicas, aqui representadas pela saúde pública e pela assistência social.

Como o CREPOP é um instrumento de produção de referências técnicas, nada mais pertinente que este seja utilizado como estratégia para a produção de materiais que valorizem o fazer profissional de maneira regionalizada. Ou seja, aproveita-se a primazia da lógica territorial, algo fundamental para as políticas públicas do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e do Sistema Único de Saúde (SUS).

A aproximação entre o Sistema Conselhos e as Instituições de Ensino é algo imprescindível para que possamos romper a dicotomia entre Pesquisa e Intervenção, o que agrega possibilidades múltiplas para a Formação Profissional e para o futuro profissional de Psicologia.

O VIII Plenário do CRP-15 reafirma o seu compromisso ético e político com um fazer profissional que seja pautado pelo incentivo ao desenvolvimento da Psicologia enquanto Ciência e Profissão que prima pela construção e consolidação de um fazer profissional em prol do fortalecimento da Psicologia e pelos que por ela são atravessados.

PROF.^a ZAÍRA RAFAELA LYRA MENDONÇA

INFLUÊNCIA DA QUIMIOTECA SOBRE O ESTRESSE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM CÂNCER

SUSAN ANTUNES MELRO FILHA¹ - CAMILA MARIA BEDER RIBEIRO²

Introdução

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Brasil, o câncer representa a primeira causa de morte por doença entre crianças e adolescentes de 1 a 19 anos, em todas as regiões. O câncer infanto-juvenil corresponde a um grupo de várias doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais e que pode ocorrer em qualquer local do organismo (INCA, 2015).

O câncer infanto-juvenil geralmente afeta as células do sistema sanguíneo e os tecidos de sustentação, diferentemente dos adultos. Os tumores na criança e no adolescente são constituídos de células indiferenciadas, proporcionando melhores resultados aos tratamentos atuais. O tratamento do câncer começa inicialmente com o diagnóstico correto. Existem três modalidades principais de tratamento infanto-juvenil: quimioterapia, cirurgia e radioterapia. A escolha da modalidade é feita de acordo com o tipo de tumor e o estágio de cada paciente (INCA, 2015).

De uma maneira geral, o estresse ocorre quando o organismo humano se depara com um evento, ou situações difíceis ou muito excitantes, levando a uma quebra da homeostase interna. Isso exige um esforço do indivíduo para adaptar-se à nova situação. Pesquisas revelam que o estresse infantil pode estar relacionado a fatores externos e internos. Na infância, a criança poderá se deparar com mudanças importantes que podem ser geradoras de estresse (SELYE, 1956; LIPP, 2000).

O primeiro ano de tratamento que inclui o momento do diagnóstico tende a ser o período de maior estresse (Valle, 2010). O diagnóstico de câncer na infância, o período de hospitalização e o tratamento com quimioterapia antineoplásica (QA) têm um impacto sobre a vida do paciente. As rupturas em seu cotidiano, as limitações de atividades e a rotina hospitalar podem interferir no desenvolvimento natural da infância (HOSTERT; ENUMO; LOSS, 2014; LIMA; SANTOS, 2015).

1 Psicóloga do Hospital Veredas, Professora do Centro Universitário CESMAC e mestrado em Pesquisa em Saúde/CESMAC.

2 Graduada em odontologia pela Universidade de Pernambuco, Doutora em Estomatopatologia pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba e professora de Patologia Geral na Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL).

Crianças e adolescentes, durante o tratamento quimioterápico, apresentam com frequência quadros de angústia que podem ser notados de diferentes formas. São comportamentos fóbicos, pânico, embotamento afetivo, depressão e vários sintomas, como inapetência, insônia, ansiedade, tristeza, medo, estresse e dor. Essas sintomatologias encontradas estão associadas à história de vida, às agressões constantes no corpo e à proximidade com a morte (AZEVEDO, 1999; OLIVEIRA *et al.*, 2009; MOTTA; ENUMO, 2004; AZEVEDO; NEVES, 2011; GARCIA-SCHINZARI, 2014; PETRILLI, 2015).

Um estudo realizado por Marques (2004), com objetivo de avaliar a presença de estresse relacionado ao tratamento quimioterápico de crianças, revelou que, por meio da ESI, foi possível avaliar estresse em 25 crianças sob tratamento quimioterápico. Os resultados apresentados mostraram que 60% das crianças apresentavam sintomatologia de estresse com predominância da área psicológica.

Dada a constatação de que o estresse pode ser desencadeado durante o tratamento do câncer, hospitais têm procurado amenizar o desconforto dos pacientes com a mudança no ambiente físico. Nesse sentido, ambientes denominados de quimiotecas têm sido construídos nos ambulatórios de oncologia pediátrica (JESUS; BORGES, 2007).

Grupo de apoio ao adolescente e à criança com câncer (GRAAC) implantou a primeira quimioteca no Brasil, em maio de 2014, com a finalidade de transformar o ambiente hostil e amedrontador em um espaço humanizado e acolhedor, no tratamento do câncer infantil (CALIL *et al.*, 2008).

O espaço de tratamento pode ser relacionado ao lazer, deixando de ser apreendido apenas como um local de procedimentos que gera dor e sofrimento (GONÇALVES; ROMANO; BATTISTEL, 2014). A partir desse cenário, emerge o problema da presente pesquisa: a presença da quimioteca tem influência sobre o estresse de crianças e adolescentes com câncer no tratamento com quimioterapia antineoplásica? O objetivo deste estudo foi avaliar a influência da quimioteca sobre o estresse em crianças e adolescentes com câncer em quimioterapia antineoplásica.

Metodologia da Pesquisa

Material e método

Esta foi uma pesquisa quantitativa, observacional e transversal. A escolha da técnica quantitativa representou a intenção de garantir maior precisão dos resultados, como forma de obter uma margem de segurança quanto à mensuração adequada da presença do estresse nas crianças e adolescentes em tratamento quimioterápico. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa – CEP, do Centro Universitário Cesmac, sob o número

de protocolo 1.762.547 e CAAE: 60467416.8.0000.0039.

Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em dois hospitais de referência no tratamento do câncer infantil na cidade de Maceió-AL. Um Hospital, sem quimioteca, em que o espaço é composto por leitos, berços e poltronas, não possui brinquedos e as paredes são brancas, com apenas alguns quadros infantis. E outro Hospital, com quimioteca, composto por equipamentos como: mesa flex, com regulagem de extensão para suporte de Laptop, livros, papéis para desenhos e afins; poltronas com suporte frontal de TV, para acesso a canais televisivos e uso de jogos eletrônicos, com suporte lateral para equipamentos de DVD e/ou jogos eletrônicos, controles, fone de ouvido e ainda suportes superiores para pontos de iluminação em LED, possibilitando o uso de diferentes cores para a cromoterapia.

Amostra

A amostra foi definida por conveniência. A pesquisa foi constituída por 26 pacientes com diagnóstico de câncer em quimioterapia antineoplásica. A amostragem foi censitária, incluindo todas as crianças e adolescente na faixa etária de 6 a 18 anos em quimioterapia antineoplásica em dois hospitais de referência no tratamento do câncer infantil na cidade de Maceió-AL.

Foram incluídas, neste estudo, crianças e adolescentes com idade entre 6 e 18 anos, devido à adequação do instrumento, de ambos os sexos, com diagnóstico de câncer em QA, pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os participantes deveriam ser cadastrados no Serviço de Oncologia Pediátrica dos hospitais, ter no mínimo 2 sessões de quimioterapia e ter o consentimento informado dos pais e o seu próprio assentimento.

Foram excluídas da pesquisa crianças e adolescentes que estavam em fase terminal da doença, para respeitar a integridade e eventual sofrimento dos pacientes e familiares; e aqueles que apresentavam limitações impostas pela doença, impeditivas da realização das tarefas propostas e aqueles que tinham mais de 18 anos de idade.

As crianças e os adolescentes foram convidados a participar deste estudo realizado nos ambulatórios de oncologia (HSQ- HCQ). Os sujeitos precisavam estar acompanhados por um familiar que preenchesse o TCLE. Em seguida, foi solicitado o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido Criança (TALE). Após o esclarecimento da pesquisa, os dados de identificação dos pacientes e a caracterização de sua condição clínica foram obtidos por meio dos prontuários.

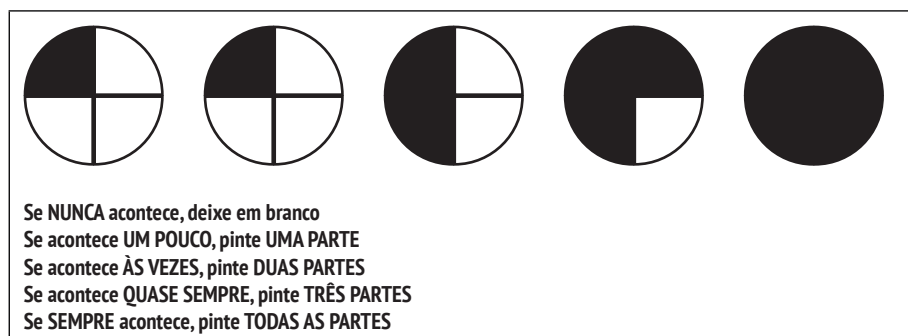
Para a realização da coleta dos dados foram utilizados dois instrumentos: Escala de Estresse Infantil (ESI), por ser um instrumento validado que indica a presença do

estresse e atende aos critérios de validade e confiabilidade (Lipp & Lucarelli, 1998). Esta escala tem por objetivo verificar se a criança -- entre 6 a 14 anos de idade -- apresenta ou não sintomas de estresse, possibilitando, assim, que se determine o tipo de reação que lhe é mais frequente. É composta por 35 itens relacionados a quatro dimensões do estresse infantil: física, psicológica, psicológica com componente depressivo e psicofisiológica, não podendo ser disponibilizada neste formato de documento.

A resposta dada a cada questão é feita por meio de uma escala de cinco pontos do tipo *Likert*, registrada em quartos de círculos, conforme a frequência com que os sujeitos experimentam os sintomas apontados pelas afirmações. A apuração dos resultados é feita através da contagem de pontos atribuídos à escala *Likert*, sendo que cada quarto de círculo equivale a um ponto. Se a criança deixa o círculo em branco, equivale a zero; se a criança pintar um quadrante, equivale a um ponto; se ela pintar dois quadrantes, equivale a dois pontos; se pintar três quadrantes, equivale a três pontos; e se a criança pintar o círculo todo, equivale a quatro pontos (LIPP; LUCARELLI, 1998).

Pode-se dizer que a criança avaliada tem sinais significativos de estresse, quando: aparecerem círculos completamente cheios (pintados) em sete ou mais itens da escala total, ou nota igual ou maior que 27 pontos forem obtidos em qualquer dos três fatores a seguir: reações físicas (itens 2, 6, 12, 15, 17, 19, 21, 24 e 34); reações psicológicas (itens 4, 5, 7, 8,10,11, 26, 30 e 31); e reações psicológicas com componente depressivo (itens 13,14, 20, 22, 25, 28, 29, 32 e 35) ou a nota igual ou maior que 24 pontos for obtida no fator reações psicofisiológicas (itens 1, 3, 9,16,18, 23, 27 e 33), ou se a nota total da escala for maior que 105 pontos, como mostra a Figura 1, onde cada folha de aplicação contém a tabela de instrução para pintar os desenhos:

Figura 1 - Representação gráfica às respostas - Escala de estresse Infantil (ESI)



Fonte: Lipp e Lucarelli (1998).

Para avaliar os sintomas relacionados ao estresse infantil, o profissional precisa de medidas mais quantitativas para poder ter maior confiança na análise dos dados e do quadro sintomatológico detectado.

Existem alguns critérios para considerar a fase de alerta, que são: na avaliação do resultado a nota tem que ser igual ou mais que 10 pontos, obtida no fator “reações físicas” ou nota igual ou maior que 15 pontos, obtida no fator “reações psicológicas”; ou nota igual ou maior que 9 pontos, obtida no fator “reações psicológicas com componente depressivo”; ou nota igual ou maior que 11 pontos, obtida no fator “reações psicofisiológicas”, ou quando a nota total da escala for entre 39,60 e 59,50 pontos.

O critério para considerar que a criança está na fase de resistência é que a nota seja igual ou maior que 16 pontos, obtidos no fator “reações físicas”; ou nota igual ou maior que 22 pontos obtidos no fator “reações psicológicas”; ou nota igual ou maior que 15 pontos, obtidos no fator “reações psicológicas com componente depressivo”; ou nota igual ou maior que 16 pontos obtidos no fator “reações psicofisiológicas”; ou quando a nota da escala for acima de 59,50 até 79,40 pontos.

Nos critérios da fase de quase exaustão, observa-se que a nota tem que ser igual ou maior que 22 pontos, obtidos no fator “reações físicas”; ou nota igual ou maior que 29 pontos, obtidos no fator “reações psicológicas”; ou nota igual ou maior que 21 pontos, obtida no fator “reações psicológicas com componente depressivo”; ou nota igual ou maior que 21 pontos, obtidos no fator “reações psicofisiológicas”; ou quando a nota total da escala for acima de 79,40 pontos até 99,30 pontos; ou aparecerem em círculos completamente cheios (pintado) em 7 ou mais itens da escala total. Nessa fase, a nota total da escala está acima de 99,30 pontos, independentemente da pontuação nos demais critérios referentes aos diversos fatores do estresse.

Para analisar a PSE, nos adolescentes, foi utilizada a Escala de Estresse para Adolescentes (ESA), criada e validada por Tricoli e Lipp (2006), com objetivo de verificar a existência ou a inexistência do estresse em adolescentes de 14 a 18 anos de idade. A medida identifica qual é o tipo de reação mais frequente e qual é a fase do estresse em que o adolescente se encontra. Similarmente à ESI, e à ESA, não pode ser disponibilizada no presente formato, pois seu uso é exclusivo do psicólogo.

A escala contém 44 itens respondidos pelos pacientes. Os itens são divididos em quatro fatores relacionados às reações do estresse, correspondentes aos seguintes fatores: sintomas psicológicos (24 itens), cognitivos (6 itens), fisiológicos (9 itens) e interpessoais (5 itens). Cada um dos 44 itens também corresponde a uma fase do estresse, e estão subdivididos em 4 categorias: alerta (19 itens), resistência (9 itens), quase exaustão (11 itens) e exaustão (5 itens). A avaliação foi feita por meio da soma dos escores obtidos em

cada item, segundo a Escala de *Likert*, de cinco pontos relativos à frequência que o sujeito vem sofrendo o sintoma, variando entre 1 (não sente) e 5 (sente sempre), e cinco pontos relativos ao tempo em que os sintomas têm ocorrido, a fim de identificar a fase, variando entre 1 (não ocorreu) e 5 (têm ocorrido nos últimos 6 meses) (TRICOLI; LIPP, 2006).

A aplicação do instrumento foi realizada individualmente com cada paciente, conforme sua preferência, com ou sem a presença dos responsáveis. No entanto, quando estes últimos estavam presentes, a escala foi direcionada ao paciente.

A aplicação dos instrumentos foi realizada nos dois hospitais, sendo um sem quimioteca e o outro com quimioteca. Após a aplicação da Escala de Estresse Infantil (ESI) e da Escala de Estresse para Adolescentes (ESA), os resultados foram analisados para verificar se as crianças e os adolescentes que realizaram o tratamento no HCQ apresentaram o mesmo nível de estresse ou se houve uma minimização desse estresse, comparando o resultado da escala com o as crianças e adolescentes que realizaram QA no HSQ. Os dados coletados no Apêndice A também foram apresentados em forma de gráficos.

Para evitar erros, o pesquisador leu as instruções para a criança, principalmente no que se refere à marcação das respostas nos quartos de círculos. Depois das instruções o aplicador verificou se as crianças estavam respondendo de forma correta. A Escala, composta por 35 itens, pode gerar inquietação e ansiedade nos sujeitos da pesquisa. Para aumentar a motivação foi importante que as crianças escolhessem a cor de lápis que gostariam de trabalhar. Para isso, foi levado lápis de cor de diversos tamanhos e com uma variedade de cores.

No caso de crianças e adolescentes não alfabetizados ou que apresentassem dificuldades na leitura, o pesquisador fez a leitura das instruções e de cada item e aguardou que o sujeito respondesse.

Foram consideradas as seguintes variáveis independentes: o uso da sala de quimioteca durante o tratamento antineoplásico. Variável dependente: sintomatologia de estresse na criança ou no adolescente em ambiente com quimioteca ou sem quimioteca. Idade: variável independente quantitativa medida em anos, caracterizado de 06 a 18; Sexo: variável independente, qualitativa, nominal, categorizada em: masculino e feminino; variável em relação às atividades lúdica e ao ambiente físico do tratamento: variável dependente quantitativa medida em números de crianças e adolescentes que realizaram o tratamento na quimioteca e sem o ambiente da quimioteca.

As variáveis qualitativas e quantitativas foram apresentadas em tabelas de frequência. Os dados foram armazenados e tabulados no programa Excel e (Microsoft). Utilizou-se análise descritiva e estatística inferencial com o programa online OpenEpi, Versão 3, calculadora de código aberto, tabelas 2x2, com os testes: Exato Mid-P e Exato de Fisher. A escolha do teste foi de acordo com o quantitativo dos dados. A associação entre as variáveis

foi realizada com o teste estatístico e foi considerado como significante o valor de $p < 0,05$.

Resultados

Participaram do estudo 26 crianças e adolescentes provenientes de ambos os cenários de pesquisa. Na Tabela 1, observam-se os dados referentes às características sociodemográficas da população do estudo.

Tabela 1 – Características sociodemográficas da população do estudo

Variável	N(%) HSQ
Sexo	
Masculino	9 (64%)
Feminino	5 (36%)
	14 (100%)
Faixa etária	
06-14	12 (86%)
15-18	2 (14%)
	14(100%)
Cidade de origem	
Maceió	3 (21%)
Outras cidades de Alagoas	11 (78%)
	14 (100%)
Diagnóstico	
Leucemia linfóide aguda	10 (71%)
Leucemia mieloide aguda	0
Tumor cerebral	2 (14%)
Linfoma	2 (14%)
	14(100%)
Tempo de tratamento	
1-12 meses	7 (50%)
12-24 meses	7 (50%)
	14(100%)
Qual a periodicidade do seu tratamento em relação à QA	
Semanal	9(64%)
Quinzenal	3(21%)
Mensal	2(78%)
	14(100%)
Tratamento atual	
Quimioterapia antineoplásica	13(93%)
Quimioterapia antineoplásica e radioterapia	1(7%)

	14(100%)
Procedimentos realizados no dia da aplicação da escala	
Punção venosa	11(79%)
Mielograma	0
Punção e intratecal	2(14%)
Não realizou procedimento	1(7%)
	14(100%)
Você gosta do ambiente que você faz quimioterapia?	
Sim	6(43%)
Não	8(57%)
	14(100%)
Você acrescentaria algum item na sala da quimioterapia?	
Em caso afirmativo, Quais?	
Tv	7(50%)
Rádio com fones de ouvido	14(100%)
Brinquedos	13(93%)
Jogos de mesa (xadrez gamão e cartas)	11(79%)
Paredes coloridas com imagens de personagens infantis	14(100%)
Vídeo game	13(93%)
Atividades de pintura	11(78%)
Livros de história	14(100%)
	14 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa Legendas: HCQ - Hospital com quimioteqa HSQ - Hospital sem quimioteqa QA - Quimioterapia antineoplásica (2017).

A Tabela 2, que mostra a caracterização do sexo em relação à PSE, mostrou que no HSQ, do sexo masculino, 8 (57%) apresentaram PSE e que 1(7%) não apresentou. Em relação ao sexo feminino, 1 (7%) apresentaram PSE e 4 (29%) não apresentaram.

No HCQ, 1 (8%) do sexo masculino, apresentou PSE e 7 (58%) não apresentaram. Em relação ao sexo feminino, 2 (17%) apresentaram PSE e 2 (17%) não apresentaram PSE.

Os participantes do sexo masculino que realizam tratamento no HSQ apresentam maior incidência de PSE, durante QA, quando comparados com o sexo feminino ($p < 0,01$; IC= 28,26-109,5; DP= 4,4; OR=21,07). Não houve associação entre sexo e PSE nos pacientes do HCQ ($p > 0,12$; IC= 0,03-1,99; DP= 0,25).

Ainda na Tabela 2 está representada, em percentuais, a estratificação da PSE, nos indivíduos do sexo masculino e feminino, em relação ao hospital do seu tratamento. Após análise inferencial, observou-se que a falta da quimioteqa aumenta em 16 vezes a PSE em meninos ($p < 0,001$; IC= 1,601-5,646; OR=16,48). Os resultados mostram que a quimioteqa é mais importante para o sexo masculino no que se refere à diminuição da PSE.

Tabela 2- Caracterização sexo e presença de sintomatologia de estresse

Variável	HSQ			HCQ			CE	
	CE	SE	p*	CE	SE	p*	HSQ	HCQ
Masculino	8 (57%)	1 (7%)		1 (8%)	7 (58%)		8%	
Feminino	1 (7%)	4 (29%)	0,01	2 (17%)	2 (17%)	0,12	7%	17%
N TOTAL	9 (64%)	5 (36%)	14	3 (25%)	9 (75%)	12	64%	25%

Fonte: Dados da pesquisa - Legenda: CE- Com estresse SE- Sem estresse *Teste: Exato Mid-P

A Tabela 3 mostra que indivíduos na faixa etária de 06 a 14 anos, 8 (57%) apresentaram PSE e 4 (28%) não apresentaram. E aqueles da faixa etária entre 15 a 18 anos, 1 (7,5%) apresentou PSE e 1 (7,5%) não apresentou PSE ($p>0,99$, IC 0,3151- 5,641, DP= 1,33).

No HCQ, observou-se que nos indivíduos de 06 a 14 anos a PSE esteve em 3 (25%) e 6 (50%) não apresentaram e nenhum deles na faixa etária entre 15 a 18 anos e 3 (25%) apresentou. Verificou-se que HSQ e HCQ na faixa etária de 6 a 14, dos 26 participantes, 21 (81%) apresentaram PSE e 5 (19%) não apresentaram.

A Tabela 3 mostra que não houve associação entre relação estresse e faixa etária no HSQ ($p>0,99$, IC 0,3151- 5,641, DP= 1,33) e no HCQ ($p=0,38$, IC 2,537-64,13, DP=indefinido). Foi realizado teste de estatística com os dois hospitais HSQ -HCQ (N=26) e o resultado não apresentou relação entre faixa etária e PSE ($p=0,12$, IC 0,433-15,84, DP= 2,6).

Tabela 3- Caracterização faixa etária e presença de sintomatologia de estresse

Faixa Etária	HSQ %			HCQ %			HSQ HCQ%	
	CE	SE	P* 0,99 IC 0,3151-5,641 DP=1,33	CE	SE	P* 0,38 IC 2,537-64,13	CE	SE
6-14	8 (57%)	4 (28%)		3(25%)	6(50%)		11(42%)	10(38%)
15-18	1(7,5%)	1(7,5%)		0	3(25%)		1 (4%)	4 (16%)
N TOTAL	9 (64%)	5 (36%)		3(25%)	9(75%)		12(46%)	14(54%)

Fonte: dados da pesquisa Legenda: *Teste: Exato de Fisher

No HSQ, dos participantes que moram em Maceió-AL, 1 (7%) apresentou PSE e que dentre aqueles que vieram de outras cidades para realizar o tratamento 8 (64%) apresentaram PSE e 5(36%) não apresentaram PSE. No HCQ, 1 (8%) dos participantes de Maceió-AL apresentou PSE e 3 (25%) não apresentaram. Dentre os que vieram de outras cidades para o HCQ 1 (8%) apresentou PSE e 7(57%) não apresentaram.

Após observar a PSE e cidade de origem em percentuais, verificou-se que aqueles que vêm de outras cidades tendem a apresentar mais estresse do que aqueles residentes em Maceió-AL. De acordo com os dados expostos na Tabela 4, observa-se que, mesmo vindo de outras cidades, o HCQ apresentou índices menores de PSE ($p<0,001$).

Tabela 4 – Relação entre PSE, cidade de origem e quimioteca

Cidade de Origem	PSE		Valor de p
	Maceió-AL	HSQ	HCQ
Maceió-AL	7%	7%	8%
Outras cidades	57%	57%	8%
		64%	16%

Fonte: Dados da pesquisa Legenda: PSE- Presença de sintomatologia de estresse *Teste Exato MidP

No HSQ, observou-se que dos participantes portadores de LLA, 5 (36%) apresentaram PSE e que 5 (36%) não apresentaram; dentre os participantes com diagnóstico de tumor cerebral, 2 (14%) apresentaram PSE; os participantes com diagnóstico de linfoma 2 (14%) apresentaram PSE; no HCQ, dos participantes com LLA, 1 (8%) apresentou PSE; dos participantes com LMA 1(8%) apresentou PSE; e os participantes com diagnóstico de linfoma 1 (8%) apresentou PSE e 9 (76%) dos participantes não apresentaram PSE.

A Tabela 5 mostra a estratificação da PSE em relação ao diagnóstico e ao hospital do tratamento em percentuais. Os pacientes com LLA apresentam 9 vezes mais estresse quando estão em QA sem quimioteca ($p<0,0001$; IC=4,04-23,48; OR= 9,3).

Tabela 5 – PSE em relação ao diagnóstico e quimioteca

	LLA (diagnóstico)		Valor de p
	CE	HSQ	HCQ
PSE	CE	36%	8%
	SE	36%	76%
Total %		72%	84%

Fonte: Dados da pesquisa Legenda: LLA – Leucemia Linfoide Aguda *Teste Exato Mid-P

A Tabela 6 mostra que, no HSQ, os participantes em tratamento de 1 a 12 meses 6 (43%) apresentaram estresse e 1 (7%) não apresentaram; e aqueles que estavam em 13 a 24 meses de tratamento 3 (21%) apresentaram estresse e 4 (29%) não apresentaram. Na aplicação do teste estatístico não houve influência da presença da quimioteca sobre a PSE e tempo de tratamento no hospital sem quimioteca ($p=0,07$, IC 0,8073-4,955, DP= 2).

No HCQ, participantes que estavam em tratamento de 1 a 12 meses 8 (67%) apresentaram estresse e 2 (14%) não apresentaram. Já os participantes que estavam em tratamento de 13 a 24 meses 1 (8%) apresentou estresse e 1 (8%) não apresentou. O resultado estatístico mostra que não houve influência da quimioteca sobre a PSE e tempo de tratamento ($p=0,25$, IC 0,3867- 6,62, DP= 1,6).

Dos 26 participantes do HSQ e HCQ que estavam em tratamento de 1 a 12 meses 14(54%) apresentaram PSE e 3 (11%) não apresentaram PSE; os participantes que estavam em tratamento no período de 13 a 24 meses, 4 (15%) apresentaram PSE e 5 (19%) não apresentaram; os participantes dos dois hospitais (HSQ e HCQ) que realizaram QA independente da influência da quimioteca apresentam maior incidência de sintomatologia de estresse em relação ao menor tempo de tratamento de 1 a 12 meses. Esses pacientes têm mais 5,8% de chances de apresentarem PSE ($p=0,03$, IC 0,8641-3973, DP=1,8).

Tabela 6 - Caracterização tempo de tratamento e presença de sintomatologia de estresse

Variável	HSQ%			HCQ%			HSQ% HCQ%	
	CE	SE	p*	CE	SE	p*	CE	SE
1-12 meses	6(43%)	1 (7%)	0,07 IC 0,8073-4,955 DP= 2	8(67%)	2(17%)	0,25 IC 0,3867-6,62 DP= 0,25	14(54%)	3(11%)
13-24 meses	3(21%)	4(29%)		1 (8%)	1(8%)		4 (15%)	5(19%)
N TOTAL	9(64%)	5(36%)		9(75%)	3(25%)		18(69%)	8(31%)

Fonte: dados da pesquisa Legenda: *Teste: Exato Mid-P

No HSQ, os participantes que realizaram QA 8 (57%) apresentaram estresse e 5 (36%) não apresentaram, e daqueles que estavam em tratamento com QA e radioterapia 1 (7%) apresentou PSE. No HCQ, os participantes que realizaram QA 3 (25%) apresentaram PSE e 9 (75%) não apresentaram PSE.

A Tabela 7 mostra a caracterização QA e estresse. No estudo verificou-se que 14 participantes do HSQ que realizaram QA sem quimioteca apresentaram maior incidên-

cia PSE. No HCQ, o ambiente lúdico da quimioteca influenciou na amenização da PSE ($p < 0,001$).

Tabela 7- Caracterização da presença de sintomatologia de estresse em relação à QA

Variável	QA	Valor de p
	HSQ	HCQ
CE	57%	25%
SE	36%	75%
% TOTAL	93 %	100%

Fonte: Dados da pesquisa *Teste: Exato Mid-P

No HSQ, 14 participantes que realizaram tratamento semanal 7 (50%) apresentaram PSE e 3 (21%) não apresentaram; dos participantes que realizaram QA quinzenalmente, 1 (7%) apresentou PSE e 2 (14%) não apresentaram PSE; dos participantes que realizaram QA mensalmente 1 (7%) participante apresentou PSE. No HCQ, verificou-se que dos 12 participantes que realizaram QA semanal, apenas 3 (25%) apresentaram PSE e 7 (59%) não apresentaram PSE; dos participantes que realizaram quimioterapia quinzenal, nenhum apresentou PSE e 1 (8%) apresentou PSE; dos participantes que realizaram QA mensal, nenhum apresentou PSE e 1 (8%) apresentou PSE. Os dados da Tabela 8 mostram que, em relação ao período de tratamento semanal, observou-se que a PSE foi menor naqueles pacientes que estavam no HCQ ($p < 0,05$). Esses dados também revelam que aqueles que não têm acesso à quimioteca apresentam 5 vezes mais chances de apresentar PSE.

Tabela 8 – Relação entre PSE, período de tratamento

		Periodicidade semanal	Valor de p
		HSQ	HCQ
PSE	CE	7	3
	SE	3	7
		10	10

Fonte: Dados da pesquisa Legenda: *Teste Exato Mid-P

A tabela 9 mostra que os participantes do HSQ que realizaram punção venosa 6

(43%) apresentaram PSE e 5 (36%) não apresentaram PSE. Dos participantes que realizaram punção venosa e intratecal 1 (7%) apresentou PSE e 1 (7%) não apresentou PSE; apenas 1 (7%) participante não realizou procedimento e apresentou PSE. No HCQ, 12 participantes que realizaram punção venosa, 3 (25%) apresentaram PSE e 9 (75%) não apresentaram PSE.

Os dados da Tabela 9 mostram que, em relação ao procedimento punção venosa, observou-se que a PSE foi menor naqueles participantes que estavam no HCQ ($p < 0,05$). Esses dados também revelam que aqueles que não têm acesso à quimioteca apresentam 5 vezes mais chances de apresentar PSE.

Tabela 9 - Caracterização dos procedimentos médicos realizados no dia da aplicação da escala e presença de sintomatologia de estresse

		Punção venosa	
		HSQ	HCQ
PSE	CE	6 (43%)	3 (25%)
	SE	5 (36%)	9 (75%)
% Total		79%	100%

Fonte: Dados da pesquisa Legenda: *Teste Exato Mid-P

A Tabela 10 mostra a caracterização do ambiente da quimioteca e a PSE. No HSQ e HCQ, 12 (46%) apresentaram PSE e 14 (54%) não apresentaram. Após estratificação por hospital, o estudo mostrou que HSQ 9 (65%) dos participantes apresentaram PSE e 5 (35%) não apresentaram. No HCQ, 3 (25%) dos participantes apresentaram PSE e 9 (75%) não apresentaram. Após realização de inferência estatística, observou-se que houve maior incidência de PSE no HSQ ($p = 0,03$, IC- 4,214-74,36, DP=2,1). Assim, quem não tem quimioteca apresenta 3,5 mais chances de desenvolver sintomatologia de estresse durante QA.

Tabela 10- caracterização ambiente da quimioteca e incidência de sintomatologia de estresse

Variável	HSQ	HCQ	p*
CE	9 (65%)	3 (25%)	0,03 IC 4,214-74,36 DP 2,1
SE	5 (35%)	9 (75%)	
N TOTAL	14 (100%)	12 (100%)	

Fonte: Dados da pesquisa Legenda: *Teste Exato Mid-P

A Tabela 11 mostra que os participantes do HSQ 5 (56%) manifestaram Fase de Alerta, 2 (14%) dos participantes apresentaram Fase de Quase Exaustão e 2 (14%) apresentaram Fase de Exaustão. No HCQ, 3 (25%) dos participantes apresentaram Fase de Alerta e 9 (75%) não apresentaram PSE. Após realização de inferência estatística, observou-se que houve predomínio da fase do estresse no HSQ (p 0,03; IC 4,214- 74,36; DP 2,1).

Os dados mostram que a quimioterapia influenciou na fase predomínio de estresse no HSQ. Após inferência estatística, observou-se que o HSQ 9 (64%) dos participantes apresentaram predomínio nas fases de alerta, quase exaustão e exaustão e, no HCQ, 3(25%) apresentaram fase de alerta.

Tabela 11- Caracterização fase de estresse e quimioterapia

		Predomínio da fase do estresse	
		HSQ	Valor de p HCQ
	CPE	9 (64%)	3 (25%)
	SPE	5 (36%)	9 (75%)
N Total		14 (100%)	12 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa Legenda: CPE- Com predomínio do estresse SPE- Sem predomínio do estresse

4 Discussão

A presente pesquisa mostra que o sexo masculino apresenta maior presença de sintomatologia de estresse do que o sexo feminino. No estudo de Marques (2004), em pesquisa sobre câncer e estresse, notou-se que a concentração de estresse foi maior nas meninas 53% (N=8), relativamente maior que nos meninos 47% (N=37).

Outra pesquisa desenvolvida no hospital aponta que meninas, e filhos de pais com estresse, usaram mais estratégias de enfrentamento durante tratamento e mostra também que o uso de diferentes estratégias de enfrentamento está associado à faixa etária e ao sexo, que a forma de socialização pode ser diferente entre meninos e meninas; e que a diversidade de enfrentamento aumenta com à idade (CARNIER, 2015).

Estudo realizado por Motta *et al.* (2015) analisou o comportamento de Coping em relação ao sexo e que evidenciou diferenças significativas, entre o sexo masculino e o sexo feminino. As meninas apresentam, com maior frequência, reações emocionais de medo, tristeza e choro, porém elas demonstram com maior frequência suporte e expressão

de sentimentos, enquanto que, no sexo masculino, houve maior frequência no envolvimento de atividades prazerosas para não pensar na dor. A presente pesquisa condiz com a literatura ao revelar que a quimioteca é mais importante para os meninos do que para as meninas, devido ao maior estresse em meninos.

Em relação à quimioteca e faixa etária dos participantes do HSQ e HCQ, os dados da pesquisa não mostraram influência da quimioteca na amenização da PSE, ao contrário do estudo realizado por Marques *et al.* (2015) que evidenciou maior concentração de estresse em crianças menores na faixa etária de 6 e 8 anos de idade. Dado o pequeno tamanho da amostra, não se pode concluir que a quimioteca não influenciou na PSE, na faixa etária dos participantes.

Os dados da pesquisa mostram que a localidade de origem foi um fator importante a ser considerado na PSE; que os participantes de outras cidades que realizaram tratamento no HSQ apresentaram maior PSE do que os participantes do HCQ; que a quimioteca influencia na amenização da PSE; que os participantes da cidade de Maceió-AL apresentam menor PSE, em relação aos participantes de outras cidades. Neste sentido, estudo realizado por Marques (2004) mostra que as crianças que vêm do interior apresentam mais estresse 73% (n=11), em relação às crianças que realizaram tratamento na cidade de origem 27% (N=4), considerando-se que esses pacientes têm que enfrentar o afastamento da família na cidade de origem, afastamento dos irmãos, da escola e dos animais de estimação. Muitas dessas crianças ficam em alojamento, dividindo espaço com outros pacientes com quem não têm intimidade, ocasionando uma mudança maior da sua rotina diária.

Esses pacientes apresentam várias dificuldades relacionadas ao tratamento com quimioterapia antineoplásica, como náuseas, vômitos, fraqueza, enjoo e dor. Segundo Marques (2004) esses sintomas pós quimioterapia também influencia no estresse.

A pesquisa mostra que os participantes com diagnóstico de LLA que realizaram QA no HSQ apresentaram maior PSE. Os participantes com diagnóstico de LLA que realizaram QA no hospital com quimioteca apresentaram menor índice de estresse. Estudo realizado por Borges *et al.* (2008) mostrou os benefícios das atividades lúdicas na recuperação de crianças com diagnóstico de LLA em relação ao tratamento.

Com relação à quimioteca, tempo de tratamento e estresse, o presente estudo apresenta menor tempo de tratamento como sendo um período de maior estresse, apesar de a quimioteca não ter revelado influência no tempo de tratamento sobre o estresse. Estudos revisados (GARIÉPV; HOWE, 2003; CARNEIRO, 2006; SILVA BORGES, VIEIRA; MENDONÇA, 2010) apontam que, no início do tratamento que envolve o diagnóstico, ambiente novo e desconhecido, afastamento familiar, afastamento social e procedimen-

tos invasivos sobre o corpo (punção venosa, mielograma, punção lombar, cirurgia) tem sido considerado o período de maior estresse para o paciente (VALLE, 2010).

Marques (2004) e Lipp (2000) também relatam que mudanças importantes na vida da criança, com situação de doença, foram caracterizadas como uma causa externa de estresse, levando a uma quebra da homeostase interna e exigindo um esforço do paciente para se adaptar à nova situação vivenciada. Esta pesquisa confirma os achados da literatura.

De acordo com Motta (2015), as crianças hospitalizadas apresentaram alguns comportamentos de *coping*, para lidar com os estressores que geram ansiedade e sofrimento. Os resultados mostram que os pacientes se referiram a alguns comportamentos, como brincar, conversar, assistir televisão e rezar, como estratégias para sua autorregulação comportamental.

A presente pesquisa aponta que o brincar na quimioteca influencia na amenização do estresse e ajuda também no enfrentamento do tratamento que, na maioria das vezes, são invasivos e dolorosos.

Estudo realizado por Motta e Emuno (2004), desenvolvido em um hospital, indica que o brincar tem funcionado como instrumento de enfrentamento adequado para estratégia de adaptação da criança frente à doença, tratamento e hospitalização.

O presente estudo condiz com a literatura que diz que, quanto maior for o tempo de tratamento, mais a criança utiliza o brinquedo como estratégia de enfrentamento. Existem algumas intervenções psicológicas que facilitam a verbalização dos sentimentos por meio de recursos lúdicos, para redução do estresse, que proporciona uma adaptação positiva frente ao tratamento e ao período de hospitalização.

O estudo realizado no HCQ afirma o que dizem os estudos científicos, já que as crianças que realizaram tratamento no HCQ apresentaram menos estresse que os pacientes que realizaram o tratamento no HSQ.

A variável periodicidade do tratamento e a quimioteca mostrou que a quimioteca ameniza PSE nos participantes que realizaram QA semanalmente, comparando-se com os participantes que realizaram QA semanalmente, no HSQ.

No que diz respeito ao tratamento atual, os participantes que realizaram QA, no hospital com quimioteca, apresentaram menos estresse em relação aos participantes que realizaram QA no HSQ. Estudo semelhante realizado por Gomes et al. (2011) mostrou que o ambiente da quimioteca promove bem-estar e qualidade de vida para os pacientes em QA.

Estudo realizado por Cohen (2009) mostrou que as atividades lúdicas e o projeto brincante, por meio de bandejas lúdicas mudam o quadro de desprazer do paciente em relação ao tratamento, apostando no prazer inerente ao ato de brincar, como coadjuvante ao tratamento.

Os dados da pesquisa mostram que a presença de sintomatologia do estresse foi menor, em relação ao HSQ, nos participantes que realizaram procedimentos médicos como punção venosa no dia da aplicação das escalas no HCQ. Pode-se afirmar que a quimioteia influencia na amenização da PSE nos participantes que realizaram tal procedimento.

Foi observado que os participantes do HCQ estavam distraídos com as atividades lúdicas desenvolvidas no local e que a presença dos palhaços também contribui para amenizar o estresse durante os procedimentos da equipe. No HSQ, durante a aplicação da escala, foi possível identificar o desejo dos participantes em responder o manual, através da pintura. Algumas mães do HSQ relataram que a falta de brinquedos e de atividades lúdicas durante o tratamento dificultam a aceitação e adesão dos filhos, durante QA.

Estudo semelhante realizado por Pontes et al. (2015) mostra que o brinquedo terapêutico tem sido um instrumento importante no preparo das crianças para a vacina, proporcionando maior aceitação por parte dos pacientes durante os procedimentos. Verificou-se que as crianças que não tiveram a presença do brinquedo terapêutico demonstraram comportamento de agitação, rubor facial, choro e se agarraram aos pais.

O estudo mostrou que todos os participantes que realizaram QA no HCQ gostam do ambiente em que realizam tratamento. Já os participantes do HSQ relatam gostar pouco do ambiente em que realizam QA e todos acrescentariam algum item na sala de QA. De acordo com Jesus et al. (2010), os acompanhantes de crianças em quimioterapia ambulatorial sobre uma quimioteia revelam que as atividades lúdicas e o ambiente físico ajudam no bem-estar, acalma, diverte e diminui o estresse da criança com câncer.

Os entrevistados que realizaram tratamento no HSQ relataram ainda que acrescentariam alguns brinquedos na sala de quimioterapia e mudariam o ambiente, colocando desenhos infantis nas paredes do ambulatório. Esses estudos são condizentes com a literatura. Os dados corroboram com o estudo de Reis, Collet e Gomes (2011) que mostraram que a presença da atividade lúdica tem impacto positivo durante o período de adoecimento. O ambiente com espaço físico, objetos, sons e imagens exerce influência sobre as pessoas que realizam tratamento.

As crianças e os adolescentes entrevistados no HSQ acrescentariam TV à sala de quimioterapia. Loss, Enumo e Hostert (2014) observaram que as brincadeiras preferidas no hospital pelas crianças foram desenhar, assistir à TV e ler gibi. Os artigos científicos comprovam os dados obtidos na pesquisa.

A presente pesquisa mostra, também, que todos os participantes do HSQ acrescentariam fone de ouvido na sala de quimioterapia, o que confere no estudo de Silva, Baran e Mercês (2016), que observaram que a música, quando utilizada de forma terapêutica, tende a amenizar os níveis de estresse, ansiedade e desconfortos, principalmen-

te, em crianças e adolescentes com câncer que vivenciam fatores estressantes durante o tratamento.

A música no ambiente de QA proporciona o ambiente de ludicidade, relaxamento e alegria, amenizando a dor e o sofrimento dos pacientes. Dessa forma, considerando a contribuição da música através de fones de ouvido, as instituições devem inserir a aplicação da mesma nas práticas assistenciais de cuidado em saúde de crianças e adolescentes com câncer.

Foi verificado, no presente estudo, que todos os participantes do HSQ acrescentariam livros de história na sala de quimioterapia, como revela um estudo realizado por Bernardino, Elliott e Netto (2012), o qual revela que nas crianças portadoras de câncer que utilizaram livros de história, leituras dirigidas e livros literários, durante o tratamento, diminuiu o medo e a tristeza, desviando o foco do tratamento e da doença, dando alívio e aceitação da doença.

Todos os participantes do tratamento no HSQ acrescentariam jogos eletrônicos, durante a aplicação da QA. Pesquisa realizada por Guimarães & Araujo (2014) aponta que as intervenções psicoeducativas com jogos eletrônicos devem ser adotadas em instituições de saúde, visto que, são instrumentos importantes para pacientes com câncer, promovendo-lhes bem-estar físico e psicológico, além de proporcionar alívio da dor e amenizar o estresse provocado por procedimentos invasivos, como punção lombar, quimioterapia e cirurgias. Durante a aplicação da entrevista semidirigida, no HCQ, verificou-se que os pacientes estavam envolvidos com as atividades eletrônicas (vídeo game), demonstrando tranquilidade em relação à QA, e desviando o foco da atenção para o brinquedo eletrônico.

Os dados evidenciaram que o brincar representa um instrumento importante durante a quimioterapia, sendo utilizado pelos pacientes como um recurso de enfrentamento, diminuindo a presença de sintomatologia de estresse, considerando-se a possível contribuição desta pesquisa para as instituições que atendem crianças e adolescentes com câncer em QA.

Estudo realizado por Motta e Emuno (2004) mostrou que as crianças relatam não brincar no hospital pela falta de recursos lúdicos e humanos, fornecidos pela instituição. Verificou-se que a proposta de um instrumento como a ESI e ESA, aproximavam as crianças dessas intervenções lúdicas durante a QA. Observou-se entusiasmo e motivação em relação às crianças que realizaram tratamento no HSQ, uma vez que, o material tem caráter lúdico assemelhando-se à pintura lúdica. Assim, ressalta-se a importância do uso de atividades lúdicas do brincar e de um espaço alegre, colorido com músicas e jogos durante a QA, para facilitar o enfrentamento do estresse frente aos procedimentos invasivos durante a QA.

Os dados descritivos do presente estudo mostram que os fatores de estresse predominam no HSQ. Já no HCQ o predomínio dos fatores de estresse foi menor, em relação à fase de alerta e, embora os dados não tenham mostrado diferenças estatisticamente significantes entre HSQ e HCQ, observa-se que a quimioteca diminuiu a PSE.

Estudo semelhante conduzido por Mendes, Krokosz e Correia (2011) mostrou que as crianças que estavam internadas na enfermaria de um hospital apresentaram indicadores da presença de estresse, sendo que algumas se encontravam na fase de resistência. Nesta pesquisa, pode-se constatar que, no HSQ, a fase de quase exaustão e a de exaustão foram significantes, considerando que no HCQ não houve a presença FQE e FE.

Considerações Finais

A pesquisa apresenta os benefícios do brincar para a criança com câncer em tratamento com quimioterapia antineoplásica. O estudo mostra que a quimioteca influencia na redução de estresse em crianças e adolescentes que realizaram quimioterapia no hospital que possui quimioteca.

Verificou-se dados positivos sobre o brincar na sala de quimioterapia, independentemente da idade e do diagnóstico. No resultado quantitativo da influência da quimioteca sobre o estresse, os resultados evidenciaram que, no sexo masculino (57%) apresenta maior estresse. Os resultados evidenciaram que apenas (7%) do sexo feminino apresenta sintomatologia de estresse.

Constatou-se que o espaço da quimioteca ameniza a presença de sintomatologia de estresse, facilitando a recuperação e o bem-estar do paciente em tratamento com QA. Verificou-se também que, além do ambiente lúdico da quimioteca, as atividades lúdicas como brinquedos, jogos, atividades de pintura trazem benefícios para as crianças e adolescentes em QA.

REFERÊNCIAS

ALVES, L.; CARVALHO, A. M. Videogame: é do bem ou do mal? Como orientar pais. *Estud. Psicol.*, v.16, n.2, p.251-8, 2011.

ANJOS, C. D., SANTO, F. H. D. E.; CARVALHO, E. M. M. S. D. O câncer infantil no âmbito familiar: revisão integrativa. *Revista Mineira de Enfermagem*, v.19, n.1, p.227-240, 2015.

- AZEVEDO, A. V. D. S. O brincar da criança com câncer no hospital: análise da produção científica. *Estud. Psicol.*, v.28, n.4, p.565-572, 2011.
- BERNARDINO, M. C. R., ELLIOTT, A. G., NETO, M. L. R. Biblioterapia com crianças com câncer. *Informação & Informação*, v.17, n.3, p.198-210, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Recuperado de <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>.
- CARNIER, L. E.; PADOVANI, F. H. P.; PEROSA, G. B.; RODRIGUES, O. M. P. R. Estratégias de enfrentamento em crianças em situação pré-cirúrgica: relação com idade, sexo, experiência com cirurgia e estresse. *Estudos de Psicologia*, p.319-330, 2015.
- COHEN, R. H. P. O saber – fazer com o brincar. In: MATTOS, C. A. (Org.) *Psicomotricidade: da educação infantil à gerontologia*. São Paulo: Lovise, 2000.
- AZEVEDO, D. M.; SILVA SANTOS, J. J.; JUSTINO, M. A. R.; MIRANDA, F. A. N.; SIMPSON, C. A. O brincar enquanto instrumento terapêutico: opinião dos acompanhantes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.10, n.1, 2009.
- JESUS, I. Q.; BORGES, A. L. V. Quimioterapia em crianças e adolescentes: relato de experiência da implantação da Quimioteca Fundação ORSA. *Saúde Coletiva*, v.3, n.13, p.30-34, 2007.
- DUARTE, I. V., GALVÃO, I. D. A. Câncer na adolescência e suas repercussões psicossociais: percepções dos pacientes. *Revista da SBPH*, v.17, n.1, p.26-48, 2014.
- FAVERO, L.; DYNIEWICZ, A. M.; SPILLER, A. P. M.; FERNANDES, L. A. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de enfermagem: relato de experiência. *Cogitare Enfermagem*, v.12, n.4, 2007.
- GARIÉPY, N.; HOWE, N. The therapeutic power of play: examining the play of young children with leukaemia. *Child: care, health and development*, v.29, n.6, p.523-537, 2003.
- GOMES, I. P. *Influência de um ambiente lúdico sobre o poder vital de crianças em quimioterapia ambulatorial, seus acompanhantes e da equipe de enfermagem*, 156 f. tese (doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.
- GOMES, I. P.; COLLET, N.; REIS, P. E. D. D. Ambulatório de quimioterapia pediátrica: a experiência no aquário carioca. *Texto and Contexto Enfermagem*, v.20, n.3, 385, 2011.

- GUIMARÃES, T. B.; ARAUJO, T. C. C. F. D. Intervenção psicoeducativa com uso de jogos eletrônicos: um estudo com familiares de pacientes oncológicos. *Revista da SBPH*, v.17, n.2, p.106-122, 2014.
- HATEM, T. P.; LIRA, P. I.; MATTOS, S. S. Efeito terapêutico da música em crianças em pós-operatório de cirurgia cardíaca. *J Pediatr*, v.82, n.3, p.186-92, 2006.
- HOSTERT, P. C. D. C. P.; ENUMO, S. R. F.; LOSS, A. B. M. Brincar e problemas de comportamento de crianças com câncer de classes hospitalares. *Psicologia: teoria e prática*, v.16, n.1, p.127-140, 2014.
- KICHE, M. T.; FA, A. Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. *Acta Paul Enferm*, v.22, n.2, p.125-30, 2009.
- LIPP, M. E. N. *Crianças estressadas*. Papyrus Editora, 2004.
- LIPP, M. E. N.; SOUZA, E. A. P.; ROMANO, A. S., & COVOLAN, M. A. *Como enfrentar o stress infantil*. São Paulo: Ícone, 1991.
- LIPP, M. E.; LUCARELLI, M. D. *Escala de stress infantil-ESI: Manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.
- MARQUES, C. P.; GASPAROTTO, G. D. S.; COELHO, R. W. Fatores relacionados ao nível de estresse em adolescentes estudantes: uma revisão sistemática. *Salusvita*, v.34, n.1, 2015.
- MELO, L. D. L.; VALLE, E. R. M. D. The toy library as a possibility to unveil the daily life of children with cancer under outpatient treatment. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.44, n.2, p.517-525., 2010.
- MORENO, R. L. R.; DINIZ, R. L. P.; MAGALHAES, E. D. Q.; SOUZA, S. M. P. D. O.; SILVA, M. S. A. Contar histórias para crianças hospitalizadas: relato de uma estratégia de humanização. *Pediatria*, v.25, n.4, p.164-169, 2003.
- MOTTA, A. B.; ENUMO, S. R. F. Brincar no hospital: câncer infantil e avaliação do enfrentamento da hospitalização. *Psicologia, saúde & doenças*, v.3, p.1, 23-41, 2002.
- _____. Câncer infantil: uma proposta de avaliação as estratégias de enfrentamento da hospitalização. *Estud. Psicol.* v.21, n.3, p.193-202, 2004.
- MOTTA, A. B.; PEROSA, G. B., BARROS, L.; SILVEIRA, K. A.; LIMA, A. S. D. S., CARNIER, L. E.; CAPRINI, F. R. Comportamentos de coping no contexto da hospitalização infantil. *Estudos de Psicologia*, p.331-341, 2015.

OLIVEIRA, L. D. B.; GABARRA, L. M.; MARCON, C.; SILVA, J. L. C.; MACCHIAVERNI, J. A. Brinquedoteca hospitalar como fator de promoção no desenvolvimento infantil: relato de experiência. *Journal of Human Growth and Development*, v.19, n.2, p.306-312, 2009.

PONTES, J. E. D.; TABEL, E.; SANTOS FOLKMANN, M. A.; ROCHA CUNHA, M. L.; AMORIM ALMEIDA, F. Brinquedo terapêutico: preparando a criança para a vacina. *Einstein*, v.13, n.2, 2015.

SARMENTO, L. S.; SILVA, L. F.; GOES, F. G. B.; PAIVA, E. D.; DEPIANTI, J. R. B. A visão dos familiares quanto às orientações realizadas junto à criança em quimioterapia anti-neoplásica. *Cogitare Enfermagem*, v.21, n.1, 2016.

SELYE, H. *The stress of life*, 1956

SILVA, L. A. G. P. D.; BARAN, F. D. P.; MERCÊS, N. N. A. D. Music In: The Care Of Children And Adolescents with Cancer: Integrative Review. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v.25, n.4, 2016.

SILVA, L. F. D., CABRAL, I. E. Rescuing the pleasure of playing of child with cancer in a hospital setting. *Revista brasileira de enfermagem*, v.68, n.3, p.391-397, 2015.

TRICOLI, V. A. C.; LIPP, M. E. N. *Escala de stress para adolescentes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

VIEIRA, T.; CARNEIRO, M. S. *O brincar na sala de espera de um ambulatório pediátrico: possíveis significados. Brincando na escola, no hospital, na rua*. Rio de Janeiro: Wak, p.75-110, 2006.

A CONTAÇÃO DE HISTÓRIAS COMO POSSIBILITADORA DE AÇÕES E FORMAÇÕES: A EXPERIÊNCIA DO PROJETO “ERÊ: VAMOS BRINCAR? OFICINAS LÚDICAS DE LEITURAS E OUTRAS LINGUAGENS”

MILENA VITOR GAMA DUARTE¹ - ANA LÍCIA PESSOA NUNES² - EDYENELE FREIRE GUIMARÃES³
- RODRIGO CLEMENTINO DE CARVALHO⁴ - SAMARA OLIVEIRA ROCHA⁵ - TAMIRES DE LIMA SOUSA SANTOS⁶
- MARCELO SILVA DE SOUZA RIBEIRO⁷

Este capítulo expressa o grande esforço de um coletivo que apostou, que se implicou e se transformou, em termos de desenvolvimento pessoal e profissional, à medida que atuava e intervia em contextos diversos da educação e da saúde. Trata-se aqui da problematização de uma experiência formativa, envolvendo estudantes e profissionais de Psicologia, fruto de um projeto de extensão, tendo como eixo a questão da contação de história.

Desejamos aos leitores, portanto, que este capítulo possa cumprir os anseios do Conselho Regional de Psicologia de Alagoas - CRP 15, através do Centro de Referência em Psicologia e Políticas Públicas - CREPOP, no intercruzamento de áreas como Psicologia, Saúde, Assistência Social e Educação, legando, então, lances de possibilidades de atuação profissional, assim como réstias de luzes que indiquem como os processos formativos podem estar articulados às práticas.

Vamos à nossa apresentação?

Era uma vez um grupo de jovens desbravadores que decidiu embarcar em uma instigante e desafiadora jornada: adentrar no mundo da contação de histórias e da ludicidade. Essa “jornada” ganhava um tom especial porque não era algo tão comum no campo de atuação, como também, de formação da Psicologia, visto que continua sendo algo pouco explorado. Assim, a aventura foi marcada por interações, brincadeiras, mistérios, surpresas e emoções, requisitos esses que renderam uma bela história, merecedora

1 Graduada em Psicologia - Univasf

2 Graduada em Psicologia - Univasf

3 Graduada em Psicologia - Univasf

4 Graduado em Psicologia - Univasf

5 Graduada em Psicologia - Univasf

6 Graduada em Psicologia - Univasf

7 Doutorado em Ciências da Educação - Université du Québec à Chicoutimi/Université du Québec à Montréal e professor do Colegiado de Psicologia - Univasf

de ser contada, para que outros aventureiros e interessados em novos desafios consigam vislumbrar os encantamentos dessa jornada, que envolve descobrir, conhecer, ler, ouvir, contar e recontar, brincar e se divertir.

Essas são palavras que acompanham o projeto “Erê: Vamos Brincar? Oficinas Lúdicas de Leituras e Outras Linguagens”, que toma de empréstimo a palavra Erê, com origem do yorubá, eré, que significa “brincar”, e também, “boa ação ou favor”. O Erê aparece logo em seguida do transe do orixá, ou seja, o Erê é o intermediário entre o iniciado e o orixá (SILVA; BOAKARI, 2012). Significa ainda o aflorar da criança que cada um guarda dentro de si, pois se trata de uma verdadeira expressão da alegria e da espontaneidade da criança. O projeto utilizou-se dessa palavra para qualificar o sentido da cultura lúdica e privilegiar os sentidos das infâncias, valorizando os saberes e as práticas que gravitam o universo infantil e lúdico.

Partindo desse entendimento, as oficinas lúdicas de leitura, objeto do projeto aqui em tela, surgiram como um espaço preparado para desenvolver atividades lúdicas, visando estimular a criança à leitura, sobretudo, em contato com diferentes gêneros literários, e através de técnicas de contação de histórias. Dessa forma, víamos a contação de histórias de uma maneira distinta da comumente abordada no âmbito escolar, pois foi entendida como alternativa para uma experiência positiva com a leitura, que superou a tarefa mecânica, muitas vezes propiciada pela escola, que transforma a literatura em simples instrumento para as provas, afastando as crianças do prazer de ler (SILVA, 2011).

Rubem Alves e Elisa Lucinda (2010), no livro, *A poesia do Encontro*, comentam que, ao se retirar a emoção do processo de aprendizagem escolar, trabalhando-se apenas com conteúdos que podem ser avaliados, muita coisa se perde. Rubem Alves então traz a sua metáfora da caixa de ferramentas -- aquela que traz coisas úteis -- e da caixa de brinquedos -- possuidora de elementos que trazem felicidade. Nesse contexto, a literatura e, mais especificamente, a contação de histórias, pode estar inserida em ambas as caixas, tanto pelo seu poder de melhoria de habilidades linguísticas, quanto pelo poder de propiciar prazer a quem tem contato com ela. Diante disso, o projeto atual se desenvolveu com o objetivo de utilizar-se de ambas as caixas de ferramentas.

O “Erê - Vamos Brincar? Oficinas Lúdicas de Leituras e Outras Linguagens” ocorreu no âmbito do curso de graduação em Psicologia da Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf), tendo como base os trabalhos desenvolvidos pelo Núcleo de Estudos e Práticas sobre Infâncias e Educação Infantil (NUPIE), que são articulados com as atividades do Colegiado de Psicologia e do Centro de Estudos e Práticas em Psicologia (CEPPSI), onde vários estudantes e profissionais atuam com outros projetos de extensão, tais como, “Infâncias e Educação Infantil: formando profissionais entre saberes, práticas e histórias

de vidas” – 2014; “ERÊ – Vamos brincar? Brinquedoteca itinerante e Oficinas Lúdicas e Cine Infância” – 2015; e “ERÊ - Vamos brincar? Oficinas Lúdicas de Leituras - 2016), de pesquisa (“O papel ativo da criança na Educação Infantil” - 2015; “As sementeiras nas creches do Projeto Nova Semente: um estudo exploratório sobre as representações sociais da identidade profissional de educadoras infantis” - 2015; “A compreensão da criança acerca da influência dos jogos eletrônicos em sua vida” - 2015), em grupos de estudos, além de estar articulado com o projeto aprovado e financiado pela Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia de Pernambuco - Facepe (edital 2014/09) que aborda a questão da ludicidade e dos saberes e práticas educacionais na rede de ensino no Vale do São Francisco.

As atividades propostas pelo “Erê” consistiam na criação, em espaços públicos, de oficinas lúdicas de leitura e outras linguagens para crianças e adultos, a fim de proporcionar a efetivação de contextos lúdicos e o oferecimento de oficinas lúdicas de leitura, para o desfrute de crianças, pais e profissionais, que também eram convidados a desenvolverem seus potenciais como contadores de histórias. Nesse sentido, o referido projeto teve como objetivos específicos: organizar as oficinas lúdicas para as crianças viverem experiências de contação de histórias, capacitar estudantes para atuarem como contadores de histórias na interação direta com as crianças, convidar profissionais especializados em cultura lúdica de leitura para facilitar as oficinas, e organizar e divulgar o cronograma das oficinas lúdicas de leitura para pais e profissionais.

Além disso, o Erê teve como proposta promover espaços formativos voltados para cuidadores, profissionais e estudantes das áreas da Psicologia, da Educação, dentre outras áreas afins, visando desenvolver atividades lúdicas que contribuíssem para a valorização da infância. As oficinas lúdicas possuíram caráter dinâmico, por contar com um público que já atuava direta ou indiretamente com a contação de história, sendo possível um diálogo entre as suas experiências, e o que estava sendo promovido nas oficinas.

O contar histórias foi compreendido nesse espaço como uma técnica de várias faces, onde cada um pôde dar uma cara nova, mais condizente com o seu próprio contexto, além de serem trabalhadas expressões corporais, técnicas de voz e caracterizações, métodos comuns utilizados em outros lugares de formação.

Nossos embasamentos e pressupostos

Buscou-se construir um espaço onde a diversão e a aprendizagem estivessem atreladas, através de atividades lúdicas voltadas à leitura e contação de histórias, com o intuito de estimular a criança a descobrir esse mundo literário. Conforme Silva (2011), a contação de histórias pode ser vista como uma alternativa que possibilita uma boa ex-

períencia de leitura, principalmente porque foge do padrão trabalhado nas escolas, que transformou a literatura e o ato de ler em meros instrumentos avaliativos, fazendo com que o estudante se afastasse do prazer da leitura por si mesma. Nesse espaço, a liberdade e a espontaneidade são tolhidas, a fantasia é restrita a momentos de recreação e se reforça a desarticulação entre aprendizagem e prazer (ALVES, 2009).

Isso não significa, porém, que não existam contribuições pedagógicas da contação de histórias e da literatura, uma vez que, os processos de ensino e aprendizagem e de desenvolvimento podem ser enriquecidos e potencializados com a participação dessas estratégias lúdicas (CHAVES *et. al.*, 2014). O que se destaca nessa área é a importância da avaliação dos objetivos das histórias infantis no espaço escolar, que devem ser ampliados, tendo em vista o caráter lúdico da literatura e a sua participação na discussão de valores culturais, na construção da identidade dos sujeitos, na melhoria das suas relações interpessoais e no desenvolvimento de dimensões como imaginação, criatividade e pensamento crítico dos leitores/ouvintes (SOUZA; BERNARDINO, 2011).

Nessa perspectiva, se evitou a utilização das histórias infantis voltadas unicamente, para o ensino, dos conteúdos ditos disciplinares ou formais, ou com o mero intuito de moralizar autoritariamente as crianças, visando adequá-las a uma determinada realidade social (AMPARO, 2016). Foi compreendido que o ato de ler, contar ou ouvir histórias apresenta também uma função terapêutica, pois oferece espaço, não somente para narrar ou ouvir, mas também, para sentir alegria, prazer, e outras sensações que trazem bem-estar, como também, para experimentar emoções desagradáveis, como medo, raiva e tristeza, e ter a oportunidade de superá-las (MAINARDES, 2008).

As histórias podem ainda proporcionar aos sujeitos reflexões acerca dos valores presentes no espaço social e cultural onde eles estão inseridos, tendo como referência comportamentos de outras pessoas com quem eles interagem, e também, de aspectos pessoais, proporcionando um conhecimento melhor de si próprios (KNOCHE, 2013). O valor terapêutico das histórias estaria relacionado também ao potencial transformador da palavra, que pode aproximar a narrativa literária da história de vida de cada pessoa, favorecendo o contato com seus processos subjetivos e até mesmo reestruturá-los e ressignificá-los, o que demarca a contação de histórias como estratégia promotora de saúde mental (LEMOS; SILVA, 2012).

A leitura de histórias, ao proporcionar a introspecção, que diz respeito à observação de pensamentos, sentimentos ou outros processos internos ao sujeito, estimula reflexões pessoais acerca de eventos da história de vida e de suas devidas repercussões e, consequentemente, contribui com mudanças de comportamentos, o que destaca o potencial terapêutico da literatura e da contação de histórias (CALDIN, 2001). Cabe ressaltar

que outro público, para além dos ouvintes/leitores e crianças e adolescentes, podem ser beneficiados com o universo da produção de narrativas e da ludicidade, a exemplo dos próprios contadores de histórias (GIORDANO, 2013) e de pessoas com outras faixas etárias, como os idosos (BRANDÃO et al., 2006) e usuários de um serviço de saúde mental (CAMPOS-BRUSTELO; BRAVO; SANTOS, 2010).

O “Erê: Vamos Brincar? Oficinas Lúdicas de Leituras e Outras Linguagens” está pautado nessa perspectiva, acreditando que as histórias libertam, estimulam o imaginário, auxiliam em novas descobertas, ampliam os horizontes e o vocabulário, como também, a capacidade de comunicação; promove bem estar e saúde mental, além de apresentar outros efeitos benéficos para os leitores/ouvintes e também para os contadores (KNOCHE, 2013). As ações desse projeto se embasaram no pressuposto de que a cultura lúdica permite à criança vivenciar o mundo e a si mesma de outra forma, possibilitando uma descoberta da realidade, a partir da imaginação.

No entanto, nota-se que a cultura lúdica é, muitas vezes, menosprezada, principalmente nas instituições de ensino que reservam um tempo limitado para essas atividades. Dessa forma, vê-se a necessidade da valorização dessa cultura em específico, além dos significados da infância. Partindo dessa concepção, o projeto Erê emergiu como um espaço de diversão e aprendizagem, tanto para crianças, como também, para todas as outras faixas etárias, buscando a expressão da criatividade, das fantasias e do conhecimento.

Processo de construção dessa história

O projeto Erê se embasou na “Carta do Rio para a Cultura Infância”, documento que objetivou influenciar políticas públicas voltadas para esta faixa etária, produzido no I Fórum Nacional Cultura Infância. Desta maneira, buscou-se desenvolver atividades que contemplassem os seguintes eixos deste documento: **Tempo**, que engloba o brincar, o tempo, a infância e a memória, onde todos esses elementos se unem para garantir a sensibilização com relação ao brincar das crianças, incluindo outras gerações; **Espaço**, em que todos os espaços são entendidos como ambientes potentes de cultura e cidadania, destacando e preservando a diversidade cultural de cada modo de viver; e **Linguagem e Educação**, abordando as dimensões de fomento, formação, estímulo, manutenção, circulação, intercâmbio e reconhecimento (BRASIL, 2014).

Assim, a fim de promover espaços de contação de histórias -- como houve atraso no repasse da maior parte dos recursos, outros equipamentos só puderam ser adquiridos posteriormente -- foi dada a possibilidade de utilização dos recursos adquiridos no edital da Facepe (2014/09), como a estrutura de um tapete emborrachado, de modo a dinamizar

as oficinas lúdicas de leitura. Houve também doações de livros, por parte de profissionais que trabalhavam com a temática, e arrecadações de materiais, como lápis de colorir, papéis coloridos, etc., como componente de inscrição nas oficinas que eram ofertadas para a comunidade. Além disso, o projeto contou com o apoio da Pró-Reitoria de extensão da Univasf (Proex) para realização.

Para o desenvolvimento das atividades propostas, a estudante-bolsista, as estudantes voluntárias e os demais estudantes colaboradores foram qualificados para atuar como contadores de histórias, através da formação de um grupo de estudos, com encontros quinzenais, e através do apoio de professores que atuam com essa temática, além da formação vivida no âmbito das próprias oficinas mensais, destinadas a pais e profissionais da área.

Nessas formações, foi esclarecido que as práticas de contação de histórias necessitam da preparação do ambiente, o qual deve ser um local aconchegante, arejado, e que possibilite a imaginação e o transporte para o cenário narrado pelo contador. A preparação do contador também foi colocada como essencial, visto que, qualquer pessoa pode contar histórias, desde que goste de ler ou saiba histórias mesmo sem a habilidade de leitura, e que não tenha medo de errar.

Algumas estratégias puderam ser traçadas no momento da contação de histórias, a exemplo da necessidade de dedicar tempo para o estudo, pois há vasta literatura que embasa e dá boas dicas que tendem a acrescentar na técnica pessoal. É indispensável também que o contador de histórias conheça o público ouvinte, a fim de adequar a narração e escolher melhor o enredo, com base em suas particularidades. Para além desses dois pontos citados, é ainda mais importante a prática recorrente, pois a cada vez que uma história é contada, é possível reinventá-la e torná-la melhor para os ouvintes.

Essas estratégias citadas anteriormente foram essenciais para os momentos de prática e de visitas aos serviços. Para isso foi organizado um cronograma das oficinas lúdicas de leitura para as crianças, conforme a disponibilidade das instituições e dos participantes do projeto. Ademais, foi organizado também um cronograma das oficinas lúdicas de leitura e outras expressões linguísticas para pais e profissionais, com a participação de convidados e colaboradores do projeto. Durante ambas as oficinas lúdicas de leitura, houve registros através de frequências, fotografias e avaliações dos participantes. Tais registros serviram como dados para análises qualitativa e quantitativa, assim como para avaliações do andamento do projeto. Existiu, também, por parte da organização do Erê, a divulgação em redes sociais (<https://www.facebook.com/Erê-Vamos-brincar-Oficinas-Lúdicas-de-Leituras-e-Outras-Linguagens-1448246225466364/>) das oficinas mensais, na *fanpage* do projeto, no *Facebook*. Outra atividade de divulgação ocorreu no *blog* do

NUPIE (<http://nucleonupie.blogspot.com/search/label/Projeto%20Erê>), onde foram realizadas publicações sobre como aconteceram as oficinas lúdicas, através de texto e fotos.

Conquistas: entre resultados e outras discussões

É essencial resgatar a gama de possibilidades oferecidas pelas histórias e suas contações, que não apenas orientam e ensinam, mas também encantam, emocionam e formam em uma perspectiva mais ampla, tanto ouvintes quanto leitores e contadores (GIORDANO, 2013). Pensando nisso, o projeto Erê englobou em sua área de atuação crianças, pais e profissionais, a partir de oficinas lúdicas nas escolas, formações na Univasf, como também envolveu grupos com crianças no serviço-escola da Univasf, o CEPPSI, proporcionando um espaço de contação para crianças que estavam no aguardo para atendimento psicológico (LEMOS; SILVA, 2012).

A experiência no CEPPSI, além de contribuir com a diversificação das atividades oferecidas nessa clínica-escola, beneficiou os usuários em fila de espera e, inclusive, contribuiu para a redução da espera. Esse cenário também foi apontado por Macêdo, Pereira e Leite (2017), quando se referiram aos efeitos de oficinas terapêuticas que integravam Psicologia e Arte, realizadas junto ao público da fila de espera do CEPPSI, numa perspectiva de promoção de saúde.

As atividades do Erê também proporcionaram aos integrantes do projeto o enriquecimento de sua formação, tendo em vista habilidades de manejo junto ao público, que são requeridas em trabalhos dessa natureza, o que remete à ideia dos projetos de extensão como espaços privilegiados no processo de aprendizagem de estudantes universitários (GOULART, 2004), a exemplo de habilidades como atitude e escuta, voltadas para clínicas de psicólogos em formação (MACÊDO; PEREIRA; LEITE, 2017).

É importante ressaltar a relevância da fala de discentes sobre suas experiências, nesses projetos, uma vez que, a literatura e as suas narrações podem trazer diferentes contribuições para os contadores (SILVA, 2014), como é o fato da satisfação sentida por ter contribuído para o bem-estar de outras pessoas, seja em nível de comportamentos, sentimentos ou emoções (CALDIN, 2005).

Acerca das ações, o projeto Erê teve contato com diversas instituições de educação infantil e de ensino fundamental, das cidades de Juazeiro-BA e Petrolina-PE. Para que se pudesse oferecer oficinas lúdicas de leitura para cuidadores e profissionais, foram executadas oficinas lúdicas mensais para o público em geral, oferecendo capacitação na arte de contar histórias, através da exposição de técnicas e benefícios da prática para as crianças.

Foram feitos convites a profissionais especializados em cultura lúdica e leitura

que atuaram como facilitadores nesses encontros, os quais foram divulgados através de um cronograma disponibilizado em uma página na rede social *Facebook*. Além dessas atividades, a equipe do projeto também ministrou uma oficina de contação de histórias em um evento ocorrido na Universidade, o qual trouxe a importância do lúdico e sua articulação com a Psicologia.

A atividade de contação promoveu momentos lúdicos com a literatura que foram além do livro e da história como recurso, apresentando-se interligada à música, a brincadeiras, aos desenhos e a outras fontes que são demandadas pelas crianças, ampliando o contato destas e das mediadoras com o contar histórias. As experiências vivenciadas pelas crianças são valorizadas e pontuadas, de modo que, a condução dos encontros se deu a partir das solicitações destas e da afinidade com os recursos empregados, considerando as vivências que expressavam. Como forma de melhor exemplificar as atividades realizadas dentro do projeto, detalharemos a seguir algumas experiências referentes aos espaços em que a equipe foi inserida.

As contações no CEPPSI

No CEPPSI, foi possível abrir um espaço de contação de histórias para crianças na faixa etária dos 5 aos 7 anos, que aguardavam na fila de espera do serviço por atendimento psicoterapêutico, tendo em vista as contribuições para a saúde mental e o bem-estar proporcionadas pela ludicidade às crianças e adolescentes (MAINARDES, 2008; LEMOS; SILVA, 2012). Foram realizados 5 encontros, os quais foram definidos previamente com os responsáveis das crianças, sendo um encontro por semana.

A proposta da equipe era a de trabalhar uma história por encontro. Porém, a depender de como as crianças se expressavam no dia, realizávamos alguma atividade referente à história contada. É importante ressaltar que, exceto na primeira semana, as histórias foram planejadas no decorrer dos encontros, de modo que as crianças poderiam opinar, sugerir e ter participação ativa no processo de escolha e de contação.

As histórias eram planejadas com antecedência e as mediadoras sempre faziam uso de algum recurso lúdico para obter maior atenção das crianças no momento da contação. Pode-se citar o uso de algumas técnicas vocais, a utilização de personagens ilustrados materialmente, através de ilustrações, o movimento e expressão facial durante a contação, além de constante busca de interação com as crianças, investigando com as crianças os passos subsequentes que ocorreriam na história, segundo a opinião delas.

As atividades planejadas para além da história narrada também possuíam caráter lúdico. Desta forma, foram utilizadas: criação e recontação de histórias pelas próprias

crianças, ilustração da história, elaboração de personagens, dramatização das histórias, cantigas e brincadeiras.

Em uma das oficinas de contação de histórias, no CEPPSI, as estudantes que desenvolviam as atividades no local perceberam que o que haviam preparado, embora lúdico, não estava interessando àquele público. Assim, decidiram transformar a história em uma brincadeira de “telefone sem fio”, onde cada criança também colocava a sua marca na narrativa. As contadoras perceberam que esse momento possibilitou às crianças um melhor engajamento em grupo, pois todas se descontraíram, em meio às risadas, principalmente, quando a história, já conhecida pela maioria, era distorcida em algum momento. Ou seja, embora fora da técnica de contação comum, o caráter lúdico da contação foi preservado e adequado para o grupo, possibilitando que a história fluísse de uma melhor forma para aquela faixa etária de crianças.

A experiência nesse espaço foi de suma importância para as mediadoras do grupo, pois, além de planejarem a contação de histórias para um grupo distinto do qual já haviam trabalhado, foi necessário realizar alguns manejos relacionados a estar com crianças dessa idade. Nesse contexto, embora existisse organização prévia das atividades, estas consistiam, apenas, em direcionamentos possíveis para o que seria realizado com as crianças, o que ajudou a estimular o exercício da flexibilidade cognitiva, da criatividade e da sensibilidade quanto às singularidades de cada encontro, em prol de um melhor manejo junto a esse público. No que diz respeito à interação entre as mediadoras, percebeu-se a relevância da diversificação do olhar para um mesmo contexto, possibilitando melhor apreensão dos detalhes presentes, assim como, aperfeiçoamento no processo de aprendizagem, devido ao compartilhamento contínuo sobre cada experiência e diálogo, a respeito de cada contação.

Uma experiência inusitada: a contação no CAPSi

No que se refere às ações no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAP-Si) de Petrolina- PE, é importante considerar a contação de histórias como uma estratégia terapêutica, capaz de viabilizar a expressão emocional e reorganizar processos internos aos sujeitos, sendo passível de implementação em serviços de saúde mental (CAMPOS-BRUSTELO; BRAVO; SANTOS, 2010; COSTA *et al.*, 2013). Nesse sentido, foram gerenciados dez encontros com as crianças e adolescentes usuárias do serviço, na tentativa de valorizar, por meio das referidas práticas, o espaço da dimensão lúdica na promoção de bem-estar.

Um dos encontros que pode ser destacado no CAPSi envolveu adolescentes, sendo alguns deles vinculados ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) de Petro-

lina. Para esse momento foram preparados dois contos, os quais foram mobilizadores de sensações de bem-estar nos participantes, demonstrando envolvimento, a ponto de os participantes pedirem para ouvir o final da história, abdicando do lanche naquele momento.

“O decreto da Alegria”, conto do escritor Rubem Alves, gerou grande mobilização dos participantes, que não eram apenas os adolescentes, mas também, o pai de um deles, assim como, a assistente social da instituição. Para que ocorresse o envolvimento de todas as pessoas presentes, foram realizadas algumas pausas na história, com o intuito de questionar sobre o que estava acontecendo com os personagens ou qual seria o posicionamento dessas pessoas, caso também fizesse parte do enredo. Outra técnica utilizada com os adolescentes que, de início, não estavam envolvidos na contação, foi torná-los representantes dos personagens, algo que ocorreu com êxito.

Por fim, todos falaram sobre os próprios sentimentos, a partir da história contada, tanto expressando verbalmente, trazendo músicas que o emocionavam, experiências com a família, sentimentos de saudade, dentre outros, como por meio de um desenho feito de maneira coletiva, em uma cartolina. No cartaz elaborado ao final, os participantes deveriam desenhar um desejo que gostariam de realizar. Por parte dos adolescentes, surgiram desejos, como o de ter uma família -- que partiu daqueles que estavam no CRAS --, assim como, o de poder fazer um curso de informática.



Cartaz produzido no dia 30 de maio de 2017, em um momento de contação de histórias no CAPSI

Dessa maneira, a atividade no CAPSi contemplou um aspecto citado na cartilha de Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no Sistema Único de Saúde (SUS), que diz que, para esses sujeitos deve ser garantido o direito da palavra, como uma forma de promoção da saúde. Ao falar sobre si, as crianças e adolescentes passam a ter uma identificação com suas próprias histórias, vendo novas formas de significação da mesma, assim como, de novas maneiras de estarem inseridos na família e na sociedade (BRASIL, 2014).

Contação nas Escolas

Ainda no sentido de levar a universidade até a comunidade, houve a participação do projeto, na Semana da Criança, de uma escola de Juazeiro-BA. Isso foi possível devido ao convite de uma estagiária de Psicologia, que atuava nessa escola, e que conhecia o trabalho do Erê. Esse encontro contemplou duas contações de histórias, além de uma contação feita pelas próprias crianças, que recriaram uma história baseada no famoso conto infantil “Os Três Porquinhos”.

Em uma edição ocorrida no ano anterior do referido projeto foi possível fazer contato com diversas instituições de educação infantil e de ensino fundamental das cidades de Juazeiro e Petrolina. Ao proporcionar a criação de espaços de contação de histórias, que indicassem a leitura como meio lúdico de aprendizagem, esse projeto visou, em ambas as edições, abordar o brincar como, para além de um passatempo, mas uma prática possuidora de importância social, educativa e terapêutica, que também não deve ser enquadrada numa lógica rígida e disciplinadora, o que comprometeria a ludicidade da contação (AMPARO, 2016). Assim, mesmo que de forma modesta, sobretudo no que diz respeito às carências materiais dos espaços públicos, o direito ao brincar foi posto em prática nessas instituições, já que é um dos mais violados -- ou mesmo ignorado pelos adultos--, mesmo sendo o direito “preferido das crianças”.

Oficinas para pais e profissionais

Ao longo do projeto, foram ofertadas quatro oficinas lúdicas de contação de histórias para a comunidade, com o intuito de propagar os benefícios da ludicidade e formar possíveis novos leitores, o que está para além do incentivo ao hábito de ler, que também envolve o despertar do prazer pela leitura (VILLARDI, 1997, *apud* PEREIRA; GOMES, 2011). Acredita-se que a efetivação das oficinas de contação de histórias e o incentivo à continuidade desta prática a pais e profissionais, de maneira constante, em seus ambientes de convívio com as crianças, leve a um maior contato dos pequenos com os livros,

induzindo a um maior vínculo delas com a leitura, o que tende a um desenvolvimento infantil de maneira mais integrada, repercutindo nos aspectos cognitivos, afetivos e sociais (JUBÉ, 2014).

A presença de diferentes profissionais ministrando as oficinas possibilitou uma visão caleidoscópica da contação de histórias. Questões de grande relevância, como a importância de educar as crianças para que elas conheçam as peculiaridades da região em que vivem, foram tratadas de maneira lúdica, facilitando a compreensão dos pais e profissionais. A substituição de animais distantes da realidade das crianças, por outros presentes no cotidiano; e a valorização da natureza e do que ela oferta e o uso de músicas e jogos durante a contação foram alguns dos temas abordados nas oficinas. Além disso, a promoção de uma oficina, ministrada pelos alunos do Projeto durante a realização de um evento na Universidade, permitiu a validação dos conceitos e técnicas discutidas no grupo de estudos, viabilizando uma experiência prática daquilo que foi estudado anteriormente.

Contação para idosos

Foram feitas uma série de ações contínuas na instituição Centro de Convivência do Idoso Vó Pulu, que é uma espécie de “centro dia”, para idosos. Essas ações possuíam o mesmo propósito que as oficinas lúdicas oferecidas aos pais e profissionais, isto é, uma promoção de continuidade da prática de contação de histórias e da leitura. Nesse sentido, as ações eram voltadas à capacitação dos idosos para a contação, a partir do trabalho de técnicas dessa prática, dada a potencialidade do público idoso, quanto a construir narrativas (BRANDÃO *et al.*, 2006).

Esse processo acarretou uma parceria com a Prefeitura Municipal de Petrolina, que contribuiu com um outro projeto da gestão municipal, intitulado de “Vovô Amigo”, que pretendeu, por meio da contação de histórias, levar a um encontro de gerações. Evidencia-se que o contato de idosos com crianças e adolescentes, em uma perspectiva intergeracional, contribui para uma melhor qualidade de vida, para ambos os públicos, que são mutuamente beneficiados em diferentes aspectos, como a quebra de preconceitos de uma faixa etária em relação à outra (FRANÇA; SILVA; BARRETO, 2010). Considerando que muitos dos idosos que frequentam o Centro de Convivência estão inseridos em um contexto de vulnerabilidade social, atividades como essa convocam cada um deles a assumir o lugar de contadores de histórias, para o qual eles costumam estar aptos, considerando a vastidão de experiências de vida que eles possuem. Nesse sentido, tais práticas podem ser importantes contribuintes para uma maior autoestima do sujeito idoso. Preparar as histórias e contá-las envolve, também, o resgate de lembranças e, dessa forma,

as atividades propostas nas oficinas permitem estimular a memória, e a capacidade cognitiva, muitas vezes prejudicada em decorrência dos avanços da idade.

A utilização de recursos visuais teve um papel fundamental para as narrativas, visto que colaboraram para que os idosos mantivessem a atenção concentrada. Em um dos encontros, por exemplo, foi a partir do uso de origamis que se conseguiu uma maior quantidade de participantes para a oficina. A curiosidade em descobrir o desfecho da história e em que os pedaços de papel se transformariam mantiveram o interesse e a atenção de todos até o fim. Técnicas como a “cadeira mágica”, onde quem senta tem que contar uma história, também foram bem recebidas, assim como, o uso de fantasias para “entrar” nas personagens. A participação nas oficinas foi avaliada positivamente pelos idosos, que se mostraram empolgados com a novidade, contribuindo ativamente, compartilhando memórias, cantando músicas e construindo histórias juntos.

As contações também foram estudadas

O fazer lúdico da contação de histórias é percebido enquanto movimento, um movimento construído por meio de formações prévias, como se dá no momento das reuniões de estudo do projeto Erê, onde foram discutidas temáticas de contação, relacionadas com diversos outros aspectos. Pode-se citar estudos sobre o caráter terapêutico da contação (PEREIRA; LEMOS, 2013), sem necessariamente perpassar pelo ambiente da clínica. Como exemplo, podemos citar o ambiente hospitalar e a importância da contação para crianças em tratamento médico (KNOCHE, 2012).

Ainda sobre as temáticas trabalhadas no grupo de estudo, tem-se que a compreensão do lúdico para a contação e o diferencial de ser sensível e aberto para as possibilidades não tradicionais de contar histórias, permitiu uma formação ampliada da equipe, já que possibilitou a utilização de outros recursos, com o intuito de aprimorar a contação (BRANCO, 2001). Ressalta-se que a contação de histórias deve ser acessível a todas as pessoas, e por isso, a temática inclusiva também foi trabalhada no grupo, acentuando que as especificidades das pessoas com deficiência devem ser reconhecidas. Entretanto, a contação necessita buscar maneiras de “atravessar” as pessoas, mantendo a magia e encantamento que as histórias possuem.

Nos encontros de estudo do Erê, também foi trabalhado o quanto a contação de histórias pode contribuir para a construção de uma identidade étnica positiva em crianças negras, as quais, na maioria das vezes, tem contato apenas com personagens brancos, faltando, assim, representatividade das mesmas. Discutiu-se que contar histórias que trazem a cultura afro-brasileira podem contribuir para a melhoria da autoestima de

crianças que sofrem racismo, assim como, no combate ao racismo, como aponta estudos (ARAÚJO; MORAIS, 2014). Essa compreensão trouxe um elemento a mais a ser alcançado, mesmo que indiretamente, nas contações de histórias promovidas pelo projeto Erê.

Sobre como as histórias englobam as pessoas, foi possível notar o alcance intergeracional que a contação tem, que pode ser inserida, também, em espaços outros para além do escolar, como os serviços de saúde mental que oferecem atendimento a crianças, adolescentes e adultos, os locais de convivência para idosos e as instituições de longa permanência. Inserir a contação nesses espaços, pode proporcionar bem-estar aos diferentes sujeitos, auxiliando a emergência de memórias, durante a contação; resgatando as histórias de vida, revivendo-a e compartilhando com os demais, o que ajuda a fortalecer, ainda, a vinculação e a socialização entre esses sujeitos (CAMPOS-BRUSTELO; BRAVO; SANTOS, 2010; COSTA *et al.*, 2013; LIMA, 2016).

Ademais, não foram somente as diversidades de público que foram exploradas, mas também, as variadas abordagens que se pode utilizar nas oficinas de contação de histórias. Nesse contexto, tanto as produções textuais das próprias crianças (GONTIJO; GÖES, 2017), como histórias em quadrinhos (ALVES, 2001) -- que já foram apontadas como uma das principais formas de contato da criança com a leitura --, podem ser instrumentos para dinamizar esse espaço, visto que, ambas se utilizam das experiências literárias do indivíduo, como criador e leitor de histórias que possuem suas significações.

Dessa forma, a formação teórica realizada nesses encontros proporcionou uma abertura para novas possibilidades de reconhecer e implementar a contação de histórias, assim como, dos públicos e ambientes em que essa pode ser inserida. Além de funcionar como um espaço de formação teórica, existem alguns momentos de ilustração prática, dentro do próprio grupo, em que se utiliza a contação de histórias para aprimorar a técnica vocal pontuada no encontro, por exemplo, ou como exemplificação de modos de descontração da rotina deixando o encontro mais leve e, por vezes, terapêutico para o próprio grupo.

Fim de história?

No projeto Erê, a temática da contação de histórias foi debatida - em seus benefícios e na sua importância cotidiana - tanto nas relações familiares quanto nas escolares. Esta última, em relação ao lúdico em si, mas também no que diz respeito à facilitação dos processos de aprendizagem. Assim, a equipe buscou abranger o conhecimento acerca da leitura e da contação de histórias, desmistificando questões, tirando dúvidas e acrescentando novos elementos que favoreceram a desenvoltura na execução de atividades

relacionadas. Nas práticas, houve também a intenção de trazer visões novas à educação infantil, indo além do jogo trabalhado em sala de aula, voltado quase que exclusivamente à aprendizagem de conteúdos de maneira mecânica e, por exemplo, trazendo noções novas de ampliação do tema que incidiram na qualidade da educação infantil.

Dentre os benefícios do Erê, fica evidente que as contações de histórias promovidas auxiliam indiretamente em aspectos que vão além do lúdico ou mesmo de sua contribuição nos espaços de aprendizagem mais formais. A contação de histórias, de forma lúdica e interativa, como foi visto, pode ser uma ferramenta de promoção de saúde, principalmente em espaços onde as crianças muitas vezes deixam de ser ouvidas em suas demandas, em virtude da consideração, apenas, do que é trazido pelos seus cuidadores ou instituições cuidadoras. Dessa forma, as interações narrativas contribuem para que esses públicos tenham voz e possam ressignificar experiências não tão agradáveis, as quais fazem parte do seu desenvolvimento.

A partir da execução do projeto, foi possível também notar uma proximidade do público externo com a Universidade que, através da divulgação das oficinas lúdicas de leituras e da abertura destas para o público em geral, puderam participar destes eventos, sendo a eles concedidas muitas experiências e conceitos novos, principalmente na área de contação de histórias e suas diversas técnicas e benefícios, além de um certificado de participação. É importante ressaltar, ao se considerar os objetivos e metas propostas, que ainda há muito a se conquistar para o alcance de uma infância dotada de tratamento adequado, possuidora de educadores capacitados, e de espaços em que possam se desenvolver da melhor forma, nos diversos âmbitos humanos.

Um dos diferenciais do projeto Erê foi o de que as ações e as oficinas lúdicas promovidas não apenas contemplaram o público externo, que nelas se inscreve, ou os usuários dos serviços visitados, mas também, os estudantes que compõem a equipe de extensão, no desenvolvimento de suas atividades, tanto no que se refere à aprendizagem da dinâmica do contar histórias, quanto no movimento entre o contar histórias, o brincar e o divertir-se. É possível verificar esse ponto na preparação anterior para o momento da contação, onde, além de ser respeitada a faixa etária dos ouvintes e da preocupação com a preparação do narrador no que se refere à postura, às vozes dos personagens, e com outros elementos constituintes do enredo, é preciso que a escolha da história se dê a partir do gosto pessoal do contador e que ele sinta prazer ao contá-la.

Por fim, o projeto Erê se viu como uma ferramenta que pode alcançar vários públicos, além dos que já foram alcançados até o momento, como crianças, adolescentes e idosos. A construção desse projeto, que visou o dinamismo e a ludicidade, pretendeu, dentre outras questões já citadas, contar histórias para pessoas que muitas vezes não são

alcançadas, assim como, trazer histórias que tenham representatividade identitária e que gere bem-estar a quem as estiver acompanhando. Outro ponto que vem sendo discutido é de os próprios componentes da equipe criarem as suas histórias, com base em suas experiências. Essa discussão será página para os próximos capítulos dessa narrativa que encantou diversas pessoas da região do Vale do São Francisco, mas que pode ter mais páginas construídas conjuntamente.

REFERÊNCIAS

ALVES, J. M. Histórias em quadrinhos e educação infantil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 21, n. 3, 2001.

ALVES, F. D. O lúdico e a educação escolarizada da criança. In: OLIVEIRA, ML., (Orgs). *(Im)pertinências da educação: o trabalho educativo em pesquisa [online]*. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, p. 45-72, 2009.

AMPARO, F. V. S. Fábulas domesticadas: o papel político e moral da escola nas adaptações didáticas do texto literário. *Caderno de Letras da UFF*, v. 26, p. 257-278, 2016.

ARAÚJO, J. A.; MORAIS, R. S. A relevância em se trabalhar a literatura infantil afro-brasileira na educação infantil. *Africanias.com*, n. 5, 2014.

BRANCO, T. M. C. A Literatura Infantil na Ludoterapia. In: BRANCO, T. M. C. *Histórias infantis na ludoterapia centrada na criança*. 2001. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica - Instituto de Psicologia e Fonoaudiologia, Pontifícia Universidade Católica, Campinas, 2001, p. 52-58.

BRANDÃO, L. et al. Narrativas intergeracionais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 19, n. 1, p. 98-105, 2006

BRASIL, *Carta do Rio para Cultura Infância*. Fórum Nacional Cultura Infância, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.culturainfancia.org.br/wp-content/uploads/2017/08/Carta-Rio-de-Cultura-Inf%C3%A2ncia.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2018.

CALDIN, C. F. A Leitura como Função Terapêutica: Biblioterapia. *Encontros Bibli: Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação*, n. 12, 2001.

CALDIN, C. F. Biblioterapia: atividades de leitura desenvolvidas por acadêmicos do Curso de Biblioteconomia da Universidade Federal de Santa Catarina. *Biblios (Lima)*, v. 6, n.21-22, p. 13-28, 2005.

CAMPOS-BRUSTELO, T. N.; BRAVO, F. F.; SANTOS, M. A. Contando e encantando histórias de vida em um centro de atenção psicossocial. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* (Ed. port.), v. 6, n. 1, p. 1-11, 2010.

CHAVES, M. et al. Aprendizagem e desenvolvimento: uma perspectiva pedagógica e psicopedagógica com literatura infantil. *Revista Psicopedagogia*, v. 31, n. 95, p. 152-157, 2014.

COSTA, A. M. et al. Oficina terapêutica de contos infantis no CAPSi: relato de uma experiência. *Barbaroi*, n. 38, p. 235-249, 2013.

FRANCA, L. H. F. P.; SILVA, A. M. T. B.; BARRETO, M. S. L. Programas intergeracionais: quão relevantes eles podem ser para a sociedade brasileira? *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 13, n. 3, p. 519-531, 2010.

GIORDANO, A. A arte de contar histórias e o conto de tradição oral em práticas educativas. *Construção psicopedagógica*, v. 21, n. 22, p. 26-45, 2013.

GONTIJO, C. M. M.; GÖES, M. S. Produção de textos com crianças na educação infantil. *Educação (Porto Alegre)*, v. 40, n. 2, 209-218, 2017

GOULART, A. T. A importância da pesquisa e da extensão na formação do estudante universitário e no desenvolvimento de sua visão crítica. *Horizonte*, v. 2, n. 4, p. 60-73, 2004.

JUBÉ, U. R. R. *Estudo das vivências infantis por meio da contação de história*. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Educação). Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2014.

KNOCHE, L. M. M. Contar, ler e brincar: a importância da contação e da leitura de histórias aliadas ao lúdico como agentes transformadores da rotina hospitalar. *Revista ACB - Biblioteconomia em Santa Catarina*, v. 18, n. 1, p. 576-598, 2013.

LEMO, A. C.; SILVA, N. C. A função terapêutica da arte de contar histórias. *Intersemiose*, v. 1, n. 1, p. 7-23, 2012.

LIMA, E. C. M. M. *Memórias de leituras de idosos da UATI/UEFS: Resignificando suas histórias*. Dissertação (Mestrado em Educação). Departamento de Educação, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2016.

LUCINDA, E; ALVES, R. *A poesia do encontro*. Campinas, SP: Papirus 7 Mares, 2008.

MACÊDO, S.; PEREIRA, M. C.; LEITE, A. S. T. Entre olhares: psicologia, artes e promoção de novos modos de subjetivação. *Extramuros - Revista de Extensão da Univasf*, v. 5, p. 89-100, 2017

MAINARDES, R. C. M. *A arte de contar histórias: Uma estratégia para a formação de leitores*, 2008. Disponível em: <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/338-4.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2018.

PEREIRA, V. O. B.; LEMOS, M. F. A função terapêutica dos contos de fadas: sentimentos e conflitos humanos. *Perspectivas em Psicologia*, v. 17, n. 2, 2013, p. 102-114

SILVA, C. E. C. Construindo o Estado de Conhecimento sobre a Contação de Histórias na Extensão Universitária. *Educação Por Escrito*, v. 5, p. 165-177, 2014.

SILVA, I. R. *A Contação de História e sua Contribuição para o Processo de Ensino e Aprendizagem*. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Pedagogia). Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011.

SILVA, F. B.; BOAKARI, F. M. Corpos que pensam, tocam, bailam e cantam com batuques e gincas sonoras: a educação social em tempos de aprender brincando. In: *IV Fórum Internacional de Pedagogia*, IV FIPED, Parnaíba-PI, 2012.

SOUZA, L.; BERNARDINO, A. A contação de história como estratégia pedagógica na Educação Infantil e Ensino Fundamental. *Educere et Educare: Revista de Educação*, v. 6, n. 12, p. 235-249, 2011

A PRÁTICA DO PSICÓLOGO NA REDE DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA EM MACEIÓ

ÉRIKA CASSIA DE OLIVEIRA FLORENTINO¹ - LORENA MADRUGA MONTEIRO²

Introdução

Esta pesquisa³ visa identificar quais são limites e as possibilidades da atuação do psicólogo, na rede de atendimento às mulheres em situação de violência, no município de Maceió. Objetivou-se, neste trabalho, conhecer a atuação do psicólogo nesses serviços e como a assistência psicológica é sistematizada dentro dessa atuação, partindo da perspectiva de ações multiprofissionais e intersetoriais no que tange à rede de atendimento. Apesar de o tema representar importância para o pleno exercício dos direitos humanos inerentes a toda e qualquer mulher, considera-se que o número de pesquisas científicas referentes aos limites e possibilidades do funcionamento da rede de assistência não são suficientes para fornecer um diagnóstico da eficiência da rede de atendimento disponível, e do benefício das políticas públicas existentes.

Acredita-se que trazer para o centro das discussões a amplitude da atuação do profissional da psicologia no que se refere a rede de atendimento e mostrar como pode vir a impactar diretamente essas mulheres, possibilita que elas consigam nomear o tipo de violência que sofrem, e percebam o problema social, de modo que se instrumentalizem, protejam-se e emancipem-se. Portanto, discutir o fluxo da rede de atendimento faz com que esses profissionais fomentem reflexão a essas mulheres, colocando-as em um patamar político e social, para que reconheçam as opressões e se fortaleçam no processo de empoderamento.

Na análise da atuação do psicólogo foram ponderados, num primeiro momento, os documentos normativos de orientação para a prática assistencial relacionado às mulheres em situação de violência. Em 2012, o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), do Conselho Federal de Psicologia publicou um documento de referência para atuação de psicólogas (os) em serviços de atenção à mulher em situação de violência. Nesse sentido, Hanada *et al* (2010) pontua que no Brasil todos os

1 Graduanda em Psicologia do Centro Universitário Tiradentes - UNIT/ AL

2 Doutora em Ciência Política – UFRGS. Professora PPGI do Programa de Pós-Graduação Sociedade, Tecnologias e Políticas Públicas do Centro Universitário Tiradentes (UNIT/AL).

3 A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP do Centro Universitário Tiradentes/ AL, sob o protocolo de pesquisa n. 84933418.0.0000.5641.

documentos que orientam as práticas assistenciais são recentes, e, provavelmente, não estão integralmente propagados pelos serviços existentes, porém, é válido destacar que esses documentos são mecanismos indispensáveis na implantação de uma política pública, pois encaminham as ações assistenciais dos serviços, estipulando diretrizes técnicas e políticas de assistência e intervenções.

Diante deste contexto, este trabalho discute a prática do psicólogo em dois sentidos: através das normativas de atuação e através dos relatos dos profissionais de psicologia que atuam na rede de atendimento em Maceió. Além da revisão bibliográfica e da consulta às normativas da área, realizaram-se cinco entrevistas, em profundidade, com profissionais de psicologia que atuam na rede. Os dados obtidos foram analisados através da análise de conteúdo. Esta, segundo Bardin (1995) é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que faz uso de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos. Com essa intenção, problematizou-se, a partir das falas dos profissionais de psicologia atuantes nos órgãos de assistência a mulher em situação de violência, a questão dos serviços e do fluxo de atendimento, os desafios da formação acadêmica e da prática do profissional de psicologia no atendimento da rede e as perspectivas e limites da sua atuação profissional.

Políticas de enfrentamento e de atendimento à violência contra a mulher no Brasil

A violência doméstica e familiar é toda ação ou conduta baseada no gênero, capaz de causar dano, sofrimento físico e moral, violência sexual ou psicológica, à mulher, tanto no âmbito público como no privado. O processo histórico do Estado brasileiro, anteriormente, legitimava a violência praticada contra a mulher, estendendo ao gênero masculino respaldo para agredir/violentar/assassinar estas, utilizando justificativas como a defesa da honra masculina e a inferiorização e objetificação feminina (NUCCI, 2012; ROCHA, CARDOSO, 2016; BARSTED, 2004).

A princípio, a sociedade civil impugnou a naturalização do problema da violência contra a mulher e, concomitantemente, o sistema judiciário atribuiu-lhe o significado de crime a ser punido, posteriormente, a saúde pública caracterizou como um prejuízo que afeta o bem-estar dos indivíduos e sociedades. Logo, todos esses caminhos confluem para a formação de políticas públicas, que constituem as ações de enfrentamento à violência a serem cumpridas pelos setores (MOCHNACZ, 2009).

Desse modo, são necessárias ações políticas que possam, de maneira efetiva, reprimir o crescimento da violência contra a mulher e combater a desigualdade entre os gê-

neros, fortalecendo a autonomia, cidadania, e os direitos das mulheres de maneira vasta (ROCHA, CARDOSO, 2016). Neste sentido, a ONU realizou quatro importantes conferências internacionais especificamente sobre mulheres que foram: 1975, em México; 1980, em Copenhague; 1985, em Nairóbi; 1995, em Pequim, os quais foram importantes eventos que formularam plataformas e pactos de ação, tanto para o enfrentamento, quanto para a prevenção da violência contra as mulheres. Ainda nesse período, é importante ressaltar a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher -- “Convenção de Belém do Pará” --, que aconteceu em 1994. A Convenção de Belém do Pará define a violência contra as mulheres e recomenda aos governos das Américas a adoção de medidas para prevenir, punir e erradicar esse tipo de violência.

A criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres, em 2003, trouxe maiores investimentos nas ações de enfrentamento à violência contra as mulheres e a construção de redes de atendimento para a assistência. Logo em seguida, em 2004, com a realização da I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres e a construção coletiva do Plano Nacional de Políticas para Mulheres (PNPM), fortalecem o eixo de Enfrentamento à Violência, cuja ações perpassam diversos setores, do qual reflete o combate, a prevenção, a assistência e a garantia de direitos, sendo estes os quatro eixos estruturantes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra Mulheres (BRASIL, 2011b).

A estruturação da rede de enfrentamento à violência contra as mulheres é de suma importância para a implementação de políticas públicas, tanto para as vítimas, quanto para os agressores, e diz respeito à atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não-governamentais e a comunidade, visando o desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção; e de políticas que garantam o empoderamento das mulheres e seus direitos, a responsabilização dos agressores e a assistência qualificada às mulheres em situação de violência. (BRASIL, 2011c). Conforme a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra Mulheres,

No que tange à assistência às mulheres em situação de violência, a Política Nacional deve garantir o atendimento humanizado e qualificado àquelas em situação¹ de violência por meio da formação continuada de agentes públicos e comunitários; da criação de serviços especializados (Casas-Abrigo, Centros de Referência, Serviços de Responsabilização e Educação do Agressor, Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Defensorias da Mulher); e da constituição/fortalecimento da Rede de Atendimento (articulação dos governos Federal, Estadual/Distrital, Municipal e da sociedade civil para o estabelecimento de uma rede de parcerias para o enfrentamento da violência

contra as mulheres, no sentido de garantir a integralidade do atendimento) (BRASIL, 2011b, p. 27).

Em 2006, cria-se a Norma Técnica de Padronização - Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher – DEAMs, que teve a edição atualizada em 2010. Também foram criadas a Norma Técnica de Uniformização - Centros de Referência e Atendimento à Mulher em Situação de Violência e a Lei 11.340/06, também conhecida como Maria da Penha. Esta criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Um ano depois, em 2007, o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher foi lançado como Agenda Social do Governo Federal. E, logo em seguida, em 2008, houve o lançamento do II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2006a, 2006b, 2006c, 2011a, 2013).

De acordo com a Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM) do governo federal, a constituição e o fortalecimento da rede de atendimento às mulheres em situação de violência devem ser compreendidos no âmbito dos Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres (PNPM), I e II e, em específico, na Política e do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, que determina os conceitos, as diretrizes e as ações de prevenção e combate à violência (BRASIL, 2011c). Grossi et al (2014) afirmam que a rede de enfrentamento é muito mais ampla do que a rede de atendimento, envolvendo vários setores da sociedade civil, pois, a rede de enfrentamento infere a expansão de estratégias de prevenção e de políticas na garantia da construção da autonomia das mulheres.

A rede de atendimento recomenda um conjunto de ações e serviços de diferentes setores/áreas (assistência social, justiça, segurança pública e saúde), os quais se incumbem da qualidade e integralidade do atendimento, da identificação e dos encaminhamentos necessários, para as mulheres em situação de violência. De acordo com Grossi et al (2014), é importante afirmar ainda que as mulheres percorrem um trajeto na busca do enfrentamento contra a violência

A necessidade de criação de uma Rede de Atendimento leva em conta a rota crítica, que se refere ao caminho enfrentado pela mulher, no interesse de ter uma resposta do Estado e das redes sociais, frente à situação de violência (BRASIL, 2011b),

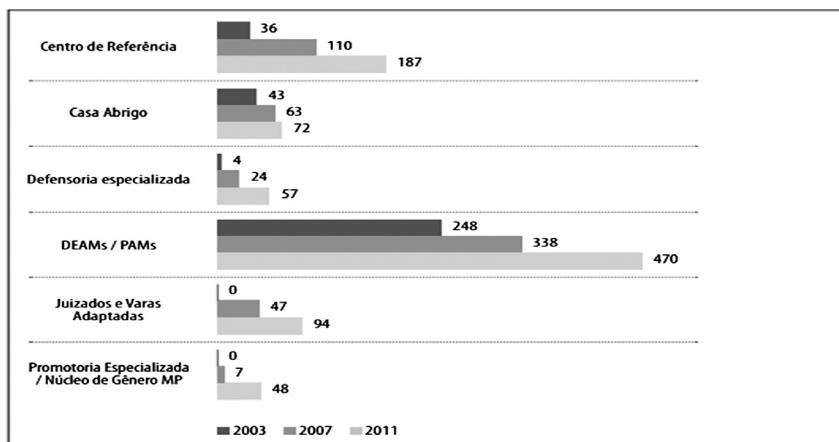
[...] essa rota possui diversas portas-de-entrada (serviços de emergência na saúde, delegacias, serviços da assistência social), que devem trabalhar de forma articulada no sentido de prestar uma assistência qualificada e não revitimizante à mulher em situação de violência (Brasil, 2011b, p. 30).

Ou seja, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher (2011b) afirma que os serviços especializados e não especializados que fazem parte da rede de atendimento devem atuar de modo articulado, com base na visão intersetorial, sendo este um grande desafio para a sua consecução, cujo enfrentamento requer intervenções que possibilitem a autonomia das mulheres, ponderando suas necessidades e inserções sociais.

No âmbito do governo, os serviços de atendimento previstos na Política Nacional, para a Rede de Atendimento à Mulher em situação de Violência, são: Centros de Referência de Atendimento à Mulher, Núcleos de Atendimento à Mulher, Casas-Abrigo, Casas de Acolhimento Provisório, Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs), Núcleos ou Postos de Atendimento à Mulher nas Delegacias Comuns Polícia Civil e Militar, Instituto Médico Legal, Defensorias da Mulher, Juizados de Violência Doméstica e Familiar, Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, Ouvidorias, Ouvidoria da Mulher da Secretaria de Políticas para as Mulheres, Serviços de Saúde voltados para o atendimento dos casos de violência sexual e doméstica, Posto de Atendimento Humanizado nos Aeroportos e Núcleo da Mulher da Casa do Migrante (BRASIL, 2011b).

A Secretaria de Políticas para as Mulheres publicou, em 2011, a Rede de Enfrentamento à violência contra as mulheres, e um dos tópicos mencionados nesta última foi a Evolução do número de serviços especializados da Rede de Atendimento.

Figura 1 – Evolução do número de serviços especializados da Rede de Atendimento



Fonte: (BRASIL, 2011c).

A partir desse gráfico, percebe-se a influência do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra Mulheres, que foi lançado em 2007, o qual definiu, no seu eixo II, a Ampliação e Fortalecimento da Rede de Serviços para Mulheres em situação de Vio-

lência. Esse eixo foi um dos componentes da agenda social, que hoje simboliza um meio que favorece autonomia e cidadania plena das mulheres. As ações nesse eixo se basearam em dois tópicos: Ampliação dos Serviços Especializados de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência e Capilaridade do Atendimento e Fortalecimento da Rede de Atendimento para Mulheres em Situação de Violência (BRASIL, 2011a).

O processo, até a execução da rede de atendimento, é recente, visto que, a criação da Secretaria de Políticas para Mulheres foi em 2003 e, desde então, mudaram algumas perspectivas no que se refere à especificação das políticas públicas para as mulheres no Brasil. Diante disso, o Governo atribuiu como sua responsabilidade o desenvolvimento e implementação de políticas que promovam mudanças a vida das mulheres e, a partir daí, surgiu o Enfrentamento à Violência contra Mulher como um dos eixos prioritários de sua ação (BRASIL, 2011a). Deste modo,

Desde a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres em 2003, as políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres foram fortalecidas por meio da elaboração de conceitos, diretrizes, normas e da definição de ações e estratégias de gestão e monitoramento relativas à temática. Até então, as iniciativas de enfrentamento à violência contra as mulheres constituíam, em geral, ações isoladas e referiam-se basicamente a duas estratégias: a capacitação de profissionais da rede de atendimento às mulheres em situação de violência e a criação de serviços especializados, mais especificamente Casas-Abrigo e Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (BRASIL, 2011b).

Ou seja, antes de 2003, as únicas políticas que existiam para as mulheres em situação de violência eram as casas abrigos e as delegacias especializadas de atendimento às mulheres. Hoje, com o advento da Lei Maria da Penha (Lei n ° 11.340/06), e a institucionalização de uma Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres na Presidência da República, as mulheres contam com ações efetivas, as quais, delimitam as prioridades colocando-as na agenda do governo federal, nos governos estaduais e municipais e da sociedade (BRASIL, 2011b).

O livro “Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra as mulheres no Brasil (1980 – 2005), do coletivo feminista sexualidade e saúde, publicado em 2006, aborda no segundo capítulo, um estudo crítico sobre os serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência, e afirma que o país precisa de indicadores que possam avaliar se tem sido satisfatório para as mulheres o caminho que estão percorrendo, dado que as mesmas enfrentam um processo de revitimização institucional, na busca de saída

da relação violenta. Outro ponto que a autora evidencia, são os serviços que “encontram-se isolados e fragilizados, mergulhados num cotidiano de atendimento que se converte em um eterno ‘apagar de incêndios’” (SILVEIRA, 2006, p. 47).

Ainda nesse mesmo capítulo, Silveira (2006) apresenta as dificuldades encontradas nos serviços de atendimento, situando as delegacias especiais, os centros de referência e atendimento, as casas-abrigos, e por último os serviços jurídicos especializados. De um modo geral, a autora sintetiza, afirmando que as políticas têm se organizado na introdução de serviços específicos e com proposta de recursos limitados. De acordo com esta mesma autora, “[...] as parcerias e encaminhamentos têm sido firmados na informalidade e praticamente no caso a caso, o que significa desgaste para usuárias e profissionais, desperdício de tempo e baixa resolutividade” (SILVEIRA, 2006, p. 65).

Como observamos, há grandes avanços, no que se refere ao serviço, em termos de quantidade e diversidade (setores de saúde, jurídico, psicossocial, abrigos, policial). Apesar disso, há desafios quanto à implementação, organização da assistência, protocolos e capacitação contínua desses profissionais, em referência a cada tipo de serviço e ao setor assistencial no qual está envolvido. Em contrapartida, a temática em questão vem sendo discutida recentemente, o que implica firmar avaliações desses serviços que efetivamente garantem os direitos das mulheres (HANADA et al, 2010).

Entende-se que abordar a violência contra a mulher, ou de gênero, enquanto objeto de investigação científica, não é uma tarefa fácil, em função da amplitude do tema (NUCCI, 2012). Na tentativa de definir melhor o trabalho, o próximo item se apresenta com o intuito de discutir a atuação do psicólogo no serviço de atendimento à mulher em situação de violência, e como essa atuação se insere nas equipes multiprofissionais a partir da literatura específica.

Atuação do psicólogo na Rede de Atendimento

Algumas pesquisas, como o Mapa da Violência (2015), apontam o elevado índice de violência doméstica no Brasil. Nesse sentido, resta saber de que forma a inserção dos psicólogos na rede de atendimento contribui para a prevenção e repressão dessa violência.

É importante enfatizar que a violência doméstica contra as mulheres não está apenas no campo privado e familiar, mas apresenta dimensões sociais e políticas, em virtude das desigualdades de gênero e violações de direitos humanos. Partindo dessa premissa, Coimbra (1995), ao fazer uma análise diante da maneira que os psicólogos brasileiros concebem a violência doméstica, restringe o fenômeno a aspecto intrapsíquicos, existências e dinâmica familiar. Dito isso, esse tipo de interpretação naturaliza e funda-

menta os conflitos, a ponto de ignorar os aspectos culturais, sociais e políticos.

A pesquisa de Rocha e Cordeiro (2014) situou as principais contribuições da psicologia no que se refere ao enfrentamento da violência contra as mulheres, que concerne na possibilidade de oferecer um olhar diferenciado sobre a violência vivenciada, sendo este um marco distintivo das outras profissões. Segundo esses autores, as atividades desempenhadas pelo profissional da psicologia, nesses serviços, devem se dar através do atendimento por meio da escuta clínica associada ao acolhimento, sem necessariamente visar o estabelecimento de vínculos terapêuticos e das atividades restritas, como a emissão de laudos e pareceres psicossociais que possam subsidiar as decisões das juízas quanto às solicitações de medidas protetivas. Já para Souza e Sousa (2015), o papel da psicologia diante dos obstáculos, se desenvolve com a perspectiva de acolher as mulheres com suas fragilidades, buscando fortalecê-las e proporcionar autonomia para que possam fazer suas escolhas de modo mais consciente.

Mochnacz (2009), evidencia em sua pesquisa “Caracterização do atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica pela rede intersetorial de serviços” que compete a todos os profissionais que prestam assistência direta à mulher em situação de violência o exercício da escuta, dado que, refere-se a uma tarefa voltada à humanização do atendimento, todavia, não é o que se verifica. Diante disso, Hanada et al (2010) colocam que, ao visualizar esta atividade como atribuição do psicólogo, ficam evidentes os impasses dos outros profissionais de lidar com a dimensão interpessoal e com o sofrimento alheio. Em contrapartida, Porto (2006) faz uma colocação assertiva, quando afirma que o papel do profissional de psicologia não se apresenta, ainda, envolvido com às ações de saúde, quando estão relacionadas a partir do aspecto da saúde, enquanto sistema e políticas públicas. Dito isso, a autora chama de “psicologização”, ao processo de tratar questões culturais ou sócio-econômicas como transtorno psicológico, visto que esse processo se denomina como forma de “empurrar” um problema para o qual não se consegue solução ou um problema de menor valor, como são percebidos os casos de violência contra a mulher, que passam a ser demandados ao profissional da Psicologia. Nos serviços de saúde, estes casos apresentam-se como um problema para os antigos modelos de intervenção, que não dão uma resposta eficiente. Nesse sentido, para Porto (2006, p. 430),

[...] a solução é “jogá-lo” para a/o psicóloga/o -”que resolve coisas complicadas”, “que entende de problemas da cabeça dessas mulheres problemáticas” - como última alternativa para o caso, sendo essa uma intervenção isolada, sem vinculação com outras questões da saúde como a saúde da mulher e a saúde mental.

Diante do que foi explanado no último parágrafo, observa-se a necessidade de revisão na atuação dos psicólogos, quanto aos modelos de intervenções tradicionais que estão voltadas aos modelos clínicos. Dessa forma, deve-se formular práticas que incorporem a perspectiva social, para que essas intervenções estejam articuladas a partir do olhar de uma equipe multiprofissional. Portanto, o atendimento à mulher em situação de violência requer discussões a respeito dos problemas sociais e estruturais existentes, exigindo da psicologia uma ampliação de suas práticas e novos modelos de atuação (CFP, 2012).

A atuação do psicólogo na Rede de Assistência à Violência Contra Mulher em Maceió

A partir do que foi explanado sobre a atuação do psicólogo, na rede de atendimento, entende-se que há uma expectativa social da atuação da psicologia para dar suporte subjetivo à situação de violência contra a mulher (PORTO, 2006). De acordo com as entrevistas, implicitamente, a intervenção psicológica manifesta-se a depender da decisão da mulher diante do problema de violência. Nesse sentido, com o objetivo de cumprir o sigilo acordado e manter o anonimato dos profissionais entrevistados, buscou-se preservar informações que levassem à associação, entre o profissional entrevistado e o serviço na qual atua, portanto, aqueles serão citados e identificados por um código definido (P1; P2; P3; P4; P5).

A análise de conteúdo dos discursos buscou identificar elementos como o serviço e suas interfaces, e como se caracterizam esses serviços, compreendendo o funcionamento do fluxo da rede de atendimento, os desafios da formação acadêmica e da prática profissional. Ainda no quesito da prática profissional buscou identificar se há formação continuada a partir da necessidade de respostas institucionais para o problema em vigor. Por último, essa análise se propôs a conhecer seus limites e suas perspectivas, a partir dessa atuação.

Serviços, fluxo de rede de atendimento

A Lei Maria da Penha, no Art. 9º, dispõe que

A assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar será prestada de forma articulada e conforme os princípios e as diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, no Sistema Único de Saúde, no Sistema Único de Segurança Pública, entre outras normas e políticas públicas de proteção, e emergencialmente 11 quando for o caso (BRASIL, 2006a, p. 14).

Além disso, a referida lei também prevê serviços especializados, no seu atendimento. Em Maceió, os serviços especializados que têm a atuação do profissional de psicologia são: Centro Especializado em Atendimento à Mulher; Juizado da Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; Casa – Abrigo e Maternidade Santa Monica, conforme quadro a seguir:

Quadro 1 – Caracterização dos serviços específicos e atividades desenvolvidas em Maceió

Serviço	Vocação Assistencial do serviço	Atividades do psicólogo
Abrigo	O resguardo da integridade física da mulher e a construção de estratégias para que a mulher possa retornar para a sociedade ou família de forma segura.	Atendimento individual (acompanhamento, orientação e reflexão); atendimento interdisciplinar; planejamento de ações/estratégias
Jurídico	Assistência e orientação	Atendimento individual (suporte e avaliação); grupos (requerentes e acusados); produção de documentos (relatórios e parecer); projeto (Maria da Penha mais forte); atividades socioeducativas (panfletagem); supervisão de estágio; visitas domiciliares e visitas institucionais (CREAS; Conselho Tutelar).
Psicossocial	Acolhimento e orientação (psicológica, assistência social e jurídica)	Atendimento individual (Acompanhamento psicológico, orientação e acolhimento para situações de violência) e atendimento multidisciplinar.

Fonte: Elaborado pelas autoras, adaptado de Hanada *et al* (2010) e das informações contidas nas entrevistas realizadas, 2018.

No tocante a articulação dos serviços, os entrevistados ponderam que, geralmente, em Maceió, a rede se configura como frágil e com pouca interação. Em suas falas, os profissionais descrevem criticamente a situação da rede no município, conforme trechos referidos a seguir:

Existe, existe mas ela precisa ser fortalecida, eu acho que isso não é um aspecto apenas dessa área da gente, eu acho que isso os serviços públicos em geral eles tem isso como um problema [...] (P1).

[...] eu acho que assim, serviço público de uma forma geral, serviço público de atendimento ao público, de uma forma geral, a rede é bem furada, como a gente costuma dizer, um dos entraves do nosso trabalho é fazer com que essa rede gere uma engrenagem lubrificada [...] (P3)

Portanto, apesar de a Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (2011c) afirmar que, para a efetivação do enfrentamento da violência, é necessário que os serviços e as instituições atuem de forma articulada e integrada, na realidade. Conforme os profissionais entrevistados na rede, constata-se que Maceió ainda não conseguiu articular esses serviços.

Em relação ao fluxo de atendimento da rede, este precisa ser compatível com as realidades locais, assim como, contemplar as demandas das mulheres em suas diversidades. Compreende-se, nesse sentido, que fluxo é a forma de organizar as ações dos serviços. Sobre o fluxo, os entrevistados manifestaram a mesma opinião, independente dos serviços, pontuando que

há um fluxo de atendimento a essas mulheres [...] ainda não é o ideal, para atender essa demanda [...] acho que a quantidade de profissionais que atuam como psicólogos, os assistentes sociais nessa área para o número de demanda dessas mulheres pouco [...] (P4)

[...] é a estrutura né, o fluxo que não é pactuado, a falta de recursos, de todos os tipos, você bota recursos aí você entende que recurso vem de todos os tipos [...] (P3)

Para compreender como a intersectorialidade está presente nos serviços, além de perceber os fatores que interferem no fluxo da rede de atendimento, os entrevistados foram questionados sobre os encaminhamentos realizados, a fim de compreender como esses profissionais trabalham em rede, o quanto conhecem sobre os outros serviços, e que opiniões e valores emitem sobre estes. Os trechos a seguir refletem a forma como esses serviços se articulam e como funciona o fluxo de atendimento, bem como, o que interfere no fluxo:

[...] a pessoa pra gente pode chegar espontaneamente, pode vir através da defensoria, os defensores identificam algum situação [...] Além disso, o ministério público também pode encaminhar pra gente [...] a mulher quando ela está na delegacia e faz a denuncia, isso vira um processo automaticamente ao registro desse B, da parte acusada e também da parte que denunciou. (P1)

[...] a gente acha que os encaminhamentos precisam melhorar, a gente encaminha pouco pra rede e eles encaminham pouco pra gente e acaba que a mulher que chega pra gente... é, a grande maioria vem pela delegacia da mulher

por que ela fez uma denúncia e vem aqui pro juizado [...] eu acho que a gente precisa qualificar as informações quando passa e tudo mais, acho que a gente uma parceria boa. A dificuldade é que o CEAM, ele fica na jatiuca, ele fica longe da maioria das pessoas que a gente precisa encaminhar pra atendimento né, a gente tem muita demanda do benedito, a gente tem muita demanda no bebedouro, em bairros mais afastados, em bairros em cima da região, como se chama aqui, e isso dificulta [...](P1)

[...] A gente trabalha com a demanda espontânea que elas chegam aqui, vamos dizer, elas chegam na delegacia da mulher pra registrar o B.O da agressão, então a delegacia encaminha para cá, então...uma demanda espontânea e demanda que chega da delegacia, do juizado. (P4)

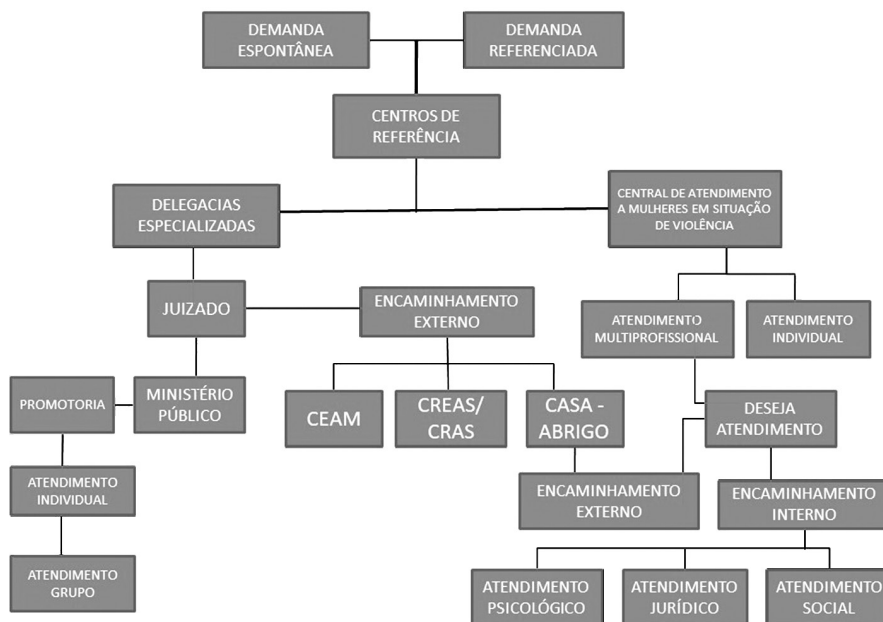
Portando, observa-se, conforme os trechos destacados, que há um fluxo interno em todos os serviços, mas que há imprecisão quando nos encaminhamentos externos, pois há pouco retorno de continuidade nesse atendimento, dentro da rede. A fala que segue confirma essa questão:

[...] assim, o que eu percebo que profissionalmente me incomoda, pessoalmente na verdade me incomoda, é saber que essa continuidade não funciona tão bem, os serviços que deveriam atuar ou que poderia atuar, nesse pós, não atuam de forma satisfatória, a gente já sabe que pelo ciclo de violência, a mulher já tem a tendência a voltar pro agressor, porque ela não tá preparada para romper o ciclo de violência e tudo [...] (P3).

Nesse sentido, foram identificados fluxos internos e externos, mas, percebe-se nas entrevistas que os encaminhamentos externos não apresentam continuidade e retorno para o serviço que o encaminhou. O fluxo se estabelece partindo, primeiramente, do atendimento da polícia militar e, posteriormente, à polícia civil, para o registro da ocorrência e inquérito policial na delegacia. Tal processo poderá passar para a Defensoria Pública e, se for necessário, para a Promotoria de Justiça. No Juizado, o primeiro atendimento é para definir se a requerente vai continuar com o processo civil (medidas protetivas) e, posteriormente, será proporcionado outro encontro, para saber se a requerente irá proceder com o processo penal. Estes procedimentos jurídico-policiais fazem com que ocorram encaminhamentos, seja para o Central de Atendimento à Mulher e/ou para o Abrigo, observando-se que, no centro de atendimento, há um caráter processual,

ou seja, de intervir no “ciclo da violência”⁴, já no Abrigo, existem alguns pré-requisitos, pois, não é em toda situação em que é feito esse encaminhamento, porém, para esses serviços de assistência pode ocorrer atendimento também por demanda espontânea, e, não necessariamente, passar pelo processo judicial. Nesse caso específico, sustenta-se a obrigatoriedade do registro do Boletim de Ocorrência, conforme o fluxograma a seguir:

Fluxograma 1 - Fluxo de Atendimento da Rede de Atenção as Mulheres Situação de Violência em Maceió



Fonte: Elaborado pelas autoras, a partir das informações contidas nas entrevistas realizadas (2018).

O fluxograma ilustrado apresenta o fluxo de atendimento na rede de atendimento, à mulher em situação de violência, e seus respectivos órgãos específicos no município de Maceió. Vale ressaltar que essa representação gráfica foi estruturada a partir das entrevistas realizadas, partindo da ótica da atuação de profissionais de psicologia, que forneceram os dados sobre as suas práticas.

4 A teoria do ciclo da violência, desenvolvida pelo Dr. Lenore Walker, aponta que a violência doméstica não ocorre casualmente, mas apresenta um padrão repetitivo. As três fases que compõem o ciclo são: período de tensão, explosão da violência e em seguida a fase de lua-de-mel (MARQUES, D. F. Violência contra a mulher: sedução e morte nas relações afetivas, Revista da Faculdade de Direito da UFMG. Belo Horizonte, nº 50, p. 93-123, jan. – jul., 2007).

Desafios da formação acadêmica e da prática profissional no atendimento na rede de assistência a violência contra mulher

De acordo com Rodrigues e Zaniani (2017), a formação acadêmica de psicologia, a partir 1962, teve como áreas principais: psicologia escolar, psicologia organizacional e psicologia clínica. Anteriormente, a psicologia era compreendida como aparato e soluções para conflitos psicológicos, fortalecendo práticas individuais e intervenções, no contexto de avaliações; aplicação de testes psicométricos; e elaboração de diagnósticos, com fins terapêuticos e pautados em um modelo essencialmente curativo. Dito isso, observa-se, nas entrevistas realizadas, que a área de psicologia pouco mudou em termos de formação acadêmica,

[...] logo pela formação acadêmica tem a questão da teoria e técnicas, mas eu nunca tive uma disciplina ou qualquer capacitação durante a formação acadêmica em relação a violência de gênero, violência contra mulher – não [...] (P1)

[...] tem uma capacitação de entender as políticas que atendem essas mulheres, da questão do ciclo, a gente teve uma capacitação pra entender o como é... é trabalhar nesse universo de violência doméstica com os tipos de violência, com outros profissionais que trabalhavam nessa área, então quando eu cheguei aqui eu tive essa capacitação, que foi pela secretaria da mulher. (P4)

[...] não, alguma questão específica, da formação de gênero, essas questões não. Eu lembro que na minha graduação, eu cheguei a cursar a disciplina que era eletiva, que era de psicanálise e gênero e subjetividade. (P2)

Verifica-se, a partir das falas dos entrevistados, que há pouca formação política no contexto de violência de gênero, como também, nos eixos voltados à assistência, durante a formação acadêmica, e se faz importante destacar, que violência contra a mulher é um fenômeno social, logo, compreende-se que esta problemática não se reduz ao campo individual ou privado, e é fundamental, ao estudioso do tema, o embasamento teórico tanto da psicologia social como psicologia política.

Perspectivas e limites da atuação do profissional de psicologia na rede de assistência a violência contra a mulher

Dado a formação acadêmica limitada e as condições de trabalho precárias, é preciso pensar nas perspectivas e nos limites de atuação do profissional de psicologia. Os próprios profissionais da área em exercício da rede de Maceió, destacam os seguintes limites

em sua prática: a violência, o quantitativo de profissionais quanto a demanda, recursos, ampliação dos serviços de atendimento as mulheres, dentre outras questões. Os trechos abaixo descrevem algumas dessas situações.

[...]em se tratando de serviço público a gente nunca trabalha em condições ideais, né, no serviço público de forma geral [...] Especificamente esse por conta do risco, do agressor, a questão da segurança, no meu caso, na minha opinião, fica muito a desejar, a gente trabalha mesmo, em alguns casos com medo sabe, a gente toma providencias de tentar se resguardar [...] Na nossa equipe não tem policial, estão no abrigo alguma guarda municipal, mas a guarda municipal é apenas do patrimônio público, e nós não somos patrimônio público né, nós somos pessoas, então assim, a nossa proteção física, não é da responsabilidade da guarda municipal, então até as guarda municipais que estão lá, elas estão desprotegidas caso aconteça alguma coisa [...] (P3)

[...]Os limites aqui acho que é a questão humana mesmo, de pessoas são poucas né, eu acho que o espaço da gente é bem estabelecido [...] (P1)

Silveira (2006) confirma que o aumento da violência denunciada apresenta desafios urgentes para aqueles que estão no serviço de atendimento a mulheres em situação de violência, tendo como principal desafio a questão da segurança, tanto para quem trabalha no serviço como para as mulheres que estão no processo de denúncia e rompimento de uma relação violenta. Especificamente no serviço da casa-abrigo, que estão disponíveis para os casos mais graves, na maioria das vezes implica enorme prejuízo para a vida da mulher e de seus filhos. Portando, incentivar a denúncia significa indispensavelmente se preparar para lidar com o risco de morte. Nesse mesmo sentido, Almeida (1998) coloca que o aumento da vulnerabilidade da mulher ocorre no momento de ruptura e do processo de denúncia, nessa concepção muitas vezes a vida dessa mulher é colocada em risco.

Apesar das dificuldades mencionadas, os profissionais em atuação, nesses serviços, vislumbram perspectivas de melhorias, especialmente pelo atual caráter multidisciplinar, como ilustra o comentário abaixo:

[...]o fato da gente não ter uma determinação de atividades, nos dá um campo muito grande de possibilidades, então, na verdade a gente tem uma coisa muito ampla, né, o trabalho do psicólogo dentro dessa equipe multidisciplinar, de oferecer atendimento, prestação de assistência, produção de documento, né,

mas ele não diz por exemplo como é deve ser essa assistência, então a gente enquanto equipe e a gente consegue ter nesse espaço uma liberdade de propor coisas[...] (P2)

Contudo, o texto de Hanada *et al* (2007) apresenta, de maneira implícita, que há um lugar para os/as psicólogos/as nessas políticas -- estes são chamados para atuar, porém não tem uma atividade específica --, já que, nesses espaços não devem atuar de forma clínica. Todavia, Porto (2016), em seu livro “A psicologia na política para as mulheres em situação de violência; avanços e desafios” afirma que é necessário redefinir “o que vem a ser um trabalho multiprofissional, identificando as funções de cada categoria profissional que faz parte da equipe” (Idem, p.25). Assim, o teórico em pauta evidencia a busca de redefinir o papel da psicologia nesses contextos, pois, estes acabam sendo reducionistas nas intervenções individuais que desconsideram o aspecto social.

Considerando as perspectivas das entrevistadas, quanto à atuação na rede de atendimento, compreende-se que há espaço para atuação da equipe multiprofissional que compõe conhecimentos de campos diversos e à articulação das ações assistenciais. Nesse universo, é importante entender que cada serviço possui contextos e características institucionais diferenciadas, compreendemos que a inserção do psicólogo nesses serviços deve considerar o contexto de cada setor de atuação. Em vista disso, o CFP (2012), não apresenta as delimitações de atuação do profissional de psicologia nesses serviços, o que corresponde à fala da entrevistada P2.

Considerações finais

Conclui-se, nesse estudo, que os serviços reconhecidos e descritos no atendimento especializado, foram: Centro Especializado em Atendimento à Mulher; Juizado da Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; Casa – Abrigo e Maternidade Santa Monica, estes fazem parte da rede de atendimento, a qual foi proposto neste trabalho. Quanto à localização desses serviços, verificou-se que, em sua grande maioria, centralizam-se na parte “baixa” da cidade, o que dificulta o acesso dos moradores dos bairros distantes. No tocante à vocação assistencial, conseguimos constatar que esses serviços estão alinhados com as normativas, dentre elas, podemos destacar a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. Esta trabalha por meio de serviços, modelos de atuações, política de enfrentamento e seus respectivos eixos, dentre outros. Percebe-se que a realidade do município não está distante da execução, mas, em meio ao funcionamento, verifica-se, a partir dos depoimentos dos profissionais de psicologia, uma fragilidade quanto à articulação com a

rede de atendimento.

As atividades desenvolvidas pelos psicólogos/as, nos serviços analisados, estavam integradas à orientação e acolhimento. Foi identificado, que além dessas atividades, o abrigo fornece atendimento individual (acompanhamento, orientação e reflexão); atendimento interdisciplinar; e planejamento de ações/estratégias. Já no setor jurídico, são realizados atendimentos individuais (suporte e avaliação), grupos de orientação socioeducativa, com os requerentes e acusados; produção de documentos (relatórios e pareceres); projeto de combate à violência à mulher (Maria da Penha mais forte); atividades socioeducativas (panfletagem); supervisão de estágio; visitas domiciliares e visitas institucionais. Por último, no Centro de Atendimento às mulheres em situação de violência, as atividades do psicólogo se estendem ao atendimento individual (acompanhamento psicológico, orientação e acolhimento para situações de violência) e atendimento multidisciplinar. Dado o curto prazo dessa pesquisa, não foi possível realizar entrevistas na Maternidade Santa Monica, mesmo que esta maternidade se trate de referência em violência sexual, no município.

Nas atividades previstas pelos psicólogos, na rede do município de Maceió, estão previstas normas documentadas que regem a prática do psicólogo nesses serviços, a exemplo do CFP (2012) e do Código de Ética (2005). No quesito, análise da formação acadêmica e profissional desses psicólogos, conclui-se que não há formação continuada, e na sua formação acadêmica não existem disciplinas específicas para essa área de atuação.

Mediante todas as dificuldades estruturais, a atuação do psicólogo estava presente nos serviços especializados, para atendimento às mulheres em situação de violência, no município de Maceió. No entanto, verifica-se -- a partir dos depoimentos dos profissionais de psicologia --, uma fragilidade quanto à articulação com a rede de atendimento. Cada profissional desempenha funções diferentes a partir de cada serviço e, nesse sentido, considera-se a qualidade e resolutividade dos serviços pouco efetiva, no que tange ao fluxo da rede.

Por fim, este trabalho é uma forma de conhecer o funcionamento da rede de atendimento às mulheres em situação de violência, partindo da ótica da atuação do profissional de psicologia. Sugerem-se outros estudos de orientação semelhante, para que sejam aprofundados cada vez mais no quesito de avaliação dessa rede e as proporções de melhorias, e produções de novos documentos mais completos e direcionados para o estudo citado.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S. S. *Femicídio: algemas (in)visíveis do público-privado*. Rio de Janeiro. Revinter, 1998.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1995.
- BARSTED, L. L. *Uma vida sem violência: o desafio à segurança humana das mulheres*. CEPIA, 2004.
- BRASIL. Lei Maria da Penha. *Lei n. 11.340/2006*. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Presidência da República, 2006a.
- _____. Presidência da República. Ministério da Justiça. *Norma técnica de padronização: delegacias de atendimento à mulher – DEAMs*. Brasília, 2006b.
- _____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Norma técnica de uniformização dos Centros de Referência de Atendimento à mulher em Situação de Violência*. Brasília, 2006c.
- _____. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Pacto Nacional pelo enfrentamento à violência doméstica contra as mulheres*. Brasília, 2011a.
- _____. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Política Nacional pelo enfrentamento à violência doméstica contra as mulheres*. Brasília, 2011b.
- _____. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Rede de Enfrentamento à violência contra as mulheres*. Brasília, 2011c.
- _____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. *Plano Nacional de Políticas para Mulheres*. Brasília, 2013.
- CFP - Conselho Federal de Psicologia. *Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) em Programas de Atenção à Mulher em situação de Violência*. Brasília: CFP, 2012.
- CFP – Conselho Federal de Psicologia. *Código de Ética profissional do psicólogo*. Brasília: CFP, 2005.
- COIMBRA, CMB. *Guardiões da ordem. Uma viagem pelas práticas psi no Brasil do “milagre”*. Oficina do autor, Rio de Janeiro, 1995.
- GROSSI, P. K. et al. *A Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência no meio rural: desafios para a intervenção profissional*. Pontifícia Universidade Católica do Rio

Grande do Sul (PUCRS), 2014.

HANADA, H. *Os psicólogos e a assistência a mulheres em situação de violência*. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2007.

HANADA, H. *et al.* Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 2010.

LOPES, B.; AMARAL, J. N.; CALDAS, R. W. *Políticas Públicas: conceitos e práticas*. Belo Horizonte: Sebrae/MG, 2008.

MOCHNACZ, S. *Caracterização do Atendimento a Mulheres Vítimas de Violência Doméstica pela Rede Intersetorial de Serviços*. São Paulo, 2009.

NUCCI, G. S. *Código Penal Comentado – 11ª ed. rev., atual e ampl.* São Paulo: Revista dos Tribunais, 2012.

PORTO, M. Violência contra a mulher e atendimento psicológico: o que pensam os/as gestores/as municipais do SUS. *Psicologia: ciência e profissão*, Brasília, v.26, n. 3, p. 426-439, 2006.

PORTO, M. *A Psicologia na Política para as Mulheres em situação de Violência: avanços e desafios*. Edufac, 2016.

ROCHA, C. R.; CARDOSO, T. P. *Políticas Públicas de Gênero e o Femicídio: Uma Análise Sobre A (In)Eficácia Da Lei Criada para combater o assassinato de mulheres em razão do gênero*, 2016.

ROCHA, L. L. C.; CORDEIRO, R. L. M. Inserção da psicologia na rede de enfrentamento à violência contra mulheres no Grande Recife –PE. In: *Encontro da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa Sobre Mulher e Relações de Gênero*, Recife, 2014.

RODRIGUES, D.; ZANIAMI, E. J. M. A formação acadêmica do psicólogo e a construção do modo de Atenção Psicossocial. *Pesqui. prá. psicossociais*, São João del-Rei , v. 12, n. 1, p. 224-239, abr. 2017.

SILVEIRA, L. P. Serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência. In: DINIZ, S. S. G.; SILVEIRA, L. P.; MIRIM, L. A. M. (Org.). *Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra as mulheres no Brasil (1980-2005): alcances e limites*. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2006.

SOUZA, T. M. C.; SOUSA, Y. L. R. Políticas públicas e violência contra a mulher: a realidade do sudoeste goiano. SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo, *Revista da SPAGESP*, 16(2), pp. 59-74. 2015.

WASELFISZ, JJ. *Mapa da Violência 2015: homicídios de mulheres no Brasil*. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos; Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, 2015.

O PAPEL DA PSICOLOGIA NO ACOMPANHAMENTO DOS SUJEITOS ACOMETIDOS PELA ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA

LILLIAN NATHALIE OLIVEIRA DA SILVA¹ - ANNE RAFAELE TELMIRA SANTOS² - EDUARDO DAVI MOURA NUNES LOPES³ - EVERTON FABRÍCIO CALADO⁴

Qual o papel da Psicologia no acompanhamento de sujeitos acometidos pela doença neurodegenerativa Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA)? Um caminho possível para chegar a essa resposta passa por analisar o discurso da equipe multiprofissional, responsável pelos cuidados junto a esses pacientes. Nesse caso, é preciso partir do pressuposto de que os diferentes profissionais de saúde envolvidos no tratamento da ELA se deparam com aspectos psicológicos, tanto do paciente, quanto de sua família, bastante significativos e, muitas vezes, chegam a ter seu trabalho comprometido, em parte, pela falta de uma maior habilidade de lidar com essas variáveis. Tal fato reforça a necessidade de intervenção do psicólogo, não somente como agente terapêutico do sujeito e de seus familiares, mas como um facilitador do trabalho das diferentes clínicas envolvidas no enfrentamento dessa enfermidade. No sentido de compreender essas contribuições, desenvolvemos esta pesquisa, que mostra como a Psicologia é indispensável nesse contexto, uma vez que, se constitui como ciência e profissão voltadas à compreensão, investigação e prática, diretamente voltadas aos aspectos subjetivos e humanizadores, como também, na saúde.

A ELA caracteriza-se como uma doença complexa, de efeitos devastadores na vida das pessoas que acomete, os quais necessitam, invariavelmente, de um acompanhamento multiprofissional. É descrita como uma patologia neurológica rara, degenerativa, de causa desconhecida e ainda incurável, cuja progressão é irreversível e sem tratamento capaz de conter sua evolução. A ELA tem início com uma paralisia crescente, antecedida e acompanhada de câibras, tremores musculares e dificuldades na articulação da fala. Com efeito, leva-se cerca de um ano até se alcançar o diagnóstico, após o paciente ter passado, em média, por quatro a cinco médicos, na maioria das vezes ortopedistas (ABRELA, 2007). O desgaste emocional causado pela ELA tem início antes mesmo da confirmação do grave diagnóstico.

- 1 Mestra em Psicologia Social pela Universidade Federal de Sergipe, psicóloga da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), especialista em Clínica Psicanalítica e graduada pelo Centro Universitário Cesmac/AL.
- 2 Mestra em Psicologia pelo Programa de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Psicologia da Saúde pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). Graduação em Psicologia pelo CESMAC/AL e em Ciências Sociais pela UFAL.
- 3 Graduado em Psicologia pelo Centro universitário CESMAC. Servidor público do Estado de Pernambuco.
- 4 Doutorando em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP). Mestre em Psicologia Clínica pela UNICAP. Graduado em Psicologia pela UFAL. Psicólogo Clínico da UFAL.

Cabe ao neurologista fazer o diagnóstico diferencial e dar a notícia ao paciente e aos seus familiares, quase sempre recebida como impactante. Desse momento em diante, o profissional passa a ser a referência do tratamento, sendo, a partir dele, que o paciente é gradativamente encaminhado às diversas especialidades que, pertinentes ao seu prognóstico, passam a fazer parte da rotina de enfrentamento da doença e das graves limitações por ela impostas. Logo, os demais especialistas já começam a intervir junto ao paciente, com os devidos cuidados paliativos de uma abordagem sintomática. Além do neurologista, é possível considerar como essenciais, nesse trabalho, o fisioterapeuta, o enfermeiro, o fonoaudiólogo, o nutricionista, o assistente social e, ocasionalmente, o psicólogo, dentre outros. Embora cada especialidade tenha seu objeto próprio de intervenção, há em comum o fato de lidar com uma pessoa em condição de sofrimento extremo, o que comporta, não somente os danos orgânicos correspondentes ao seu quadro clínico, como também, as repercussões psíquicas e sociais desta. (Ibidem).

De fato, a dificuldade que os profissionais de saúde encontram para se comunicar com os pacientes aparece como um complicador a mais, na tarefa de lhes assistir com maior qualidade. Aquém e além do bloqueio da comunicação, causado pela desarticulação da fala, o próprio sofrimento subjetivo do paciente pode tornar as investidas terapêuticas dos demais profissionais menos produtivas. Igualmente, a crescente perda da possibilidade de expressar seus conteúdos deixa seu estado psicológico ainda mais fragilizado. Um vínculo anterior ao estágio crítico da perda da fala, ou ao intermédio de um “cuidador-tradutor”, seriam alternativas no sentido de atenuar circunstâncias precárias do contato, entre aquele que cuida e o paciente, segundo relatos de profissionais com experiência nesse tipo de atendimento (CALADO, 2010).

Em se considerando especificidades e limites do trabalho de cada um desses profissionais no enfrentamento da ELA, a pesquisa se constituiu em uma compreensão do papel da Psicologia no acompanhamento desses sujeitos acometidos dessa doença, inferido a partir do discurso da equipe multiprofissional de saúde. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semidirigidas, com os profissionais da nutrição, neurologia, enfermagem, serviço social e fisioterapia. Através do método da análise de conteúdo, pôde-se verificar nos discursos, que o psicólogo trabalha como agente terapêutico do sujeito e de seus familiares, como também, no papel de um possível auxiliador na exteriorização de conteúdos internos do paciente, uma vez que, a comunicação aparece como fator de maior dificuldade no trabalho da equipe. Outra manifestação da forma de intervenção do psicólogo, foi como um facilitador interdisciplinar, para a atuação das diferentes clínicas envolvidas com o paciente e sua família.

Adotamos, nesse estudo, o método qualitativo de campo, pois este se mostrou

mais viável aos objetivos propostos no seu projeto. De acordo com Turato (2008), os métodos qualitativos de investigação têm sido um instrumento constante e pertinente em estudos voltados para as práticas de saúde, não somente em termos da significação do binômio saúde-doença evocado a partir do sujeito, mas no concernente às implicações práticas e simbólicas da atuação dos profissionais da área.

A pesquisa ocorreu na cidade de Maceió, estado de Alagoas. Foi iniciada em um hospital universitário o qual é tido como referência estadual para casos de alta complexidade, em diversas especialidades, mediante a anuência da instituição, bem como, do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa. Porém, no decorrer da prática em campo, constatou-se a indisponibilidade de dados no hospital mencionando, devido à alta segregação das especialidades profissionais envolvidas, uma vez que, o diagnóstico é dado pelo médico especialista no hospital, mas é encaminhado a outros locais, para o tratamento com os demais profissionais. Tal fato direcionou a pesquisa para uma clínica especializada em serviços de atenção domiciliar⁵, o chamado *home care*, de iniciativa pública e privada, por esta manter agrupados os profissionais diretamente envolvidos no tratamento da ELA. No entanto, não se fez necessária uma carta de anuência da clínica para o andamento da pesquisa, uma vez que, sua contribuição foi indicar nomes e contatos de profissionais envolvidos no tratamento da ELA.

Realizamos uma primeira visita ao hospital -- no intuito de adquirir uma compreensão acerca do funcionamento da instituição --, que consistiu em uma busca aos locais em que são coordenadas as tarefas do hospital e aos de cada área de conhecimento. A equipe teve como porta de entrada o acompanhamento da professora adjunta, aposentada do Curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), em atividade junto à Clínica Médica no Hospital Universitário.

Houve, no entanto, um significativo período latente, entre o conhecimento de campo e a prática da pesquisa, uma vez que, o parecer junto ao Comitê de Ética levou cerca de 11 (onze) meses para ser aprovado, fato que, quase torna a pesquisa inviável devido ao curto espaço de tempo da estada em campo, uma vez que, esta pesquisa lida com seres humanos e se fazia inviável sua aplicação antes de um consentimento ético.

Diante da aprovação do Comitê de Ética (CEP), foram iniciadas as entrevistas semidirigidas. O método foi escolhido por promover uma abertura de interlocução com os entrevistados, permitindo assim, que as respostas de desenvolvam ao nível da livre expressão de ideias. Desta forma, o entrevistador e entrevistado possui uma flexibilidade

5 Por atenção domiciliar entende-se estratégias e práticas inovadoras de uma equipe multidisciplinar de cuidado à saúde, tendo em vista o fator humanitário e a dificuldade de locomoção que certas doenças induzem ao usuário, requerendo o acompanhamento contínuo e uso de equipamentos apropriados.

maior ao longo do diálogo (TURATO, 2008). Segundo Gaskell (2002), o emprego da entrevista qualitativa fornece os dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação.

Os participantes da pesquisa foram os profissionais de saúde que trabalham, ou já trabalharam, com pelo menos um caso de ELA. Portanto, o número de participantes foi de 5 (cinco) profissionais, sendo estes divididos, de acordo com as áreas de Nutrição, Neurologia, Fisioterapia, Assistência Social e Enfermagem. Esta divisão de áreas de atuação em saúde foi escolhida em função de sua relevância no acompanhamento dos pacientes com ELA e pelo grau de contato que têm com os aspectos psicológicos do sujeito e seus familiares.

Inicialmente, a especialidade fonoaudiologia constituía uma das categorias dos profissionais a serem entrevistadas, entretanto, não houve viabilidade para trabalhar com essa área, uma vez que, no hospital, não se obteve acesso ao profissional da área, pelo fato desse acompanhamento se dar em outro local, por meio de encaminhamentos médicos, e também, porque a profissional, contatada através da clínica, que não se mostrou disponível, sempre adiando um momento de encontro para a entrevista, até o tempo de não haver mais viabilidade para isso. Devido à aludida imprecisão cronológica da fonoaudióloga, não foi possível contatar com outro profissional da área, para suprir essa lacuna. Dessa forma, levando em conta os embasamentos e fundamentações na literatura, e com o andamento da pesquisa, verificou-se a importância do profissional de nutrição no acompanhamento e tratamento da doença, incluindo e compensando, dessa forma, o hiato deixado pela fonoaudiologia.

A participação dos sujeitos da pesquisa foi voluntária e ocorreu, tão somente, mediante a aceitação do convite e da assinatura do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (TCLE), por meio do qual lhes foram garantidos o sigilo, o direito de desistir de participar do estudo, e as demais garantias éticas que se fizerem necessárias, conforme a resolução vigente no período da pesquisa, a *CNS 196/96*. A entrevista qualitativa semidirigida, utilizada com os profissionais que se prontificaram a participar do estudo, constava das seguintes perguntas: a) quantos casos já atendeu; quais as dificuldades percebidas por você no trabalho com os pacientes com ELA; b) quais profissionais você considera importantes, no decorrer do acompanhamento; c) você percebe algum tipo de interferência dos aspectos emocionais do paciente no desenvolver do seu trabalho; d) de que modo você percebe o papel do psicólogo no acompanhamento desses pacientes.

A primeira entrevista realizada deu-se no hospital universitário, com a profissional de nutrição, e durou aproximadamente 30 minutos. A profissional atendeu 1 (um) paciente com o diagnóstico de ELA, há cerca de 17 anos. Dessa forma, os conteúdos trazidos pela nutricionista foram relativamente diferentes dos demais entrevistados, devido ao

tempo em que a profissional entrou em contato com a doença. As informações trazidas foram contextualizadas com a realidade do modelo de saúde vigente na época. O registro de dados se deu através de pontuações transformadas em diário de campo posteriormente, não sendo áudio-gravada pela ligeira espontaneidade com que a entrevista ocorreu.

O profissional neurologista foi o segundo entrevistado, que afirmou ter contato frequentemente com a doença, porém, não recordava a quantidade de atendimentos realizados, de forma geral. Seus contatos com os pacientes com ELA não se dão exclusivamente no hospital universitário, mas, concomitantemente, em seus outros locais de atendimento. O médico neurologista fez uso de uma gravação de vídeo realizada com um de seus pacientes, para mostrar aspectos da doença, constituindo-se, este dado, como uma das formas de coleta de informações, além de pontuações acerca de seu discurso. A entrevista concedida nos apontou conteúdos, e outros vieses, a serem investigados no decorrer da pesquisa.

A terceira entrevista efetivou-se através do contato com a profissional de enfermagem, que informou já ter atendido 3 (três) casos de ELA, há aproximadamente 2 anos. Porém, seus contatos com a doença não se deram através do hospital universitário – local de realização da entrevista – mas na clínica de *home care*, anteriormente mencionada. Assim sendo, o conhecimento e encaminhamento para a clínica foi realizado através da enfermeira entrevistada, a qual disponibilizou o contato de outra profissional da área atuante no local. A entrevista levou em média 35 minutos.

A quarta entrevista não aconteceu dentro do hospital, mas na clínica base de *home care*, por este ser o espaço de trabalho da assistente social entrevistada. O tempo de duração foi de aproximadamente 50 (cinquenta) minutos. A profissional inicialmente não se recordou da nomenclatura da doença, porém, a partir da descrição dos sintomas pôde rememorar um dos atendimentos realizados atualmente pela instituição. Exclusivamente nesta entrevista, houve gravação de áudio, com aparente resistência, mas com o consentimento da entrevistada. Tal forma de registro dos dados não se revelou acolhedora, mas, um fator dificultoso na fluidez das ideias da entrevistada.

A quinta e última entrevista foi realizada no hospital, por este ser também um dos campos de trabalho do fisioterapeuta entrevistado, porém, seu contato foi conseguido através da clínica de atendimento domiciliar, na qual este atende atualmente um caso de ELA. A entrevista durou aproximadamente 25 (vinte e cinco) minutos, e teve como instrumento o registro dos dados pontuações sobre a fala do entrevistado, anotações que foram, posteriormente, transformadas em diário de campo. Neste caso, ocorreu que o profissional não se sentiu à vontade com a ideia de que se gravasse a entrevista e não consentiu o uso da forma de registro.

A discussão e interpretação dos dados foram feitas por meio do método de análise de conteúdo, em função de sua propriedade crítica, na compreensão para além dos significados imediatos nos processos subjetivos de comunicação, constituindo-se em um conjunto de técnicas para este fim, e não, apenas, em um único instrumento. Com efeito, a análise de conteúdo se constitui em um conjunto de técnicas que requer um olhar do pesquisador pelo viés da ultrapassagem da incerteza, onde se faz possível o rigor da certeza de que o que se julga encontrar na mensagem está contido nesta, de fato. A análise de conteúdo pode ser utilizada em pesquisas com os mais variados tipos de comunicação. O método, por sua vez, será aqui abordado em sua função de administração de provas, onde as hipóteses servirão de diretrizes, e recorrerão a um método de análise sistemática, a fim de serem examinadas no sentido de uma confirmação (BARDIN, 1977).

Ainda de estar de acordo com Bardin (1997), a análise de conteúdo funciona como método descritivo sistemático do conteúdo das mensagens, que perpassa pelo seu processo de comunicação, e requer, por sua vez, uma classificação das mensagens que podem ser categorizadas para que se obtenha, através da inferência, a finalidade implícita ou explícita da mensagem.

Os dados coletados foram classificados em termos das diferentes categorias, consultadas e articulados entre a literatura no Brasil -- produzida acerca da Psicologia --, e a clínica da ELA. Nos discursos inferidos pelos profissionais escolhidos foi-nos cedida a base para análise e compreensão do papel da psicologia nessa seara.

Na perspectiva da análise sistemática e classificatória do conteúdo, optou-se por categorias a serem destrinchadas, a *Equipe Multidisciplinar e Interdisciplinaridade; Dificuldades no acompanhamento*, e suas subcategorias *Comunicação entre o profissional e o paciente, profissional e ELA*, a qual ainda se subdividiu em *Família e Formação*; e o *Papel da Psicologia*.

Esse estudo, em sua fase inicial, constituiu-se em um aprimoramento de referencial teórico, visto que a prática se encontrava vinculada à submissão da pesquisa, junto ao Comitê de Ética. Enquanto aguardávamos a aprovação do projeto, realizamos uma visita de reconhecimento de campo, ao Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes (HUPPA), além de nos dedicarmos ao aprofundamento teórico.

Durante a primeira visita de conhecimento ao hospital, foi possível compreender algumas dificuldades que poderiam surgir no decorrer da pesquisa, como a problemática da predominância do saber médico, na maioria dos âmbitos hospitalares, em detrimento de outros saberes, o que dificultava o objetivo ideal da inter e multidisciplinaridade, não só em relação ao tratamento dos pacientes acometidos pela ELA, mas no relacionamento da instituição como um todo, tendo em vista que o atual conceito de saúde determinado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) não pode se limitar ao conceito biomédico, com pre-

dominância de um só saber, mas, abranger de tal modo que se possa abarcar toda a complexidade do sujeito como um ser biopsicossocial, considerando que essa visão não conseguirá ser posta em prática, se não houver o conceito de multi e interdisciplinaridade, na forma de funcionamento da instituição. No tratamento dos sujeitos acometidos pela ELA, faz-se indispensável a interrelação dos diversos saberes profissionais, assim como, uma “relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes” (PEDUZZI, 2001, p.103).

Perpassar por este conceito abrangente de saúde requer a admissão de outro desafio a ser enfrentado, ou seja, repensar as práticas de saúde de forma humanizada, solicita um olhar direcionado, não apenas aos instrumentos e ambientes técnicos no processo de saúde, mas, para as dimensões de prevenção, cuidado, proteção, tratamento, recuperação e subjetividade, de forma que não se verifiquem os antigos casos de desumanização, na área. Nessa busca, de acordo com o Ministério da Saúde (2004, p.10), “Um dos aspectos que mais tem chamado a atenção quando da avaliação dos serviços é o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe”. Na busca da humanização à saúde, entende-se como seu conceito uma valorização dos diferentes agentes e sujeitos desse processo, principiando o protagonismo e autonomia dos sujeitos, enquanto usuários, profissionais e gestores da saúde (BRASIL, 2004)

É nesse contexto que se pensa a possibilidade de humanização no tratamento de pessoas acometidas por doenças crônicas em um ambiente menos hostil, em domicílio. Assim, a atenção domiciliar à saúde se constitui em uma modalidade caracterizada através Portaria nº 2.529, de 2006, por ações de promoção à saúde e tratamento de doenças e reabilitação proporcionadas em domicílio, com garantia de cuidados por equipe multidisciplinar. As relações domiciliares constituídas dentro do âmbito acolhedor tendem a humanizar o cuidado para com os sujeitos, reposicionando-os como agentes de sua própria autonomia e não apenas como objeto de intervenção (BRASIL, 2006).

O esclarecimento das novas implicações do abrangente conceito de saúde e da sua prática em face da humanização se fez necessário para dar início à discussão dos dados relativos ao papel da psicologia junto à equipe multidisciplinar, no acompanhamento dos sujeitos acometidos pela ELA. Foi no intuito desta compreensão que as informações foram coletadas através dos 5 (cinco) profissionais envolvidos no tratamento: Nutricionista; Enfermeira; Neurologista; Assistente Social e o Fisioterapeuta.

É importante que o profissional de nutrição tenha, como um dos sintomas que devem ser considerados, a diminuição do peso devido à atrofia muscular, que é o fator nutricional primordial para a regulação da massa corpórea, havendo necessidade de acompanhamento nutricional, em cada estágio da doença (SAVIONI et al., 2009). Neste sentido, vale evidenciar que a nutricionista entrevistada durante a pesquisa atendeu um caso

dessa doença, há cerca de 17 (dezessete) anos, no Hospital Universitário, em uma época em que não se tinha muito conhecimento sobre essa patologia. Um fator proeminente no conteúdo de sua fala foi o impacto que a doença causou pela falta de conhecimento e experiência que a equipe do hospital possuía, na época do caso. Priorizou-se o impacto da doença sobre a profissional envolvida na pesquisa pelo fato desta se recordar do número do quarto em que o paciente esteve, bem como, de se lembrar de que este era um funcionário do hospital. Tal caso gerou extrema curiosidade entre os estudantes e profissionais do hospital, por se tratar de uma doença de rara incidência, e sintomatologia intrigante, recorda a entrevistada. Levando-se em consideração a época, a profissional demonstrou não existir ainda os múltiplos olhares da multidisciplinaridade, nem tampouco, a interdisciplinaridade, requerida no tratamento, afirmou ser necessária uma busca pessoal para o esclarecimento da doença e uma melhor contribuição, para o seu tratamento.

Quanto ao médico neurologista, este se faz como o profissional responsável pelo diagnóstico diferencial da doença e pelo acompanhamento dos seus diversos estágios, necessitando dar aval aos cuidados em nível biomédico, e se constituindo, na profissão, como base para os posteriores encaminhamentos aos demais profissionais. Na entrevista com o médico do hospital universitário, a quem os pacientes geralmente são encaminhados quando da suspeita da doença -- pela sua vasta experiência na especialidade da neurologia--, pôde-se verificar a presença de uma certa impassibilidade, ao falar no assunto, por parte deste, notando-se um distanciamento entre o conteúdo de sua fala e as suas expressões. Quando inquirido, o médico afirmou que não tinha clareza, nem ao menos ideia, do número de casos da doença já atendidos por ele -- mesmo sendo essa patologia de rara incidência --, pois já atendeu a muitas pessoas, tanto no hospital, como em seus demais campos de trabalho. O médico afirmou, também, que essa é uma doença de difícil diagnóstico, e que, por sua sintomatologia, poderia ser considerada como uma das piores doenças do mundo, e que, geralmente, se evidenciava muita vontade de viver, nos pacientes acometidos, não lhes sendo comum o quadro depressivo. No entanto, segundo a opinião dele, dentro do hospital, que se constitui em uma rede pública de saúde, o acompanhamento da doença se dá de forma segregada. Assim, quando diagnosticados, os pacientes são encaminhados aos profissionais das demais áreas em locais fora do hospital, para um acompanhamento diário, sendo que, o trabalho da psicologia é muito difícil de ser encontrado nesse tratamento. O médico afirmou que, com o tratamento, o tempo de sobrevida dos pacientes era de aproximadamente 4 (quatro) meses, e, quando perguntado sobre as dificuldades do tratamento da ELA, afirmou que “emocionalmente falando, a gente se acostuma”. Apesar do aparente distanciamento, o médico insistiu na procura de um vídeo de aproximadamente 10 (dez) minutos que mostra um de seus pacientes

diagnosticados com a ELA, no estágio da perda dos movimentos dos membros inferiores. O caso apresentado no vídeo se mostrava intrigante pelo fato de a doença ter evoluído hereditariamente no paciente, pois, 2 (dois) irmãos dele faleceram vitimados pela ELA.

A profissional de enfermagem, terceira entrevistada da pesquisa, se constitui como de fundamental importância por realizar os procedimentos de assistência médica, dentro do âmbito dos níveis hospitalar e domiciliar. De forma inevitável, a enfermeira passou a testemunhar os momentos mais críticos do intenso sofrimento vivenciados pelo doente e sua família, que podem lhe requisitar ações e atitudes para além de suas atribuições. A enfermeira entrou em contato com 3 (três) pacientes acometidos pela doença, há aproximadamente 2 (dois) anos, através da clínica de atendimento domiciliar (*home care*). Os fatores relevantes na entrevista foram as informações acerca de sua dificuldade de comunicação com os pacientes e a ausência de uma intervenção psicológica, devido aos diversos aspectos emocionais que surgem no dia-dia do tratamento, tanto nas relações com o paciente, quanto com a família cuidadora. A enfermeira pontuou a necessidade da psicologia, no acompanhamento do paciente, mas ressaltou que, no período em que trabalhava para a clínica, a visibilidade da prática psicológica necessitava da autorização dos convênios, o que acarretaria um custo a mais ao administrador da clínica. A aceitação da doença de um de seus membros se faz dificultosa, por parte da família, fato este ressaltado pela enfermeira no que diz respeito ao saber lidar com as situações conflituosas, uma vez que, sua especialidade não abarca os aspectos emocionais e existenciais.

A quarta entrevista ressaltou o trabalho da assistência social, frente ao tratamento da ELA. A entrevista durou aproximadamente 50 (cinquenta) minutos, e a profissional, ao entender os sintomas da doença específica, recordou ter acompanhado atualmente um caso da doença, por meio do seu trabalho na clínica de atendimento domiciliar, ao qual está vinculada há 6 (seis) meses. No decorrer do tratamento, o trabalho da assistente social se faz importante pelo seu caráter de providência, quanto à assistência ambiental e social, no acolhimento dos pacientes, pelo fato de esta prover os instrumentos necessários às instalações para o tratamento em âmbito domiciliar. Um dos pontos mencionados como de maior dificuldade foi a comunicação com a paciente, pois seu trabalho se dá prioritariamente por meio da comunicação com a família.

A quinta entrevista foi realizada com o profissional fisioterapeuta, atuante com os casos de ELA, no Hospital Universitário, pela clínica de *home care*. O profissional acompanha uma paciente com a doença diariamente, e atendeu a outro caso há, aproximadamente, 7 (sete) anos. A relevância da fisioterapia no tratamento dos pacientes acometidos se dá pela redução e retardamento da atrofia muscular e perda dos movimentos. Deste modo, o profissional afirmou que seu trabalho tem caráter de redução de danos, e não de

cura, uma vez que, a doença possui evolução progressiva. Uma das dificuldades colocadas pelo fisioterapeuta foi fazer com que a paciente e a família tenham a consciência de que a cura não se fará presente, e que o tratamento possui o caráter de retardamento. Outro aspecto mencionado como dificultoso no procedimento é o fato de o (a) paciente não considerar positivamente a rotatividade de profissionais das diversas áreas, em seu ambiente domiciliar, negando ou atrasando o atendimento destes, diariamente, sendo necessário ligar antecipadamente para que o (a) paciente se prepare para recebê-los e, mesmo assim, esta cria motivos para não ser atendida. Apesar da dificuldade da paciente em aceitar o tratamento, o fisioterapeuta afirma que esta lida aparentemente bem com a doença e possui uma relação muito ativa para com a família, mantendo o controle sobre as contingências da casa. No entanto, o fator de maior dificuldade exposto pelo profissional foi a comunicação e aceitação da paciente em referência à equipe profissional. Neste aspecto, o fisioterapeuta considerou que o trabalho da psicologia já influenciou, e influencia, na forma de se lidar com o (a) paciente, no concernente a conversas diárias sobre a rotina do dia, e não apenas, em conversar sobre o (a) paciente e se esquecer da pessoa que está sendo tratada. O fisioterapeuta afirmou ainda que o caso de maior impacto emocional não se fez neste caso mais atual que ele acompanhou, mas no primeiro, que este profissional escoltou, há cerca de 7 (sete) anos, por ter seguido os diversos estágios da doença e por verificar a atrofia muscular e a negação da doença, por parte do paciente.

Para melhor descrição e análise dos dados obtidos, e devido à metodologia utilizada, os subsídios foram divididos em categorias: *Equipe Multidisciplinar e Interdisciplinaridade*; *Dificuldades no acompanhamento*, subdividida em *Comunicação entre o profissional e o paciente*, *profissional e ELA*, que ainda é dividida em *Família* e *Formação*; e o *Papel da Psicologia*, de acordo com o diagrama a seguir:



Diagrama 1 – Categorias, subcategorias de análise de dados

Equipe multidisciplinar

A importância da equipe multidisciplinar se dá pelo fato de a doença se caracterizar por uma atrofia e paralisia muscular e pelo fato do paciente se manter lúcido e consciente, no decorrer da evolução da doença. Portanto, os profissionais que trabalham, tanto na parte neurofisiológica, quanto na vida social e subjetiva dos pacientes, tornam-se indispensáveis no tratamento de sujeitos acometidos pela ELA, a fim de lhes proporcionar uma melhor qualidade de vida e sobrevida (SALVIONI et al., 2009).

No que diz respeito à doença, apesar da visível relevância do atendimento multidisciplinar dos pacientes com ELA, pôde ser percebido que uma maior interrelação entre as profissões poderia disponibilizar melhor eficácia ao tratamento e que isso se agrava em relação à relação do trabalho do psicólogo, com o dos demais profissionais. A falta de interdisciplinaridade acaba gerando a separação das especialidades, o que compromete o tratamento. Essa necessidade tornou-se evidente na fala da assistente social quando esta posicionou a comunicação como uma das maiores dificuldades no acompanhamento da paciente e afirmou que a psicóloga que trabalha com a equipe é uma das poucas profissionais que consegue entrar em contato com os conteúdos da mesma. Dessa forma, a assistente social reconheceu que a possibilidade de um trabalho conjunto com a psicologia, no horário de atendimento dos demais profissionais, proporcionaria um maior vínculo entre estes e a paciente.

O fisioterapeuta, por sua vez, inclinou-se a pontuar a importância da troca de informações com a psicóloga da clínica, também no que concerne à comunicação com a paciente, uma vez que, confirmou fazer uso de orientações feitas pela profissional, em relação ao tratamento pessoal e cotidiano com a pessoa acometida pela doença. A enfermeira, assim como todos os outros profissionais, pontuou que o médico apenas aparece para reavaliar a evolução do caso e que, logo em seguida, vai embora; e que o psicólogo aparece apenas em casos em que as situações são agravadas.

Logo, a comunicação entre profissionais é afetada por uma série de contingentes, como as questões burocráticas do próprio local de trabalho, as reuniões que deveriam existir com maior frequência e abarcar em completude todos os profissionais do tratamento, que, por vezes, é infringida por quem possui informações relevantes. A formação do próprio profissional e a disciplina com que são marcados os horários de atendimento aos pacientes também se fazem como um dos vieses para que a interdisciplinaridade não aconteça. Desencontros comunicativos entre a equipe multiprofissional retardam o compromisso de caráter humanizador, mencionado como indispensável nos processos de saúde-doença.

Dificuldades no acompanhamento

Comunicação entre o profissional e o paciente

O maior ponto de entrelace entre os entrevistados, no que concerne às dificuldades de acompanhamento, refere-se ao dificultoso processo de comunicação, destes, com o paciente. É tanto que a escolha da categoria Equipe multidisciplinar e a interdisciplinaridade se deu pela visualização deste ponto, em comum, na fala dos entrevistados, uma vez que, quatro destes mencionaram que uma maior contribuição da psicóloga seria influente.

Pôde-se perceber no conteúdo do discurso do fisioterapeuta que a maioria dos profissionais não consegue travar conversas espontâneas com o paciente devido à sua incapacitação de verbalização por vias fonológicas. Este fato induz a um atendimento mecanizado, direcionado aos aspectos da doença que desconsideram o paciente enquanto pessoa que sente e convive com a doença.

A assistente social assegurou que, nas visitas aos pacientes domiciliados, seu atendimento é direcionado quase que integralmente à família, e que se limitava a desejar bom-dia, dentre outros formalismos, ao paciente.

Para a enfermeira que afirmou lidar diariamente com o bem-estar dos pacientes, mas que, não era capaz de reconhecer os seus desejos, isso se fazia um fator angustiante, o que se pôde depreender das suas palavras: “o olho está pedindo ajuda, mas não sai nada na boca”.

Profissional e ELA

Formação

Além dos aspectos emocionais do paciente, frente ao diagnóstico e evolução da doença, uma das maiores dificuldades no tratamento se refere à formação dos profissionais que lidam diretamente no atendimento aos sujeitos acometidos. Neste aspecto, verifica-se a dificuldade de se conceber a saúde e o adoecimento em sua forma mais humanizada e interdisciplinar, enraizada e negligenciada, pelo antigo modelo biomédico. Tal modelo, imposto pela medicina, atua como uma forma de micropoder, institucionalizado por este campo de saber, a fim de manter o controle (FOUCAULT, 2001) sobre as formas de se conceber saúde e doença. Essa forma de controle é exercida em outros campos de atuação, não apenas pelo médico. Como exemplo, podemos citar a própria psicologia que, ao longo de muito tempo, se baseava em princípios do modelo de cura. Ao longo da pesquisa em campo, essa forma de controle ficou evidente pelo uso do jaleco, o qual representou uma simbologia de poder, ao longo de nossas entrevistas. Com ele, o acesso foi facilitado aos mais variados ambientes do hospital.

É importante analisar a concepção de saúde em que a medicina atua, pois, esta influencia, de diversas maneiras, a atuação dos profissionais entrevistados, como também, da psicologia. Um exemplo disto é em relação à interdisciplinaridade, pois, a prática médica prevê que a concepção de homem seja dividida em várias partes a serem estudadas. Os conselhos fiscalizadores do exercício profissional devem estar atentos em relação às práticas em saúde, mormente à médica, detentores do poder da vida e morte, pois o impacto desta categoria em relação à coletividade deve ser destacado (SPINK, 2006).

Contextualizando ao período vivenciado pela nutricionista, esta profissional afirmou que o desconhecimento, a falta de informação sobre a doença, de como agir e das necessidades específicas se fazia o aspecto de maior dificuldade de sua parte, uma vez que, no período de internamento para averiguação do paciente, ainda não havia o diagnóstico da doença, no hospital. A profissional informou ter sido através desse caso que tomou conhecimento da doença, e que, anteriormente, sequer ouviu falar da mesma. Dessa forma, pela necessidade de acompanhamento do paciente, iniciou-se um processo de busca e compreensão acerca da doença e de seu funcionamento, para obtenção de maior êxito no acompanhamento. Nesse contexto, a nutricionista informou que, na época da sua primeira experiência com a doença, sequer havia a perspectiva de uma equipe multidisciplinar, portanto, o acompanhamento de um profissional de psicologia ou da área das ciências humanas não se fazia presente.

Família

A relação entre a família e o paciente mostrou-se como um dos pontos mais divergentes entre os entrevistados. O sujeito acometido pela ELA requer bastante atenção, devido aos cuidados contínuos e às mudanças ocorridas ao longo do processo da doença. Por seu aspecto crônico, que afeta em grande escala as formas de comunicação, alimentação, deglutição e locomoção, dentre outros, seu tratamento requer cuidados em tempo integral, com a equipe de saúde à disposição do paciente, e acompanhamento em *home care* -- que modifica toda a rotina da casa --, pois os sintomas se modificam e se agravam progressivamente, fazendo com que a necessidade de atenção seja redobrada, mesmo que o nível de consciência do sujeito com ELA continue intacto, e ele mantém a percepção de tudo o que está acontecendo ao seu redor. Esses diversos aspectos tornam os familiares necessitados de preparação emocional, para lidar com tais questões.

Ao analisar o conteúdo das falas dos entrevistados foi notado uma divergência em relação ao papel da família, no acompanhamento dos sujeitos acometidos com ELA. A assistente social visa a família como detentora de uma função primordial, no decorrer do tratamento, pois é a família quem dá o suporte e viabiliza o seu trabalho. A investigação

social se dá através de visitas e entrevistas com os parentes mais próximos dos sujeitos e, de acordo com o nível de experiência, vê a família como facilitadora do tratamento.

Outros profissionais, como o neurologista, fisioterapeuta e a enfermeira, afirmaram que a família, muitas vezes, dificulta o tratamento de diversas maneiras. Em tal contexto, o neurologista afirmou que os entes se afastam do paciente; o fisioterapeuta pontuou que, por se tratar de uma doença com sintomas intrigantes, a família sempre faz as vontades do paciente e que isso, muitas vezes, atrapalha o tratamento, pois as atividades ficam à mercê do desejo dos pacientes, não sendo entendido que tais atendimentos são para a promoção do seu bem-estar; a enfermeira enfatizou a negação da família em aceitar a doença, e que, por isso, havia desconfiança em relação ao trabalho dos profissionais, o que dificulta a prática destes. Quanto aos parentes, estão sempre perguntando se algo vai melhorar, pois não entendem que a assistência da equipe de saúde é algo que vem a ser um recurso paliativo, não no sentido de cura, e sim, para uma melhor qualidade de vida.

Em todos estes processos citados, que dificultam o acompanhamento aos sujeitos com ELA, a família exerce um influente poder, tanto negativa quanto positivamente. Neste aspecto, houve relatos que essa relação poderia ser mediada, através do psicólogo, no sentido de apaziguar essas dificuldades.

O papel da Psicologia

Levando-se em conta o amplo conceito de saúde como um pleno bem-estar na esfera biopsicossocial, faz-se necessário realizar um aporte teórico do pertencimento da ciência psicológica, neste sentido, uma vez que, o caráter humanizador permeia tal conceito, e a psicologia no âmbito da saúde surge como uma profissão capaz de abarcar a complexidade da instância subjetiva, existente no processo de saúde-doença. Entende-se que o papel da psicologia é de orientar, acolher e dar suporte psicológico. A imbricação entre psicologia e saúde nos norteia a pensar uma posição diferenciada em relação a outros profissionais, no sentido de compreender os aspectos emocionais que os diversos agentes do processo de adoecimento exteriorizam. Nesse contexto, leva-se em conta o desafio a ser enfrentado para tornar o processo de saúde em sua forma mais humanizada, e a psicologia da saúde aparece como um meio de tornar viáveis as dimensões de cuidado, tratamento, recuperação e subjetivação, visto que, na concepção do Ministério da Saúde (2004), uma das maiores dificuldades dos profissionais consiste em lidar com os aspectos subjetivos, necessários em toda prática de saúde.

No acompanhamento dos sujeitos acometidos pela ELA, a Psicologia tem seu papel voltado, não apenas para o tratamento direto com o paciente, mas para a cadeia de re-

lações existentes no processo. De acordo com os conteúdos trazidos, a prática psicológica faz-se necessária no processo de atendimento do próprio sujeito, junto aos seus aspectos intrapsíquicos e existencial; na sua relação com a família que passa a ter um ente adoecido no âmbito domiciliar de forma crônica; na relação entre a equipe multiprofissional com o sujeito aprisionado conscientemente em seu corpo; na relação da mesma equipe com a família, a qual varia de acordo com o nível de aceitação da doença de seu ente; bem como, pelo apaziguamento de olhares diferentes, dentro da própria equipe de trabalho.

Contextualizando, em alguns casos, foi possível verificar as redes de comunicação construídas através do profissional da Psicologia, como no relato da assistente social e do fisioterapeuta, pois, a necessidade de um vínculo com o paciente demonstrou-se necessária para a boa atuação dos profissionais com estes pacientes. A fisioterapia, campo de saber que trabalha eminentemente através do toque, precisa desta ligação para que o tratamento ocorra de forma humanizada e eficaz. Nesse contexto, o conteúdo trazido pelo fisioterapeuta mostra-nos a relevância de como as orientações sugeridas pela psicóloga melhoraram a sua aproximação com o paciente, no que concerne ao conteúdo de sua fala, quando menciona as informações relacionadas ao seu próprio cotidiano, bem como, no que diz respeito às perguntas referentes ao dia-dia do paciente. Caso semelhante foi relatado pela assistente social que, apesar de ter seu trabalho relacionado com os aspectos sociais do internamento, mormente com a família e o ambiente domiciliar, a sua aproximação com a paciente mostra-se importante, em suas intervenções. Como relatado, apesar da comunicação entre a paciente e a assistência social entrevistada ter se mostrado bastante difícil, as orientações da psicóloga da equipe foram de grande valia. Entretanto, as suas dificuldades apenas foram minimizadas, pois seu trabalho ainda se torna comprometido no caráter humanizador, em relação à comunicação, pois, segundo a entrevistada, a paciente conversa de forma mais aberta com a psicóloga.

Apesar de as novas formas de atuação do profissional da Psicologia e dos novos caminhos em relação às intervenções no campo de atuação da Psicologia da Saúde, ainda se faz necessário relacionar esse campo com a práxis do psicólogo. Nessa lógica de atuação, torna-se necessário um maior esclarecimento acerca das práxis do referido profissional, na equipe multidisciplinar, pois, pode-se perceber no conteúdo de alguns entrevistados a atuação da Psicologia, na clínica de *home care*, como de suporte emocional exclusivo para os pacientes. Apenas em algumas falas, foi demonstrada uma possível contribuição da Psicologia em relação ao serviço de saúde, como as políticas e estratégias institucionais, diretamente ligadas à intervenção na equipe multidisciplinar, para melhorar o acompanhamento com os sujeitos acometidos pela ELA, nem tampouco, a sua participação mais efetiva, como demonstrada na portaria n° 913 de 25 de novembro de

2002, o *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Esclerose Lateral Amiotrófica*. No entanto, um possível atendimento interdisciplinar foi frisado como de suma importância no tratamento, verificando-se que, a partir do discurso da profissional da assistência social de que um acompanhamento conjunto com a psicóloga em um mesmo horário far-se-ia muito oportuno, uma vez que, a profissional de Psicologia parece ser uma das únicas que conseguem compreender a dor e as necessidades dos pacientes, e a comunicação, no processo desse tratamento, ser uma de suas maiores dificuldades.

A lógica de apoio emocional segue em relação ao neurologista, o qual não citou com clareza a atuação do psicólogo no tratamento, abordando, apenas, os aspectos emocionais do paciente que geralmente demonstram uma intensa vontade de viver, e da família, a qual, segundo o conteúdo de sua fala, se afasta. Segundo a nutricionista, apesar da distante cronologia em seu contato com a doença, é de extrema importância o acompanhamento de um profissional diretamente ligado ao aspecto emocional desses pacientes, mas se referiu ao acompanhamento direto com o sujeito, por este se encontrar em estado de progresso da doença, na fase de perda da autonomia, passando a depender dos outros para realizar as tarefas mais corriqueiras.

Em contraponto, no conteúdo trazido pela enfermeira, a necessidade do profissional da Psicologia se faz presente durante todo o processo de acompanhamento, tanto em relação aos pacientes, como à família e aos cuidadores, englobando toda a equipe multidisciplinar de saúde. De acordo com a profissional, geralmente, no processo de atendimento, devido a grande resistência familiar, e às vezes da própria equipe, o “psicólogo aparece sempre para apagar o fogo”, depois que a família se encontra em processo contínuo de estresse e de pesar, devido às condições do processo de adoecimento e à evolução do quadro. De acordo com suas pontuações, é necessário um acompanhamento contínuo e conjunto, uma vez que, se torna bastante angustiante saber que o paciente deseja algo, por sua condição de sujeito consciente, mas que a profissional, por dificuldades de comunicação, não consegue realizar seu desejo, o que interfere no seu bem-estar. Neste sentido, a profissional trouxe à tona a aflição de, muitas vezes, precisar fazer o papel do psicólogo, devido à ausência deste, uma vez que, a enfermagem necessita estar um tempo mais prolongado junto aos pacientes e lidar diretamente com o provimento de seu bem-estar.

O relato do fisioterapeuta, neste contexto, permeou, tanto o papel interdisciplinar com a Psicologia, quanto a importância de sua função de apoio emocional ao paciente. No que concerne à necessidade de interdisciplinaridade, o profissional pontuou a aceitação de seus cuidados por parte da paciente por sua forma descontraída de se comunicar com a mesma, habilidade requerida com a ajuda da psicóloga da equipe. No entanto, admitiu não possuir muitas dificuldades, nem perceber interferência de aspectos emocionais no

decorrer do seu trabalho atual, porém, afirmou carecer destes, no acompanhamento do primeiro paciente de ELA a quem atendeu também, de forma direta, no acompanhamento à evolução da doença. Este fato mexeu com o fisioterapeuta, pelo fato de participar ativamente do processo de negação e desespero do paciente, bem como, do seu sentimento de impotência para com o retardo ou cura da doença.

Diante da abordagem abrangente do processo saúde-doença, priorizando a humanização como forma de atendimento capaz de conduzir os sujeitos pelo viés da autonomia e participante do curso de sua vida, o papel da Psicologia pode ser entendido como de fundamental importância para viabilizar a equipe multidisciplinar, nas veredas do acompanhamento, junto aos pacientes acometidos pela esclerose lateral amiotrófica.

A partir da análise dos conteúdos trazidos pelos cinco profissionais de saúde entrevistados, pode-se verificar a necessidade de uma maior contribuição da Psicologia, no atendimento a ELA, no que concerne à viabilização de um canal de compreensão acerca dos conteúdos subjetivos do paciente, uma vez que, a maior dificuldade trazida por grande parte dos profissionais entrevistados foi a comunicação da equipe, para com o sujeito adoecido.

Outra contribuição da Psicologia neste processo se dá como uma via de transposição de uma equipe multi, para interdisciplinar, visto que, um maior contato e comunicação entre os profissionais da equipe ocorreria como um aspecto de melhor proporção e viabilidade para a prática da humanização na saúde, uma vez que, cada parte teria uma visão ampliada das diversas instâncias existentes no processo de acompanhamento.

Podemos inferir, a partir dos conteúdos trazidos, que a Psicologia se faz dispensável se posta em um modelo de saúde onde o corpo possui primazia em detrimento da subjetividade dos diversos agentes imbricados no processo de saúde e doença. No entanto, em se tratando de visões humanizadas desse processo, que considera o sujeito adoecido, sua família e uma equipe multiprofissional, como possuidores de instâncias subjetivas impalpáveis e imensuráveis, o papel da Psicologia se mostra indispensável, uma vez que, se constitui como ciência e profissão voltadas à compreensão, investigação e prática, diretamente voltadas aos aspectos subjetivos e humanizadores, também na área da saúde.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESCLEROSE AMIOTRÓFICA. *O que é ela?: história da doença*. São Paulo: Sanofi-aventis, 2007.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Edições 70. Lisboa, 1977. Distribuidora no Brasil: Martin Fontes. São Paulo, 1977.

BORGES, C. F. Dependência e morte da “mãe de família”: a solidariedade familiar e comunitária nos cuidados com a paciente de esclerose lateral amiotrófica. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.8, p. 21-29, 2003. Edição especial.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento da Esclerose Lateral Amiotrófica*. Portaria de 25 de novembro de 2003.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Humanização: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília, 2004. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf

_____. *PORTARIA Nº 2.529 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006*. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS.

CALADO, E.F. *O corpo silenciado e a expressão da vida psíquica do sujeito acometido pela Esclerose Lateral Amiotrófica*. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica de Pernambuco. Recife, PE, 2010

_____. *Psicopatologia Fundamental e a morte na doença Esclerose Lateral Amiotrófica*. Trabalho de Conclusão de Curso. Instituto de Ciências Humanas, Letras e Artes. Universidade Federal de Alagoas. Maceió, AL, 2007.

COUTO, C. B. *O paciente oculto: revelando as consequências que o cuidar de um paciente de esclerose lateral amiotrófica promove na vida do cuidador familiar*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

DIETRICH NETO, F. et al. *Esclerose lateral amiotrófica no Brasil: registro nacional*. Arq. Neuropsiquiatria, São Paulo, v.58, n.3, p. 607-615, 2000.

FOUCAULT, M. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. 2001. 15 ed., Rio de Janeiro, Graal, 1988.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6. ed., (Coleção 1ª Infância). São Paulo: Abrasco, 1999.

Peduzzi M. Multiprofessional healthcare team: concept and typology. *Rev Saúde Pública*. 35(1):103-9, 2001

QUADROS, A. A. J. Esclerose Lateral Amiotrófica: sua manifestação no Brasil [Simpósio]. *Rev. Neurociências: Anais do V Simpósio Brasileiro de DNM / ELA*, 14(2), 14-23, 2006. Disponível em: 20 de abril de 2009, de [http://: www.unifesp.br/ dneuro](http://www.unifesp.br/dneuro). Versão eletrônica exclusiva.

SALVIONI, C; STANICH P.; SHINTAKU R. e OLIVEIRA A. *Importância do atendimento multidisciplinar a pacientes com a doença do neurônio motor/esclerose lateral amiotrófica*. São Paulo: ConSientiae, 2009.

SPINK, M. J. P. (org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2004.

_____, M. J. P. *Psicologia social e saúde: Práticas, saberes e sentidos*. 5 ed. Petrópolis, RJ: ed. vozes, 2009.

TARDIVO, L. C. O. Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social e o APOIAR: fundamentos e propostas. *Psic.*, vol.5, no.1, p.40-0/;;47, jun. 2004.

TRAVERSO-YÉPEZ, Martha. A Interface Psicologia Social e Saúde: Perspectivas e Desafios. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 6, n. 2, p. 49-56, jul./dez. 2001.

TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas*. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

A AUTOESTIMA DA MULHER EM SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE SOCIAL: REFLEXÕES A PARTIR DA PRÁTICA PSICOLÓGICA EM UM PROJETO SOCIAL

ADRIELI BARBOSA D'ÁVILA¹ - VANESSA PRISCILLA LIMA MUNIZ² - WALTER LISBOA OLIVEIRA³

Introdução

A partir da prática semanal com mulheres, em um projeto social, observamos uma intrínseca relação entre a autoestima da mulher e o contexto de vulnerabilidade social em que elas estão inseridas. O projeto mencionado foi realizado em um bairro da zona norte da capital sergipana, considerado um dos mais problemáticas no tocante à infraestrutura básica, com fortes enchentes no período chuvoso, pobreza e criminalidade. O público-alvo consta de mulheres entre 18 e 65 anos, moradoras locais, pré-selecionadas por uma liderança da comunidade e que se reconhecem com problemas na autoestima e se identificaram com a proposta de participar de um trabalho de revitalização da autoestima e desenvolvimento de autonomia. O projeto aconteceu através de grupos terapêuticos e realização de oficinas, que se utilizaram de técnicas mistas e expressivas, baseadas nos princípios do psicodrama e da arteterapia. Com isso, a cada reunião com as mulheres, foi surgindo um espaço de criação para que estas se expressassem e se comunicassem, desenvolvendo sua autopercepção, autoaceitação, autorresponsabilidade, autoafirmação, e capacidade resolutive.

O presente texto tem por finalidade apresentar algumas reflexões decorrentes dessa prática, principalmente, como condições sociais desfavoráveis podem afetar mulheres em sua interioridade, minando sua autoestima, na medida que as reveste com o estigma da pobreza e marginalização.

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), de 2000 a 2010, o Brasil reduziu o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), saindo da faixa de alta vulnerabilidade social para a faixa média do índice. Por mais que tenha ocorrido essa mudança, a mulher continua sendo a classe mais vulnerável, dentre os vulneráveis (IPEA, 2017), sendo, portanto, muitas vezes, uma vítima direta da desigualdade e exclusão social.

-
- 1 Psicóloga pela Faculdade Estácio de Sergipe e pós-graduanda em Avaliação Psicológica pelo Instituto de Pós-graduação e Graduação (IPOG).
 - 2 Psicóloga pela Faculdade Estácio de Sergipe e pós-graduanda em Arteterapia pela Instituição Profissionais Integrados LTDA (Profint).
 - 3 Psicólogo, Mestre e Doutor em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da USP, Especialista em Psicologia Hospitalar pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Docente do Curso de Psicologia da Faculdade Estácio de Sergipe.

Vulnerabilidade social

O projeto tem como pano de fundo um local que era uma antiga invasão urbana, que apresenta elevados índices de violência e pobreza, e problemas de saneamento básico. A partir do primeiro encontro com as participantes, elas trouxeram relatos de submissão, pobreza e fragilidade, desde suas infâncias até o presente momento. Muitas não se percebiam como agentes, apenas seguiam o que lhes era imposto em suas atividades para ganho de renda ou na vida doméstica.

Muitas das mulheres acolhidas pelo projeto sentiam-se à margem da sociedade, desamparadas pelo estado, sendo analfabetas e desconhecendo quaisquer direitos básicos. Uma das participantes que mostrou dificuldade em uma técnica de expressão a partir da realização de desenhos relatou não saber escrever nem desenhar: “Eu não sei fazer desenho. Nunca peguei num lápis. Quando criança, que é o tempo que se aprende, eu não ia pra Escola e meus pais não tinham como levar”.

Diante dessa realidade, a vulnerabilidade social foi um conceito que passou a ser alvo de nossas reflexões. O tema é recorrente em debates sociais de distintas disciplinas há um longo tempo. Deste modo, a vulnerabilidade social possui um amplo campo conceitual, perpassando por diversas dimensões e pareceres, podendo ter perspectivas ambientais, econômicas, sociais, geográficas, de saúde, dentre outras (ABRAMOVAY et al, 2002). A priori, o conceito se reduziu a questões econômicas e foi propagado especialmente por organizações internacionais destacando-se, dentre elas, a Organização das Nações Unidas (ONU), que visava delimitar grupos vulneráveis da sociedade sem a intenção de entender o contexto histórico-social que os produziram e nutriam. (MONTEIRO, 2007). No entanto, a análise do campo conceitual exige que se evidencie seus princípios sustentadores e a compreensão das direções sociais para as quais eles se inclinam, na construção de novos conceitos (ABRAMOVAY et al, 2002).

O conceito de vulnerabilidade social é inseparável da compreensão do conjunto de elementos que caracterizam as condições vitais e as suas possibilidades sociais. Adorno (2001) reforça a importância de acesso adequado a serviços, como unidades de saúde, educação, formação profissional e programas de cultura e lazer. Isso porque quanto maior a exposição do grupo ou indivíduo aos problemas enfrentados na sociedade, haverá mais dificuldades, para que ele aja e tenha autonomia.

O conjunto de condições que predis põem o indivíduo ou grupo à vulnerabilidade social, pode se constituir como potencial de adoecimento, que é um mantenedor, por exemplo, em situação vulnerável. Para melhor compreensão do conceito e do conjunto de condições, é realizada uma divisão em duas categorias: vulnerabilidade individual

e social. A individual se refere aos comportamentos e às respostas adotadas pelos sujeitos, considerando suas características psíquicas e biológicas e sua interação com o meio de discrepâncias socioeconômicas e culturais; a social abarca todas as fragilidades, seja de ordem individual ou concernente às condições e circunstâncias, podendo ser mudadas ou diminuídas (SANT'ANNA, 2005).

No grupo de mulheres da ONG, foi percebido um cenário de vulnerabilidade com longa história em suas biografias. Suas residências eram localizadas numa antiga área de invasão urbana. A maioria delas estava presente nessa região, desde o início da ocupação, onde tiveram que morar por alguns anos em tendas improvisadas com plásticos e pedaços de madeira. Todas essas mulheres eram de baixa escolaridade, baixa renda, cadastradas em programas sociais do governo, dependendo disso ou de seus cônjuges.

Considerando a pobreza, seja ela de ordem material, simbólica ou comportamental, é correto afirmar que a ausência desses recursos alimentará outras fragilidades. Indivíduos, famílias e grupos nessas condições de vida possuem um repertório reduzido para enfrentar e superar os desafios com que se defrontam. Observa-se, portanto, que a vulnerabilidade se reporta às noções de carências e de exclusão, isto é, reproduz a situação de quando não se tem acesso a recursos, devido a sua construção histórico-social, para enfrentar e superar fragilidades a que estão submetidas (CARNEIRO e VEIGA, 2005).

Assim, a dor dessas mulheres é também a dor da exclusão social. Barreto (2010) destaca que essa exclusão é acompanhada de um sentimento de abandono e orfandade. Os excluídos sofrem frequentes agressões contextuais, como desemprego, falta de habitação, saúde, educação, dentre outros, focando suas ações muitas vezes em necessidades básicas, como a fome, a sede e a segurança. Todo esse processo de exclusão, por sua vez, gera sentimentos de menos valia e desvalorização do indivíduo.

O campo conceitual de vulnerabilidade encontra, também, ligação com os estudos sobre resiliência. Comportamentos ineficientes em situações de crise, tendência individual para o desenvolvimento de psicopatologias, fragilidades psicológicas que potencializam os efeitos dos estressores, causam incapacidades de medidas resolutivas do indivíduo. Assim, nesse campo conceitual, são considerados, desde predisposições genéticas à incapacidade de resiliência, condições de baixa autoestima, depressão, alguns traços de personalidade e o contexto social (YUNES, 2003).

Mulher no contexto histórico-cultural

A compreensão da posição atual da mulher em sociedade exige que se trilhe a história da mulher desde a Antiguidade para entender como se deu a construção de sua

identidade, da sua autopercepção, dos seus grupos sociais, do seu posicionamento no contexto familiar, e como o inconsciente coletivo tem influência sobre todos esses fatores, determinando os papéis que devem ser exercidos (GIORDANI, 2006).

Em momentos históricos distintos, a sociedade delineou o comportamento feminino e elaborou representações para as mulheres. Desde os primórdios, esses papéis estiveram associados a situação de submissão e inferioridade, alicerçados em uma gama de representações, produzidas por vários âmbitos da sociedade, como a educação, a filosofia, a religião e o direito, o que se alastrou no percurso histórico e permeia a cultura atual, legitimando alguns comportamentos e atitudes (TEDESCHI, 2008).

No Brasil, entre o século XVI e XVII, quando instaurado o Período Colonial, vários fatores favoreceram a natureza exploratória da empresa portuguesa no novo mundo e a mulher viveu uma situação específica na sociedade. Dentro do sistema monetário vigente na época, a exploração e escravização se destacavam, e a mulher passava a ser uma moeda. Os portugueses se relacionavam sexualmente com as mulheres indígenas e africanas, em virtude da escassez de mulheres portuguesas, o que lhes conferiu legalidade em suas práticas sexuais diversas, enquanto que, a sensualidade da mulher era abominação, comparada ao cio dos animais. Logo, chegavam aos homens pelo caminho da exploração, acentuando as desigualdades de relações de gênero, gerando polos de dominação e submissão (DEL PRIORI, 1993).

Às mulheres brancas -- era recomendação do Estado e da Igreja --, cabia o casamento e a constituição de uma família, promovendo e enaltecendo o arquétipo de Maria que, na cultura brasileira, corresponde a um ideal passivo feminino, submissão aos homens, extrema feminilidade, abnegação, dedicação materna e conjugal. Até o ano de 1830, esse papel foi atribuído às mulheres e, caso não fosse bem desempenhado, era permitido legalmente o homem matar a mulher ou recorrer à agressão física, através da chibata (TELES E MELO, 2002).

Tanto Del Priori (1993) como Rifotis (1997) apontam que até as primeiras décadas do século XX, havia uma representação legal do estado, manifestada através do controle político que o homem exercia sobre a mulher. A mulher era rainha do lar, responsável pela reprodução biológica e ideológica da prole, e o homem exercia a soberania do estado dentro do lar, podendo aliviar sobre a companheira explosões e humilhações sofridas no ambiente de trabalho. Por ser identificada como frágil para vencer as tentações, era culpada pelas frustrações e queda do homem, o que legitimava a prática do seu espancamento pelo parceiro. Exemplificando uma situação comum pela qual passavam as mulheres no Brasil, em 1976, Giordani apud Pastore (1999) relata que o marido, os filhos e os homens mais velhos comiam em primeiro lugar e recebiam a melhor parte da comida, para

que, quando terminassem, a mulher começasse a comer. Na zona rural, em dias chuvosos, pai e filho passeavam a cavalo, cobertos por um capote enquanto a mãe e a filha seguiam sem sapatos e a pé, atrás dos dois.

Partindo da premissa que os indivíduos constroem a sua identidade social sobre definições raciais, sexuais e de elementos históricos, culturais, religiosos e psicológicos, é possível afirmar que, ainda hoje, há distorções nos papéis sociais exercidos por muitas mulheres, em decorrência do contexto histórico e social a que foram, e a que estão submetidas (SAFFIOTI, 2001).

Com os papéis sociais impostos, as mulheres foram reforçadas por culturas patriarcais, capitalistas e machistas, que estabeleceram relações de dominação e de violência entre sexos, suscitando a vulnerabilidade (ALAMBERT, 1991). Esse trajeto histórico, por sua vez, mostra-se bem marcado nas mulheres com quem atuamos. Na sua maioria, eram casadas, mães e donas de casa e, em seus relatos, estes papéis sociais eram os destinatários incontestes de suas principais energias.

Desigualdades de gênero

Um dos fatores que explica a disparidade em relação ao gênero feminino, no contexto de vulnerabilidade social, é constituído pelas desiguais inserções no mercado de trabalho e os salários díspares, para as mesmas profissões, onde se reflete a questão de categorização social, dos papéis de gênero. Um exemplo dessas categorizações é o conhecido modelo de família e demais relações patriarcais. Nessa dialética, as mulheres não atuam em papéis empoderados, não possuem voz nas decisões em casa e se tornam cada vez mais vulneráveis, inclusive, para conseguir sair materialmente e psicologicamente de casos de violência de diferentes formas, como física, moral, psicológica, patrimonial e sexual (KIPNIS, GOMES e SANTOS, 2015). Essa disparidade se manifesta de duas formas: objetiva e subjetiva. Kipnis, Gomes e Santos (2015) exemplificam a primeira como a falta de recursos e materiais, enquanto que, a segunda está sob o aspecto de como a sociedade enxerga as questões associadas aos gêneros e demais formas de pensamento, julgamento e comportamento subjetivo, que dizem respeito à vulnerabilidade.

Entender o significado de gênero é indispensável para que se reflita sobre a mulher em sociedade. A palavra gênero diz respeito às construções sociais das qualidades femininas e masculinas, vistas como papéis inerentes de ambas as classes. Os papéis de gênero podem ser compreendidos como comportamentos aprendidos e reproduzidos em uma sociedade, comunidade ou grupo social, nos quais, seus integrantes são condicionados a considerar certas atividades, tarefas e responsabilidades, masculinas ou femininas (ONU MULHERES BRASIL, 2016).

As esferas que ilustram as diferenciações entre os gêneros são muitas, e compõem, desde aspectos sutis, como desenhos animados que ilustram papéis estereotipados de dominação *versus* submissão, e em aspectos desvelados, como o papel do matrimônio, estruturado através de cobranças familiares e sociais desproporcionais, para que a mulher se case e se mantenha casada diante de situações que, em muitas das vezes, promovem risco para sua própria vida. Ambas as situações exemplificam a construção do espaço feminino, como subjugado ao masculino, pelo fato de as mulheres serem entendidas como seres frágeis, dependentes, e com menos direitos sociais (SERPA, 2010).

Uma peculiaridade que sempre chamava nossa atenção era uma fala recorrente sobre “obrigações das mulheres” (sic) que surgia nas falas de muitas participantes. Muitas dessas mulheres tinham essa desculpa como uma explicação para ter que correr assim que cada sessão do grupo se encerrava. Tinham de sair correndo para preparar refeição, cuidar do marido, dos filhos e dos demais afazeres domésticos, para ser uma boa esposa. Mesmo que a maioria delas trabalhasse, para contribuir com as despesas da casa, sentia-se na obrigação de enfrentar a dupla jornada, e sob o risco de ser repreendida duramente, se as coisas não estivessem em conformidade com os desejos dos maridos. Em uma das sessões do grupo, uma delas relatou ter sido deixada do lado de fora de casa pelo marido, após um desentendimento.

A hierarquização pautada na desigualdade de gênero sempre foi um dos aspectos da sociedade brasileira. Para Pinheiro et al (2016), a esfera do trabalho é o aspecto mais importante da vida social, mas não é uma realidade plena para a classe feminina. Há um contingente de milhões de mulheres desempregadas, mesmo em idade ativa, mulheres negras concentradas em trabalhos desvalorizados e precarizados, mulheres altamente escolarizadas, mas com dificuldades em conseguir emprego, mulheres empregadas com uma maior sobrecarga de trabalho, e todos esses fatores são acentuados ainda pela desigualdade salarial.

Tais fatos são contribuintes, diretos e indiretos, para o feminicídio, o assassinato de mulheres por razões da condição de sexo feminino. Segundo o Instituto Patrícia Galvão (2017), o feminicídio é somente a ponta do *iceberg*, pois é preciso olhar para baixo, onde existe uma série de outras violências, revelando menosprezo ou discriminação, à condição de mulher. O feminicídio é um crime que tem aumentado, e sua compreensão não pode ser desassociada da sua raiz estrutural, a desigualdade de gênero. Essas formas de violência, simbólica, psicológica ou moral, foram muito relatadas em nosso grupo. Em um dos encontros, uma das participantes contou:

É tão difícil deu vim aqui. Meu marido tá quase sem falar comigo mas nem por isso, tenho cinco filhos, quatro homens e uma mulher, ele tem ciúmes dos

meus filhos homens, não trata eles bem, já quis até botar pra fora e o mais velho só tem quinze anos. Até com uma blusa da alça que eu uso ele tem que achar ruim. Às vezes ele me segue só pra ver se vou pra igreja mesmo. Queria tanto que ele mudasse, mas até hoje nada. Ele é o único que trabalha. Tem coisas que ele só quer que eu e ele coma, não dá para meus filhos, tranca até os armários. Ele já quer levar o de quinze e de onze pra trabalhar na roça, mas sei que vai ser ruim pra escola deles.

Em atividades sobre o núcleo familiar, uma delas relatou ser avó de duas meninas gêmeas. Afirma cuidar delas na ausência do pai, pois o marido dela e o avô das crianças reclamam dos custos de manter as crianças em casa, especialmente com a televisão, principal meio de distração delas.

As desigualdades sociais, políticas e econômicas, enfrentadas por todas as mulheres, se agregam às inerentes à mulher idosa. As mulheres, nessa fase da vida, passam por preconceitos sexistas e gerofóbicos (preconceito por terem idade avançada), ambos refletindo a expectativa da sociedade, pela produtividade física e sexual. Quando não são correspondidas, fomentam a rejeição. Se comparadas com grupos de homens idosos, as mulheres idosas são um grupo mais fragilizado e vulnerável, por possuírem menores níveis de escolaridade e qualificação profissional, o que contribui para a situação de dependência para com seus familiares, amigos ou sistemas formais de serviços, mais do que qualquer outra faixa etária (SALGADO, 2002).

Autoestima

Situadas em um contexto desfavorável, tanto em função do ambiente, condições financeiras e condição de mulher, era notável o sentimento de abandono e desamparo vivido pelas mulheres que afetava diretamente a sua autoestima. Assim, uma das atividades do projeto social era com esse grupo que procurava trabalhar a autoestima das mulheres.

A autoestima pode ser entendida como uma autoavaliação que implica um sentimento de valor, englobando um componente predominantemente afetivo, e expresso, numa atitude de aprovação ou desaprovação em relação a si próprio. O sentimento de valor é reportado para a qualidade de vida, na qual, a ausência da autoestima positiva pode culminar em sentimentos desagradáveis como: insegurança, incapacidade, ansiedade, dentre outros, podendo ocorrer adoecimento psíquico, com a recorrência, e agravamento desses sentimentos. A análise acerca da autoestima é importante para contribuir em uma

boa saúde mental, na busca do desenvolvimento de bons relacionamentos, e reflexos de uma autoimagem positiva (HUTZ E ZANON, 2011).

Branden (2002) destaca que a baixa autoestima ou autoestima negativa pode ser compreendida como uma espécie de cegueira diante da realidade, implicando comportamentos que tenham receio do novo e não familiar, conformismo exacerbado, postura submissa ou supercontroladora, medo dos outros indivíduos ou hostilidade para com os mesmos. Essas atitudes são geradas internamente e se refletem, direta e indiretamente, nas relações intrapessoais e interpessoais. Para que ambas as situações não sejam configuradas com caráter de adoecimento, o autor traz a teoria dos pilares da autoestima, em que a autoestima está voltada para seis tipos de atitudes, apresentadas a seguir.

O primeiro pilar fala da atitude de viver conscientemente, o que implica dizer que quanto mais consciente o sujeito for a respeito das próprias ações, propósitos, valores e objetivos, a vivência é apropriada de responsabilidade para com a realidade. O segundo pilar se refere à atitude de autoaceitação, implicando o autojulgamento de valor, onde o indivíduo consegue se sentir um ser capaz. No terceiro, é abordada a atitude da autorresponsabilidade, isto é, consciência e aceitação de ter responsabilidade sobre questões que dependem de suas escolhas. O quarto pilar é referente à atitude de autoafirmação, caracterizada pela disposição das propriedades do terceiro pilar, ou seja, a autoafirmação é necessária para que o sujeito seja, e se perceba, como protagonista da sua vida e não um mero expectador. O quinto pilar é composto pela atitude de intencionalidade, necessária para a compreensão e efetivação de um comportamento atento, perante a necessidade de estabelecer metas e objetivos que sejam produtivos. Por fim, o sexto e último pilar é embasado pela atitude de integridade pessoal, que resulta em uma personalidade congruente, a respeito de seus atos, valores, compromissos e prioridades (BRANDEN, 2002). Dessa forma, observa-se que autoestima se configura como um conjunto de atitudes conscientes das próprias ações, valores e objetivos, como, autoaceitação, autorresponsabilidade autoafirmação, intencionalidade e integridade pessoal.

A análise de como está configurada a autoestima é relevante para obter ou manter uma vida saudável, seja individual ou coletiva, a qual, como foi apresentado, está associada a ambas as relações. Mendes (1996) ressalta a saúde como decorrência no processo de produção social, responsável pela manifestação da qualidade de vida. É uma condição do sujeito, em seu viver cotidiano, um viver “desimpedido”, um modo de “tocar a vida” prazerosamente.

Assim, tais mulheres em alguma medida se percebiam como expectadoras de suas vidas ao invés de autoras. Tinham dificuldade acentuada em falar sobre elas mesmas, não tinham reflexões claras acerca dos seus propósitos e ações, o que ia de encontro ao

sentimento de se sentir capaz. A atitude de intencionalidade estava fragilizada pelo ciclo perpassado por seus familiares, estavam habituadas aos seus papéis sociais estruturados pelo modelo patriarcal, e se apresentavam imutáveis em seus discursos e posturas. Todos os aspectos citados são excludentes de uma integridade pessoal, em si mesmos, sofrendo assim com a baixa autoestima.

Dessa forma, o trabalho em grupo ocorreu, tendo como referência cada um desses pilares. Ou seja, houve a busca de tornar essas mulheres conscientes das próprias ações, e se sentindo capazes de atuar em sua própria história, dentro da realidade de cada uma, de maneira sintonizada com os valores e prioridades de cada uma. Através de técnicas mistas, expressivas e psicodramáticas, as demandas por elas trazidas eram abordadas procurando-se fazer o resgate da autonomia e da autoestima delas. A cada encontro que se sucedia, percebemos que essas mulheres passavam a refletir melhor sobre suas ações, entendendo a si mesmas como protagonistas de sua história, procurando fazer pequenas, mas importantes, mudanças nas suas vidas, relatando melhoras em suas autopercepções e relações interpessoais.

Discussão e considerações finais

Segundo Hutz e Zanon (2011), uma autoestima positiva está diretamente associada a um sentimento de valor, que promove qualidade de vida. Quando inexistente, a autoestima positiva evoca sentimentos opostos, dentre eles, a sensação de incapacidade, ansiedade e insegurança.

A um indivíduo biopsicossocial, ou seja, composto por fatores biológicos, psicológicos e sociais, é indispensável a atenção em relação a todos os fatores, para uma vivência saudável e, quando não assistidos, tais indivíduos poderão experimentar adoecimentos de todas as ordens, pois, o adoecimento nutre a vulnerabilidade, por colocar o indivíduo em uma situação de fragilidade, carência e exclusão. Neste sentido, a relação entre a autoestima negativa e a inserção em situação de vulnerabilidade é evidenciada. (BELLOCH E OLABARRIA, 1993).

Quando o contexto histórico-cultural é abordado, pode-se observar a construção do conceito de gênero, que é relativamente novo, embora o estigma deixado pelos delineamentos de papéis feminino e masculino seja muito antiga. As relações de dominação e de violência entre sexos, são temáticas que perpassaram a história e se fazem presentes ainda atualmente, na tentativa de subjugar as mulheres a papéis inferiores, expondo as situações de violência, veladas ou não, valorando-as de acordo com sua produtividade física ou sexual, e promovendo cárceres econômicos, onde as mulheres se tornam de-

pendentes financeiramente de seus parceiros, devido à falta de capacitação para exercer atividade profissionais e ter independência financeira, em decorrência da estrutura patriarcal e machista, e da desigualdade salarial e trabalhista (SAFFIOTI, 2001). Tudo isso insere a mulher em um contexto de vulnerabilidade individual e social, favorecendo a incapacidade de ação e autodesenvolvimento, e desestruturando os pilares de uma autoestima positiva.

A autoestima, vulnerabilidade social, contexto histórico cultural da mulher e desigualdade de gênero estão intrinsecamente relacionados e, nesse contexto, independentemente do prisma observado, essas relações estarão indubitavelmente arraigadas, a ponto de haver dificuldades em separá-las e compreender qual o fator precedente.

Ao se falar em vulnerabilidade social e exclusão social, muitas vezes, destacam-se os aspectos financeiros, porém a reflexão sobre nossa prática evidenciou a complexidade do assunto, expondo a necessidade de tratá-lo de maneira abrangente para compreender para quais direções sociais ele se inclina, construindo novos conceitos e resoluções. É preciso evitar leituras reducionistas e falas que reduzam a autoestima negativa a uma situação exclusivamente pontual, ou física, com vulnerabilidade associada unicamente à pobreza, desigualdades de gênero como legalização para violências, seja ela de qualquer ordem, e papéis sociais de natureza opressora, mesmo que de maneira velada.

Uma mulher que cresce em meio a representações sociais desfavoráveis à sua felicidade e em meio a um contexto social e econômico difícil tem, muitas vezes, dores que vão além do observável, afetando aspectos internos importantes e abalando a sua autoestima. Nesse contexto foi também observado um ciclo, ou seja, a baixa autoestima gera adoecimento -- não só na autoimagem --, mas também implica a fragilização das relações sociais, tornando-se um dos fatores que dificultam a luta para lidar com as difíceis condições em que as mulheres se encontram.

As mulheres em situação de vulnerabilidade social precisam de políticas públicas que auxiliem, também, a desenvolver seus papéis de caráter ativo e que não se resumam somente ao assistencialismo, reforçando apenas o conformismo no exercício de papéis subjugados. É preciso que a legislação coopere, cada vez mais, para a desconstrução dos reflexos negativos associados

É necessária também a mobilização de órgãos e entidades governamentais, como também dos profissionais, que colaborem, em suas práticas, com a acessibilidade aos trabalhos sociais, e que estes se percebam como possíveis contribuintes para o auxílio em função de profundas mudanças da sociedade. É preciso ressignificar papéis sociais atribuídos às mulheres, através do senso crítico, e, mesmo que se saiba que a visão de mulher dependente parte de outras mulheres, isto não exclui a importante participação

dos homens nas lutas que envolvem o gênero feminino.

Para que o trabalho social obtenha êxito, a população precisa ser empoderada, dando continuidade ao processo de mudança. A capacitação dos membros de uma comunidade é uma das ferramentas para que o alvo seja alcançado, para que não só se percebam, mas também, percebam o outro, respeitando cada singularidade. Perceber a mudança de postura daquelas mulheres que participaram dos grupos evidenciou o poder da consciência crítica. Se elas se apresentaram cabisbaixas e desacreditadas da vida, no início, mostraram, ao longo do projeto, uma atitude cada vez mais comprometida consigo, e atenta, desenvolvendo autocuidado, tanto com sua saúde, quanto com sua imagem. Ao fim de três meses, as dificuldades sociais e financeiras ainda eram presentes, como no início, porém, agora elas estavam mais confiantes e se viam como agente de mudanças de sua realidade, comprometendo-se a multiplicar esse senso crítico e engajar outras pessoas da comunidade na luta por melhores condições de vida.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M.; PINHEIRO, L.; LIMA, F. e MARTINELLI, C. *Juventude, Violência e Vulnerabilidade na América Latina: Desafios para Políticas Públicas*. São Paulo: Yendis Editora Ltda, 2002.

ADORNO, R. *Os jovens e sua vulnerabilidade social*. São Paulo: AAPCS –Associação de Apoio ao Programa Capacitação Solidária, 2001.

ALAMBERT, Z. *A história da mulher. A mulher na história*. Brasília. Fundação Astrogildo Pereira, 2001.

BARRETO, A. As dores da alma dos excluídos no Brasil e a Terapia Comunitária. In: GRANDESSO, M. & BARRETO, M. R. (orgs). *Terapia Comunitária – Tecendo redes para a transformação social: Saúde, Educação e Políticas Públicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010

BELLOCH, A.; OLABARRIA, B. O modelo biopsicossocial: um referencial necessário para o psicólogo clínico. Madrid - *Revista Clínica e Saúde* v.4. 1993. Disponível em: <www.copmadrid.org/webcopm/publicacion/clinica/1993/vol2/arti8.htm> Acesso em 16/12/17.

BRANDEN, N. *Autoestima e os seus seis pilares*. Tradução de Vera Caputo. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

CARNEIRO, C. VEIGA, L. *Programas de proteção social e superação da pobreza: concep-*

ções e estratégias de intervenção. Belo Horizonte, 2005.

DEL PRIORI, M. *Ao Sul do Corpo: condição feminina, maternidades e mentalidade no Brasil Colônia*. Brasília, Rio de Janeiro: EdUnB, José Olímpio, 1993.

GIORDANI, T. *Violências contra Mulher*. São Caetano do Sul, SP: Editora Yendis, 2006.

HUTZ, C. ZANON, C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. *Aval. Psicol.* Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 41-49, abr. 2011 Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712011000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08/05/18.

INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO. *Feminicídio #InvisibilidadeMata*. São Paulo, 2017.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. IPEA apresenta dados de vulnerabilidade social por cor, sexo e domicílio. **Portal do IPEA**. Disponível em: < http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=30790:ipea-apresenta-dados-de-vulnerabilidade-social-por-cor-sexo-e-domicilio&catid=1:dirur&directory=1> Acesso em 11/11/17.

KIPNIS, B. GOMES, M. SANTOS, F. *Mulheres em situação de vulnerabilidade social: Contextos, Construção Simbólica e Políticas Públicas*. São Paulo. 2015.

MENDES, E.V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 233.

MONTEIRO, S. *Possibilidades e limites no enfrentamento da vulnerabilidade social juvenil: a experiência do Programa Agente Jovem em Porto Alegre*. Porto Alegre: PUCRS, 2007.

ONU MULHERES BRASIL. *Diretrizes Nacionais para Investigar, Processar e Julgar Com Perspectiva de Gênero as Mortes Violentas de Mulheres – Feminicídios*. Brasília: ONU Mulheres, 2016. Disponível em <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/diretrizes_femicidio.pdf> Acesso em 28/05/18.

PINHEIRO, L. JUNIOR, A. FONTOURA, N. SILVA, R. *Mulheres e trabalho: breve análise do período 2004-2014*. Brasília, 2016.

RIFIOTIS, T. *Nos campos da violência: diferença e positividade*. Santa Catarina, 1997.

SAFFIOTI, H. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cad. Pagu*, Campinas, n. 16, p. 115-136, 2001. Disponível em <https://www.scribd.com/doc/217586451/SAFFIOTI-Heleieth-Contribuicoes-feministas-para-o-estudo-da-violencia-de-genero> Acesso em 26 abr. 2018.

SALGADO, C. *Mulher idosa: a feminização da velhice*. Porto Alegre, 2002.

SANT'ANNA, A. AERTS, D. LOPES, M. Homicídios entre adolescentes no Sul do Brasil: situações de vulnerabilidade segundo seus familiares. *Cad. Saúde Pública*, v. 21, n. 1, 2005.

SERPA, M. *Perspectivas sobre papéis de gênero masculino e feminino: um relato de experiência com mães de meninas vitimizadas*. Santa Maria, 2010.

TEDESCHI, A. *História das mulheres e as representações do feminino*. Campinas: Curt Nimuendajú, 2008.

TELES, M. MELO, M. *O Que É Violência Contra A Mulher - Col. Primeiros Passos*. São Paulo: Editora Brasileira, 2002.

YUNES, M. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicol. Estud.* Maringá, v. 8, n. spe. 2003.

CO-CONSTRUINDO SABERES COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE ATRAVÉS DE CÍRCULOS DE CULTURA FREIRIANOS NA PERSPECTIVA DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

LAYTA SENA RIBEIRO¹ - SILVIA RAQUEL SANTOS DE MORAIS²

Introdução

A educação popular em saúde (EPS) é uma lógica de trabalho em saúde que valoriza as crenças e práticas da comunidade, justamente, por considerar a importância da elaboração conjunta, gerada por meio da co-construção de conteúdos e partilha das experiências, oportunizando, dessa maneira, uma aprendizagem significativa que denota o valor das vivências, podendo resultar em maior co-responsabilização e co-participação dos atores envolvidos no processo de saúde, o qual envolve não só fatores biológicos, mas sociais, econômicos e políticos (Fernandes & Backes, 2010).

A noção de que as ideias populares são acolhidas e respeitadas a fim de construir sentidos compartilhados tem influência da obra de Paulo Freire (1921-1997) e tem sido amplamente difundida nas práticas de educação em saúde, no Brasil, pois se acredita que a educação não é mera transferência de saber, mas um encontro que busca dialogar sobre conhecimentos e explorar coletivamente novos significados acerca do vivido (Freire, 2004; Fernandes & Backes, 2010).

O surgimento da saúde coletiva no Brasil, em meados dos anos 70, com o engajamento de diversos profissionais voltados para as realidades sociais, em consonância com o empenho de vários movimentos sociais importantes, resultou na culminância do Sistema Único de Saúde (SUS), no fim da década de 80 para 90, abarcando o entendimento de educação em saúde mais amplamente, levando em consideração as práticas, costumes e a compreensão de saúde da comunidade a ser trabalhada, pois o compromisso sócio-político com o povo passou a ser uma imposição ética e responsabilidade do Estado (Santos, 2013).

A atenção básica, nesse sentido, surge como estratégia do SUS de ordenamento e descentralização do acesso à saúde, pois se utiliza das Unidades Básicas de Saúde – UBS, como referência de atendimento para a população integrante dos territórios, ou seja, a UBS comporta, assim, a principal porta de entrada do usuário aos demais serviços de Atenção à Saúde no SUS (Brasil, 2006).

1 Graduada em Psicologia – Universidade Federal do Vale do São Francisco - UNIVASF

2 Doutora em Psicologia – Docente da Universidade Federal do Vale do São Francisco - UNIVASF

Através de um longo decurso na saúde pública do Brasil, a EPS se constituiu, não só como modo de vivenciar a prática, mas como política regulamentada pelo SUS, no ano de 2013, através da mobilização de agentes envolvidos na luta por uma sociedade mais equânime (Brasil, 2013).

Dessa forma, o interesse por essa pesquisa partiu de experiências na graduação, na Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, com a perspectiva de valorização dos saberes populares, além de experiências de ensino e extensão, no campo da saúde pública.

Para a elaboração desse estudo, destaca-se como ponto importante a participação em um projeto de extensão sobre o fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), do Sertão do Submédio São Francisco, por meio de atividades artísticas (Cenopoesia, teatro, dança, música, poesia), visando à criação de novos sentidos, acerca do que é culturalmente engendrado com a valorização das expressões subjetivas do público envolvido.

Além disso, a participação no Núcleo de Mobilização Antimanicomial do Sertão (NUMANS), e em algumas edições de eventos, como o Fórum de Mobilização Antimanicomial do Sertão do São Francisco/Mostra de Atenção Psicossocial – FMA, iniciativa do NUMANS e o Congresso de Formação para o SUS/Simpósio de Residências em Saúde do Vale do São Francisco – CONGREFOR, que discutiam a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, a loucura, o SUS, a promoção de saúde, o protagonismo dos usuários do sistema, dentre tantas outras temáticas que são fundamentadas no fortalecimento do SUS.

Outra experiência que oportunizou a ideia desse trabalho foi o Programa de Educação para o Trabalho – PET/SAÚDE, adotado pela UNIVASF, no formato Gradua/SUS, que é uma iniciativa do Ministério da Saúde (MS), em parceria com o da Educação, com o objetivo de formar e aperfeiçoar profissionais, possibilitando debates e vivências nos serviços de saúde, ainda na graduação. O PET/SAÚDE atua com o tripé ensino, extensão e pesquisa e foi formado por grupos de trabalho (GTs) que possuíam diferentes temáticas propostas por cidades circunvizinhas que viabilizaram a inserção dos estudantes no SUS, por meio da preceptoria de profissionais nos serviços, mediados por tutores, que são os professores dos cursos de saúde da universidade. O GT1, que teve a participação das autoras, trabalhou com o tema de saúde mental na atenção primária em Lagoa Grande-PE, correspondendo, dessa maneira, à proposição do município, que percebia a demanda desses conteúdos na formação dos profissionais.

Lagoa Grande é um município brasileiro localizado no estado de Pernambuco, que faz parte do polo administrativo integrado de desenvolvimento de Petrolina e Juazeiro, com uma população estimada de quase vinte e cinco mil habitantes por 1852 km². Possui

serviços de saúde como Unidade Básica de Saúde - UBS, que totalizam dez, um Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF, um Ambulatório Médico de Especialidades - AME, um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS e Hospital Geral.

Diante desse cenário, destaca-se a importância do agente comunitário de saúde (ACS), uma categoria profissional regulamentada efetivamente em 2002 pelo MS. O trabalho do ACS visa o acolhimento, e aproximação, das pessoas com o serviço de saúde, por meios de atividades que promovem educação permanente (Barros et al, 2010). Essa categoria é relevante para o trabalho em saúde por ter contato direto com a população e fazer parte do mesmo ambiente cultural e social da comunidade. Porém, o processo formativo desses profissionais, que não se dá no nível superior, é muitas vezes negligenciado pelos poucos espaços de interlocução que lhes são propiciados na prática (Loureiro, et al 2017). Diante disso, o processo histórico da formação desses agentes possibilita compreender essas lacunas, que hoje se tenta reduzir por políticas públicas propostas pelo MS, como por exemplo, a criação das Escolas Técnicas do SUS (Barros et al, 2010).

Assim, essa pesquisa pretendeu proporcionar legitimidade aos conhecimentos desses profissionais, possibilitando o diálogo e a troca de saberes, a fim de produzir novas significações das experiências vividas no território, com o mote da saúde mental, e contribuir com a instrumentalização do trabalho em saúde desses atores. Ademais, quis-se delinear a compreensão de educação em saúde dos profissionais participantes da pesquisa, além de fomentar a discussão de temas relevantes no campo da saúde mental, através da educação popular em saúde, por meio do método de Círculo de Cultura freiriano, e também, impulsionar a concepção de educação popular em saúde nos processos de trabalho dos agentes comunitários de saúde.

Diante do exposto, a educação popular em saúde foi discutida por meio de uma metodologia chamada círculo de cultura que possibilitou a disseminação de conteúdos, na qual a interlocução é um princípio básico, pois, acredita-se na facilitação do processo educativo, nessa perspectiva.

Método – o caminho percorrido

O presente trabalho é fruto de uma pesquisa-ação de caráter qualitativo, que utilizou o círculo de cultura de Paulo Freire, para discutir os assuntos propostos nos objetivos desta pesquisa.

O método qualitativo diz respeito ao modo de fazer pesquisa no qual existe uma variedade de técnicas de análise que abarcam o estudo de grupos sociais ou ações individuais que geram a investigação de dados de forma acentuada em abrangência e profun-

didade e que demanda do pesquisador uma intuição teórica baseada na sua formação e prática, além da capacidade criativa (Mansano, 2014).

A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa baseada na experiência que é gerada e realizada por meio de uma ação ou ainda, que visa à solução de uma questão coletiva em que os pesquisadores e participantes estão implicados de maneira cooperativa no contexto desse problema. Ou seja, os destinatários do projeto não são objetos de estudo, mas agentes ativos que auxiliam diretamente na transformação da realidade (Ferraz de Toledo & Jacobi, 2013).

O diário de bordo é uma ferramenta de registro de dados que auxilia na reflexão crítica da prática do pesquisador, pois permite o contato com suas próprias afetações e percepções, demonstrando em seus relatos registros subjetivos da realidade (De Oliveira, Gerevini & Strohschoen, 2017).

O Círculo de Cultura é um encontro entre pessoas ou grupos que pretende realizar momentos de trocas culturais ou discussões pedagógicas, intencionando um processo de ensino-aprendizagem dos seus componentes (Leite Meirelles Monteiro & Vieira, 2010). É um espaço, segundo Freire, onde as pessoas têm a palavra e podem expressar seus saberes livremente. O objetivo central é aprender com o outro de forma dialógica e em “reciprocidade de consciências” (2004). Nesse formato de grupo, não há um professor que ensine, mas um coordenador de debates, que se coloca, o menos possível, a fim de permitir a livre expressão dos participantes e a interlocução de seus discursos, pois se acredita que o círculo de cultura permite a exploração coletiva das significações, já que a nossa identidade se constitui de forma social. Ao animador de debates, cabe possibilitar o intercâmbio de experiências, preservando as subjetividades e a participação de todos os componentes (Leite Meirelles Monteiro & Vieira, 2010). Cabe destacar aqui que, na pesquisa em questão, coube à autora e proponente fazer o papel de mediadora.

As etapas de realização do círculo de cultura baseado em Leite Meirelles Monteiro, (2016) abarcaram o seguinte modo de condução, em cada encontro: 1) Conhecer os conhecimentos do grupo acerca do tema que se quer trabalhar; 2) Utilizar dinâmica que viabilize a apresentação ou sensibilização do tema para os participantes; 3) Problematicizar alguma questão relevante para compreender as noções populares sobre a temática; 4) Reconhecer que o círculo de cultura não se limita aos saberes populares, assim o animador de debates deve levar ao encontro algum material teórico que subsidie o assunto baseado na realidade do grupo em questão; 5) Considerar a reflexão teórico-prática como o momento em que se oportuniza uma discussão a respeito do conteúdo científico trazido, contemplando as experiências de modo em que nenhum saber se sobreponha ao outro; 6) Sugerir uma “elaboração coletiva das respostas” retomando o questionamento inicial

proposto; 7) Fazer uma síntese dos assuntos debatidos mais significativos, no círculo de cultura; 8) Promover a avaliação do grupo, no momento final, buscando fundamentação de encontros subsequentes, com a seguinte questão: “O que você, diante deste encontro, aprendeu e ensinou?”.

A pesquisa aconteceu no Centro de Especialidade de Atendimento – CEAME de Lagoa Grande-PE, pelo fato de a pesquisadora ter acesso a esse espaço, por meio do seu estágio profissionalizante do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). Houve quatro encontros que variaram de uma hora e meia a duas horas. No primeiro deles, houve a apresentação dos objetivos da pesquisa, a nove Agentes Comunitários de Saúde convidados, que aceitaram inicialmente se envolver nesse estudo. O convite para os ACS aconteceu por intermédio da solicitação do coordenador do NASF, aos enfermeiros de duas Unidades Básicas de Saúde, que repassaram a mensagem aos ACS. O público selecionado para compor a pesquisa foi escolhido por conveniência, por conta da proximidade entre as UBS em questão e do CEAME.

Os critérios de inclusão utilizados no trabalho foram: agentes comunitários de saúde do quadro efetivo da Prefeitura Municipal de Lagoa Grande-PE, com idade entre 18 e 60 anos, de ambos os sexos, concursados e com atuação de pelo menos um ano no cargo e que estivessem disponíveis a participar de forma voluntária. Foram excluídos os indivíduos em condição de afastamento do trabalho ou de licença a maternidade.

No primeiro encontro, foi feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram explicitadas dúvidas que surgiram sobre a pesquisa pelos participantes, para que os mesmos pudessem assinar o documento, caso quisessem, o que de fato aconteceu. Além disso, foram colhidos temas em saúde mental, elencados pelos agentes comunitários de saúde, sendo eles, sucessivamente a “medicalização da vida”, as “drogas” e o “suicídio”, que serviriam como assuntos de diálogos, nos encontros que se seguiram.

No segundo encontro, compareceram quatro agentes comunitários de saúde e a participação da psicóloga do NASF. Com base na metodologia pretendida, inicialmente, questionou-se os conhecimentos do tema da medicalização aos participantes. Após isso, foi exibido um vídeo sobre o uso indiscriminado de medicações, demonstrando os efeitos colaterais que eles produziam, além da dependência excessiva de seus efeitos.

Depois da exibição desse material, fez-se a seguinte indagação aos trabalhadores: “Por que, na opinião de vocês, a medicalização é um tema tão recorrente?” Após ouvir as respostas, fez-se a leitura em grupo de parte do texto de Eliane Brum (2016), intitulado “Exaustos-e-correndo-e-dopados”, para fins de discussão sobre os novos modos de vida contemporâneos que abarcam uma intensa jornada de trabalho e adoecimento psíquico,

retomando-se, novamente, a questão acima descrita. Por fim, suscitou-se uma síntese dos assuntos discutidos no dia, e se avaliou o encontro.

No terceiro encontro, para dialogar sobre a temática das substâncias psicoativas, perguntou-se o que os profissionais pensavam a respeito do assunto em pauta. A partir daí, mostrou-se algumas fotos com as seguintes drogas: café, cerveja, crack, cocaína, cigarro, maconha, energético, medicamentos, e chá, para explicitar que toda substância que provoca algum tipo de efeito cerebral é droga, seja ela lícita ou não. Dessa maneira, introduziu-se uma questão aos ACS: “Por que, na opinião de vocês, as drogas são um tema tão debatido?” Em seguida, para aprofundar esse ponto -- após as respostas dos colaboradores --, leu-se conjuntamente um recorte, feito pela autora, de um capítulo do módulo do Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento – SUPERA, em sua nona edição, produzido pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas – SENAD, para debater sobre os aspectos sociais que influenciam o olhar do usuário, seja ele dependente ou não. A partir daí, retomou-se a indagação proposta e elaborou-se a síntese dos conteúdos discutidos no círculo de cultura. Por último, realizou-se a avaliação do encontro.

No quarto encontro, o assunto debatido foi o suicídio e, para iniciar a conversa, perguntou-se quais conhecimentos os ACS tinham sobre o tema. Após isso, foi apresentada, para eles, uma tabela sobre mitos e verdades, retirada de uma cartilha chamada “Suicídio Informando para Prevenir”, produzida pelo Conselho Federal de Medicina, em 2014. Dessa forma, discutiu-se o porquê, na opinião dos ACS, o suicídio é tão prevalente. A partir dessas elaborações, foi repassado um material que discorre sobre a conceituação da crise psicológica³, fatores de risco e proteção, e o manejo de profissionais de saúde, em relação às pessoas que tentam praticar o suicídio. Assim, retomou-se a indagação feita acima e se produziu a síntese do encontro, além de realizar a avaliação do mesmo.

Para analisar os dados da pesquisa utilizou-se a Análise de Conteúdo de Bardin (2011). O material analisado, por sua vez, constituiu-se das narrativas dos participantes, de um questionário semiestruturado aplicado em todos os encontros, anotações dos diários de bordo da pesquisadora, e também, da gravação de todos os encontros em formato de áudio mp3. A análise de conteúdo de Bardin (2011) diz respeito a uma técnica de análise de dados que pretende investigar conhecimentos que se dão nas comunicações, de maneira crítica, na tentativa de inferência de outras significações, sejam elas manifestas

3 Esse material foi produzido pela psicóloga Erika Marta, utilizado normalmente em oficinas formativas no Centro de Estudos e Práticas em Psicologia – CEPPSI da UNIVASF.

ou latentes. O objetivo deste procedimento metodológico é analisar o material textual independentemente de sua origem. Essa técnica possui três fases, sendo elas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A primeira fase refere-se ao momento em que se dá a leitura flutuante, ou seja, o primeiro contato com o texto, a fim de demarcar o que será analisado para a formulação de hipóteses e elaboração de indicadores. A exploração do material – segunda fase -- faz parte do momento de categorização do material e identificação das unidades de sentido que deverão possibilitar a contagem de frequência das mesmas; e a terceira fase concerne à percepção dos resultados, com o propósito de fazer inferências de forma crítica ou intuitiva, baseando-se teoricamente sobre os conteúdos analisados no texto, culminando assim, na sua interpretação.

É importante ressaltar que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNIVASF, sob o protocolo 87744218.3.0000.5196, e que tendo sido, todos os critérios das resoluções 466/2012 e 510/2016, no que diz respeito à pesquisa com seres humanos, foram obedecidos.

Salienta-se que o nome dos participantes foi substituído, neste trabalho, por nomenclatura de flores típicas do sertão brasileiro, como forma de prestar sigilo as suas contribuições e, além disso, enaltecer a diversidade da comunidade integrante, abarcada nesta pesquisa.

Resultados e discussões

A partir dos objetivos do estudo e dos achados da pesquisa submetidos à Análise de Conteúdo de Bardin (2011), surgiram classes temáticas. Dessa forma, a seguir, cada uma dessas classes será debatida com os pontos que se sobressaíram e se denominam como categorias.

Compreensão de educação em saúde a partir de uma perspectiva médica

A assistência à saúde acontece a partir da lógica de educação em saúde que o profissional possui, o que se revela nos seus discursos e na sua prática. Foi possível perceber, por meio do debate nos círculos de cultura, uma visão unilateral das questões em saúde, dada a forma de conceber os fenômenos, apenas em uma perspectiva médica.

Notou-se, nos encontros, que os ACS, embora provocados a compartilhar suas opiniões a respeito das temáticas, assumiam uma postura predominantemente expec-

tante diante das discussões, ao revés do que a educação popular em saúde propõe, isto é, uma participação ativa e responsável que visa uma co-construção dos atores da realidade vivida (Freire, 2004).

Diante disso, questiona-se: será que os ACS percebem, na prática, a cogestão do cuidado preconizado pelas Políticas de Saúde? Será que as lacunas no processo formativo dos ACS endossam a insegurança sentida e expressa diante de problemáticas complexas como aquelas elencadas pelos mesmos? Será que as lacunas da formação juntamente com a ruptura/baixo investimento no processo de educação permanente tem contribuído para a perpetuação de uma visão biologicista do processo de saúde-doença? Será que tal visão não “denuncia” a compreensão de doença, ainda centrada na lógica do especialista médico? Em que medida essa visão tem influenciado a forma de trabalhar e de cuidar das pessoas?

Diante dessa forma fragmentada de conceber saúde-doença, percebe-se que a atuação em saúde é determinada por crenças pelas quais os trabalhadores se orientam, o que faz a problematização dessas questões ser um importante norte para a contextualização dessas ações.

Assim, sabe-se que a noção de profissionais/especialistas do conhecimento em saúde é fundada em um sentido unidirecional de quem detém o cuidado que, em outras épocas -- antes da revolução científica com base no positivismo --, possuía diferentes ramificações, que não as unicamente fisiológicas (Merhy & Feuerwerker (2009). Para se aprofundar nessa questão, Merhy & Feuerwerker (2009) discutem sobre procedimentos em saúde que se desdobram em tecnologias materiais ou imateriais, sendo, grosso modo, compreendidas consecutivamente como ferramentas de trabalho e saberes. Esses instrumentos seriam toda classe que comporta equipamentos de alta tecnologia e aprofundamento científico, como máquina e medicamentos, usados nas intervenções terapêuticas e denominados, por isso, de tecnologias duras.

No que tange a um direcionamento no momento clínico da preponderância do entendimento racionalista e epidemiológico, ou seja, com base em conhecimentos prévios e definidos, por parte do profissional de saúde que pode ter um olhar estruturado sobre o fenômeno em questão, a tecnologia aí empregada chamar-se-á de leve-dura.

Em relação às interações entre o profissional e o usuário, que se dão dentro de um encontro que permite trocas afetivas, por meio da escuta atenta e comprometida com os modos de vida, a singularidade, as peculiaridades do contexto e cultura, imprime-se, a partir daí, a construção de um vínculo que permite o enriquecimento do trabalho em saúde e que pode ser intitulado como tecnologia leve.

Por conseguinte, observou-se a existência de um apelo em direção à compreensão de tecnologias duras de cuidado pelos ACS, como demonstrada na dificuldade em envol-

ver-se proativamente com a pesquisa, para expor, por exemplo, o significado, para os ACS, dos temas eleitos por eles mesmos, como se pode perceber na fala de uma participante: “eu acredito ter ensinado muito pouco sobre a realidade da minha área” (Muçambê). Além do mais, essa questão foi realçada com a impressão da pesquisadora, no que diz respeito ao comportamento expectante dos ACS, quando instigados a intervir no debate, ou nos círculos de cultura, pois eles aguardavam, embora com entusiasmo, a apresentação das questões apresentadas. E, ainda, em relação a este fato, houve uma ausência de contribuição sobre seus ensinamentos - forma proposta para avaliação dos encontros -, presente na maioria dos pesquisados, pelo menos, no primeiro encontro. Esses pontos podem ser evidenciados no seguinte trecho do diário de bordo da estudiosa:

[...] percebi a implicação de quem estava presente estando muito atento a todas as minhas falas... embora também tenha me levado a um questionamento sobre a possibilidade de troca na nossa relação, já que a Educação Popular em saúde prevê a participação do ensinante nos processos interativos do Círculo de Cultura. Fiquei refletindo sobre a dificuldade que os profissionais têm em relação a falar sobre seus conhecimentos e perceber a importância de suas concepções para a sua prática, além de também entender como relevante as suas experiências, pois existe algo do vivido que é fundamental para o cuidado em saúde, a singularidade do profissional reflete em suas interações.

É notório que a preparação profissional do ACS se dá de maneira diferenciada dos demais trabalhadores de saúde que possuem curso superior, pois os primeiros têm menos momentos de discussões que os demais, por conta do nível de carga horária reduzida em sua formação (Barros et al, 2010). Todavia, a educação permanente se coloca como uma estratégia do SUS, como Política Pública Nacional, com a finalidade de pensar as práticas assistenciais de maneira crítica, e alinhada com a realidade social e com seus determinantes, além de instrumentalizar esses atores nos seus modos de produção de saúde (Ceccim & Feuerwerker, 2004).

A educação permanente se propõe, não só a desenvolver nos profissionais a capacidade de melhoria da assistência prestada, mas também, possibilitar o atendimento aos interesses coletivos, pois, se sabe que o pensar a formação está totalmente ligado ao movimento de transformações e demandas sociais, que, por sua vez, requer do poder público atenção a essas reivindicações e apoio às iniciativas estratégicas que forem necessárias à contribuição para um cenário nacional mais equânime (Ceccim & Feuerwerker, 2004).

Medicalização da vida, Drogas e Suicídio como temas relevantes na discussão das práticas dos Agentes Comunitários de Saúde

A escolha dessas temáticas se deu pelos profissionais que acreditam serem esses assuntos importantes para a realidade de seus trabalhos e, que, segundo eles, seriam problemáticas complexas, difíceis de lidar na rotina de serviço. É importante salientar que as inclinações para a seleção desses assuntos parecem estar aliadas a pressupostos valorativos que ACS iam explicitando, à medida de suas falas, que revelavam opiniões universalizantes acerca desses fenômenos. Todavia, avaliando os discursos ao longo dos encontros, foi possível notar que essa perspectiva foi dando lugar a discussões mais multifacetadas.

Com relação ao tema da medicalização, como conhecimento anterior, os ACS apresentaram ideias relativas a acontecimentos em suas experiências de trabalho, como por exemplo, a automedicação e o uso irregular de medicamentos; a renovação de receitas, durante muito tempo, sem que o usuário conseguisse ter evolução no seu caso; o fato de o usuário não pensar em outros tratamentos sem medicação; e o uso de medicamentos compartilhados com amigos e vizinhos, sem receita médica e de forma indiscriminada.

Todavia, os profissionais envolvidos na pesquisa não conseguiram explicar como se davam essas questões, revelando, mais uma vez, uma dificuldade de reflexão sobre a prática profissional, a qual é fator fundamental para uma práxis comprometida com o existente (Freire, 2004).

Os ACS pontuaram também uma dificuldade de promover uma educação em saúde, eficaz para com a comunidade, pois segundo eles, mesmo com suas intervenções, os usuários não conseguiam reduzir o alto índice de uso da medicação. Uma fala pode apontar para esse ponto:

quando eu ficava sabendo, né? desses casos... eu tentava... explicar pro paciente... é possível viver sem a medicação, só que muitos estão tão dependentes que nem eles mesmos querem largar (Cajueiro).

Dessa forma, essas questões podem refletir a dificuldade de instrumentalização desses profissionais, ou ainda, um trabalho com uma linha verticalizada, que não abre espaço para uma escuta genuína do usuário e impossibilita a conversação, pois seu principal escopo de trabalho em saúde, muitas vezes, advém de profissionais com uma vertente paternalista, a que se pressupõe o repasse de informações. Esse item foi representando em uma fala da autora em seu diário de bordo:

[...] Penso até mesmo que isso não se dá apenas com profissionais de nível médio, mas de qualquer um que não tenha em seu entorno, espaços formativos para repensar suas práticas, ou seja, práticas que são hegemônicas e verticalizadas, no qual se acredita que existe alguém que sabe e deve repassar o conhecimento.

Contudo, após o círculo de cultura, alguns conteúdos foram observados no diálogo, tais como o estilo de vida contemporâneo que exige um ritmo produtivo, como também, padronizado dos indivíduos e que, por isso, acaba muitas vezes por gerar adoecimento. Assim, o medicamento age mascarando os efeitos da “ineficiência” causando, com isso, iatrogênese química e social (Silva & Canavê, 2017). O exposto pode ser visto no seguinte trecho:

[...] foi possível identificar que é muito comum o uso intensivo de medicamentos para melhorar o desempenho pessoal e profissional das pessoas, pois as mesmas encontram-se tão sobrecarregadas... acabando por assim dizer, ficando “doentes”, tendo que recorrer aos medicamentos para conseguir “viver” e obter o sucesso desejado (Cajueiro).

É preciso discutir também um importante fator na realização dessa pesquisa, que é a possibilidade de presença do ACS nos encontros, o que gerou, sem dúvidas, reflexões sobre a implicação dos que se propuseram a estar nos momentos de debate e, além disso, ponderações sobre as condições laborais que facilitaríamos essas questões ou não. Isso levou a importantes considerações a respeito das práticas de trabalho no SUS e aos seus desafios que requerem necessariamente posicionamentos firmes. O trecho a seguir denota esse ponto:

Pelo menos, me fortalece a ideia de que mesmo trabalhando como formiguinha, as pessoas que estavam presentes, podem de alguma maneira utilizar as ideias compartilhadas para disseminar novas questões para a comunidade. Isso me motiva.

A respeito do encontro, onde a temática retratada foi “drogas”, as noções iniciais das ACS giravam em torno de estereótipos em relação ao usuário que, normalmente, atende pela imagem de um agente criminoso ou pessoa em situação de rua. Isso pode ser confirmado com a seguinte fala: “uma pessoa que é viciada... que talvez, como a gente vê na “tevé” né? já mora na rua, que já abandonou a família... (Bromélia do Sertão).”

Ao longo do encontro, porém, essas ideias preconcebidas foram suscitando outras percepções, que não, as de combate sobre as substâncias psicoativas ilícitas, há muito propagadas pela mídia, e que viabilizam a manutenção do *status quo* da pobreza e das figuras em situação de vulnerabilidade, da sociedade (De Araújo & Gomes, 2018). Assinou-se, após o debate, um olhar mais complexo que vislumbrou o uso da droga como um processo não apenas químico, mas com variáveis sociais, afetivas, ocupacionais, psicológicas e relacionais, inferindo, desse jeito, o viés moralista e sua relação com a discussão sobre o tema. A seguir uma fala realça esse ponto:

[...] devemos olhar o indivíduo em sua totalidade, quem é... sua história de vida, o que o levou a determinada situação e dessa forma, quebrar paradigmas e a valoração das pessoas a nossa visão, ao crermos ser certo ou errado” (Bromélia do sertão).

Notou-se uma mudança no comportamento dos integrantes no segundo encontro em relação ao seu engajamento e a sua própria avaliação de atuação no grupo, pois os mesmos conseguiram expressar, em maior grau, suas opiniões e perceber a contribuição que podiam dispor no debate, como frutíferas, deixando, por sua vez, mais claras as suas posições e experiências, na discussão sobre a temática, o que pode ser visto na fala a seguir:

Contribui compartilhando histórias vividas no meu cotidiano, relacionada ao assunto das drogas e expondo minha opinião sobre os pontos expostos (Bromélia do Sertão).

A questão supracitada indica que a valorização da experiência é fundamental nos processos de ensino-aprendizagem, pois abre portas para o verdadeiro encontro com a alteridade e possibilita trocas significativas com os outros, temas estes que, muitas vezes, deixa-se de discutir no currículo acadêmico, mas que pode ser percebido através da abertura do profissional-pesquisador que se depara com esses quesitos.

No que diz respeito à discussão sobre suicídio -- também no último círculo de cultura --, foi possível constatar um maior aprofundamento nas falas dos ACS, embora ainda houvesse, em seus discursos, mitos a respeito do tema, que foram repensados ao longo do encontro. Nesse círculo, portanto, o enfoque de debate foi à prevenção do suicídio, pois, a partir da caracterização do que seria a problemática, se possibilitou pensar em estratégias que visassem a promoção de saúde, pensando na multideterminação de fatores que podem influenciar na saúde. Uma das ACS utilizou a discussão para construir estratégias para

um usuário que, para ela, estava em situação de sofrimento psíquico, pois tinha tido um acidente de trabalho no campo, no qual ficou cego do único olho que enxergava, e estava aguardando uma cirurgia que poderia lhe dar, de volta, a visão no outro olho. Todavia, a profissional indicou que esse indivíduo estava isolado e ocioso. Dessa maneira, por perceber que essas condições não favoreceriam sua saúde mental, ela questionou sobre o que fazer. A partir da conversa que vivenciou, a conclusão da ACS foi: além de marcar consulta no psicólogo, acho que vou falar para ele sobre o grupo de idosos... eles saem juntos, dançam, jogam, interagem... (Jurema D'água). Deste modo, percebeu-se que, além de recursos de auxílio para o acompanhamento da pessoa em situação de adoecimento, houve a necessidade de sensibilização, frente ao sofrimento do outro, que, por meio da escuta atenta, foi apreendida pelos profissionais como fator imprescindível de prevenção ao suicídio (Cescon, Capozzolo & Lima, 2018). Todos esses pontos podem ser observados na fala a seguir:

Devemos ser mais sensíveis e ter um olhar diferenciado, ficando mais atentos a essas causas, procurando ouvir os mesmos sem julga-los e buscando... alternativas para solucionar os problemas em prol da proteção da vida e diminuição do sofrimento (Cajueiro).

Ao longo dos círculos de cultura, obtiveram-se, como desfecho, diversos aprendizados, tanto dos ensinantes, como da mediadora do processo, o que pôde ser descrito no trecho do último diário de bordo produzido pela pesquisadora:

[...] tenho aprendido que o trabalho em Psicologia... requer disponibilidade afetiva. Também é um dever político da tentativa ética da não exaustão. Entretanto, penso ter deixado frutos através de novos olhares. Além de ter tido uma experiência solo pela primeira vez na graduação conduzindo um grupo, no qual me faz sentir cada vez mais psicóloga. Enfim, sempre me sentirei no processo, mas tenho ganhado meu espaço de legitimidade, e sinto isso justamente porque tenho aprendido no contato com as pessoas o respeito ao saber do outro.

Educação Popular como estratégia de ampliação do saber-fazer cotidiano

A educação popular em saúde é uma forma de atuação em saúde que leva em consideração a experiência do outro a fim de manter uma interlocução com este, dado

o fato de respeitar o saber dos indivíduos (Fernandes & Backes, 2010). Vê-se, então, que esse modo de trabalhar é primordial para se oportunizar encontros verdadeiramente significativos, entre o profissional da saúde e o usuário atendido, já que há uma abertura emocional para o vínculo, na contramão da frieza biomédica (Vasconcelos, 2009). Dessa maneira, tem-se este trabalho como um exemplo de prática que pode ser replicado nos mais diversos espaços do município em questão, tanto pela sua aplicabilidade, quanto pela sua aparente eficácia, pois revisitar a atuação profissional é um exercício ético e socialmente compromissado que deve ser contínuo.

Diante dessas questões, deve-se levar em consideração, também, que o círculo de cultura pode ser uma estratégia de potencialização do saber-fazer dos trabalhadores, no território, desde que isso se dê de uma forma horizontalizada, visto que significa um desafio que se interpõe para obtenção de novas posturas no campo da saúde, dada à distanciação de conhecimentos historicamente construída, entre os profissionais e a comunidade, alvo de ações sectaristas (Bonetti, Dos Santos Pedrosa & De Albuquerque Siqueira, 2011).

Para tanto, é preciso questionar-se sobre a possibilidade de produção de saúde fora do eixo da problematização, já que os trabalhadores de saúde precisam ter em vista os determinantes sociais e contextuais da saúde, pois a existência humana não se dá fora de um contexto biopsicossocial e, muitas vezes, a discussão se volta, erroneamente, apenas para o sentido orgânico, além de se apresentar enviesada por um único discurso, o do especialista médico.

Foi notório que a prática da educação popular em saúde, a partir desta pesquisa, proporcionou processualmente uma maior participação dos ACS, ainda que, inicialmente, eles se mantivessem passivos, pois se acredita que os encontros propostos oportunizaram um momento para a partilha da experiência desses atores e gerou, com isso, a reflexão de suas práticas e o alargamento de suas concepções. Para tanto, o seguinte trecho do diário de bordo, acentua essa proposição:

[...] sinto que houve troca quando todos os participantes levaram o tema discutido, a medicalização, a questões que eles percebem em sua prática profissional, dado o fato de relatar sobre seu território (destacando questões como espaços de lazer e cultura, que implicam diretamente na promoção de saúde), as pessoas que acompanham e até mesmo de suas vidas pessoais.

Assim, o ato de ampliar o olhar para os fenômenos de sofrimento se configura, sem dúvidas, como político, pois as iniquidades sociais são fatores causadores de adoecimento.

cimento e produto das desigualdades que devem ser combatidas com o enlaçamento das políticas públicas (De Almeida & Athayde, 2015).

Portanto, a finalidade da educação popular em saúde é pensar o processo de saúde como compartilhado, sob uma ótica interdisciplinar, visando que os que antes eram sujeitos a uma lógica servil, se tornem protagonistas propositivos de suas realidades sociais.

Tecituras finais

Os objetivos do trabalho foram alcançados, ainda que parcialmente, pois as proposições de compreender a forma como os trabalhadores, na sua atuação, concebem a educação em saúde, além de suscitar discussões sobre saúde mental, por meio da educação popular em saúde.

Todavia é difícil dimensionar se a concepção de educação popular em saúde pôde ser propelida nos processos de trabalho dos profissionais, pois a formação se deu em um curto espaço de tempo e com um número reduzido de agentes comunitários de saúde, re-alaçando os desafios vividos ao longo da pesquisa e as limitações desse estudo. Além disso, surgiu a indagação sobre o trabalho voluntário em pesquisa com esse público: Seria ele possível dentro das condições de entendimento de saúde que os trabalhadores possuem, dado todo o debate que aqui já foi feito?

Outro ponto a ser pensado é que, ainda que os trabalhadores tenham sido liberados para participar da pesquisa, os mesmos vivenciam um cotidiano de pressão, por atingimento de metas propostas pelo serviço que desempenham, com índices que, muitas vezes, não estão dentro de condições de trabalho ideais e podem desencadear sofrimento psíquico, como relatado por alguns profissionais no desenvolvimento deste trabalho.

Pensando no emaranhado de questões propostas na pesquisa, sugere-se a criação de um núcleo de educação permanente em saúde que vise trabalhar com temáticas fundamentais nos processos de trabalho dos profissionais de saúde do município, já que, a Política de Educação Permanente preconiza a reflexão crítica e continuada dos processos de saúde, dos profissionais que compõem o âmbito do SUS. O que se desvela como um investimento para a melhora nos atendimentos e a oportunidade de redimensionamento do custo benefício, no uso de medicações e iatrogenias causadas pelo uso irracional destes, já que, muitas vezes, a falta de atenção no acolhimento em saúde pode acarretar em altos gastos por ações inapropriadas na esfera do cuidado, o que, por sua vez, diminuiria queixas junto à ouvidoria da secretaria de saúde do município. Por outro lado, tudo isso ainda otimizaria o trabalho do NASF que, atualmente, se debruça no município para o trabalho de educação permanente em saúde, pois se sabe que essa é uma das ações que

o serviço propõe, dentre várias outras que fazem parte das obrigações da equipe interdisciplinar.

Dessa maneira, um estudo possível no futuro, poderia ser pesquisar o impacto do trabalho do núcleo de educação permanente, nos índices epidemiológicos em saúde mental, na atenção básica, caso ele seja implantado. Ou ainda, preconizar e estudar a implementação da política de educação popular em saúde, no âmbito da atenção básica, para compreender a efetividade, ou não, dessas noções nos processos de trabalho dos profissionais de saúde, que pertencem a campos variados do conhecimento.

Por fim, é importante relatar, neste trabalho, os aprendizados e ensinamentos por parte da autora proponente que, dentre vários saberes, destaca-se o de perceber o fazer da Psicologia como um compromisso ético-político e indissociável das mais diversas realidades sociais, bem como, entender que o trabalho do psicólogo requer que este se permita o deixar-se ser afetado pelo inesperado das relações, e, principalmente, pelo saber que vem do outro que, em sua singularidade, comporta múltiplos sentidos que devem ser acolhidos e reificados na interação que deve ser por isso criativa.

Como ensinamentos, destacam-se a promoção de discussões em saúde mental, aprofundadas nos conhecimentos epistêmicos e políticos, das temáticas escolhidas pelos agentes comunitários de saúde.

Concluindo o estudo, seria impossível deixar de notar que a prática do psicólogo que leva em consideração a relação entre educação e saúde, em uma perspectiva freiriana, acaba por possibilitar que aflore uma nova ótica de trabalho em saúde, que desaguam em panoramas que agora andam de mãos entrelaçadas com o conhecimento do povo e suas diversas facetas, excluindo, dessa forma, uma “educação bancária”, que visa a introdução de estilos de vida autoritários, isto é, aqueles que se orientam pelos padrões das elites e excluem os demais modos de ser.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Suicídio: informando para prevenir. 2014.

BARDIN, Lawrence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: edições, v. 70, p. 225, 1977.

BARROS, Daniela F. de; et al. *O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil*, 2010.

BONETTI, Osvaldo P.; DOS SANTOS PEDROSA, José I.; DE ALBUQUERQUE SIQUEIRA,

Theresa C. Educação popular em saúde como política do Sistema Único de Saúde. *Revista de APS*, v. 14, n. 4, 2011.

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

BRASIL. Portaria n° 2.761/GM/MS, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). *Diário Oficial da União*, 2013.

BRUM, E. Exaustos-e-correndo-e-dopados. Brasil; *Revista El País Brasil*. 2016. Disponível em <https://brasil.elpais.com/brasil/2016/07/04/politica/1467642464_246482.html> Acesso em 10 jul., 2016.

CECCIM, Ricardo B.; FEUERWERKER, Laura. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: revista de saúde coletiva*, v. 14, p. 41-65, 2004.

CESCON, Luciana F.; CAPOZZOLO, Angela A.; LIMA, Laura C. Aproximações e distanciamentos ao suicídio: analisadores de um serviço de atenção psicossocial. *Saúde e Sociedade*, v. 27, p. 185-200, 2018.

DE ALMEIDA, Aline R.; ATHAYDE, Filipe T.S. Promoção da saúde, qualidade de vida e iniquidade em saúde: reflexões para a saúde pública. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 9, n. 2, p. 165-172, 2016.

DE ARAÚJO, Joana C.A.; GOMES, Luiz G. A. *Redução de danos: um novo olhar da Psicologia para uso abusivo de álcool e outras drogas*. TCC-Psicologia, 2018.

DE OLIVEIRA, Aldeni M.; GEREVINI, Alessandra M.; STROHSCHOEN, Andreia A.G. Diário de bordo: uma ferramenta metodológica para o desenvolvimento da alfabetização científica. *Revista Tempos e Espaços em Educação*, v. 10, n. 22, p. 119-132, 2017.

FERNANDES, Maria C.P.; BACKES, Vânia M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n. 4, p. 567-573, 2010.

FERRAZ DE TOLEDO, Renata; JACOBI, Pedro Roberto. Pesquisa-ação e educação: compartilhando princípios na construção de conhecimentos e no fortalecimento comunitário para o enfrentamento de problemas. *Educação & Sociedade*, v. 34, n. 122, 2013.

FREIRE, Paulo. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: *Educação e mudança*, v. 18, 2014. Paz e Terra, 1987.

LEITE MEIRELLES MONTEIRO, Estela M.; FRANCENELY CUNHA VIEIRA, Neiva. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. *Revista brasileira de enfermagem*, 2010, 63.3.

LEITE MEIRELLES MONTEIRO, Estela Maria. *Educação popular em saúde*, 2016. Disponível em <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3328>. Acesso em 15 mar. 2016.

LOUREIRO, Lucrecia Helena et al. O trabalho e a formação do agente comunitário de saúde. *Revista Práxis*, v. 9, n. 17, p. 103-111, 2017.

MANSANO, Sonia R.V. O método qualitativo nos estudos sociais aplicados: dimensões éticas e políticas. *Revista Economia & Gestão*, v. 14, n. 34, p. 119-136, 2014.

MERHY, Emerson E.; FEUERWERKER, Laura C. *Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde*, p. 59, 2016.

SANTOS, Marta Alves. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. *Revista Katálysis*, p. 16.2: 233-240, 2013.

SILVA, Livia M.; CANAVÊZ, Fernanda. O Estudo da Medicalização da Vida e suas Implicações para a Clínica Contemporânea. *Revista Subjetividades*, v. 17, n. 3, p. 117-129, 2018.

SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. *O uso de substâncias psicoativas no Brasil*. Módulo 1. 2016. Link: <http://www.supera.senad.gov.br/>.

VASCONCELOS, Eymard M. Espiritualidade na educação popular em saúde. *Cad. Cedes*, v. 29, n. 79, p. 323-34, 2009.

O CUIDADO NA CLÍNICA FENOMENOLÓGICA EXISTENCIAL: DO ÉTOS À PERPLEXIDADE

DARLINDO FERREIRA DE LIMA¹

“(O terapeuta) ... faz de sua prática um desafio permanente de ‘curar’ como vive e de viver como ‘cura’, sem nunca esquecer o ‘cuidado’ ou o ‘cultivo’, da potência vital de todos”.

Barembliitt, G. (1997:41)

Introdução

A possibilidade de refletir sobre as condições e, muitas vezes, as imposições que os desafios de nosso fazer clínico teima em nos colocar continuamente, torna-se uma necessidade para todos que se preocupam e se implicam numa práxis responsável. Não obstante, muitos de nós, comumente conhecidos como profissionais Psi, deixamo-nos sucumbir diante da dificuldade de tentar articular alguns matizes de entendimento, que nos pedem construção, quando da nossa passagem pelas diversas teorias e práticas que aprendemos na academia e fora dela. Os vários anos de prática profissional ajudam-nos a amortizar as ansiedades e as angústias que este fazer suscita. Mas, por outro lado, não nos retira da encruzilhada de temas e desafios que se apresentam, muitas vezes, como mistérios a serem desvendados em nossas vidas profissionais.

Parece-nos que é muito comum o profissional da Psicologia, em especial da clínica, entrar em contato muito cedo com o que Figueiredo (1995) chamou de “multiplicidade oficial da Psicologia”, ou seja, uma série de conceitos, formas de atuação, campos epistemológicos. Dar-se conta de que caminha por searas deslizantes, escorregadias, muito mais *locus* de procura, questionamento, do que de encontros e certezas. Esta riqueza epistemológica e teórica parece ser rechaçada, por um lado -- principalmente por perspectivas teóricas que visam procurar leis e normas que possibilitem principalmente o controle sobre os fenômenos --; e, por outro lado, por perspectivas mais flexíveis que visam mais um acompanhar do desenrolar dos fenômenos, ao mesmo tempo em que, hermeneuticamente, buscam sua compreensão.

Desde cedo, em nossa formação, sentimo-nos diante de demandas teóricas, de perplexidades do fazer da prática e, de uma forma ou de outra, sofremos um chama-

1 Doutorado em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo e Professor da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

mento, uma “con-vocação” para nos posicionar diante de cenários que muitas vezes nos pareciam dantescos.

Em outro trabalho (Lima, 2002), demo-nos conta de algumas possibilidades de compreensão da imensa tarefa que é lidar com o fazer clínico. A escuta e o cuidado se mostraram, no próprio exercício do trabalho, como dimensões fundamentais para melhor compreendermos nossa complexidade como terapeutas. Permitimo-nos contextualizar, em certo sentido, o que fazemos com o que nos é demandado nos consultórios, ambulatórios, comunidades, academia, enfim, nos mais diversos campos por onde transitamos.

Portanto, pretendemos, neste trabalho, apontar para a importância do cuidado e algumas de suas implicações para o fazer clínico. Partiremos sempre de nossa própria experiência, enquanto ponto fundamental de compreensão, mas também, levaremos algumas considerações teóricas propostas por autores como Heidegger (1999), sobretudo quanto à analítica existencial, e também, de Boff (2001), quanto à dimensão ética do cuidado.

Ressaltamos que estas reflexões servem apenas de ponto de partida, dito de outra forma, apenas de um a partir de, e não deve se confundir o fazer clínico com a reflexão teórica abstrata. Um psicólogo clínico terá sempre, como chão, a experiência de seu fazer que o remeterá a questionar a teoria que, após a reflexão, fechará o anel recursivo voltando-se novamente para sua prática. Assim, fecharemos nossa reflexão com algumas pontuações sobre o fazer clínico, a partir da dimensão do cuidado, como condição ontológica do ser-no-mundo.

Tematizando a noção de cuidado

Chegar ao tema do cuidado não é para nós é algo difícil, sobretudo, quando este assunto se enraíza sempre num dado tempo e espaço. A primeira questão, antes mesmo de procurar contextualizar o cuidado em uma época histórico-cultural, é procurar estabelecer a diferenciação que comumente empregamos para a palavra cuidado. Assim, Boff (2001:33) ajuda-nos nesta tarefa, quando afirma:

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Nesse sentido, Boff (ibid.), em seu livro Saber cuidar. Ética do humano - compaixão pela terra, convida-nos a assumir outra forma de perceber e de se colocar diante do cuidado, tornando-o dimensão constitutiva do homem. Nessa interessante obra, ele situa

a necessidade de pensar o cuidado como uma ampla demanda que, mais do que simples necessidade individual, instala-se como uma crise ética planetária. Para o autor, o cuidado foi perdendo, ao longo da história, a dimensão do humano nele contida, neste contexto. Re-visitar essa questão pode trazer um entendimento a respeito do desenvolvimento civilizacional, bem como, constituir instrumento de intervenção nesse processo.

Se aceitarmos a posição de Boff (ibid.), que entende a demanda de cuidado como algo mais visível a partir da crise da cultura², no âmbito das vivências cotidianas dos sujeitos, quais seriam os indícios dos entraves existentes nos processos civilizacionais da contemporaneidade? E nos aponta, como exemplo, questões referentes à exploração do trabalho infantil, pela lógica capitalista do mercado; a política econômica mundial, que produz a exclusão social; a transformação dos elementos da cultura e tradição, como objetos de troca, instando a sociedade do espetáculo e do simulacro; ao pouco caso com o meio ambiente; aos desafios ecológicos de um desenvolvimento sustentável; etc.

Para Boff (ibid.), buscou-se outras saídas para esse cenário, via três caminhos possíveis: o cientificismo, que se mostrou insuficiente em resolver os problemas do homem, quando não provocou outros tantos problemas que põem em perigo a própria raça humana; o “complexo de Deus”, ou uma tentativa de renovação do teocentrismo medieval, aliado a uma mercantilização da religião; e, por fim, o “realismo materialista”, que é compreendido como a inevitabilidade das coisas e das situações, que leva o homem a viver sua dimensão material, sem levar em consideração outras, como, por exemplo, a dimensão espiritual. Em todos esses caminhos, o fracasso se fez presente alertando, cada vez mais, para a condição de fragilidade do humano e a necessidade do cuidado. Não que esta questão do cuidado seja algo novo; pelo contrário, Leloup (2000:10), no livro *Cuidar do Ser*. Filon e os terapeutas de Alexandria, aponta-nos que, mesmo antes do início da era cristã, havia pessoas ocupadas com o cuidado. Dessa forma, esse teórico ajuda-nos a refletir a importância dessa dimensão do humano, sobretudo, quando afirma:

[...] como sacerdotes, médicos, psicólogos e educadores, os Terapeutas de Alexandria constituem, para os pós-modernos, uma admirável referência histórica a inspiradora de uma abordagem transdisciplinar...

A possibilidade de ampliar o debate, a partir da questão do cuidado, leva-nos a tecer algumas considerações procurando delinear os conceitos mais importantes, tanto

2 Parece-nos que Freud também aponta de alguma forma para essa temática quando publica os textos: *Futuro de uma Ilusão*, *Mal-estar da cultura* e *Moisés e o monoteísmo*.

para Heidegger, ontologicamente, quanto para Foucault, numa ênfase mais ético-estética e política. Ressaltamos, entretanto, que nossa intenção não é de promover um aprofundamento vertical na obra desses autores, pois, seria inviável pretender esgotar a discussão sobre o tema, diante da amplitude e complexidade que envolve tais trabalhos.

Portanto, a noção de cuidado será aqui abordada num sentido particular, por meio de uma espécie de delimitação que possibilite enfocar sua dimensão ontológica, ou seja, tentando situá-la na dimensão constitutiva da condição humana, assim como, com base em uma visão estilística da existência, na sua forma mais criativa e ética.

A angústia e o cuidado

A angústia, como um fenômeno existente na dimensão das vivências cotidianas do ser humano, parece-nos que perpassa constantemente as várias eras históricas e perspectivas culturais, sendo diretamente influenciada, e influenciando, a construção das diversas culturas e formas de vida do humano. Dessa forma, falar de angústia suscita a necessidade de, também, falar de cuidado.

Existe a possibilidade de promover uma aproximação da compreensão do cuidado, por meio de um olhar crítico que possa enxergar a partir dessa dimensão constitutiva do homem. Nesse sentido, passamos, inexoravelmente, pela construção filosófica de Martin Heidegger (1889-1976), principalmente, pela ênfase que este dá à angústia, como disposição fundamental para apropriação de si no mundo. Assim, ao nos deter no âmbito das vivências cotidianas do homem, é impossível desatrelar o cuidado e a angústia; em todos os momentos em que nos propomos a cuidar de outrem estamos, de alguma forma, atualizando a pré-ocupação com este e conosco.

Para Merleau-Ponty (1975), a angústia é um dos elementos fundamentais na vida das pessoas. Baseando-se em seus estudos da fenomenologia heideggeriana, o teórico em pauta promove uma rica discussão com as tentativas de positivação do sofrimento humano, pelas perspectivas psicoterápicas de sua época. Além de uma disposição ontológica, a angústia serve também de farol para refletirmos sobre o tipo de cultura que se está construindo.

Diferentemente das históricas encontradas pelos achados psicanalíticos, em seus escritos iniciais, ou mesmo das sequelas daqueles que voltaram da 2ª Guerra Mundial, na contemporaneidade, a angústia faz-se presente na vida das pessoas por uma espécie de vazio existencial chamado tédio. Compreendemos, dessa forma, a forte intersecção entre o sujeito e a cultura, cuja linguagem, ou falta desta, parece traduzir-se nos dias atuais principalmente pela depressão e transtorno de ansiedade generalizado.

Mas quais as raízes constitutivas que a angústia possui para que se configure nesta companheira inseparável do homem? Para poder compreender a importância da angústia e sua relação com o cuidado é importante aproximarmos-nos de alguns conceitos-chaves da perspectiva ontológica de Heidegger. Porém, antes da abordagem do tema – o que o fazemos sem maiores pretensões de oferecer um aprofundamento na construção filosófica heideggeriana e de tentar situar o cuidado nesse contexto –, faz-se necessário recorrermos ao conceito de angústia, proposto por Boss (ibid.: 27-28), quando afirma:

Estas chamadas angústias internas das crianças e dos adultos fóbicos, também são sempre medos da destruição e do não-poder-mais-ser deles próprios... ela (angústia) é sempre medo da morte, medo pelo estar-aí (Dasein) e medo da destruição deste.

Etimologicamente, a palavra “cuidado” pode ser compreendida a partir de Boff (2001:91), como uma derivação da palavra latina *cura* que, em sua forma mais arcaica, tomava a nomenclatura de *coera*, amplamente usada numa dimensão relacional de amor fraternal. Percebemos, no entanto, que, em seu uso latino, cuidado é uma forma situada da cura, pois só se pode cuidar de alguém se este alguém estiver no mundo e for importante para quem cuida. Dessa forma, o termo cuidado leva-nos a uma primeira compreensão que diz respeito a uma atitude de “desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato”.

Rocha (2000:59) lembra-nos que, na obra de Heidegger³ -- ao se referir ao mito do cuidado criado por Hygino --, a palavra cura é traduzida como cuidado, mas que, neste sempre, há uma dimensão de preocupação e angústia:

Podemos dizer, utilizando as próprias palavras de Heidegger, que “em sua essência, o ser no mundo é cura” e que “a angústia, como disposição fundamental, pertence à constituição essencial da pre-sença⁴ como ser-no-mundo”. Cura, cuidado e angústia, portanto, fazem parte da constituição essencial do ser-aí como ser-no-mundo.

Para nos aprofundarmos na discussão sobre o cuidado, faz-se necessário realizar uma compreensão de alguns conceitos utilizados por Heidegger para descrever sua analítica existencial. Não sendo possível, entretanto, um aprofundamento mais sistematizado

3 Refere-se à analítica existencial em *Ser e tempo*. HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

4 Aqui, Rocha está citando literalmente a obra de Heidegger e, nesta, Dasein é traduzido como pre-sença.

sobre esses temas, faremos apenas uma aproximação “cuidadosa” que possa resguardar seu sentido original e, ao mesmo tempo, nos sirvam de suporte para caminharmos na constituição do homem como cuidado. Critelli (1996) ajuda-nos a entender que a jornada filosófica promovida por Heidegger foi trilhada na tentativa de promover um apelo ao Ser, o que foi realizado com uma crítica sistematizada à abordagem filosófica, conhecida como metafísica que, dentre outras coisas, confunde o Ser com os entes⁵. Para Heidegger, o Ser não se reduz ao ente homem.

Heidegger (1999) parece estar interessado no homem em sua dimensão de existencial, partindo de uma analítica da existência, que tem como ponto de preocupação central o Ser e não o homem como ente. Este último é compreendido como um tipo de ente especial que é constitucionalmente a abertura privilegiada para a emergência do Ser. Se o *Dasein*, nome utilizado para representar o ente homem, não pode ser confundido com o Ser, será, então, um modo de Ser, um modo de compreensão do Ser, que sempre estará num dado mundo e tempo, tendo de lidar com sua existencialidade. Como um *Dasein*, termo em alemão que significa “ser-aí”, o homem tem de lidar com sua mundaneidade e com os outros entes existentes no mundo, também chamados entes-intramundanos, ou seja, tem de aprender a lidar com sua condição de estar-lançado ao mundo com as coisas e os outros. Para Heidegger,

Ser é presentificar-se, o que não se apresenta não é Ser. Ai está implicado o lugar da presença que é o *Dasein*. Só há Ser porque há homem. Presença é mostrar-se (não é voz reflexiva), mostrar-se é impessoal, radical. Ser é o puro mostrar-se, é mostraçã pura. Se é verdade que Ser é mostrar-se, o lugar da mostraçã é o *Dasein*. Só o homem compreende Ser. Se não houvesse um ente com essa possibilidade ontológica de mostrar-se não haveria Ser.⁶

Heidegger (1999: 92) criou o conceito de existenciais para designar as estruturas ontológicas do *Dasein*. O Ser-em diz respeito à constituição ontológica do *Dasein*, ou seja, “o Ser-em é, pois, a expressão formal e existencial do ser da pre-sença que possui a constituição existencial do ser-no mundo”. Na medida em que se trata em ser-com, qualquer dicotomia sujeito e objeto se torna diluída, pois só há possibilidade de se entender o Ser se há um mundo que lhe possibilite aparecer. Para Barbosa (1998, p.4),

5 **Ente** é um termo usualmente utilizado nos escritos filosóficos para designar tudo aquilo que se encontra no mundo. Ex: lápis, pedra, árvore, cachorro, homem, etc.

6 Anotações da disciplina Fundamentos Filosóficos da Fenomenologia Existencial, ministrada no Mestrado pelo Prof Dr. Jesus Vasquez.

O homem não “é”, primeiramente, para depois criar relações com um mundo, ele é homem na exata medida de seu ser-em, isto é, na exata medida que possui um mundo ou abre sentido para um mundo. Não existe anterioridade entre esses dois movimentos.

Barbosa (ibid.) aponta-nos para a existência de três modos de ser-em, da existência humana, que de alguma forma caracterizam as formas essenciais do existir: *a ocupação, a disposição e a compreensão*.

A ocupação caracteriza-se pela forma primeira como entramos em contato com e conhecemos o mundo. Conhecer, aqui, remete-nos a sua etimologia, ou seja, nascer-junto-a. Nesta relação fundante não há tematização, e as coisas chegam como instrumentos para o ser-em. Esses instrumentos vão abranger, na concepção heideggeriana, não só os objetos intramundanos -- aquilo que está à nossa volta --, mas tudo com que nos deparamos no mundo. Assim, na ocupação, se inverte a perspectiva de que é necessário primeiro ter consciência de algo para se ocupar com esta; pelo contrário, só há consciência daquilo que já nos ocupamos. O lidar com os instrumentos, nessa relação, remete inexoravelmente a outros e termina por formar uma teia de relações significativas que constitui nosso meio fundamental no ser-no-mundo.

Entretanto, o ser-no-mundo também se relaciona com outras pre-senças, que não são reduzidas à dimensão objetos, visto que, também se apreendem como ser-no-mundo. Dessa forma, o homem traz sempre consigo, também, a possibilidade de referência a outros homens. Esta forma de ser é o ser-com. Este, portanto, é um modo de ser, assim como o ser-em, é básico da pre-sença.

Ressaltamos, apenas, que na forma ser-em a relação que se mantém com os outros entes se dá por utensibilidade, as coisas estando “junto-a” se dão por manuseio; o ser-com mantém outra forma de relacionamento dado por solicitude; não sendo reduzida à esfera de instrumento, uma pre-sença diante de outra a solicita numa relação de afetação recíproca, promovendo, assim, originalmente, o reconhecimento de seu ser-no-mundo. A disposição, como outra possibilidade do ser-no-mundo, remete à abertura originária existente na dimensão pré da pre-sença; dito de outra forma, a pré-sença é a abertura que se dá sempre envolvida de um sentimento. Desta feita, a partir do momento que homem existe apreende afetivamente o mundo na e pela afetação que o mundo lhe imprime.

Na disposição, a pre-sença já se colocou sempre diante de si mesma e já sempre se encontrou, não como percepção, mas como um dispor-se no humor... o humor coloca a pre-sença diante do fato de seu pre que, como tal, se lhe impõe

como enigma inexorável. (Heidegger, 1999:190)

A compreensão, na perspectiva heideggeriana, diferencia-se da idéia de uma forma de conhecimento do tipo metafísico. De fato, o conhecer, para fenomenologia existencial, só se dá com base na compreensão. Para Heidegger (ibid.), o ser-no-mundo vive numa certa familiaridade ocupacional (ser-em e ser-com) que inexoravelmente o leva a experimentar remissões significativas. Dito de outra forma, seria como se vivêssemos num mundo já familiar mesmo antes de vivenciá-lo. Essas remissões significativas formam um todo significativo, tanto para o mundo, como para as coisas que nele contêm, como para si próprio, dando a conhecer-nos no mundo.

A compreensão é a condição ontológica que possibilita ao ente homem poder enxergar as inúmeras possibilidades de poder-ser e é justamente em função dessas possibilidades de poder-ser que o *Dasein* se compreende, ou seja, se coloca como questão para si mesmo. De acordo com Almeida (1995, p.33)

O ser-aí vai em direção a seu poder-ser, a fim do qual ele é em seu existir, isto é, em seu ser-no-mundo. Porém, no mundo, o ser-aí está em relação aos entes intramundanos e a outros ser-aí. Junto a estes, o ser-aí cuida de ser, cuidando-se dos intramundanos e em solitudes com os outros.

Esta totalidade ontológica na vivência existencial cotidiana caracteriza-se por estar-a-fim-de-si-no-mundo; a perspectiva caracteriza-se pelo que Heidegger vai denominar de cuidado.

Para Almeida (1999:59), inspirando-se na perspectiva fenomenológica de Heidegger, o cuidado pode ser compreendido como estrutura e ação do ser-no-mundo. A primeira, como dimensão fundamental, que ontologicamente possibilita o homem lidar com sua condição de estar-lançado-no-mundo; a segunda, como toda ação que o homem realiza, ou seja, “o cuidar enquanto agir perfaz a possibilidade do cuidar enquanto origem”. Desta feita, será a partir do cuidado de si e do que está no mundo que podemos ser cuidado e não ter cuidado.

A clínica como cuidado: pondo-se a caminho...

Se já é possível compreender o cuidado como condição ontológica para a existência dos sujeitos no mundo, parece-nos que a Clínica é um dos lugares privilegiados para lidar com o sofrimento que a angústia teima em perpetuar. Contudo, definir a Clínica não é pas-

sível de ser obtido sem correremos o risco de um reducionismo fragmentador, mas, dentre as possibilidades de entendê-la, Barendt (1997:36) parece ter sido feliz quando indica que:

A Clínica não é só Teoria, não é só Método, não é só Técnica, e não é só aplicação dos preceitos codificados por nenhuma corporação. Não deve satisfazer doutrinas de quem quer que seja. A Clínica é o espaço epistemológico da “criação”, da inventiva. Como não existe prescrição para criação, o clínico deve partir da liberdade de criar em colaboração do usuário.

Desatrelar a Clínica da compreensão de ser mais uma disciplina presa ao paradigma positivista, no qual não se pode escapar da premissa em que a teoria ilumina a prática, que por sua vez amplia os horizontes teóricos, é poder situá-la como um fazer *poiesis*. É também trabalhar o saber-fazer clínico como um certo fazer ético, alicerçado no cuidado como um responsabilizar-se-de-si-com-o-outro. Isto porque todo *Pathos* (ou patológico) carrega consigo uma dimensão de paixão e sofrimento, de demanda e de cuidado, de chamamento para uma apropriação de estar-no-mundo tendo que dar conta desde mundo em seu ato de existir.

Tomando por base a nossa prática, nesta perspectiva compreendemos que todo fazer clínico pode ser compreendido como um evento, ou melhor, como uma resposta a um evento, uma atitude cuidadosa diante do outro. O desamparo que o outro nos traz também, em alguma dimensão, diz respeito ao nosso próprio desamparo, pois somos constituídos ontologicamente da mesma matéria: a angústia. Manter a angústia que, em certo sentido, remete a uma dis-posição deste sujeito ético no mundo, promovendo um acolhimento, uma ressonância tonal para seu sofrimento, é desafio a ser perseguido continuamente.

Desta forma, o cuidado na clínica remete também à possibilidade de nos mantermos à pro-cura de ser si mesmo mais propriamente na relação com o outro. Disposição que não se localiza no âmbito da teoria nem da técnica, mas fundamentalmente da ética. Transitar neste espaço-tempo clínico é permitir-se a perplexidade dos encontros e desencontros com o ser-si-mesmo-com-o-outro e toda angústia e sofrimento que esta atitude suscita. De certa forma, podemos situar o cuidado como um dispositivo fundamental para o fazer clínico, mesmo que seja sua condição ontológica. Isto não inviabiliza tentar objetivá-lo e ao mesmo tempo superá-lo rumo aos momentos de apropriação do estar-no-mundo.

Para finalizarmos, podemos inclusive pensar na possibilidade de entender que ir do *éthos* à perplexidade no fazer clínico, é mais que uma atitude de coragem, é, sobretudo, um ato de estar-junto-de, ou seja, de cura.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, F. M. “Aconselhamento psicológico numa visão fenomenológica existencial: cuidar de ser”. In: MORATO, H. T. P. (Org.). *Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa: Novos desafios*. São Paulo. Casa do Psicólogo:1999.
- BARBOZA, M. F. “A noção de Ser no mundo em Heidegger e sua Aplicação na Psicopatologia”. In: *Psicologia. Ciência e Profissão. Revista do Conselho Federal de Psicologia*, Ano 18, vol. 03: 1998.
- BAREMBLITT, G. *Saúdeloucura: A clínica como ela é*. Revista, Ano 1996, nº 05, São Paulo: Hucitec, 1997.
- BOFF, L. *Saber cuidar: Ethos do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BOSS, M. *Angústia, culpa e libertação: ensaios de psicanálise existencial*. Tradução de Bárbara Spanoudis. São Paulo: Duas Cidades, 1975.
- CRITELLI, D. M. *Analítica do sentido. Uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica*. São Paulo: EDUC/Brasiliense, 1996.
- FIGUEIREDO, L. C. *Revisitando as Psicologias: da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos*. São Paulo: Educ; Petrópolis: Vozes, 1996.
- _____. *Sob o signo da multiplicidade*.
- HEIDEGGER, M. *Ser e Tempo*. 8. ed. Petrópolis:Vozes, 1999.
- LELOUP, J.Y. *Cuidar do Ser*. Petrópolis: Vozes, 2000.
- LIMA, D.F. *Compreendendo o sentido da Escuta*. Dissertação de Mestrado - UNICAP, Recife, 2002.
- ROCHA, Z. *Os destinos da angústia na psicanálise freudiana*. São Paulo: Escuta, 2000.

AVALIAÇÃO DA DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM EM CRIANÇAS DE ESCOLAS PÚBLICAS

ANNA LARA ROCHA PINHEIRO PEIXOTO¹ - ANA HELENA BORGUETTI DIAS² - ISABELA MACÊDO SANTOS³
- JENYFFER EMILE DE OLIVEIRA BOMFIM⁴ - LIÉRCIO PINHEIRO DE ARAÚJO⁵ - LUCAS DANIEL SOUZA DE VASCONCELOS⁶
- MARÍLIA GABRIELA CORREIA SERAFIM⁷ - ROBSON LÚCIO SILVA DE MENEZES⁸

Introdução

O presente trabalho é um relato de experiência fundamentado no projeto de extensão realizado pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL) que foi desenvolvido na rede pública de ensino, da cidade Maceió – Alagoas, no período de julho de 2018 a janeiro de 2019, que teve como objetivo avaliar crianças na faixa etária de 6 a 9 anos de idade que apresentassem algum tipo de dificuldade de aprendizagem formal. Após a identificação das crianças com suspeita de dificuldade de aprendizagem, foram avaliadas as áreas cognitivas que apresentavam menor desempenho. Para isso, foram utilizados os instrumentos de mensuração desenvolvidos pela neuroPsicologia e pela neurociência cognitiva.

Inicialmente, necessitamos compreender que a neurociência busca explicar como os processos cognitivos do ser humano surgem, através da atividade do cerebral. Esse conjunto de conhecimentos sobre o sistema nervoso central e suas funcionalidades traz para a neuropsicologia a estrutura cognição, como foco do nosso projeto.

Durante o desenvolvimento do ser humano, podem ocorrer algumas falhas no conjunto de conhecimentos do sistema nervoso central, de forma que, a parte da consciência e a da cognição podem ser prejudicadas, afetando o desempenho do ser humano e a fase do seu aprendizado escolar. As áreas que são afetadas no desempenho do aprendizado são a linguagem, a memória, a percepção, a visão e as funções executivas (HERCULANO-HOUZEL, 2018).

No conjunto de habilidades cognitivas do ser humano, podemos distinguir a linguagem, em especial a linguagem oral, que é conhecida por ser uma das principais fer-

1 Graduada em Psicologia.

2 Graduada em Psicologia.

3 Graduada em Fonoaudiologia/UNCISAL.

4 Graduada em Fonoaudiologia/UNCISAL.

5 Psicólogo e professor da disciplina neuropsicologia da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas/UNCISAL.

6 Graduando em Fonoaudiologia/UNCISAL.

7 Nutricionista e Graduanda em Fonoaudiologia/UNCISAL.

8 Psicólogo, coordenador técnico do Conselho Regional de Psicologia de Alagoas, professor e supervisor de estágio da Faculdade Estácio/AL.

ramentas que diferencia os humanos do resto dos animais. Apesar de a linguagem ser primeiramente atribuída à fala, ela comporta, não só a forma oral, mas também, a forma escrita e a forma de sinais (SEABRA; DIAS, 2012).

A linguagem está diretamente relacionada ao pensamento, pois, é através da linguagem que o ser humano consegue comunicar os conceitos formados através do pensamento. Quando o indivíduo deseja expressar um pensamento, ele codifica em um conjunto de sons aquele conceito que deseja expor e, quando ele ouve os sons captados do meio, transforma-os através de um processo de decodificação para ser compreendido pelo cérebro, como uma nova ideia ou conceito. Então, a linguagem precisa do funcionamento correto, não só dos circuitos e órgãos relacionados à fala e audição, como também, do pensamento e da organização de ideias. Assim, deve haver uma maturação cerebral adequada, o processamento auditivo funcionando corretamente juntamente, com os órgãos da fala e audição, para que o sujeito possa desenvolver a linguagem oral corretamente. Outro funcionamento cognitivo de extrema importância para a expressão da linguagem é a memória, pois a representação interna do pensamento é formada na Área de Broca, para então ser convertida nos estímulos neurais produzindo fala e, para que isso aconteça, o cérebro necessita recaptar dados que já foram anteriormente armazenados e/ou consolidados, formando assim a memória semântica (KANDEL et al., 2014).

A linguagem oral, apesar de ser inata no ser humano, necessita de estimulação externa, ou seja, da formação de relacionamentos interpessoais, logo após o nascimento, até o desenvolvimento completo da mesma para que ocorra a estimulação dos circuitos responsáveis da linguagem. A formação dos circuitos relacionados à linguagem começa nos primeiros meses de vida através da captação de expressões faciais em que os neurônios-espelho são responsáveis e, quando há maturação cerebral necessária, são gravados os primeiros conceitos na memória. Apesar de gramaticalmente a linguagem possuir um conjunto finito de regras e palavras, é possível combinar infinitamente estas variáveis, criando sempre novos conceitos, indefinidamente (PINKER, 2002).

A partir dos conceitos apresentados acima, chegamos ao desenvolvimento das funções executivas, na criança, que têm o papel central no aparato cognitivo humano. Cabe a ela organizar e interligar os processos cognitivos. Sem as funções cognitivas, os processos cognitivos (pensamento, memória, linguagem, atenção, aprendizagem, percepção e etc.) trabalham de forma desordenada, sem manter relação uns com os outros fazendo com que capacidades cognitivas diminuam e algumas se extingam, visto que a própria linguagem necessita do pensamento, da memória, do processamento auditivo, dentre outros, para que ocorra o seu funcionamento correto. Portanto, as funções executivas são responsáveis pelos comportamentos mais complexos do homem, direcionados a

metas e resolução de conflitos emocionais ou externos, e ao controle do próprio comportamento (SEABRA; DIAS, 2013).

Segundo Seabra e Dias (2013, apud GAZANNIGA et al., 2006; LEZAK et al., 2004; MALLOY-DINIZ et al., 2008), algumas capacidades e habilidades que compõem as funções executivas são: a) Planejamento – elaboração de um plano para a execução de uma tarefa; b) Flexibilidade cognitiva -- capacidade de analisar diversas alternativas; c) Memória de trabalho -- capacidade de manter a salvo determinada informação que será usada em seguida, ou de armazená-la; d) Atenção seletiva – capacidade de se manter concentrado em determinada tarefa ou situação e abstrair outros estímulos; e) Controle Inibitório -- capacidade de bloquear determinadas ações que não devem ser expostas no momento; f) Monitoramento -- capacidade de voltar-se para as próprias funções executivas e observar se tudo está correndo bem; g) Organização -- capacidade de manter as informações sistematizadas; e) Priorização -- capacidade de dar importância a ideias e centralizá-las, diante do contexto exigido; f) Manejo do tempo -- capacidade de calcular e estimar o tempo disponível para o início/término da atividade; g) Atenção sustentada -- capacidade de manter-se concentrado em um único estímulo por um tempo prolongado; h) Iniciação e persistência em relação a um objetivo – capacidade de pôr em ação funções executivas anteriores, para concluir uma meta; i) Regulação emocional -- manutenção das expressões de emoções de forma controlada, sabendo reconhecer as emoções e o que as causou.

O transtorno do neurodesenvolvimento é caracterizado pela recorrência das falhas do pensamento em que estão envolvidas as funções cerebrais, como a linguagem, a memória e a percepção (HERCULANO-HOUZEL, 2018).

De acordo com o DMS-5 (2014, pg. 31), o Transtorno do Neurodesenvolvimento é constituído por um grupo de condições que começa no período inicial do desenvolvimento humano, variando desde deficiências específicas no aprendizado ou no controle de funções executivas, até agravos em habilidades sociais ou inteligência.

Em todo o lugar do mundo, é crescente o número de crianças diagnosticadas com algum transtorno do neurodesenvolvimento que afeta drasticamente a vida escolar das mesmas. Esses transtornos podem causar, não só um prejuízo acadêmico, mas também social, pois há um alto índice de transtornos apresentando comorbidades (transtornos antissociais, antidepressivos e desafiadores opositores) e trazendo perdas, não só para o desenvolvimento psicológico da criança, como também, para os meios sociais por ela frequentados diariamente (MIRANDA; MUSKZAT; MELLO, 2013). Dessa forma, a avaliação da linguagem e das funções executivas é fundamental para descobrir possíveis alterações, possibilitando a intervenção correta, e auxiliar o sujeito em treinamentos que promovem a melhoria dos processos cognitivos necessários.

Atualmente, no Brasil, presenciamos diversos problemas na educação vinculada à rede pública de ensino, além das dificuldades relacionadas à falta de infraestrutura das escolas, por desvios de verbas direcionadas ao investimento na educação, e das inconvenientes alterações nas matrizes escolares da primeira infância. Deparamo-nos, também, com diversas adversidades relacionadas ao abandono escolar, pelo fato de crianças passarem pela escola sem mesmo conseguirem ser alfabetizadas; de queixas dos professores em relação à falta de concentração dos alunos, desinteresse, violência e indisciplina, que corroboram com a cronicidade dos problemas de aprendizagem (MAZER; DAL BELLO; BAZON, 2009).

Segundo Gardner (2005), a mudança mental provocada pela frequência da criança à escola é muito significativa o que sustenta a colocação de que as escolas têm desempenhado um papel imprescindível, não só na educação, mas em todas as esferas (sociais, emocionais, familiares, cognitivas, entre outras) que se interpõem e proporcionam condições, e que, quando favoráveis, influenciam diretamente para um desenvolvimento infantil adequado.

Trazendo uma análise do processo de aprendizagem, com base na teoria sócio-construtivista de Jean Piaget, e partindo do pressuposto que aprendemos vivenciando novas experiências e criando novas possibilidades, e fazendo uma junção com a teoria sóciointeracionista de Lev Vygotsky, somando um mediador a esse processo, podemos criar uma nova possibilidade de observação do papel da escola. A primeira possibilidade citada, enquanto fornecedora de experiências, e a segunda possibilidade, visando o indivíduo que está imerso nesse processo de aprendizagem, vendo-o como um protagonista da ação e tendo o professor como mediador e criador de estratégias que melhor confortem as descobertas que serão propostas durante as atividades. Sendo o período do ingresso formal da criança na escola um período de crucial importância para o desenvolvimento, em que o indivíduo deve cumprir tarefas desenvolvimentais, como adquirir competências nas relações interpessoais, sair-se bem na escola, aprender a ler e a escrever, manter uma conduta governada por regras (ELIAS, 2003; RAPAPORT, 1981).

O Transtorno Específico da Aprendizagem é o déficit na capacidade do indivíduo para perceber e processar informações com eficiência e precisão, manifestado no início dos anos escolares formais, e se caracterizando por dificuldades persistentes e desfavoráveis, nas habilidades escolares de leitura, escrita e/ ou matemática (DMS-5, 2014, p. 32).

As funções executivas são processos que se relacionam com ações do dia-a-dia, inserindo o planejamento, o raciocínio ágil, a atenção centralizada e a inibição comportamental, e mostram uma evolução constante, até o início da idade adulta. Uma compreensão significativa para a evolução dessas habilidades psicológicas é o desenvolvimento estrutural e funcional do cérebro (KNAPP; MORTON, 2013). Logo, o desenvolvimento

dessas funções começa desde o primeiro ano de vida e se acelera entre 6 e 8 anos de idade, tendo continuidade até o final da adolescência e início da idade adulta. As funções executivas possibilitam ao sujeito relacionar-se com o mundo de forma mais ajustada, condição importante para o encaminhamento e alinhamento das diversas habilidades intelectuais, emocionais e sociais (LÉON et al., 2013).

Métodos

Inicialmente, os avaliadores foram divididos em duplas, da forma seguinte: no primeiro momento, três duplas avaliaram quatro turmas (1º ano A e B e 2º ano A e B); em seguida, cada dupla realizou uma entrevista com as professoras responsáveis pelas turmas escolhidas e foram destacados quatro alunos de cada turma que apresentavam dificuldades aprendizagem e que não possuíam nenhum diagnóstico referente a Transtornos de Aprendizagem.

Após a reunião com as docentes, ocorreram períodos observacionais nas turmas escolhidas. Por conseguinte, houve a escolha da sala de informática para a aplicação dos testes, pois esta continha climatização, iluminação adequada e era livre de muitos estímulos sonoros e visuais. De acordo com a disponibilidade da escola e os requisitos exigidos pelo material de avaliação, foi definido que cada etapa de avaliação deveria ocorrer uma vez por semana.

Para realizar a etapa de avaliação, foram utilizados instrumentos da avaliação neuropsicológica: Atenção e Funções Executivas, com o objetivo de observar o funcionamento da organização espacial, atenção seletiva, atenção sustentada, controle inibitório, flexibilidade cognitiva e memória de trabalho, através do uso dos subtestes *“Trilhas”* e *“Atenção por Cancelamento”*.

A segunda etapa de avaliação consistiu na aplicação da avaliação neuropsicológica cognitiva: linguagem oral, visando observar a consciência fonológica, consciência fonêmica, escrita e compreensão auditiva, através da aplicação dos subtestes: Contrastivo Auditivo de Sentenças Faladas e Teste de Consciência Fonológica por Figuras.

No terceiro momento de avaliação, o material da Avaliação Neuropsicológica -- linguagem oral -- foi utilizado com o propósito de avaliar a compreensão da leitura silenciosa e do vocabulário, por intermédio dos subtestes: contrastivo auditivo de sentenças escritas e o teste de nomeação.

A última etapa de avaliação consistiu na utilização do material Avaliação Neuropsicológica referente à atenção e às funções executivas; e aritmética, leitura e escrita, objetivando a mensuração das noções básicas de aritmética, o controle inibitório, a reso-

lução de problemas, o planejamento e a organização espacial, que foi avaliado por meio da aplicação de subtestes (Torre de Londres e Teste de Aritmética).

Após a finalização das avaliações, os resultados obtidos foram mensurados e tabulados quantitativamente e qualitativamente, de acordo com cada aluno, e entregues aos professores, coordenação e direção, durante uma palestra expositiva e informativa sobre as avaliações.

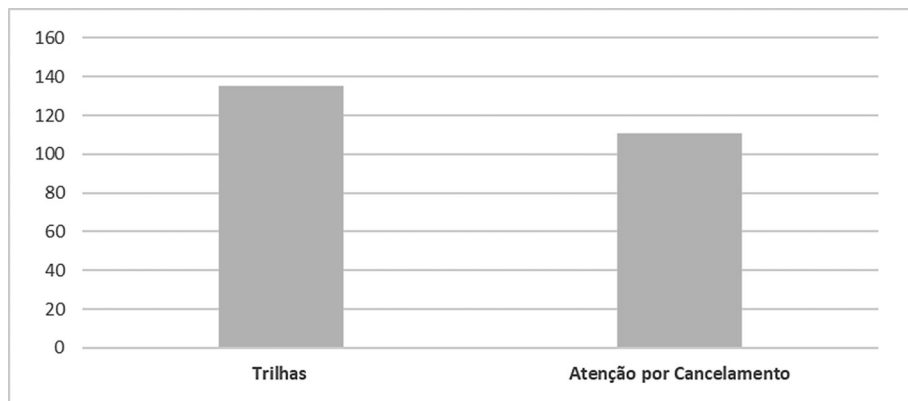
Resultados e discussão

Foram selecionados 16 alunos entre as idades de 6 a 8 anos. Destas crianças, 7 com idade de 6 anos; 4 com idade de 7 anos e 5 com idade de 8 anos, sendo apresentada uma média de 6,8 anos, moda de 6 anos e mediana de 7 anos.

Para obter resultados que pudessem alcançar parâmetros mensurais, fez-se necessário a presença das crianças, com regularidade, nas sessões de aplicação dos instrumentos para que pudesse ser realizado a testagem adequadamente, porém, algumas não preencheram esse critério.

Com o objetivo de obter uma média geral nos resultados apresentados na aplicação dos subtestes, o cálculo se realizou da seguinte forma: resultado individual por subtestes, aplicados, mais a soma geral dos subtestes aplicados, dividido pelo número de crianças que concluíram os subtestes, e a média final.

Gráfico I – Subtestes: Trilhas e Atenção por Cancelamento



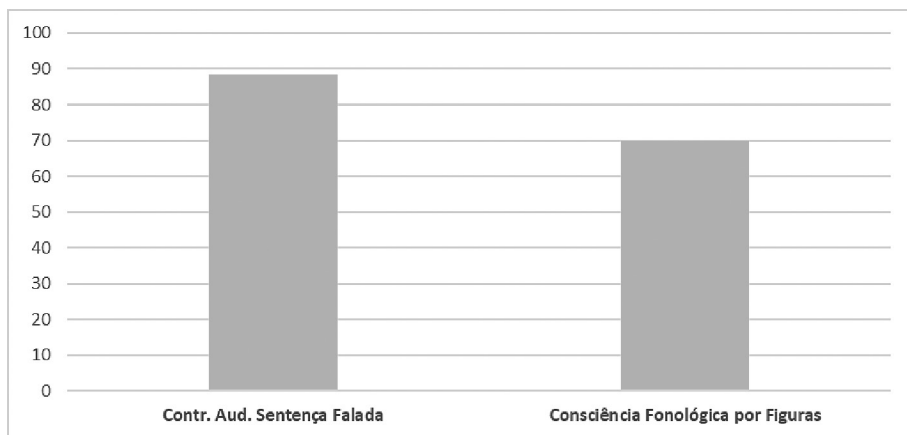
Fonte: dados da pesquisa

O Subteste Trilhas é dividido em parte A e B, tendo por objetivo avaliar as funções executivas que abrangem a flexibilidade cognitiva, habilidades de percepção, atenção vi-

sual e sustentada, velocidade, e rastreamento visomotor, e velocidade no processamento. Nesse teste, das 16 (dezesesseis) crianças que foram submetidas ao processo de avaliação, apenas 1 (uma) não atingiu a pontuação mínima, sendo que as demais obtiveram percentil médio geral 135 - Muito Alta. Na parte A do teste a maioria das crianças atingiu o objetivo proposto que se refere à busca visual. No entanto, na parte B, a maioria das crianças não atingiu mensurações consideráveis, ficando na média ou abaixo dela, sendo esta parte referente à atenção, velocidade e flexibilidade, porém, na análise qualitativa foi percebido que as crianças apresentaram dificuldades relacionadas ao conhecimento acerca das letras, o que pode ter gerado a pontuação baixa na parte B.

O Teste de Atenção por Cancelamento é subdividido em três partes, sendo que o grau de dificuldade aumenta conforme sobrevêm às outras partes, que têm por objetivo avaliar a atenção seletiva em que o mecanismo cognitivo, que permite o processamento de informações e pensamentos, ignorando os estímulos que distraíam as crianças avaliadas. As duas primeiras partes do teste têm o propósito de avaliar a atenção seletiva, nas quais todas as 16 crianças atingiram pontuação obtendo o percentil 110. Na terceira parte, onde o propósito do teste é avaliar a atenção seletiva com alternância do teste, as crianças obtiveram pontuação baixa. (SEABRA; DIAS, 2012).

Gráfico II – Subtestes: Contrastivo Auditivo de Sentença Falada e Consciência Fonológica por Figuras



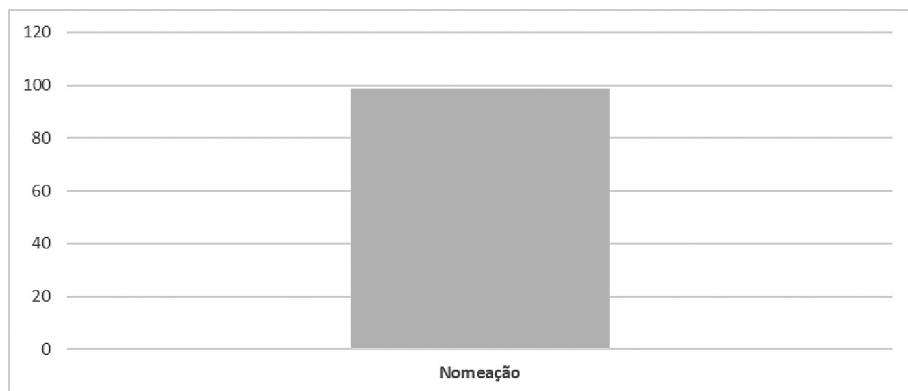
Fonte: dados da pesquisa

O Subteste Contrastivo Auditivo Sentença Falada mensura a habilidade de compreensão auditiva. Nos resultados das 16 crianças, 4 destas não compareceram para aplicação do teste, e as outras 12 crianças obtiveram o percentil 88. Considerando a pontuação geral do Teste Sentença Falada que, mais adiante, perfará considerações à versão

escrita (Sentença Escrita), os resultados foram dentro do esperado apontando que as crianças não apresentam falta de habilidades de compreensão auditiva.

O Teste Consciência Fonológica por Figuras tem o objetivo de identificar a dificuldade da aquisição da linguagem escrita e a presença de alterações, na linguagem oral, o que pode acarretar alterações no processamento fonológico. Entre as 16 crianças, houve uma que não compareceu para aplicação; 12 crianças não apresentaram competência, ao longo para aplicação e não obtiveram pontuação; 3 crianças atingiram percentil média geral 70 (considerado baixo) (SEABRA; DIAS, 2012). Por se tratar de um teste onde a criança tem que nomear a figura apresentada, faz-se necessário nesse teste, que ela acesse a memória declarativa de curto e longo prazo. Durante a aplicação desse teste, várias crianças relatavam desconhecer as figuras apresentadas. Sobre esse fato faz-se necessário levar em consideração o contexto social em que a criança estava inserida.

Gráfico III – Subtestes: Contrastivo Auditivo de Sentença Escrita e Teste de Nomeação

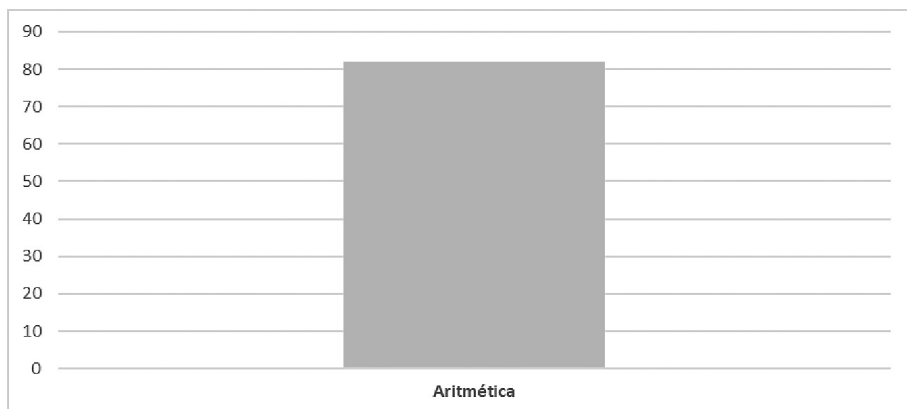


Fonte: dados da pesquisa

No Teste Contrastivo Auditivo de Sentença Escrita, que avalia a compreensão da leitura silenciosa e o vocabulário, nenhuma das 16 crianças conseguiu realizar a leitura durante a aplicação. Esse teste evidenciou que a dificuldade das crianças avaliadas é circunscrita ao domínio da leitura e não ao domínio auditivo. Será que poderíamos levantar uma discussão acerca disso, ao abordarmos a questão educacional brasileira? Foi esta a questão que norteou nosso pensamento, durante a análise dos resultados. Acreditamos que o baixo nível de leitura se refere à dificuldade metodológica do ensino em escolas públicas e às determinantes sociais da escola e do olhar de professor, e pode estar ligada a fatores internos (cognitivos e emocionais), mas também, a fatores externos (culturais, sociais e políticos).

O Teste de Nomeação tem o objetivo de investigar de alterações nas habilidades da linguagem oral. Durante o período de aplicação, 1 criança não compareceu para a aplicação e as demais atingiram percentil com média geral 98 – considerado médio. No Teste de Nomeação é importante levar em consideração o contexto social em que a criança está inserida.

Gráfico IV – Subtestes: Aritmética



Fonte: dados da pesquisa

O Teste de Aritmética tem como objetivo mensurar as noções básicas de aritmética. Dentre as 16 crianças avaliadas, somente 2 obtiveram percentil com média geral 82 - considerada baixa. As outras 13 crianças não atingiram a pontuação mínima e 1 não compareceu à aplicação. Sobre o Teste Torre de Londres, que avalia controle inibitório, resolução de problemas, planejamento e a organização espacial, das 16 crianças, 1 não compareceu para a aplicação, e as demais foram avaliadas de forma qualitativamente, sendo que as demais crianças tiveram dificuldade inicial no controle inibitório, resolução de problemas e planejamento.

Analisando os resultados apresentados acima, podemos notar que embora as crianças tenham desempenhado bons resultados nas médias finais dos Subtestes -- Tri-lhas, Atenção por Cancelamento e Nomeação --, houve um baixo rendimento nos Testes de Avaliação de Linguagem Escrita, nos de leitura, e nos de Leitura e Aritmética.

Para explicar esse fenômeno é necessário compreender como ocorre o processo de desenvolvimento da linguagem e como a classificação é um grande marco indicativo-evolutivo, infantil. A conquista da linguagem manifesta capacidades comunicativas, sociais, afetivas e intelectuais significativamente evoluídas e complexas. Quando há falhas nesse processo, diversas funções cognitivas são alteradas, o que sustenta dizer que a linguagem desempenha um papel essencial na organização perceptual, na recepção e na estrutura-

ção das informações, na aprendizagem e nas interações sociais do ser humano.

Segundo Mousinho (2008), a comunicação humana pode ser diferenciada da comunicação das outras espécies animais de três maneiras diferentes. A autora em tela traz como mais importante, a primeira delas, que é a possibilidade de simbolizar. Nesse sentido, os símbolos linguísticos são convenções sociais de significados, onde cada indivíduo pode expressar o seu pensamento e sua interpretação para alguma coisa que os cerca.

A segunda diferença é que a comunicação humana linguística é gramatical, o que se refere às estruturas padronizadas das línguas.

A terceira diferença é que os seres humanos não têm um único sistema de comunicação utilizado por todos os membros da espécie.

A fim de ilustrar ainda mais esse cenário da linguagem, trazido por Mousinho (2008), podemos dividi-la e avaliá-la, também, em três partes, da seguinte maneira:

1. Quanto ao uso, correspondendo ao aspecto pragmático, que estuda o funcionamento da linguagem em contextos sociais, uso interacional/funcional da linguagem.
2. Quanto ao conteúdo, correspondendo ao aspecto semântico, que é a dimensão que abrange o conteúdo (emoções e ideias) da linguagem e a relação do significante (imagem acústica) com o significado (conceito relacionado). Essa divisão, por sua vez, divide-se em: semântica lexical (significado das palavras isoladas) e relações semânticas (significado dentro de um contexto).
3. Quanto à forma, que corresponde ao aspecto gramatical, onde a organização formal da língua possui três componentes: morfologia (estrutura interna, ou seja, os elementos que compõe a palavra e fornecem significados relativos a gênero, tempo, número, dentre outros), sintaxe (onde se insere a organização dos elementos da frase) e a fonologia (que pertence aos sons ou fonemas da língua).

Em suma, a pragmática considera a linguagem em seu uso; a semântica examina os signos linguísticos e sua relação com os objetos que designam ou a que se referem; e a sintaxe analisa a relação dos signos entre si. A linguagem, na sua completa funcionalidade, favorece que o sujeito desenvolva as habilidades comunicativas adequadas, proporcionando que o mesmo consiga aprender as convenções comunicativas usadas por aqueles a sua volta, pela sociedade da qual faz parte.

A compreensão da divisão da linguagem se torna imprescindível quando nos repor-

tamos a avaliações neuropsicológicas cognitivas de linguagem oral e escrita, pois, os avaliadores não podem se deter, apenas, a avaliações quantitativas. É importante lembrar que as habilidades de linguagem e fala dependem da integridade neuromuscular, do sistema sensorial, das influências do meio e das condições emocionais individuais de cada criança. Sendo assim, não é possível generalizar quantitativamente. (GUIMARÃES; ODA, 2012)

Durante as aplicações do Subteste “Trilhas”, foi possível identificar a dificuldade das crianças para execução dos exercícios e foi necessário que os avaliadores repetissem várias vezes os exemplos das folhas testes, e que copiassem o alfabeto e os números naturais mais de uma vez, para que estes se tornassem compreensíveis para as crianças avaliadas, o que demonstra poucas competências alfabéticas que seriam necessárias para avaliações eficazes dos Testes Contrastivos Auditivo de Sentenças Escritas, da Prova de Aritmética e do Teste de Consciência Fonológica por Figuras, o que reflete o baixo rendimento dos resultados quantificados acima.

O objetivo do Teste Torre de Londres é avaliar o planejamento e estratégias que o indivíduo tem, nas resoluções de problemas que transcorrem no dia-a-dia, nos quais tem-se que representar mentalmente a situação pretendida. Dessa forma, as crianças foram avaliadas de forma qualitativa, pois, nenhuma das crianças conseguiu seguir as regras do teste de forma correta e passada no início, mesmo que afirmassem que haviam entendido e concluído de forma correta o teste aplicado, como treino, no início. No decorrer do teste as crianças ficavam confusas e pediam novamente a explicação.

Segundo Bock (2001), com base na percepção do meio social e da percepção de si com outros indivíduos, o ser humano vai organizando as informações e situações, relacionando-as com afetos (positivos ou negativos), e construindo uma habilidade para agir (favorável ou desfavorável), em relação às pessoas e aos objetos presentes no meio social. Ainda segundo Bock (2001), o déficit cognitivo (quando se afasta a hipótese de comprometimento orgânico) deve ser atribuído simultaneamente à interrupção do desenvolvimento endógeno das estruturas de pensamento e à precariedade de estimulação do contexto sociocultural -- embora esta situação pode ser temporária --, desde que os indivíduos sejam estimuladas a superá-la.

O Teste Infantil de Nomeação tem por objetivo analisar a capacidade de o sujeito nomear as figuras apresentadas pelo examinador. Dessa forma, as crianças foram avaliadas quantitativamente e, neste estudo foi computado o total de acertos, sendo o máximo possível de 60 pontos. Todas as crianças atingiram a média do teste, exceto uma que não compareceu no dia da coleta. Tal resultado, pode ser comparado com o estudo realizado por Capovilla e Dias (2008), onde as autoras realizaram uma pesquisa com 27 crianças de escola pública com idade média de 6,2 anos, e 26 conseguiram êxito no Teste De Nomeação.

Considerações finais

O desenvolvimento do presente trabalho possibilitou uma análise dos problemas de aprendizagem de crianças na rede pública de ensino e uma reflexão acerca dos benefícios e dificuldades da avaliação neuropsicológica em âmbito escolar, na atual conjuntura da educação brasileira. Objetivamente o trabalho verificou que, as crianças avaliadas apresentaram maiores dificuldades nos Testes de Avaliação de Linguagem Escrita, de Leitura e Aritmética quando comparados aos Subtestes Trilhas, Atenção por Cancelamento e Nomeação.

Os resultados apontam que a linguagem não só em sua forma oral, mas também escrita, é uma das áreas mais afetadas no desempenho do aprendiz e que estas necessitam de estimulação externa para que ocorra a ativação dos circuitos responsáveis pela mesma. É esperado que uma criança de 6 anos esteja concluindo o processo de alfabetização, por isso, os testes para essa idade incluíam a habilidade de leitura, e que o referido processo estivesse minimamente desenvolvido.

Da mesma forma, é importante evidenciar que, durante a aplicação dos Testes de Nomeação e Consciência Fonética, as crianças tenham acessado a memória declarativa de curto e longo prazo, em que ficam registrados seus aprendizados até aquele o momento. Ficou evidenciado que alguns resultados não foram satisfatórios, devido ao fato de que algumas das crianças relataram que desconheciam a figura apresentada na folha de resposta, do teste em questão. Sobre este fato, faz-se necessário levar em consideração o contexto social em que a criança está inserida.

Tornou-se notório que as habilidades desenvolvidas por meio das funções executivas e de linguagem estão intimamente relacionadas a aspectos do desenvolvimento infantil, indicativos gerais da saúde da criança, do seu bem-estar, de sua autorregulação e da capacidade de resolver adequadamente problemas heterogêneos.

Uma questão importante a ser dialogada exaustivamente é a que foi apresentada nos resultados do Teste Contrastivo Auditivo de Sentença Escrita, ou seja, que a dificuldade das crianças estava circunscrita ao domínio da leitura e não na área auditiva. Diante disso, pergunta-se: como podemos levantar uma discussão acerca disso? Seria abordada a questão educacional do Brasil? É de conhecimento notório que a vida escolar e a familiar são fundamentais para o desenvolvimento do indivíduo enquanto pessoa, pois, desde pequeno, ele aprende, descobre e vai construindo sua identidade, interagindo com o mundo ao seu redor, através de comportamentos observados e da socialização, dividindo, brincando e se descobrindo a cada dia, no convívio escolar e familiar.

Como levantar e como abordar a educação no Brasil? Tema complexo que requer várias questões a serem discutidas exaustivamente, dentre estas, a existência de profis-

sionais mal remunerados e desvalorizados, na área da educação; as visíveis más condições de trabalho; da falta de recursos materiais; a falta de comprometimento do professor com o trabalho a ser realizado, por várias questões; o olhar da escola para uma sociedade diferente de 60 anos atrás. Deste modo, o tema a ser discutido é urgente, inadiável, e diz respeito a todos, e não apenas à escola.

Assim, o presente estudo, tende a reafirmar que o desenvolvimento da linguagem e das funções executivas são indicadores para o desenvolvimento de habilidades que são base para o desenvolvimento da criança, no âmbito escolar, sugerindo que déficits nessas funções podem ser de grande risco, trazendo dificuldades no aprendizado. Dessa forma, pode-se considerar que o objetivo abordado foi alcançado, e o presente estudo contribuiu para fornecer evidências de validade dos instrumentos de avaliação em escolares, auxiliando na identificação de dificuldades de aprendizagem formal.

Diante da metodologia proposta, percebemos que a coleta de dados poderia ter sido realizada com um número maior de participantes, porém, não foi possível, devido às limitações geográficas e de recursos financeiros dos alunos, da escola onde foi desenvolvido o projeto. Em face destes resultados, foi levantada a suposição de que uma reunião com os pais, antes da avaliação, poderia ter sido realizada, no intuito de melhorar a assiduidade das crianças participantes.

Sugerimos que novos estudos sejam realizados, a fim de estudar as principais dificuldades de aprendizagem formal encontradas nas escolares da rede pública de ensino, no intuito de intervir e promover o desenvolvimento dessas habilidades e, assim, melhorar o desempenho dos alunos, durante o processo de alfabetização. Nesse sentido, a avaliação neuropsicológica e a identificação de dificuldades de aprendizagem formal permitem que as crianças identificadas, precocemente, com esses problemas possam ter uma intervenção eficaz, promovendo a melhoria dos processos cognitivos necessários para o desenvolvimento escolar.

REFERÊNCIAS

BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. *Psicologias: Uma introdução ao estudo de Psicologia*. São Paulo: Ed. Saraiva, p. 179 – 242, 13ª ed., 1999, 3ª tiragem, 2001.

CAPOVILLA, A. G. S.; DIAS, N. M. Habilidades de linguagem oral e sua contribuição para a posterior aquisição de leitura. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora*, v. 9, n. 2, p. 135-144, Jul-Dez. 2008.

- CHEDID, K. A. K. Psicopedagogia, Educação e Neurociências. *Rev. Psicopedag.* Vol.24 no.75 São Paulo; 2007.
- GARDNER H. *Mentes que mudam. A arte e a ciência de mudar as nossas ideias e as dos outros.* Porto Alegre: Artmed; 2005.
- GUIMARÃES, C. F.; ODA, A. L. Instrumentos de Avaliação de Linguagem Infantil: Aplicabilidade em Deficientes. *Rev. CEFAC.* Nov.- dez. 2013.
- HERCULANO-HOUZEL, S. Uma Breve História da Relação entre o Cérebro e a Mente. In: LENT, R. (coord). *Neurociência da Mente e do Comportamento.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 2 – 17. 2018.
- KANDEL, E. R, et al. *Princípios de Neurociências.* 5 ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- KNAPP, K; MORTON, M. J. B. Desenvolvimento do Cérebro e Funcionamento Executivo. In: *ENCICLOPÉDIA Sobre o Desenvolvimento da Primeira Infância.* Western University, Canadá, 2013.
- LEÓN, C. B. R. et al. *Funções executivas e desempenho escolar em crianças de 6 a 9 anos de idade.* São Paulo, v. 30, n. 92, 2013.
- American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. DSM-5.* Revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli...et al. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- MIRANDA, M. C., MUSKZAT, M., MELLO, C. B. de. *NeuroPsicologia do Desenvolvimento: Transtornos do Neurodesenvolvimento.* Rio de Janeiro: Rubio, 2013.
- MOUSINHO, R. et al. Aquisição e desenvolvimento da linguagem: dificuldades que podem surgir neste percurso. *Rev. psicopedag.*, São Paulo, v. 25, n. 78, p. 297-306, 2008.
- PINKER, S. *O instinto da linguagem: Como a Mente Cria a Linguagem.* Martins Editora: 2002.
- SEABRA, A. G.; DIAS, N. M. *Avaliação neuropsicológica cognitiva: linguagem oral.* Vol. 1. São Paulo: Memnon; 2012.
- SEABRA, A. G.; DIAS, N. M. *Avaliação neuropsicológica cognitiva: atenção e funções executivas.* Vol. 2. São Paulo: Memnon; 2012.
- SEABRA, A. G.; DIAS, N. M. *Programa de Intervenção em Autorregulação e Funções Executivas.* Vol. 3. ed. São Paulo: Memnon; 2013.
- VALENTE, F.; ALVES, M. M. Competências metalinguísticas e aprendizagem da leitura em duas turmas do 1.º ano de escolaridade com métodos de ensino diferentes. *Aná. Psicológica,* Lisboa, v. 22, n. 1, p. 193-212, mar., 2004.

METODOLOGIA VIVA: RELAÇÃO DE CUIDADO E AUTOCUIDADO EM PROCESSOS FORMATIVOS

CLARA MARIA MIRANDA DE SOUSA¹ - FERNANDA PATRÍCIA SOARES SOUTO NOVAES²
- MARCELO SILVA DE SOUZA RIBEIRO³

À guisa de uma breve apresentação

O nosso intuito, neste trabalho, é compartilhar uma experiência formativa onde buscamos integrar os campos da Saúde e da Educação que, apesar de suas inarredáveis junções, ainda são pouco articulados no desenvolvimento profissional, sobretudo, na formação inicial. Propomos ainda discutir alguns dos resultados produzidos, ao tempo em que almejamos problematizar suas interfaces, como princípios formadores, sem abrir mão das respectivas especificidades que os caracterizam em uma perspectiva, aqui nomeada de Metodologia Viva.

De modo geral, e à guisa de apresentação, o que chamamos de Metodologia Viva (RIBEIRO, 2016; 2018) tem como princípio a formação do ser, que se dá para além dos processos de ensino e aprendizagem, e que, muitas se voltam, resumidamente, para os aspectos técnicos, priorizando o “caminho” como experiência e não como um meio para se atingir algo. A Metodologia Viva, finalmente, valoriza a implicação dos envolvidos naquilo que estes se propõem estudar, via encontros dialógicos, e na co-construção de seus entendimentos. É possível ainda anunciar, pelo menos em relação àquilo que pressupomos, que a Metodologia Viva é, antes de tudo, uma relação de cuidado e autocuidado nos processos formativos. Este estudo, portanto, relata a experiência de um componente curricular do curso de Psicologia que aborda a interface Saúde e Educação, numa perspectiva da Metodologia Viva, via temática do cuidado e autocuidado nos processos formativos.

A experiência formativa em questão, aqui discutida, diz respeito aos atos curriculares (MACEDO, 2013) e aos seus desdobramentos, do componente curricular -- “Interfaces Saúde e Educação” --, ofertado como disciplina optativa no curso de Psicologia da Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf). A oferta desse componente curricular já ocorreu em cinco oportunidades, sendo a última em 2018. De modo geral, as experiências trazidas à tona, aqui, correspondem às suas duas últimas versões (período letivo de 2017.1

1 Pedagoga, mestre em Formação de professores e práticas interdisciplinares (UPE)

2 Pediatra, Mestre em Educação para Ensino na Graduação de Profissionais de Saúde. É doutoranda em Saúde Integral, (IMIP)

3 Doutorado em Ciências da Educação - Université du Québec à Chicoutimi/Université du Québec à Montréal e professor do Colegiado de Psicologia - Univasf

e de 2018.1), mas isso não significa dizer que a própria concepção do componente curricular e dos seus demais desdobramentos, desde sua primeira versão, sejam descartados.

As duas versões privilegiadas da disciplina, para efeito de produções de conhecimento, assumem alguns elementos norteadores que perpassam a formação na tríade de quem aprende, de quem ensina e do que é ensinado/aprendido. A disciplina “Tópicos Especiais em Psicologia – Interfaces Saúde e Educação”, com carga horária de 60h., com dois encontros semanais, tem como objetivo geral analisar a interrelação entre saúde e educação, ampliando a compreensão do papel do psicólogo e do profissional de saúde, na interface destas áreas. Como objetivos específicos busca: a) compreender a importância do processo de aprendizagem para o indivíduo ao longo da sua vida; b) ampliar a visão do campo de atuação do psicólogo como profissional de saúde em contextos educativos; c) refletir sobre a formação do profissional de saúde; d) identificar e conhecer diversos temas de interesse da Psicologia e da educação; e) refletir sobre a importância da atenção à saúde dos atores envolvidos nos processos de aprendizagem.

Em relação à ementa desta disciplina, pode-se enunciar:

A importância do processo de aprendizagem para o profissional da Psicologia. Reflexões sobre o contexto escolar e os atores do processo ensino-aprendizagem. Considerações sobre o papel da afetividade no contexto educacional. Contribuições da Psicologia Educacional para profissionais da saúde. Especificidades da dinâmica escolar e contribuições para a Psicologia. Tópicos de interesse da educação e da Psicologia. Temas contemporâneos da atuação do Psicólogo.

Assim, na penúltima versão (2017.1), o eixo central foi o tema cuidado/autocuidado, inclusive, como ponto de convergência dos dois campos (educação e saúde), uma vez, que este tema foi compreendido nas suas perspectivas (existencial, ética, relacional e ecológica). Segundo Boff (1999), o cuidado é o instaurador de qualquer interpretação do ser humano. Desse modo, a formação pelo cuidado possibilitou discutir e entender a realidade em que estamos inseridos, na busca da justa medida e do equilíbrio multidimensional, entre as pessoas e o mundo, com sentido de pertencimento e responsabilidade.

Os encontros foram marcados por momentos teóricos, reflexivos e vivenciais. Isso significa que, ao abordar a questão do cuidado e autocuidado, os estudantes eram convidados a se implicar no que estavam estudando. A última versão (2018.1), não abrindo mão dos legados da experiência anterior, incorporou a “gamificação” na disciplina, via narrativa dos mitos gregos. A ideia de potencializar a dimensão do jogo e da brincadeira,

via narrativa dos deuses gregos, parece ter trazido uma dinâmica diferente, uma vez que, os estudantes puderam se organizar e trabalhar em equipe, desenvolvendo, ludicamente, tarefas/desafios relativos aos temas abordados ao longo da disciplina.

Ambas as versões funcionaram sempre com a presença de variados convidados, quase sempre presentes nas aulas e seus respectivos temas. As aulas foram sempre norteadas por textos previamente indicados, havendo produções textuais, algumas servindo, inclusive, para avaliação. Todo o processo foi marcado pela diversidade e variação de recursos e atividades (textos, vídeos, aulas expositivas, rodas de conversas, dinâmicas, etc.), a depender das características dos temas e peculiaridades dos convidados.

Como já sinalizado, o componente curricular em tela está inspirado e alicerçado nos princípios da Metodologia Viva (RIBEIRO, 2016; 2018) que assume, sinteticamente, o diálogo, as histórias de vida e as experiências, no encontro da sala aula. A Metodologia Viva, portanto, entende que o caminho formativo se faz no caminhar e nas consequentes produções de conhecimentos e verdades e não na restrita visão de um método, que visa alcançar uma verdade. Por fim, importante ainda observar que a penúltima versão foi protagonizada, também, pela mestrandia, à época, Clara Sousa, que fazia seu estágio docente. Sua contribuição foi decisiva para a invenção dessa tecnologia de ensino.

Assim, as experiências emergidas para efeito de reflexões tem a ver com a experiência do componente curricular, como um todo, e, com certos momentos vivenciados, de modo a provocar uma discussão sobre a proposta da Metodologia Viva, que atravessou os processos formativos. Desse modo, num primeiro momento, este texto, daqui em diante, refletirá sobre alguns pontos cardeais relativos à questão do cuidado/autocuidado, no campo da interface saúde e educação, e as relações com os processos formativos numa perspectiva da Metodologia Viva. Num segundo momento, recortes de encontros, tanto da penúltima quanto da última versão, serão trazidos à tona para exemplificar as experiências produzidas, sobretudo nos recortes do cuidado e autocuidado, do diálogo, e nas produções de sentidos e significados. De modo particular, a experiência do tema “Formação e Comunicação em Saúde”, sobretudo, na última versão, que teve como convidada a professora Fernanda Patrícia, será privilegiado, de maneira que tomaremos algumas “falas” dos estudantes para as devidas reflexões.

Algumas contribuições teóricas sobre cuidado como elemento fundante da formação numa perspectiva da Metodologia Viva

Antes de tudo, é necessário travejar, ou como mesmo essa palavra denota, precisamos firmar, amparar o cuidado/autocuidado, e a formação, como dois aspectos reflexi-

vos essenciais para compreendermos o desenrolar da experiência vivida, por intermédio dos acontecimentos que atravessaram os estudantes participantes do componente “Interfaces Saúde e Educação”. Assim, vamos dialogar com alguns autores que nos ajudam a interpretar e a refletir acerca do cuidado/autocuidado imbricado na formação.

Começemos pela reflexão trazida por Heidegger (2005), acerca do cuidado. Para esse autor, o cuidado vem antes do humano, afirmado enquanto sentido ontológico. Cada pessoa inicialmente é cuidada por outras pessoas, recebendo delas aspectos essenciais para a sobrevivência, a exemplo de proteção e alimentação. Sem o cuidado emanado por outro, não conseguiríamos continuar vivos, assim como, não existiria sentido de vida, pois é por ele que o ser se estrutura enquanto humano. Com isso, não há humanidade, se não existir cuidado.

O cuidado, para Boff (1999), é visto como fonte da atitude de atenção, zelo e relação consigo, com o outro e com o mundo. Boff carrega uma visão cosmológica do cuidado, pois não haverá o autocuidado se, minimamente não houver o equilíbrio relacional com o outro e o mundo. Cuidar do outro perpassa também pelo autocuidado e pelo cuidado do nicho ecológico, de modo que se tornam um sistema integrado em que um precisa do outro, para sobreviver. A pessoa, no processo de formação e pelo cuidado, percebe que é agente promotor de solidariedade, que é responsável para com a comunidade que habita, e, por isso, busca a convivência harmoniosa para com as outras pessoas e com o mundo em toda a sua diversidade.

O processo formativo, de um modo geral, é vivenciado via primeiros vínculos sociais, que, aos poucos, são apreendidos na relação com os nossos pais, familiares, vizinhos, colegas de escola e grupos diversos. Gadamer (2002) explica que a ideia de formação, numa perspectiva integral, se apoia no sentido da palavra alemã, *Bildung*, que significa o modo de cada pessoa aperfeiçoar suas aptidões, no viés da sensibilidade e, de aprimorar a si mesmo a partir dos vários conhecimentos que a envolve, tendo, posteriormente, a responsabilidade de contribuir, seja em qualquer lugar, onde esteja, através de seus talentos.

Segundo Freire (2015), a formação é muito mais do que um treino para desempenhar com afinco os objetivos traçados por outros, mas, antes ter a responsabilidade ética para com tudo e todos, protegendo inclusive a vida, onde o sujeito é também transformador, gestor de novas histórias, em meio aos desafios socialmente presentes. Desse modo, a formação se molda enquanto prática social e intencional, transmitindo algo culturalmente construído. É pela formação que a pessoa se humaniza, se sente pertencente ao mundo que o circunda, e os espaços formativos são considerados como lugares favoráveis para construção de ideias que permeiam a humanidade.

Fazendo uma transposição para o que acontece em sala de aula, mais especifica-

mente em relação àquilo que nos interessa e a que chamamos de Metodologia Viva, o processo formativo não se daria via recrudescimento das técnicas de ensino ou mesmo via supremacia das metodologias (ativas ou não), de aprendizagem. Não seria o método em si ou a técnica específica que garantiria o processo formativo. Sem negar suas importâncias (do método e da técnica), são as qualidades das relações, os vínculos estabelecidos, a dimensão dialógica, a valorização das experiências vividas e refletidas, além das produções de sentidos e significados que constituem a Metodologia Viva que também é uma relação de cuidado e autocuidado.

Cada pessoa, para contribuir de maneira concreta e terna com o outro e o mundo, recebe a responsabilidade de se tornar um auto cuidador, assim, antes de qualquer outro compromisso, o ser deve se entregar a sua própria compreensão, assumindo primordialmente a si mesmo. Sua história de vida é assumida, os sentidos e significados de sua existência assumidos e constituindo elemento fundante, inclusive, para estar com o outro, cuidando do outro. Assim, formar (ou se formar) é autocuidar-se, e cuidar do outro, na verdade do encontro do que é o outro e do que se está sendo.

Importante, ainda, frisar o que seria a verdade para Gadamer (2002), e como essa questão toma pertinência para a nossa discussão sobre Metodologia Viva e cuidado. A ideia de verdade, para Gadamer (2002), está muito conectada com a questão da experiência da verdade, que subverte a verdade metodizada. A verdade como experiência está muito mais ligada com a produção de sentidos e significados do que com a ideia de representar o real, tendo a realidade como sendo algo externo ao interlocutor, ao intérprete.

Em sala de aula, a verdade, no sentido trazido por Gadamer, diz respeito aos processos formativos, com as transformações vividas pelos sujeitos, em relação às produções de sentidos e significados, com as construções de conhecimento. Afinal, verdade é entendimento e compreensão de si e do outro, num diálogo permanente, onde novos entendimentos são forjados e assim por diante.

Nesse sentido, se as instituições educacionais visam mobilizar as pessoas para a formação de um ser presente no olhar para si mesmo -- e não de um modo egoísta -- têm uma tarefa importante. À medida que os desafios da vida são postos, o processo de consciência em autocuidado possibilita o ser a ter condição de se reconhecer responsável, também, pelos vários fatores que o envolve, seja de cunho ambiental, histórico, cultural, político ou econômico. É desse modo que entendemos que somos todos participantes da construção ou destruição da humanidade, basta escolher em que lado se estará. Contudo, isso também depende das ideias educacionais.

A educação é marcada por duas grandes ideias: uma educação como referência cultural, que aponta para a construção de civilização e outra ideia, mais modernista, que

tem o conhecimento especializado de acumulação dos conhecimentos científicos como norte. A depender dos caminhos educacionais trilhados, é possível que tenhamos ou não entendimentos solidários, responsáveis e cuidados com a gente mesmo, com o outro e com o mundo.

É possível apreender que a convergência de uma Metodologia Viva está no cuidado, na ocupação de si e do outro. No dizer de Gadamer (2002), que está muito próximo de Buber (2001), a centralidade do diálogo que entendemos como processo de cuidado é o segredo da formação humana. No caso de Gadamer, este vai chamar formação humana de “conversação hermenêutica”, pois, é no diálogo permanente que vamos nos interpretando, interpretando o outro e o mundo e, nesse processo, nos formando.

No processo de formação, assumindo o autocuidado como centralidade, as relações se desvelarão enquanto espaço de apoio, de benquerença, de criatividade e de alegria. Para tanto, o próprio ser tem a condição de se perceber no processo, tendo um mediador, e não, alguém que seja transmissor de saberes. Como mesmo afirma Freire (2015), todos se formam em torno da criação de ser pessoa, em uma formação pautada no autocuidado, todos têm a condição de aprender e de ensinar a partir dos encontros com o outro que os levam a si mesmo.

Freire (2015) traz ainda a compreensão de que, na formação, deve-se insistir na disponibilidade de aprender e de ensinar, pelo diálogo. Para este teórico, é inegável que possam faltar condições materiais, mas, o educador exercendo o papel de mediação dialógica, muito conseguirá construir em uma aprendizagem pensando na e com a vida, já que, é a própria realidade de si que deve ser priorizada, nas relações dialógicas. Claro que cada pessoa é uma pessoa, e que o tempo de abertura para falar de si exige compreensão, paciência e tempo. Nada melhor do que o tempo para permitir que o ser se manifeste do seu jeito, percebendo o espaço formativo, moldado pelo cuidado, como sendo o lugar de confiança e disponibilidade para o inesperado.

O autocuidado é uma ação de engajamento individual, em que cada um é levado a gerenciar a sua própria existência, se atualizando e situando as suas potencialidades mediante as emergências da relação que o outro também o leva a vivenciar. Assim, na formação há uma tensão em construir o processo de identidade, em que muitas vezes a pessoa refaz seu percurso respondendo ao poder-ser-vir-a-ser, ficando claro que, cada um vive isso dentro das possibilidades encontradas e nos apoios mantidos junto a outros. A realidade mais triste que visualizamos é quando a pessoa se esquece de si mesmo, vivendo permanentemente a exigência do mais, do que pode dar, tornando sua formação fator adoecedor. Outra situação lastimável é quando há forças que o levam a uma formação pesada e quase inalcançável, laboriosa, sem vida e, muito menos, sem cuidado.

Na experiência de autocuidado enquanto formação, cada pessoa tem a possibilidade de moldar a sua existência. Heidegger (re)toma um termo pensado pelos filósofos da Grécia Antiga, ao tratar do conhecimento que conduziria as pessoas a melhorar e se aperfeiçoar em prol da sobrevivência, chamado de *techné* (FEIJOO, 2004). Seria, pois, muito mais do que um fazer, mas algo que percorre pela linha do saber. Assim, conhecendo o ser, tem-se a condição de levar à frente muitos projetos existenciais que contribuam para ser bem-estar -- a contribuição na vida de outras pessoas e do mundo. A *techné*, em meio à formação de autocuidado, dá a dimensão de permitir que o ser se mostre ao seu modo, a partir de si mesmo, não mais necessitando utilizar máscaras e formular papéis, para ser aceito do jeito que é.

Em vários dos meios formativos, percebe-se a intensidade do tecnicismo, que objetifica as pessoas para executarem e aprenderem tudo, no mesmo tempo, e atingir resultados esperados pelos chamados “padrões de fabricação”. No tecnicismo, a subjetividade é esquecida e substituída pelo conjunto de regras, muitas vezes não-modificáveis, visando a produção, pouco experimentando verdadeiramente na relação consigo e com o outro. Deste modo, com o elevado número de conteúdos, de avaliações a serem executadas, o professor desconhece seus estudantes, não recordando nem mesmo seus nomes e, muito menos, seus modos de pensar. Esse professor, então, formula avaliações padronizadas, atribuindo bom resultado a quem memorizou a resposta tal e qual, sem considerar o que outrora fora produzido ou sem (re)pensar alternativas criativas para trazer para perto os estudantes, que não seguiram a “cartilha” redigida pelas teorias duras.

No viés de uma formação tecnicista deixamos de ser pessoas e passamos a ser números, sendo exigido que, além de sermos números, que produzamos números. Desse modo, refletimos que o produtivismo na formação está tão presente que somos reconhecidos pelo tanto que fazemos, e não, pela qualidade que esse fazer carrega -- tendo como preocupação primordial, mais um ponto em um currículo, em que não há a possibilidade de abarcar os elementos da subjetividade de cada ser.

Ao invés de produzir números grandiosos de coisas, ou até de falas vazias, a proposta da formação pelo autocuidado se revigora na pertinência por produzir sentidos e significados potentes (de vida). Neste caso, cada atividade é pautada ao encontro de si, para melhor estar com o outro, num espaço de desvelamento, reconhecendo os limites, as lembranças, a história e a existência. Tem sempre o intuito de, como afirma Freire (2015), “Ser Mais”, em processo de criação de ser um novo ser, em processo de vir-a-ser, construindo novo mundo, trazendo a vida como marco em todas as decisões que o percurso existencial lhe propiciar.

Na formação voltada para o autocuidado, cada pessoa é vista de maneira única, com seu modo-de-ser, (re)descobrendo elementos adormecidos e que podem se expressar,

respeitando as particularidades de cada um e conhecendo mais sobre si e sua essência. O ser enquanto bio-psico-sócio-histórico-cultural é permeado das várias situações que envolvem a realidade, então ao se autocuidar na formação, cuida-se também das reflexões e pensamentos, mediante as dificuldades e alegrias lançadas pelo mundo que nos afeta e afeta outros, mas especialmente, o que cada um poderá fazer para melhorar um pouco mais em face dessas problemáticas.

O autocuidado merece sempre ser (re)visitado e não imaginar que estamos isentos em pensar nas ações que nos transformem. Com isso, a formação é algo permanente, assim, cuidar também é algo que deve perdurar até o último suspiro de vida. Como indica Macedo (2000), é no cuidado com o ser que se mostra sempre em devir a construção de um processo formativo munido de leveza, de ações flexíveis e de abertura, para perceber os elementos sensíveis que levam o outro ao encontro de si mesmo. Pelo autocuidado, que diz respeito à educação e à saúde, no processo formativo, do início ao fim, a pessoa se expande e pode se sentir um pouco mais transformada já que se coloca no processo, não mais sendo observadora, e sim, protagonista.

A dialógica das experiências

Importante sublinhar que na experiência dessa disciplina os estudantes foram convidados a produzir algum registro no começo do semestre letivo a respeito do cuidado/autocuidado e da formação, para confrontar esses registros ao final. Na penúltima versão da disciplina, os estudantes foram convidados a elaborar uma espécie de autoavaliação sobre o cuidado/autocuidado. Já na última versão, os alunos escreveram uma carta para si mesmos, de modo que esta servisse como base contrastativa (MACEDO, 2018), ao término da disciplina. Esses registros, feitos por eles mesmos, parecem ter produzido algumas mudanças ou, no mínimo, “balanceado” os estudantes, à medida que houve um esforço em pensar sobre suas condições de vida, seus modos de cuidar e de autocuidado. Além disso, esses dispositivos serviram como balizas para avaliações processuais de suas próprias experiências e processos formativos.

Importante ainda observar que o recurso do *WhatsApp* foi amplamente incorporado à práxis das aulas, dando uma dinâmica interessante, no intercâmbio das informações. A título do conhecimento dos elementos tomados nesse trabalho, para produções de informações a serem problematizadas, iremos apreender algumas sínteses dos registros avaliativos e recortes de um dos encontros – a ser melhor explicado de agora adiante.

Sem querer afirmar a efetividade do componente curricular em tela, mas trazendo-o como informação complementar, consideramos importante observar que, na oferta de

2017.1, tivemos 15 estudantes, com duas desistências, e os demais que foram aprovados. Para a última versão, oferta de 2018.1, tivemos 44 estudantes matriculados e todos concluíram com aprovação.

A experiência da aula sobre o tema “Formação e Comunicação em Saúde”, na última versão, possibilitou registros que apontaram para a imbricação do processo formativo e do cuidado/autocuidado como fundamental no desenvolvimento profissional. Basicamente, a aula teve dois importantes disparadores: a exibição do curta “Alike” e uma roda de conversa tendo como questão norteadora: “como cada um estava vivenciando o que o vídeo havia tocado em relação à formação profissional em saúde?”.

Segue aqui uma breve descrição do filme, pois entendemos como importante, de modo a situar o leitor sobre essa atividade e seus desdobramentos.

Trata-se de uma animação muda, com fundo musical instrumental, que demonstra a rotina de uma criança e do seu pai e a relação de cuidados entre eles. Diariamente, o pai prepara a bolsa pesada do filho, depois seguem carregando suas bolsas pesadas para o trabalho e para a escola. O pai recebe o afeto do filho e muda a cor da pele de cinza para azul. Eles se sentem bem com o abraço acolhedor a cada despedida para viver o dia. No entanto, ao chegar no trabalho, o pai se torna cinza, ao longo da jornada, executando tarefas burocráticas de forma mecânica -- diria sem sentido --, olhando ansiosamente para o relógio. O menino se encanta com o violinista do caminho, que, por sua vez, se nutre diariamente da admiração do menino. Ao chegar na escola, o garoto tenta fazer as tarefas de forma criativa com letras coloridas e desenhadas, porém, é reprimido e não encontra apoio, tanto da instituição, quanto do pai. Além disso, ele percebe que o pai não valoriza o violinista. Então, entristecido com a falta de valorização, abre os braços sem alegria para receber a mochila sobrecarregada de materiais escolares. Dessa maneira, perde a esperança e se entrega, também, à mesma rotina e ao automatismo que envolve todos ao seu redor. Ao sentir falta da alegria do filho, o pai decide tomar uma atitude: começa a valorizar a letra desenhada e colorida dele e vai com o menino em busca do violinista. Nesse momento, o filho volta a se alegrar e a ter sua cor de outrora, passando de cinza, para a amarela. Mas ao chegar na praça, que era o único lugar colorido da cidade, o violinista não estava mais no lugar em que sempre tocava. O pai resolve, numa medida de salvação, assumir o papel do músico e repete os gestos do artista fazendo de conta que tocava um violino imaginário. O filho volta a admirar o pai e agradece em forma de um abraço afetuoso. Nesse momento de afeto e satisfação, o pai muda de cor, passando de cinza para azul novamente.

Inicialmente ocorreu a apresentação dos participantes da aula com uma dinâmica integrativa, que consistiu em citar o próprio nome associado à alguma coisa concreta

ou abstrata que lhes representava naquele momento. Essa dinâmica teve o intuito de aproximar, através dessa representação, o conhecimento sobre o “ser” dos integrantes da aula. Depois dessa apresentação especial, ocorreu a exibição do vídeo descrito. Em seguida, com as cadeiras dispostas em círculo, teve início a roda de conversa e reflexão sobre o tema. Houve uma breve introdução da professora convidada sobre os princípios do cuidado/autocuidado e do profissionalismo visando interação/comunicação sensível e empática na área da saúde. Em seguida, os estudantes exploraram suas vivências. Alguns recortes apontam, por exemplo, a percepção da formação profissional, no modelo hegemônico, como um processo de adoecimento. Esses recortes a seguir não pretendem indicar uma lista de falas, mas antes um entrecruzamento de vozes, de modo que não iremos citar, mesmo que anonimamente, quem disse o quê.

Nesse contexto, a unidade curricular “Interfaces Saúde e Educação” apresenta indícios da participação ativa dos estudantes imprimindo vida e sentido ao tempo de aula. Por exemplo, no transcorrer da aula “Formação e Comunicação em Saúde” emergiram das falas dos estudantes alguns núcleos de sentido que podem ser categorizados em três temas abrangentes: 1) Histórias de vida e cuidado, 2) Aula é tempo de ser e de (con)viver, 3) Expressão sensível.

1) Histórias de vida e cuidado

Surgiram reflexões sobre qual o sentido verdadeiro do sucesso profissional, se a vida acadêmica precisa realmente doer e até, por vezes, adoecer as pessoas. Falaram sobre o quanto é marcante o momento em que o indivíduo se entrega ao sistema mecanicista e desacredita que ainda pode haver mudanças educacionais e no mundo do trabalho. Seguem alguns comentários:

[...] No cotidiano vai perdendo a afetividade ... A saúde mental é perdida por sobrecarga... O sucesso profissional com adoecimento é sucesso? Pagar a melhor escola para o filho e não ter tempo para ficar com ele...

“O momento da entrega e do desacreditar na formação é marcante... importante é buscar ânimo uns nos outros.

Segundo Ausubel (1992), na sua teoria sobre aprendizagem significativa, o segredo para imprimir sentido ao ensino-aprendizado é valorizar o conhecimento prévio. Esse conceito de valorização do conhecimento prévio, por sua vez, está intimamente ligado às experiências, vivências e histórias de vida dos entes envolvidos, tanto no processo edu-

cacional (professor e estudante), quanto no cuidado em saúde (profissional-paciente).

Quando valorizamos o potencial e a criatividade dos indivíduos, percebemos que é possível fazer mais com menos.

A fala dos participantes faz um convite à reflexão sobre a postura dos educadores, enquanto geradores de esperança. O bom professor, na sua verdadeira identidade, é aquele que não desiste do estudante, que escuta e valoriza suas vivências, percepções sobre o tema e história de vida.

2) Aula é tempo de ser e de (con)viver

Na percepção dos participantes da aula, as atividades lúdicas tornam o ambiente universitário menos agressivo, trazendo leveza aos momentos de ensino-aprendizado. Relataram que há ganhos relacionados ao pensamento crítico nas aulas em que sentam e conversam em círculo. Referem que alguns professores desejam mudar a forma de abordagem didática, mas lhes falta preparo. Sugeriram trabalhar processos lúdicos, grupais e o interprofissionalismo: “O lúdico tira as pessoas do automatismo. Trabalhar em roda estimula o pensamento crítico.”

A aula é o encontro entre as pessoas dentro de um espaço-tempo cheio de potencialidades. O uso da arte, nas aulas, é uma poderosa ferramenta para otimizar esse momento (HAIDET, 2016). O contexto educacional é desafiador e, por vezes, não contempla essa interface da formação, desde a monotonia das aulas, até a falta de partilha das próprias experiências, na construção do conhecimento. Esse contexto tem tornado o tempo das aulas sem sentido. Na perspectiva da Metodologia Viva, o professor vai além da formação profissional e a aula passa a ter sentido, como um instrumento de transformação da realidade, centrada no respeito às pessoas e no cuidado aos futuros cuidadores. Os 10 passos da coreografia didática, para ensino da comunicação, têm sido apontados como um caminho possível e facilmente replicável, porque associa reflexão, dinâmicas integrativas, conteúdo da plataforma *on line* DocCom Brasil, produção de vídeos, dramatização e arte, pelos estudantes (NOVAES et al, 2018). Nessa perspectiva, transformar o tempo de aula em tempo de vida e bem-estar é missão sublime dos envolvidos - educadores, estudantes, gestores.

3) Expressão sensível

Os estudantes relataram que ocorre perda da dimensão do sensível, no processo tradicional de formação profissional. Segundo participantes da aula “Formação e Comunicação em Saúde”, a perda dessa dimensão acontece devido ao tecnicismo exacerbado e pela ausência de espaços para expressão dos estudantes. Relataram, também, que é

contagiantes quando as pessoas se abrem ao novo e ao sensível, nos processos formativos. Refletiram que a falta de treino das habilidades de comunicação e empatia pode diminuir essa capacidade. Disseram que é necessário pessoas que observem e que cuidem desse aspecto do processo formativo:

Há pouca liberdade para colocarmos algo da gente. A maioria das aulas tem conteúdo para ouvir e pouco espaço para falar.

Como pode ser contagiante quando se permite ser afetado para o sensível !

[...] Algo nosso que vai ficando de lado. Falta quem dê atenção à humanização e que olhe a subjetividade e individualidade de cada um.

As pessoas sob cuidado esperam encontrar profissionais dotados de habilidades de comunicação e de uma expressão sensível (LIBERALI, 2018). Essa competência profissional pode ser estimulada através da Metodologia Viva de ensino-aprendizado, porque tem o potencial de trazer à tona experiências e vivências de empatia, compreensão, valorização do indivíduo e respeito mútuo. Os estudantes, por sua vez, também esperam ter um espaço seguro para comunicação, com professores e orientadores, no ambiente de formação. O *feedback* apreciativo dos professores e a escuta qualificada são aspectos importantes dessa interação que aprimora o desenvolvimento mútuo. Consequentemente, ao mudar o panorama tradicional com iniciativas pedagógicas que proporcionam nutrição emocional aos futuros profissionais, a verdadeira interface saúde/cuidado/educação torna-se uma realidade (NOVAES et al, 2016).

Avaliações processuais e acontecimentos formativos a respeito do autocuidado

Na penúltima oferta da disciplina “Interfaces Saúde e Educação”, preparamos previamente um questionário, com o intuito de perceber como o grupo de estudantes iniciavam o processo de formação em autocuidado, a partir de uma autoavaliação. Desse modo, o questionário foi organizado tendo 10 aspectos reflexivos acerca do autocuidado. Buscou-se, por esse instrumento, sondar sobre: a escuta das emoções, os tempos reservados para si mesmo, a aceitação do corpo, aspectos ligados a alimentação, a atividade física, momentos de descanso e busca de ajuda quando é considerado que não há condições de cuidar de si mesmo.

A estratégia por nós utilizada foi levar cada estudante a se perceber no início e fim dos momentos formativos em autocuidado. Para tanto, os estudantes sinalizaram que pouco estavam se dedicando ao seu autocuidado, resultando, conseqüentemente, em processos de adoecimentos. Em suas falas, os motivos trazidos para o esquecimento de si mesmos perpassavam aspectos de cobrança na formação acadêmica, como também, influências de familiares, ou pouco tempo disponibilizados para o autocuidado.

No final, os questionários foram devolvidos aos estudantes, e os mesmos foram estimulados para a percepção das transformações observadas no momento atual, a partir do processo formativo em autocuidado. Os estudantes sinalizaram que toda a disciplina contribuiu para que fosse dada atenção para os momentos reservados a si mesmo, vendo os limites que cada um mantinha, mediante as adversidades do cotidiano pessoal, e tendo uma atenção para com seu bem-estar. Uma estudante disse que “as aulas de Interfaces Saúde e Educação se caracterizaram como um espaço de cuidado, de dialética do amor, sendo a educação o caminho para cuidar de si”. Complementando essa fala, outro estudante falou que “a poesia nasce dos atos. Fizemos das aulas lugar de poesia e gostaria de agradecer pela oportunidade de pensar no cuidado de maneira leve e significativa”. Ainda afirmando as contribuições que a disciplina trouxe, um estudante indicou que “é um encerramento que não tem fim, pois aqui aprendemos a ser gente”.

Com avaliações fecundas, como essas exemplificadas, percebemos que o objetivo inicial foi atingido, e o autocuidado foi refletido, vivido e visto, como compromisso permanente por cada estudante. Construiu-se, não somente conhecimento para com o mundo, mas especialmente para o universo que habita em cada um, como outrora trouxe um dos estudantes -- “um verdadeiro espaço terapêutico” --, sem julgamentos e tendo o diálogo como modo de produzir sentido, podendo trazer à tona a emoção, que tanto é colocada de lado, em vários componentes curriculares das formações em educação e saúde.

Na última oferta da disciplina foi sugerida a escrita de uma carta autoavaliativa, sobre a experiência vivenciada. Um dos estudantes escreveu:

Pagar à disciplina Tópicos de interfaces Saúde e Educação ministrada pelo professor Marcelo Ribeiro, foi de suma importância para o enriquecimento do meu repertório enquanto profissional em formação. Além de ter proporcionado aos alunos momentos reflexivos e dinâmicos, que por sua vez surtiram de forma terapêutica, amenizado os efeitos trazidos pelo desgaste e pressão acadêmica, a disciplina favoreceu uma visão mais ampla acerca da importância da atuação da Psicologia em diversos setores sociais, em especial no setor Educacional.

Esse registro, escrito correspondente à avaliação final, aponta para as aprendizagens, mas também, para o quanto a disciplina o ajudou no sentido de possibilitar algo agradável e regenerativo na vida acadêmica. O elemento do *Bildung* é evidenciado à medida que a formação, diga-se transformação, se deu na integração das informações disciplinares (dos conteúdos da disciplina) e na implicação com o seu momento de vida, inclusive do ponto de vista do autocuidado.

O próximo registro, em forma de poesia, expressa a verdade produzida pelo estudante em seus processos formativos, via o autocuidado. Lembrando que verdade é a capacidade da pessoa traduzir suas expressões numa relação dialógica e, portanto, de cuidado.

Saúde e educação
Quão intrínseco estão
O cuidado como prerrogativa humana
Verbo por vezes desconhecido
Práxis em todos incumbido.
Em todos os espaços
há possibilidades de promover cuidado
Posto de saúde e escola
Até em gaiolas
Digo: prisão
E em quantas prisões
Culturalmente fomos e estamos?
Educados, agora deseducamos
Nos empoderamos
Corpo, corporeidade
Espaço de vivência
De amores, de dores
Energeticamente famigerados em construções
Papéis no corpo que desempenham
O ser homem, o ser mulher
A sexualidade que provém do não-dito
Denunciando tabus sociais
E conseqüentemente, problemas mentais
Sentidos neste corpo, que por vezes:
Chora, se automutila, se apavora
Quer matar, quer morrer, quem?
O amor e a dor coexistem

Como prevenir? Promover? Cuidar?
É preciso no tabu tocar
Educar, uma educação popular!
Destituir desde a infância fantasias
Ser homem ser mulher, só te localiza nos papéis sociais
Mas não diz quem tu é
Reconhecer lugares de privilégio
Para que se possa alcançar equidade
Reconhecer condições humanas
Que nos estruturam socialmente
Dizer, porque o que não é dito não é sabido
Porque o que não é dito, não é entendido
Porque o que não é dito, nem existe
Sendo assim
Digo, denuncio
Há racismo
Há machismo
Há fascismo
Há homofobia
Há lesbofobia
Há bifobia
Há transfobia
E reconheço
Há potencialidades humanas
Que exploradas e instigadas por meio da educação
Transformam dialeticamente
Todo preconceito em amor
Em auto aceitação
Em saberes que produzem:
Conhecimentos e cuidados coletivos
A educação é o caminho
E somos nós que o fazemos.

Esta poesia é um bom exemplo do que defendemos como Metodologia Viva e sua inarredável condição de cuidado, pois revela o quanto impactante foi para todos, inclusive para o professor. Isso porque uma das condições do que acontece nos processos de Metodologia Viva é a implicação, inclusive, no caso da sala de aula, do professor. Muito

mais que explicar sobre as coisas, os parceiros da relação (estudantes e professores) se implicam, se envolvem, mergulham e se maculam. Não há, nas implicações, como sair imune e impune das relações, justamente, porque há uma abertura para ser tocado pelo outro, numa relação de cuidado e autocuidado.

Uma outra importante discussão provocada, ainda relativa à questão da implicação, provocada pelas ideias de Freire (2015), Gadamer (2002), Rogers (1997) e Boff (1999), tem a ver com a questão da autoridade. A autoridade aqui entendida não é tanto pelo poder social delegado como princípio causal, mas, como consequência do reconhecimento de uma capacidade, no caso, do professor. Por exemplo, à medida que o professor sabe provocar questões, sabe trazer pontos cruciais para os alunos, ele é relevante e significativo na vida dos alunos, mas, não só o professor do ponto de vista profissional, também, tudo que ele é, fala, diz, escreve, pensa... o impacto da existência do professor na vida dos estudantes é grande e isso é a causa da autoridade do professor. Nesse sentido, também é oportuno dizer que ter autoridade é conhecer algo, e conhecimento é tradição (GADAMER, 2002). Sendo assim, o conhecimento, que se desdobra em autoridade, não é o conhecimento técnico e informativo, não é esse que conta. É o conhecimento vivido, provocador, impactante, na relação professor aluno, portanto, o conhecimento que se implica.

Vejamos esse outro registro que desvela as implicações vividas, as produções de sentidos e significados potentes e, conseqüentemente, o desdobrar da singularidade do processo formativo da estudante:

Passar pela disciplina de Interfaces não foi simplesmente cumprir um componente curricular... Com tantas incertezas que passei ao longo desse período, me separar da turma de origem por causa de 3 disciplinas (...) no começo parecia o fim do mundo, que eu era menos capaz, que eu chegar por último, mas no fim das contas, como diz meu padrinho espiritual boiadeiro “a fruta só dá no tempo” (...). Saio dessa disciplina com uma grande bagagem de sensibilidade e o olho menos clínico e mais humano para o encontro com o outro que chegar até mim. Todos os conflitos em relação ao tempo de formação, insegurança quanto ao fim do curso e outros, estão mais confortados e Interfaces me lembrou o grande desejo que se movia dentro de mim e vinha se apagando na difícil dinâmica de viver esse curso longe de casa: Ser psicóloga na saúde pública e trabalhar para o povo! Que como Hera, eu possa ser uma mulher detentora de poder e que esse poder se multiplique em várias mãos em forma de afeto e conhecimento (...).

O “passar pela disciplina” não se deu de modo cumpridor de tarefas, comum ao modo de muitos alunos passarem por disciplinas. O passar se deu de maneira atravessada, afetada, implicada, na relação dialógica, e tudo isso possibilitou elaborações de perspectivas uma vez que, a estudante foi se configurando como que num jogo entre figura e fundo. A ideia de “círculo hermenêutico”, nesse caso, é outro potente conceito no pensamento de Gadamer. Significa dizer que o todo deve ser entendido em relação às suas partes, e as partes ao todo. Pensamos que isso tem uma importante pertinência na ideia de Metodologia Viva, porque concebe o movimento, a capacidade do sujeito ir se interpretando e se reinventando (processo formativo) quanto mais ele se implica nas relações dialógicas.

De modo particular, na aula sobre comunicação em saúde, onde iniciamos com o documentário e seguimos com uma roda de conversa, a expressão que surgiu reiteradamente fazia menção à experiência formativa na universidade, como algo pesado e alienador, comprometendo, inclusive, a saúde: “Para mim, tenho percebido a formação e o trabalho como pesos e isso parece que tem a ver com a rotina que é vivida sem alegria.” Essa fala aponta para aquilo que comentamos sobre a falta de sentido e significado potentes, do ponto de vista do interesse e da criatividade. Defendemos a ideia de que sempre há produção de sentidos e significados, mesmo quando nada se quer (niilismo), ainda assim, há alguma coisa, um não querer. A diferença é que vão existir sentidos e significados mais ou menos potentes (RIBEIRO, 2016; 2018). Portanto, em relação a esses sentidos e significados mecanizados, enfadonhos e fracos, há indicativos de que contribuem para o processo de adoecimento, sobretudo em contextos educacionais. E quando se constata esse contexto na formação de profissionais de saúde, além de criar situações favoráveis ao adoecimento de estudantes (e de professores), tende-se a criar uma reprodução do adoecimento na prática desses futuros profissionais, à medida que se tornam menos sensíveis, mais “coisificados”. Tudo isso se distancia muito da perspectiva de um Metodologia Viva.

É claro que há coisas que precisam ser feitas e que os contextos educativos não precisam ser (e nem deveriam) um parque de diversões, no sentido de ser pautado pelo puro entretenimento. Contudo, mesmo fazendo coisas que às vezes nos forçamos a fazer, notamos sentidos e significados que nos integram, que nos fazem sentir mais. Como aquele livro com mais de seiscentas páginas que gostamos de ler, no interesse da nossa curiosidade, mesmo a despeito da luta que travamos com o sono. Sobre isso, uma estudante, na filigrana de sua sagacidade indagou onde estaria a diferença da aceitação (criativa) com a aceitação que levaria à depressão. Essa pergunta pode ser um divisor de águas para entendermos a produção de sentidos e significados não alienadores, o processo da formação profissional e o autocuidado, um contraponto à sociedade do consumo, de uma obstinada performance produtiva.

Em relação ao documentário que acabamos de assistir, o vídeo do pai, da emoção... para mim veio como se a sociedade esperasse um padrão acadêmico e termina desprezando talentos e dons... nesse sentido a escola pode ser algo muito penoso e pesada.

Essa fala nos aproxima também da questão sobre a ênfase no produtivismo e sobre a “sociedade do cansaço” (HAN, 2017). A metas infundáveis, a competição exacerbada e o controle exercido como a auto cobrança insaciável, são elementos da experiência do sujeito que vive em um modo, onde os fins nunca são alcançados, e os meios sempre refeitos em níveis de exigência cada vez maiores. O inevitável sucede em tal configuração, ou seja, a fadiga e a exaustão das pessoas, traduzidas muitas vezes em sintomas, como a depressão, a síndrome de *burnout*, ou mesmo, em alguns casos, o suicídio. A ênfase, portanto, no produtivismo e sobre a “sociedade do cansaço” fortalecem o tecnicismo na educação, mas, sobre isso há efeitos colaterais.

O tecnicismo exacerbado na formação em saúde acaba diminuindo a dimensão do sensível... Há pouca liberdade para colocar algo da gente nos nossos processos formativos porque as nossas experiências não são valorizadas.

A nossa formação é muitas vezes percebida como objetivo de estudo e como simples campo de aplicação de técnicas.

O incrível é que o sucesso profissional, mesmo com o adoecimento, é visto ainda assim como sucesso.

Estamos numa fase do automatismo.

Como é possível notar nessas falas, os estudantes apreenderam que há uma perda do sensível e uma falta de valorização das experiências deles, no que acontece na sala de aula. Sobre isso, na fala a seguir, é revelado o que eles têm vivido:

Quando há perda da dimensão do sensível há pouco liberdade para colocarmos algo da gente. Na maioria das aulas tem conteúdos para ouvir e pouco espaço para falar... poucas disciplinas práticas.

Na verdade, os estudantes, ao se implicarem na temática da aula abordada, viviam

e refletiam impactando, muito possivelmente, tomados de consciência a respeito de suas condições enquanto estudantes. Isso nos remete àquilo que falamos da dimensão dialógica e das relações de implicação.

Formação é mais uma máquina de produzir que não ajuda a gente pensar. Para mim a metáfora da mochila como uma sobrecarga é bem reveladora. No documentário era imposto ao menino carregar uma mochila pesada, cheia de coisas, mas sem sentido algum.

Não conseguimos saborear o conhecimento.

A saúde mental é perdida por sobrecarga.

Os pais pagam a melhor escola, mas não tem tempo para os filhos.

Um dos estudantes, em gesto corporal, abre os braços para indicar a aceitação passiva, fazendo ainda uma cara de desalento. Por fim, fala que a repetição mecânica leva à aceitação com sentidos e significados alienados. Esse gesto metafórico, rico no seu simbolismo, é revelador do nível de aprendizado dos alunos, pois alude à engrenagem do processo de dessensibilização a que os estudantes, em seus processos formativos, são, por muitas vezes, subjugados.

A despeito das constatações, mesmo que possam reverberar nas tomadas de consciência, nos estudantes, isso pode ser perigoso quando produz uma tomada de consciência angustiante, no sentido de não vislumbrarem saídas. Foi surpresa, contudo, que os estudantes, também na roda de conversa, lançaram olhares alternativos e esboçaram possibilidades diferentes, ou melhor, sonharam com outros mundos. Isso nos parece essencial para o autocuidado, pois, como vimos, somos seres de projeto e carecemos sonhar, imaginar, desejar futuros melhores. Como já dizia um estimado professor, “fatal mesmo é acreditar na fatalidade”. Quando nós nos entregamos ao fatalismo, e dizemos que não há mais jeito, que é assim mesmo, parece que caímos no comodismo e isso tende a nos deixar pessimistas em relação a qualquer possibilidade de mudança. Saber sonhar, saber acreditar, “esperançar”, no dizer de Paulo Freire (2012) é algo relevante, inclusive para os processos formativos porque, ao atravessar a dimensão ética, aprender a agir no presente, compreendendo o passado, mas mirando para o futuro, o que nos dá o próprio senso de realidade, com responsabilidade. O conteúdo da fala de um participante aponta para a realidade antes referida:

Acho que os processos formativos não precisam ser necessariamente baseados na pura competição. Acho que há muito espaço para formações onde a colaboração seja norteadora das relações.

Acho que uma boa proposta, inclusive a ser adotada pela universidade em suas reformas curriculares, seria diminuir a carga de atividades para viver melhor, ou saber criar uma conexão da formação com o lúdico.

Entra aqui, nessas falas, a questão da sensibilidade, a questão da estética, a questão da experiência, dos entendimentos, e mesmo, da produção de verdade. Longe de explorar esses pontos em detalhes, o importante é sublinhá-los, pois, não cabe ao professor querer controlar tudo, para garantir alguma coisa. E quando se pensa na questão da verdade, ou melhor, do conhecimento, e, conseqüentemente, nos processos formativos, é muito mais, é algo que depende da abertura para a experiência vivida do que a antecipação da realidade, ou seja, do como deve ser a realidade. Essa atitude de abertura para a experiência vivida, cerne de uma Metodologia Viva, é também uma relação de cuidado.

Chegando a algum lugar

Essa ideia de chegar a algum lugar depende muito do caminhante. Muitas vezes, o chegar é, simplesmente, um ponto de marcação a partir de alguma tomada de perspectiva. Desse modo, “chegamos” à “conclusão” de que isso ocorre, não porque esgotamos o “caminho”, mas porque aceitamos, de bom grado, o que percorremos como um sopro de reflexões, registros, partilha de experiências, e de outros desempenhos.

Assim, a ideia central deste texto foi buscar articular o quanto uma proposta de Metodologia Viva é também fundada em relações de autocuidado e de cuidado, tema convergente da saúde e da educação. Esse foi o nosso horizonte e quisemos contextualizar no âmbito das experiências da disciplina interfaces Saúde e Educação. Como já havíamos salientado, e longe de nos gabarmos e mostramos os êxitos dessas experiências, buscamos construir diálogos para entender o que se passou e se sucedeu a partir desses acontecimentos vividos. Buscamos mesmo -- naquele sentido trazido por Gadamer (2002) --, ao falar de “Fusão de horizontes”, estabelecer encontros entre o presente (o que se passa na escrita deste texto), o passado (no rememorar dos acontecimentos das duas versões da disciplina) e o futuro (nos seus possíveis desdobramentos, como leitor deste trabalho). Acreditamos que isso pode nos ajudar a pensar melhor os processos formativos, à medida que a “fusão de horizontes” corresponde ao diálogo. Então, nesse caso, o nosso maior

propósito foi o de provocar diálogos, no esforço de nossas autenticidades, nos nossos afetos e nos desdobramentos das nossas próprias formações.

REFERÊNCIAS

AUSUBEL, D. P. *A aprendizagem significativa*. São Paulo: Moraes, 1982.

BOFF, Leonardo. *Saber cuidar: ética do humano compaixão pela terra*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BUBER, M. *Eu e tu*. São Paulo: Centauro, 2001.

FEIJOO, Ana Maria Lopez Calvo de. A Psicologia Clínica: técnica e techné. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 9, n. 1, p. 87-93, 2004.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 51 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2015.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da Esperança: Um reencontro com a Pedagogia do Oprimido*. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2012.

GADAMER, Hans-Georg. *Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

HAIDET P at al. A guiding framework to maximise the power of the arts in medical education: a systematic review and metasynthesis. *Med Educ.* , 50, p. 320–331, 2016.

HAN, Byung-Chul. *Sociedade do cansaço*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

HEIDEGGER, Martin. *Ser e Tempo*. Parte I. 15 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

LIBERALI R, NOVACK D, DUKE P, GROSSEMAN S. Communication skills teaching in Brazilian medical schools: What lessons can be learned? *Patient Educ Couns*. 2018.

MACEDO, Roberto Sidnei. *Pesquisa contrastiva e estudos multicaseos: da crítica à razão comparativa ao método contrastivo em ciências sociais e educação*. Salvador: EDUFBA, 2018.

MACEDO, Roberto Sidnei. Atos de Currículo: uma incessante atividade etnometódica e fonte de análise de práticas curriculares. *Currículo sem Fronteiras*, v. 13, n. 3, p. 427-435, set./dez. 2013.

MACEDO, Roberto Sidnei. *A etnopesquisa crítica e multirreferencial nas ciências humanas e na educação*. Salvador: EDUFBA, 2000.

NOVAES, Fernanda Patrícia Soares Sampaio et al. Implicações do Método Qualitativo no Ensino-Aprendizado Ativo do Profissionalismo Humanista. Relato de Experiência Educacional. *REVASF*, v. 6, n.10, p. 159-172, 2016;.

NOVAES, Fernanda Patrícia Soares Sampaio et al. Healthcare Communication: Developing Educators for Change. *Abstract Book AMEE- Suíça*, 7G6 (3692), p. 416-417, 2018.

RIBEIRO, Marcelo Silva de Souza. Metodologia Viva do professor da educação infantil: reflexões sobre o caminho do meio. *Anais do XVIII Encontro Nacional de Didática e Prática de Ensino – ENDIPE*, Cuiabá, MT, pp. 944-955, 2016.

RIBEIRO, Marcelo Silva de Souza. Por uma metodologia viva: docência, identidade e relações interpessoais. In: Ivonise Fernandes da Motta; Anna Silvia Rosal de Rosal; Cláudia Yaísa Gonçalves da Silva. (Org.). *Psicologia: relações com o contemporâneo*. São Paulo: Editora Ideias & Letras, 2018, v. 01, p. 50-77.

ROGERS, Carl. *Tornar-se pessoa*. Trad. Manuel J. C. Ferreira, 5ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

OFICINAS VINCULAR - OPERACIONALIZANDO O SERVIÇO DE PROTEÇÃO E ATENDIMENTO INTEGRAL À FAMÍLIA (PAIF)

ZAÍRA RAFAELA LYRA MENDONÇA¹ - MONIQUE EMANUELLE DE SOUZA SANTOS²

O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) é o principal serviço ofertado pelo CRAS - Centro de Referência de Assistência Social. O CRAS é uma unidade de proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que tem por objetivo desenvolver potencialidades que favoreçam o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, ampliando o acesso aos direitos de cidadania, prevenindo a ocorrência de situações de vulnerabilidades e riscos sociais nos territórios (BRASIL, 2009a, p. 9).

É possível destacar que o trabalho com famílias é um dos balizadores dos serviços ofertados pelo CRAS. A complexidade de compreensão do que seria família, embora seja fundamental, não será aqui problematizada, visto que, o objetivo do presente artigo é apresentar uma proposta interventiva desenvolvida numa unidade de CRAS, do município de Maceió- Alagoas, onde se levou em conta o PAIF. Nesse contexto, o trabalho social com famílias pode ser definido como:

[um] Conjunto de procedimentos efetuados a partir de pressupostos éticos, conhecimento teórico-metodológico e técnico-operativo, com a finalidade de contribuir para a convivência, reconhecimento de direitos e possibilidades de intervenção na vida social de um conjunto de pessoas [...] com o objetivo de proteger seus direitos, apoiá-las no desempenho da sua função de proteção e socialização de seus membros, bem como assegurar o convívio familiar e comunitário, a partir do reconhecimento do papel do Estado na proteção às famílias e aos seus membros mais vulneráveis [...] (BRASIL, 2012, p. 12).

Assim, durante os plantões de atendimento técnico e as visitas domiciliares realizadas pela equipe técnica do CRAS - Bela Vista, foi identificada a necessidade de propor ações voltadas para usuários que apresentavam demandas inscritas no cenário sócio-fa-

-
- 1 Psicóloga. Mestre em Psicologia -UFAL. Especialista em Psicologia Clínica e Saúde Mental - CESMAC. Membro fundadora da COEPAS - Comissão Estadual de Psicologia na Assistência Social. Membro Fundadora da ABRAPAS (Associação Brasileira de Psicologia na Assistência Social). Psicóloga do SUAS, CRAS - Maceió.
 - 2 Assistente Social do Tribunal de Justiça de Alagoas. Trabalhadora do SUAS, CRAS- Maceió. Especialista em Gestão e Controle Social de Políticas Públicas -UFAL.

miliar, tais como: dificuldades na distinção entre relações conjugais e relações parentais, obstáculos na condução dos cuidados com filhos pequenos (desde questões de ordem relacional como principalmente ausências de recursos materiais), e dúvidas acerca dos direitos sociais e benefícios socioassistenciais. Bem como operacionalizar modos de intervenções grupais.

A Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (2009b) aponta que o PAIF deve propor ações de caráter continuado, com a finalidade do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, por meio de ações de caráter preventivo, protetivo e proativo, promovendo acesso e usufruto de direitos, e contribuindo na melhoria da qualidade de vida. Para tanto, realiza ações com famílias que precisam de cuidado, desde informações sobre questões relativas ao ciclo vital, como a infância, a adolescência e o envelhecimento, dentre outras, a fim de promover espaços para troca de experiências, expressão de dificuldades e o reconhecimento de possibilidades.

Da escuta qualificada realizada nos plantões técnicos, na busca de referências que normatizam os serviços ofertados pelo CRAS e nas trocas de saberes entre Psicologia e Serviço Social, emergiu a necessidade de ofertar um espaço em grupo para usuárias que procuravam o PAIF com demandas equivalentes. De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (CPF), “A prática profissional da psicóloga e do psicólogo no PAIF deverá assumir como base o reconhecimento de que as estratégias metodológicas a serem adotadas partem da realidade concreta vivenciada pelas famílias” (2016, p. 29).

O Caderno de Orientações Técnicas sobre o PAIF, volume 2 - Trabalho Social com Famílias do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família de 2012, destaca, como uma das possibilidades para o trabalho social com famílias, a oferta de oficinas para os usuários e famílias existentes no território:

As oficinas com famílias têm por intuito suscitar reflexão sobre um tema de interesse das famílias, sobre vulnerabilidades e riscos, ou potencialidades, identificados no território, contribuindo para o alcance de aquisições, em especial, o fortalecimento dos laços comunitários, o acesso a direitos, o protagonismo, a participação social e a prevenção a riscos (BRASIL, 2012, p. 23).

O caráter preventivo do trabalho do CRAS exige que a equipe técnica utilize estratégias de atuação que visem promover o fortalecimento de vínculos familiares e o (re) conhecimento do território no qual está inserido. Diante disto, foi elaborado um projeto de intervenção, sustentado na lógica de oficinas. Inicialmente, foram apresentadas as demais componentes da equipe do CRAS, desde a coordenação, à equipe técnica, à recep-

ção, à cozinha e aos serviços gerais, pois, para garantir a realização de tal proposta era necessário o engajamento de todos.

Os principais objetivos do projeto foram: fomentar o fortalecimento dos vínculos familiares e desenvolver atividades educativas sobre direitos e acesso aos mesmos. Para tanto, foi pensado e executado em seis encontros, com oficinas que ocorreram com frequência quinzenal, nas dependências físicas do CRAS Bela Vista.

Foram convidadas a participar das oficinas responsáveis por famílias que respondiam aos seguintes critérios: periodicidade de atendimentos em busca de intervenções tanto no âmbito material quanto relacional para criação e sustento de crianças; composição familiar que constasse com, pelo menos, uma criança de até três anos e que habitassem em território de abrangência do CRAS Bela Vista. O período de realização das oficinas foi no primeiro semestre do ano de 2017, entre os meses de março e junho.

As oficinas foram programadas a partir do cronograma seguinte: OFICINA 1 - ACOLHIDA INICIAL; OFICINA 2 - CONVIVÊNCIA FAMILIAR; OFICINA 3 - CONVIVÊNCIA FAMILIAR (DIREITOS); OFICINA 4 - CONVIVÊNCIA FAMILIAR (DEVERES); OFICINA 5 - OFICINA INTEGRATIVA COM RESPONSÁVEIS E CRIANÇAS; OFICINA 6 - ENCERRAMENTO E AVALIAÇÃO.

No encontro inicial, foi realizada a apresentação das participantes e da equipe técnica responsável pela execução das oficinas. Participaram 15 mulheres (mães), e seus filhos. Das participantes, três estavam vindo ao CRAS, pela primeira vez, pois, ao convidarmos as famílias já assistidas pelo serviço, sugerimos que estas poderiam convidar outras famílias que estivessem no perfil do grupo.

Após as apresentações pessoais, foi solicitado que as participantes apresentassem as razões que as fizeram aceitar o convite. As respostas foram variadas: “para espairer...”; “para sair de casa”; “para não ficar tão ansiosa” e “para aprender mais”. As mães foram questionadas sobre a doação de fraldas que estaria associada à participação na oficina, e algumas das mães envolvidas no trabalho responderam que desconheciam essa relação. Então ficou acordado que, sempre que o CRAS dispuser de fraldas, haverá distribuição durante o grupo.

Em seguida, houve apresentação dos objetivos do CRAS e do PAIF; dos objetivos do grupo; e o levantamento de expectativas. O nome escolhido para as oficinas foi VINCULAR, que suscitou uma problematização sobre esse nome, seu significado e sua possível relação com os objetivos do PAIF. Também foi construído um contrato de trabalho do grupo, com as regras de convivência sugeridas pelas técnicas e pelas usuárias, tais como, não faltar sem justificativa, não ter vergonha etc.

Vale destacar que embora o convite tenha sido estendido para outros membros da família, apenas mulheres vieram. Outra questão a pontuar é o interesse demonstrado

por essas mães, que estavam participativas e atentas a nossa exposição. Ainda que em condições parciais, pois todas as participantes trouxeram seus filhos, permaneceram com atenção dividida, simultaneamente, entre o grupo e os filhos.

Após avaliação da equipe técnica da primeira oficina, optou-se pela criação de uma estratégia institucional para acolher as crianças e bebês que vêm acompanhando suas mães (tias, avós, cuidadoras), impulsionando participação de outras técnicas da equipe para auxiliarem nos cuidados com as crianças e, principalmente, assegurar a continuidade das oficinas, tanto em termos de frequência e assiduidade das participantes, quanto da produtividade do trabalho em cada encontro.

Assim, a segunda oficina iniciou com esses informes e com a reformulação do contrato de trabalho, construído na primeira oficina. As participantes não apresentaram resistência diante das modificações. Como vieram duas pessoas que não haviam participado da oficina anterior, o grupo também demandou a inclusão destas novas participantes. Ficou acordado então que seria o último dia para a entrada de novas participantes, já que, há uma proposta de continuidade das temáticas tratadas nas oficinas.

Como planejado, a temática proposta para o segundo encontro foi Convivência Familiar. As participantes foram estimuladas a falar sobre convivência, o que significaria tal palavra. No início, o debate transcorreu de maneira ampliada e é interessante pontuar que as participantes não relacionaram convivência, com família. Para o termo convivência e o verbo conviver foram então apresentadas as seguintes definições: “CONVIVER - VIVER EM PROXIMIDADE; TER RELAÇÕES CORDIAIS; VIVER COM...”; “Viver junto com alguém ou com algo (fato), mesmo que não concorde com o mesmo, mas, já que este existem, é importante que convivam”.

A coletivização de demandas por meio do trabalho com grupos tem por objetivo facilitar os processos de reflexões pessoais, interpessoais e participação, integrando o grupo e estabelecendo vínculos de afetividade e respeito mútuo. Além de valorizar os conhecimentos, vivências e significados dos participantes, envolve-os na discussão, pela identificação e busca de soluções para problemas que emergem em suas vidas cotidianas. (CFP, 2016, p. 28).

Então, as técnicas provocaram e estimularam o grupo sobre a possível relação entre família e convivência: O que a família tem a ver com convivência? O que é conviver? Para que a gente convive? Como é conviver? ... é importante destacar que, em todo trabalho de grupo, a informação é o insumo básico a ser introduzido, visando mudanças de representações e práticas. (BRASÍLIA, 2012, p. 35).

A partir daí foram surgindo questões e falas sobre a convivência e os modos de relação estabelecidas por elas, em seus diferentes ambientes de convivência, como trabalho, comunidade e família. Também foi abordado, pelas mães participantes, as exigências e as responsabilidades que a convivência acarreta; a ausência de convivência, e as possíveis consequências para a família (sobrecarga da mulher na criação dos filhos, por exemplo); e várias outras demandas, e questões, foram apresentadas ao longo da discussão. Foi realizado registro do trabalho, em papel quarenta quilos.

Na terceira oficina, ainda dentro da temática convivência familiar, foi retomada a discussão do encontro anterior e proposta a exibição de um curta metragem denominado Guigo, onde o personagem descobre o que é família, para explorar a concepção das participantes acerca da definição do que é família, tipo de vínculos, personagens, papéis e funções desempenhadas, afetos, etc.

Prosseguiu-se uma boa discussão sobre a temática família e seus atravessamentos, tanto em termos materiais, quanto em questões subjetivas. As técnicas responsáveis pelo funcionamento do grupo também intercaram entre si seus saberes de Psicologia e Serviço Social, em prol das discussões e das questões suscitadas pelas usuárias, o que propiciou um momento ímpar de construção coletiva e de partilha de experiências e vivências. Descobriu-se que questões da convivência familiar, fracassos e aquisições puderam ser compartilhadas, como violência doméstica, a dependência de álcool e outras drogas, a insegurança, etc. Tais questões atravessam a sociedade e o Estado como um todo, desde a falta de equipamentos públicos como creches, escolas, unidades de saúde, etc. Também surgiram intervenções das técnicas que conduziram o encontro, que buscaram amplificar a compreensão da responsabilização apenas das famílias por suas necessidades e demandas. De acordo com a Nota Técnica com Parâmetros de Atuação das(os) Profissionais de Psicologia no Âmbito do Sistema Único de Assistência Social (2016, p. 27), o reconhecimento de situações de desproteção social em decorrência de vulnerabilidades sociais constitui um aspecto inovador da proteção social básica no SUAS.

A temática das oficinas 4 e 5 permaneceu alicerçada na temática da convivência familiar e, na quarta oficina, a atividade consistiu na produção de cartazes em grupo, com materiais que estavam previamente separados na ocasião da chegada das usuárias (revistas, cola, tesoura, papel 40, canetas tipo hidrocor). As participantes foram informadas da necessidade de escolherem duas líderes entre elas, para coordenação dos trabalhos em cada equipe, e duas jovens se voluntariam para tal função. Feito isso, foram orientadas a escrever a palavra família no centro do papel 40 e buscar nas revistas imagens que julgam possuir relação com as temáticas discutidas até o momento.

Durante aproximadamente uma hora, as participarem selecionaram as imagens

e confeccionaram os cartazes. No decurso, foi informado que poderiam legendar as imagens e, após a conclusão, os cartazes foram fixados nas paredes e foi sugerido que as participantes observassem o material produzido pela outra equipe. Em seguida, uma participante de cada grupo apresentou as imagens dos cartazes. Concluída a apresentação, uma das participantes solicitou uma salva de palmas, para o trabalho por elas realizado.

A oficina foi muito produtiva e o material produzido contemplou questões relativas à convivência familiar, bem como, relacionadas ao acesso a direitos sociais (saúde, lazer, trabalho); e a importância da participação política com menção a necessidade de realizar boas escolhas, no processo eleitoral. A partir do material confeccionado, foi possível perceber que as usuárias têm apreendido o conteúdo discutido.

Na quinta oficina, foi pensado um momento no qual usuárias participantes e seus filhos poderiam realizar atividades, simultaneamente. Então, as técnicas responsáveis pelas oficinas criaram uma atividade na qual as díades, mãe-criança, pudessem construir um espaço comunitário, a partir de blocos de encaixe e outros brinquedos disponibilizados, espaço este, no qual, a sua família poderia viver de maneira que considerasse satisfatória. O processo e os resultados dessa intervenção foram bem interessantes. As usuárias optaram, por conta própria, em criar uma comunidade, juntamente com suas crianças, tornando a construção coletiva entre elas e suas crianças. Alguns conflitos de interesse entre as crianças surgiram, inclusive, pela disputa de atenção e dos brinquedos e objetos disponíveis. Mas, tanto as usuárias quanto as técnicas intermediaram os conflitos e houve a garantia da construção de uma cidade. Este território continha moradias, creches, postos de saúde, e espaços de socialização, como praças e quadras de esporte. Então, isto indicou que o objetivo das oficinas estava sendo contemplado:

O trabalho social com famílias do PAIF é materializado por meio de atividades desenvolvidas com diferentes metodologias possíveis. Psicólogas e psicólogos devem contribuir e considerar que essas atividades devem ser planejadas e avaliadas com a participação de famílias usuárias [...] bem como o fortalecimento dos vínculos e protagonismo destas famílias [...] (CFP, 2016, p. 29).

De acordo com os relatos e discursos veiculados pelas usuárias, durante a realização das oficinas, foi perceptível o crescimento do grupo a partir da lógica de compartilhar situações adversas e de sofrimento, mas também, do compartilhamento de estratégias de enfrentamento. As oficinas, formadas por famílias (PAIFs), devem favorecer vivências que permitam o questionamento sobre estruturas desiguais e padrões estabelecidos e instigar a socialização e discussão de projetos de vida, ambas premissas estimulam o desenvolvi-

mento dos membros da família baseadas nas potencialidades coletivamente identificado (BRASÍLIA, 2012, p. 25).

No último encontro proposto como encerramento e avaliação, as usuárias definiram que haveria a comemoração das aniversariantes do grupo, naquele mês. Ficou evidenciada a necessidade em comemorar ganhos e conquistas, adquiridas ao longo do processo das Oficinas. Então o momento foi mais integrativo. As técnicas solicitaram uma avaliação verbal das usuárias que quisessem falar, inclusive, argumentando que aquele foi um primeiro momento que se trabalhou com grupos numa perspectiva de Oficinas apontadas pelas normatizações, como metodologia importante a ser utilizada pelo PAIF/CRAS.

As oficinas com famílias devem prever um momento de avaliação com os participantes [...] O importante é ouvir as impressões dos participantes, pois a avaliação realizada somente pelos profissionais é parcial e pode desconsiderar aspectos importantes [...] Além de verificar o cumprimento dos objetivos [...] (BRASÍLIA, 2012, p. 34).

O momento de avaliação transcorreu de modo harmonioso e bastante saudosista, onde usuárias e técnicas relembrou expectativas e objetivos do início das oficinas. De acordo com os relatos, os encontros foram produtivos e promoveram reflexão e fortalecimento das usuárias para buscarem seus direitos, e, para continuarem a tarefa da criação dos seus filhos e filhas, de maneira a saber a responsabilidade familiar e comunitária para tal.

Considerações finais

A proposta interventiva vincular, não apenas cumpriu seus objetivos de possibilitar a reflexão sobre o fortalecimento de vínculos familiares e proporcionar conhecimento sobre direitos e benefícios, mas, foi além, e oportunizou aos envolvidos, equipe técnica e usuárias participantes, uma aproximação fidedigna com o PAIF (Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família), atuando com ferramentas e elementos próprios da realidade da Assistência Social e do SUAS (Sistema Único de Assistência Social), como vulnerabilidade social, território, interdisciplinaridade, etc.

Destaca-se a importância de tal intervenção e há necessidade urgente em continuar construindo estratégias e espaços coletivos de intervenção, pois é imprescindível lembrar que a função do CRAS não é apenas intermediar acesso a benefícios socioassistenciais, mas, promover o fortalecimento de vínculos sociais, comunitários e familiares.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Orientações Técnicas Centro de Referência de Assistência Social*. Brasília: MDS, 2009a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais*. Brasília: MDS, 2009b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Orientações Técnicas sobre o PAIF – Trabalho social com Famílias do Serviço de Atendimento Integral a Família*. Brasília: MDS, Vol. II. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Nota Técnica nº 001/2016: Nota técnica com parâmetros para atuação das (os) profissionais de Psicologia no âmbito do sistema único de assistência social (SUAS)*. Brasília, p. 27-28. 2016.

GUIGO descobre o que é família. Diário do Guigo. *Youtube*. 2 de jul. 2014. 5min5s. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=DKhhmncM-8Q>.

SAÚDE, COGNIÇÃO E APRENDIZAGEM

LIÉRCIO PINHEIRO DE ARAÚJO¹ – ROBSON LÚCIO SILVA DE MENEZES²

Introdução

Uma abordagem cognitiva para o estudo da aprendizagem envolve compreensão das interações entre os processos cognitivos do aluno, e a utilização de instrução e materiais. A evolução da teoria e da pesquisa sobre aprendizagem significativa concentra-se nos processos cognitivos de aquisição, retenção, recuperação e transferência de novas aprendizagens, áreas de fundamental importância para o processo de aprendizagem escolar.

O objetivo principal da teoria da aprendizagem significativa é delinear e elucidar como a informação torna-se significativa e memorável para o aluno. David Ausubel desenvolveu essa teoria, e se propõe a responder a estas questões. O modelo de Ausubel parece ser cuidadosamente construído e logicamente coerente.

A teoria descreve o processamento cognitivo das informações e o modelo também prevê formas específicas para projetar instruções e materiais adicionais, para reforçar os laços entre a informação assimilativa que o aluno já tem, e o material relacionado a ser aprendido. A implementação desses pressupostos, presumivelmente, pode prolongar no aluno a retenção do conhecimento por longos períodos, e aumentar a capacidade de reconhecer novos materiais aprendidos.

Ausubel tem sido principalmente preocupado com a demonstração dos efeitos da facilitação de organizadores avançados sobre a aprendizagem, e a investigação sobre esses organizadores é uma das suas técnicas pedagógicas. Os mapas conceituais foram desenvolvidos em 1972 por Joseph Novak, num programa de pesquisa” na Universidade de Cornell, nos Estados Unidos. Ele procurou acompanhar e entender as mudanças no conhecimento de crianças no estudo de ciências (Novak, 1991). Durante esse estudo, a equipe de Novak fez grande número de entrevistas, e encontrou dificuldade para identificar alterações específicas na compreensão das crianças, sobre conceitos de ciência, por meio de exame de transcrições de entrevistas. Este programa foi baseado na Psicologia da aprendizagem, de David Ausubel (2003), e sua ideia fundamental, na Psicologia cognitiva, é que a aprendizagem do aluno ocorre pela assimilação de novos conceitos, e pela realização de proposições em conceitos e estruturas existentes. Esta estrutura de conhecimento realizada pelo aluno tam-

1 Psicólogo e professor da Universidade Estadual de Ciências da Saúde - UNCISAL

2 Psicólogo e professor Supervisor de estágio da Faculdade Estácio/Alagoas.

bém é referida como estrutura cognitiva do indivíduo. Além da necessidade de encontrar uma melhor forma de representar o entendimento conceitual das crianças, surgiu a ideia de representar esse conhecimento, na forma de um mapa conceitual. Assim nasceu uma nova ferramenta, não só para utilização nessa investigação, mas também em muitas outras.

A cognição humana

Na história dos séculos XIX-XXI, os estudos sobre a cognição humana são, em muitos aspectos, a história de dois paradigmas: a cognição pura, na ausência de contexto, contra a cognição que ocorre dentro de um contexto definido. Representantes do paradigma anterior podem rastrear a origem do seu trabalho, para a investigação psicológica mais antiga, na memória e na percepção, com pesquisas nos primeiros laboratórios de Psicologia da Alemanha, executados por Wundt (1866), Fechner (1878) e Ebbinghaus (1885).

Uma das primeiras dialéticas na história da Psicologia ocorreu entre o Estruturalismo e o Funcionalismo. O Estruturalismo foi a primeira grande escola de pensamento na Psicologia, que busca entender a estrutura (configuração dos elementos) da mente e suas percepções pela análise dessas percepções em seus componentes constitutivos. (STERNBERG, 2010, p. 4)

Estes pioneiros, com apenas algumas exceções, notavam o estudo da cognição humana como uma forma de ciência pura, enraizada no mesmo tipo de princípios universais como a física clássica. Sua busca de leis universais da aprendizagem resultou em pesquisas sobre o pensamento e o raciocínio, que foram destacadas do contexto do cotidiano em que as pessoas viviam.

Tal abordagem foi valiosa de duas maneiras. Primeiramente, ela gerou informação aplicável e apreciada na época em que a pesquisa foi realizada, ou seja, o desenvolvimento de teorias cognitivas e dos testes cognitivos. Por outro lado, forneceu a base para o desenvolvimento de uma abordagem teórica contrastante, que analisou a diferenciação contextual do que muitos acreditavam que eram as leis universais ou gerais de aprendizagem.

Os adeptos do segundo paradigma estudaram a cognição incorporada no contexto de conhecimentos e experiências anteriores. Esta tradição, originada na virada do século XX (Baddeley, 1998), não teve grande atenção, até o início da década de 1930, por conta das pesquisas de Bartlett (1932) que foram relevantes. O autor em tela enfatizou a importância de estudar a cognição, em seu contexto material e social. Por quase duas décadas, a contribuição teórica de Bartlett permaneceu desconsiderada pelos seus próprios estu-

dantes, e seu poder científico foi largamente ignorado. Apenas no final dos anos 1960, esta teoria experimentou um renascimento, como visto na obra de Neisser (1981).

Desde o final dos anos 1960, que o papel fundamental do contexto no desenvolvimento cognitivo tem recebido atenção crescente, na teoria e no trabalho empírico. Os investigadores usaram o termo *contexto* em dois sentidos diferentes, que foram aplicados, pela primeira vez, para a estrutura mental que as pessoas utilizam para realizar uma tarefa. Cada indivíduo argumenta, percebe e entende os fenômenos, por meio de representações estruturadas de seu conhecimento relevante. Ou seja, um fenômeno é assimilado por um aspecto pré-existente no quadro de conhecimento, por vezes, referido como esquema ou representações, ou então, se refere a um quadro que deve ser criado ou alterado para acomodar o que está sendo experimentado.

Quanto mais se sabe sobre um domínio específico, e o conhecimento mais integrado é domínio do indivíduo, mais elaborada será sua representação mental. Por exemplo, o conhecimento de um técnico de jogo de futebol é um tipo de contexto mental. A maneira pela qual os indivíduos representam conhecimentos de um domínio, como o futebol, esse comando exerce uma poderosa influência sobre a sua capacidade de resolução de problemas, nesse domínio, tais como as regras, passes de bola, dribles, pênaltis, etc.

Contexto também tem sido utilizado para se referir a um aspecto do ambiente, físico ou social, que é externo ao organismo (Sternberg, 2010), e que exerce influência na cognição. Neste ponto, no entanto, chamamos a atenção para os dois sentidos que *contexto* têm em comum, porque ambos envolvem e levam em conta o quadro mental e ambiental em que a cognição ocorre. É através da interação com pessoas e objetos que os indivíduos desenvolvem representações de contextos mentais e ambientais. Além disso, através da experiência, as representações mentais tornam-se cada vez mais elaboradas e integradas, para que o indivíduo consiga perpetrar mais distinções e classificações que ajudem no processo de cognição. De acordo com Sternberg (2010, p. 268)

A representação e o processamento do conhecimento foram investigados por pesquisadores de diversas disciplinas. Entre esses pesquisadores encontram-se psicólogos cognitivos, cientistas da computação que estudam inteligência artificial (tentativas para programar máquinas que possam desempenhar de maneira inteligente) e neuropsicólogos. Seus métodos distintos de pesquisa da representação do conhecimento promovem a exploração de uma ampla gama de fenômenos. Também incentivam perspectivas múltiplas de fenômenos similares. Oferece, finalmente, a vantagem de operações convergentes - o uso de diversos métodos e técnicas para equacionar um problema.

Por volta da virada do século, um grupo de pesquisadores começou a desafiar a visão de que a cognição poderia ser estudada adequadamente fora de contexto (Henderson, 1903; Whipple, 1915). Essa visão foi mais completa e sistemática quando estabelecida por Bartlett (1932). Hoje em dia, um grande número de investigadores segue a tradição de Bartlett: estudar a memória em vários contextos mentais e físicos (FIVUSH & HUDSON, 1990; NEISSER, 1992). Um exemplo típico deste gênero é a demonstração de Baddeley (1988), que partiu da visão mecanicista da memória humana e propôs que a mesma era dinâmica, um processo no qual as crenças anteriores, valores, experiências e conhecimentos foram usados para dar sentido a estímulos recebidos. O autor em referência se referiu a este processo como “esforço de significação”, afirmando que os seres humanos tentam dar sentido ao que eles enfrentam, numa tarefa de memória, tais como, a implantação de suas crenças e o conhecimento no contexto da representação mental do mundo.

Tomamos como exemplo os indivíduos pesquisados por Bartlett. Foram apresentadas histórias sobre eventos anômalos, e depois, solicitou-se que eles as contassem numa narrativa. O mais famoso desses contos, “A guerra dos fantasmas”, descreve dois jovens índios que, durante uma canoagem, se depararam com um grupo de outros índios em guerra, que os convidam a participar da luta. Um dos jovens índios na canoa declina, mas seu companheiro se junta e é ferido em uma subsequente batalha. Ele é levado de volta para sua casa à noite, onde morre ao nascer do sol. No curso da história, uma série de coisas incomuns tiveram pouco significado para os sujeitos britânicos de Bartlett. Na verdade, esses eventos foram completamente incompreensíveis para suas mentes ocidentais, porque insinuavam fantasmas e desconhecido simbolismo.

Dessa forma, o autor supracitado descobriu que, quando seus sujeitos procuraram recordar “A guerra dos fantasmas”, reconstruíram a trama para torná-la adequada às suas próprias crenças. Através de tais descobertas, Bartlett desafiou toda a tradição de Ebbinghaus (1885), afirmando que a memória não é um sistema mecânico *input-output*, mas um processo altamente dinâmico que, frequentemente, distorce o que é apresentado, para ajustá-lo às suas crenças preexistentes e à representação do conhecimento. Assim, a memória não pode ser separada do resto da experiência cognitiva e social, que influencia os contextos relevantes (Anderson, 2010, p. 231).

A ciência cognitiva é, portanto, uma ciência de processamento de informações. Vista como tal, podemos identificar as principais questões experimentais e áreas clássicas de estudo: como a informação adquirida (sensação) é interpretada para conferir significado (percepção e reconhecimento); armazenada ou modificada (aprendizagem e memória) é usada para elaborar (pensamento e consciência); para prever o estado futuro do meio ambiente e as consequências da ação (tomada de decisão); para orientar o com-

portamento (controle motor no caso da neurociência cognitiva); e para comunicar (linguagem). Estas questões são, obviamente, fundamentais na ciência cognitiva em geral:

A ciência cognitiva, o estudo das relações cérebro-comportamento, são historicamente velhos em sua tentativa de mapear o cérebro. Como uma disciplina que está florescendo, com um número crescente de estudos de neuroimagem funcional que aparecem na literatura científica. Ao contrário de biologia e Psicologia, mesmo as neurociências cognitivas só recentemente começaram a aplicar a teoria e os métodos de evolução. Aproximando-se a neurociência cognitiva de uma perspectiva evolucionária, permite-se aos cientistas aplicar uma orientação teórica sólida para as suas investigações, que podem ser realizadas tanto em animais humanos e não humanos (PLATEK, KEENAN, SHACKELFORD, 2007, p. 12).

O campo da ciência cognitiva foi fundado com base na distinção, entre o conteúdo da cognição e o físico, por exemplo, o cérebro, no qual os processos cognitivos são implementados.

A relação entre ciência cognitiva e a grande área que chamamos neurociência moderna é mais simples e menos conflituosa do que podemos imaginar. Enquanto a primeira é, claramente, uma subdivisão da última, as questões da neurociência cognitiva estão na raiz da neurociência, onde as distinções são feitas frequentemente. Tais questões surgem a partir do fato de que a ciência cognitiva é uma parte funcional da neurociência, que apresenta estruturas particulares, e onde os sinais do sistema nervoso são de interesse, na medida em que eles podem ser usados para explicar as funções cognitivas.

O desafio-chave do campo de competências da ciência cognitiva tem sido o de identificar as relações entre os diferentes níveis cognitivos e a relação com a causalidade. Em certos domínios limitados, este desafio resultou em espetacular sucesso, e, em outros, é claro que os conceitos relevantes apenas começaram a tomar forma, e as ferramentas necessárias e experimentais estão muito atrás (Jacobson, 1995).

Usando exemplos tirados de áreas bem desenvolvidas de pesquisa, tais como visão, memória e linguagem, ilustração de conceitos, e abordagens experimentais, os princípios gerais que têm emergido, como o trabalho, têm respondido muitas das questões do processamento acima identificado. Nossa visão contemporânea da ciência cognitiva deve muito aos conceitos descobertos pelos precursores da Psicologia cognitiva.

Segundo Albright e Neville (2002, p. 52), “o termo neurociência cognitiva foi cunhado por George A. Miller, considerado o pai da Psicologia cognitiva moderna, no

final de 1970”. Na verdade, essa identificação das estruturas biológicas e eventos que representam a nossa capacidade de adquirir, armazenar e utilizar o conhecimento do mundo foi um dos primeiros objetivos da ciência empírica. O surgimento do campo interdisciplinar da ciência cognitiva, que sabemos hoje que fica exatamente no coração da neurociência do século XXI, pode, assim, ser traçado a partir de um fluxo comum na Antiguidade, com muitos afluentes convergindo no tempo, com novos conceitos e técnicas que evoluíram.

O ponto focal dos primeiros debates sobre o tema é um assunto que tem permanecido como peça central na ciência cognitiva, até o presente momento: a localização das funções psicológicas. Os estudiosos da antiguidade identificaram corretamente o cérebro como a sede do intelecto. Relativamente, pouco esforço foi feito para localizar funções mentais específicas em regiões cerebrais particulares, até a última parte do século XVIII, quando o anatomista Franz Josef Gall (1758-1828) desencadeou a ciência da frenologia. Embora falho em suas instalações, e elogiado por charlatães, a frenologia teve seu papel na época (Sternberg, 2010).

Desde o surgimento da ciência cognitiva, muitas questões permanecem sem resposta, no entanto, as aplicações de novas técnicas experimentais muitas vezes levantaram mais questões do que responderam. Entre os objetivos principais da pesquisa do próximo século está o de elucidar a forma como estes sistemas cognitivos, altamente diferenciados, surgem na ontogenia, o grau no qual eles são maturados, bem como, a natureza e a temporização do papel de entrada, a partir do ambiente, no desenvolvimento neural. Essa é uma área onde a pesquisa está apenas começando, um campo ainda em desenvolvimento, que une a neurociência e a cognição (Pinker, 2012).

É evidente que existem fortes sujeições genéticas sobre o padrão global de diferentes domínios, dentro do sistema nervoso em desenvolvimento. Além disso, a mesma classe de genes específica a segmentação aproximada dos sistemas nervosos, de vertebrados e invertebrados. No entanto, a informação necessária para especificar a diferenciação mútua e a conectividade, dentro do córtex, excede aquela disponível no genoma. Em vez disso, um processo de estabilização seletiva de ligações redundantes, transitoriamente, permite diferenças individuais em atividade e experiência, para organizar o desenvolvimento de sistemas corticais (Maturana, 2001).

Outros circuitos cerebrais mantêm a capacidade de mudar, sob estimulação externa ao longo da vida, e essa capacidade, que agora parece mais onipresente e de longa duração do que inicialmente imaginado, é certamente um substrato para a recuperação de educação de adultos que perderam a função, após lesão cerebral.

O sistema nervoso recolhe, capta, recebe informações e atributos, provenientes

do meio e seus objetos. A mente funciona como um espelho da natureza, considerando geralmente que essas entradas são ou refletem certas características ou qualidades do ambiente, absorvidas pelo sistema nervoso como matéria bruta que, em seguida, é trabalhada no interior. Sucintamente, o sistema nervoso funcionaria a partir de um conteúdo informativo de instruções que provêm do ambiente, elaborando uma representação operacional desse meio.

Dessa forma, o sistema nervoso funciona como um sistema operacionalmente fechado, determinado por sua estrutura, sem entradas ou saídas, sistema autônomo com coerência interna, e os resultados das operações do sistema são as suas próprias operações. É este processo, que constitui um mundo, faz nascer, dá luz a um mundo experiential (Maturana, 2001).

Um grande desafio para as futuras gerações de cientistas cognitivos será caracterizar e diferenciar as extensões e o curso lógico das restrições biológicas e as experiências dependentes da modificabilidade do cérebro humano em desenvolvimento, considerando que a consciência e a mente pertencem ao domínio da dependência social. Este é o *locus* da sua dinâmica.

Para contextualizarmos os estudos atuais dos processos cognitivos, devemos estabelecer uma base conceitual com as representações mentais, para que possamos compreender o processo de formação dos mapas cognitivos. Dessa forma, entendemos representação como algo que concebe alguma coisa.

As palavras de qualquer língua humana são exemplos de uma forma de representação, porque elas representam objetos, eventos e ideias. As palavras são uma representação abstrata, pois, a relação entre a palavra e o objeto, ou a ideia do que ele representa é arbitrária.

Segundo a definição de Sternberg (2010, p. 257),

Os estudos são baseados naquilo que percebemos olhando e, em seguida, imaginando estímulos visuais. Outras pesquisas indicam que podemos formar mapas que contenham imagens com base unicamente em nossas interações físicas e relacionamentos com nosso ambiente físico. Isto é válido mesmo quando nunca temos uma oportunidade de “ver todo o quadro”, como é possível com uma fotografia aérea ou um mapa. Mapas cognitivos são representações internas de nosso ambiente físico, centrados particularmente em relações espaciais. Mapas cognitivos parecem oferecer representações internas que estimulam características espaciais específicas de nosso ambiente externo.

Assim, palavras de outras línguas podem se referir aos mesmos objetos e ideias, e, com poucas exceções, o indicativo de uma palavra não pode ser previsto a partir de sua forma auditiva ou visual. A *representação mental* é uma estrutura, na mente que preserva informações sobre objetos ou eventos no mundo. Por exemplo, você tem uma representação mental e a disposição espacial de seu quarto, e esta representação mantém posições relativas dos objetos no espaço. Esta representação mental suporta um número de habilidades, e, imaginando o quarto a partir de diferentes pontos de vista, você pode estimar distâncias a partir da memória.

Há muitas razões para postular a existência de representações mentais. Uma das mais importantes é que o comportamento humano e a cognição não podem ser explicados sem que especifiquemos como os indivíduos representam o mundo para si. Assim, o conceito de representação mental é fundamental para as ciências cognitivas, pois estas têm a ver com a forma como a informação é representada, se os diferentes tipos de informação, visual e verbal, estão representados em formas diferentes, e se as teorias possuem coerência entre si.

Poucos teóricos cognitivos hoje discordam da afirmação de que os processos cognitivos estão relacionados com o funcionamento do cérebro. O assunto da ciência cognitiva tem sido a estrutura e organização do conhecimento. Ao longo dos anos, pesquisadores que estudam a cognição têm proposto modelos de como as funções mentais, como a linguagem, atenção, percepção, memória e inteligência são organizados. A primeira ferramenta disponível para a Psicologia, com o objetivo de descobrir a estrutura da cognição, tem sido observar o comportamento em ambientes controlados.

Através de observação da causa e efeito entre estímulos e comportamentos ou a correlação entre diversos comportamentos, cientistas cognitivos é capaz de identificar alguns dos componentes mentais e suas funções, proporcionando assim, uma visão sobre a sua estrutura (Anderson, 1985, p. 145).

Por exemplo: vários estudos iniciais demonstraram que, quando as informações são apresentadas brevemente com um conjunto de estímulos e requeremos ao sujeito para relatá-los de volta, eles geralmente podem recordar pedaços dessas informações, que indicam uma memória de curto prazo com a consequente capacidade limitada (Miller, 1956). A duração desta memória de curto prazo mostrou ser inferior a 18 segundos sem ensaio (Brown, 1958; Peterson e Peterson, 1959).

Num estudo clássico, George Sperling (1960), foi capaz de mostrar que, para além desta capacidade da memória de curto prazo, também temos uma memória sensorial ainda mais curta, cuja capacidade é ainda mais limitada. Sperling apresentou brevemente, a alguns indivíduos, um conjunto de doze cartas, em três fileiras de quatro letras, e lhes pe-

diu para relatar as letras de volta, após a tela ter sido removida. Quando foram solicitados a relatar *todas* as letras, esperava-se que informassem cinco ou seis itens, de acordo com a memória de curto prazo com limitada capacidade. Quando foram solicitados a relatar *uma única fileira* de letras, após cerca de meio segundo de tempo de exposição -- sendo seguido logo depois do deslocamento da matriz --, estes muitas vezes não conseguiam relatar com precisão toda a linha, o que sugere que a duração desta memória sensorial era inferior a um segundo. Dados os resultados com este procedimento, Sperling propõe que, além de uma memória de curto prazo e de capacidade limitada, há também um brevíssimo armazenamento sensorial, que chamamos de memória ícone, cuja capacidade pode ser ilimitada.

O campo dos estudos cognitivos, principalmente no que se refere à memória, continua a se desenvolver com uma onda de otimismo acerca de novas ferramentas experimentais e conceitos de eletrofisiologia (particularmente de uma única célula), imagiologia cerebral funcional, manipulações genéticas moleculares e neuronal-computação, e do acesso que têm oferecido as operações neuronais subjacentes à cognição.

Atualmente, esses estudos e sua promessa de riquezas inexploradas podem ser resumidos através de um levantamento dos processos envolvidos na aquisição, armazenamento e uso de informações, pelo sistema nervoso: sensação, percepção, formação de decisão, controle motor, linguagem, memória, emoções e consciência.

Nós adquirimos conhecimento do mundo, através de nossos sentidos. Não surpreendentemente, os processos sensoriais estão sendo intensamente estudados pela neurociência cognitiva. Sistemáticas explorações destes processos são originadas em dois domínios. O primeiro destes consistiu em investigações sobre a natureza física dos estímulos sensoriais em questão, como a natureza ondulatória da luz e do som -- Isaac Newton (1642-1727) é um exemplo desta abordagem; O segundo domínio constitui-se de estudos atuais envolvendo a anatomia do neurônio periférico responsável, pelos órgãos dos sentidos, com atenção para a maneira de como suas características anatômicas são preparadas para traduzir o estímulo físico em sensorial.

Dessa forma, segundo Sternberg (2010), nossa compreensão atual das bases neuronais da sensação, estudo primordial da cognição, foi ainda ativada por três grandes tópicos: (1) estabelecimento da doutrina do neurônio, com estudos anatômicos e fisiológicos; (2) sistematização de estudos comportamentais de sensação, se possível através do desenvolvimento de psicofísica; e (3) o avanço das teorias sofisticadas da função neuronal, incorporada pela disciplina de neurociência computacional.

Cognição, memória e aprendizagem

As teorias mais populares entre os estudos cognitivos são as que argumentam que as memórias explícita e implícita refletem o funcionamento dos sistemas de memória em separado, por módulos mentais que têm seus substratos biológicos em sistemas cerebrais distintos. Fundamentando essa idéia, Tulving e Schacter (1990) argumentam que a memória implícita é baseada em vários sistemas de percepção de representação, que armazenam as representações da estrutura perceptual, mas não, o significado de um estímulo. A memória explícita é baseada em outros sistemas que servem à memória semântica e episódica. A melhor evidência para favorecer a visão é fornecida pelo fracasso repetido, para encontrar evidências de *priming*, em projeções, figuras bidimensionais, impossíveis de serem construídas no espaço tridimensional.

Por outro lado, Squire (1995) argumentou que a memória explícita é baseada em um sistema de memória do lobo medial-temporal, consistindo do hipocampo e outras estruturas vizinhas.

Em contraste com as teorias dos múltiplos sistemas de Tulving, Schacter e Squire (1995), outras teorias assumiram que as memórias explícita e implícita refletem a operação de um sistema de memória única, e a diferença entre estas duas expressões de memória, é que fazem exigências diferentes, em um único sistema. A memória implícita é o produto de ativação e integração, enquanto a memória explícita é o produto de elaboração.

A memória implícita é um processo contínuo de codificação da experiência vivenciada pelo indivíduo, e isso implica a formação de uma nova representação, de cada uma dessas experiências. As tarefas de memória mais explícitas são conceitualmente conduzidas, enquanto que, a maioria das tarefas de memória implícita é perceptivamente orientada. De acordo com Jacoby (1991, p. 68), “as tarefas de memória mais implícita exigem apenas o processamento automático, enquanto que as tarefas de memória mais explícitas requerem processamento consciente também”.

Um dos aspectos mais notáveis do comportamento de um animal é a capacidade de modificar o comportamento de aprendizagem, uma habilidade que atinge sua forma mais elevada nos seres humanos. Para Kandel (2009), a aprendizagem e a memória provaram ser processos mentais infinitamente fascinantes, porque abordam uma das características fundamentais da atividade humana, que é a nossa capacidade para adquirir novas ideias a partir da experiência e reter essas ideias ao longo do tempo na memória.

O estudo da memória explícita do espaço no camundongo me atraiu inelutavelmente para as questões maiores que haviam motivado meu interesse pela

psicanálise no início de minha carreira. Eu estava começando a pensar sobre a natureza da atenção e da consciência, estados mentais não associados a ações reflexas simples, mas a processos psicológicos complexos. Minha intenção era abordar o problema de como o espaço – o ambiente interno no qual o camundongo navegava – é representado no cérebro, e de que modo essa representação é modificada pela atenção. (KANDEL 2009, p. 323)

Além disso, ao contrário de outros processos mentais, como pensamento, linguagem e consciência, a aprendizagem aparecia desde o início das pesquisas de Kandel, por ser mais facilmente acessível para análise molecular e celular. Atualmente, os estudos sobre memória e aprendizagem giram em torno das seguintes questões: o que muda no cérebro quando aprendemos? E, uma vez que algo é aprendido, como é que a informação é retida no cérebro? Kandel tentou abordar estas questões através de uma abordagem reducionista que permitisse investigar formas elementares de aprendizagem e memória, em nível celular, como atividades moleculares específicas dentro das células nervosas identificadas.

Assim, descobriu-se que as células do hipocampo estão envolvidas no armazenamento de memória, fundamentalmente diferente de outros neurônios do cérebro. Com esse estudo, tornou-se claro que todas as células nervosas, incluindo as células piramidais do hipocampo, têm características próprias. Portanto, a devida sinalização intrínseca e vínculos de neurônios que nos dão informações importantes sobre o armazenamento de memória. As funções únicas do hipocampo sugerem que existe um padrão de interligações funcionais dessas células, e como as interconexões são afetadas pelo processo de aprendizagem. Para resolver esse problema necessitava-se saber como as informações sensoriais agiam sobre a aprendizagem.

Entre 1950 e 1960, muitos biólogos, e a maioria dos psicólogos, acreditava que a aprendizagem era uma área da biologia, em que o uso de modelos animais simples, especialmente invertebrados, era comum. Dessa forma, era menos provável que tivessem sucesso. Eles argumentaram que os animais mais elevados apresentam formas de aprendizagem e que estas formas exigiam que as organizações neuronais e os mecanismos neuronais fossem qualitativamente diferentes daqueles encontrados em animais simples.

Quando você consegue lembrar o contexto da experiência de aprendizado, existe maior ativação do hipocampo (Eldridge et al, 2000). Eventos que envolvem estímulos emocionais também produzem maior ativação na amígdala. Esta ativação conduz a um aumento da memória explícita (Milner, Squire,

Kandel, 1998; Roberson-Nay et al, 2006). De modo interessante, a estimulação elétrica do hipocampo ou da amígdala pôde resultar em rememoração ou até mesmo alucinações de memórias autobiográficas (STERNBERG, 2010, p. 217).

Kandel (2009, p. 343) descobriu que “há fases na memória que são codificadas com mudanças na força sináptica e que se correlacionam com as fases comportamentais de memória de curto e longo prazo”. As mudanças sinápticas de curto prazo envolvem a consequente modificação de proteínas preexistentes, enquanto que, a memória de longo prazo envolve mudanças na ativação do gene de expressão, nova síntese proteica, e a formação de novas conexões.

Outro processo significativo para que ocorra a aprendizagem é a memória de trabalho. Usamos o termo *memória de trabalho* para descrever a capacidade que temos para guardar na mente e manipular mentalmente a informação, durante curtos períodos e que, como veremos nos capítulos posteriores, é de extrema importância para a formulação dos mapas conceituais. A memória de trabalho é muitas vezes pensada como um espaço de trabalho mental que nós podemos usar para armazenar informações importantes, no decorrer de nossas atividades intelectuais.

Um bom exemplo de atividade que utiliza memória de trabalho é a aritmética mental. Imagine-se, por exemplo, a tentativa de se multiplicar 43 e 27 em conjunto, e dito por outra pessoa, sem poder usar uma caneta e papel ou uma calculadora. Primeiro de tudo, você precisa manter os dois números na memória de trabalho. O próximo passo seria a utilização de regras de multiplicação aprendidas para calcular os produtos de pares sucessivos de números, somando-se a memória de trabalho dos novos produtos à medida que avançar. Finalmente, você precisa somar os produtos realizados na memória de trabalho, resultando na solução correta. Sem memória de trabalho, não seria possível realizar-se este tipo de complexa atividade mental, que necessitamos para manter em mente algumas informações, enquanto há processamento de outro material (Novak, 2000).

Logicamente, que a aritmética mental é apenas um exemplo de atividade que depende de trabalho da memória. Outros exemplos da vida cotidiana incluem: lembrar de um novo número de telefone, endereço da internet ou o número da placa do veículo, enquanto estamos tentando encontrar uma caneta e papel para anotar ou usar de alguma outra forma. Usamos esse tipo de memória quando seguimos as instruções faladas, como, pegue a segunda à esquerda e o prédio está à direita, em frente ao estádio de futebol; no cálculo de quanto pagaremos em um caixa de supermercado, pelos itens que temos em nosso carrinho de compras.

É verdade que a memória de trabalho é limitada de inúmeras maneiras, e pode

facilmente deixar-nos quando precisamos dela. Em particular, é necessário continuar a prestar atenção no que está sendo realizado na memória de trabalho para que se mantenha no mesmo curto período. Existem então algumas situações que muitas vezes levam à perda de informação da memória de trabalho. Primeiro, podemos afirmar que há um limite para a quantidade de informação que pode ser guardada na memória de trabalho. Por exemplo, a maioria de nós não seria bem-sucedida na tentativa de multiplicar os números 739 e 891 em nossas cabeças, simplesmente, porque a quantidade de informação que tem de ser armazenada no decurso deste cálculo excede a capacidade da memória de trabalho da maior parte das pessoas.

Há um limite pessoal para a memória de trabalho, com cada indivíduo, tendo uma capacidade relativamente fixa, que pode ser maior ou menor do que a do outro. Assim, uma determinada atividade pode estar dentro da capacidade de uma pessoa, mas que, excede a do outro. Trabalhar a capacidade da memória faz com que esta aumente com a idade, desde a infância. Crianças normalmente têm pequenas capacidades, que aumentam gradualmente até a adolescência, e quando a capacidade adulta é atingida, chega a ser mais do que o dobro da de crianças de quatro anos de idade.

Diferenças na capacidade de memória de trabalho, entre crianças da mesma idade, podem ser de fato muito grandes. Apesar de aumentarem com a idade, suas capacidades de memória de trabalho não crescem na mesma velocidade que as de outros indivíduos, de modo que, à medida que o tempo passa, algumas ficam para trás, no processo de desenvolvimento da memória de trabalho.

Considerações finais

Muitas das atividades de aprendizagem das crianças acontecem na sala de aula, e se relacionam com a leitura, a matemática, as ciências, ou a outras áreas do currículo, impondo cargas bastante consideráveis na memória de trabalho, exigindo, muitas vezes, que a criança mantenha em mente algumas informações (por exemplo, uma sentença para ser escrita), ao fazer algo que, para ela, é mentalmente desafiador (como soletrar as palavras na frase). Estes são os tipos de atividades que algumas crianças, com má memória de trabalho, muitas vezes, não conseguem concluir corretamente, porque perderam as informações cruciais necessárias para orientar suas ações.

Como resultado da falta de memória de trabalho, as crianças não conseguem aprender com sucesso e completar uma atividade, e isso retarda seu ritmo de aprendizagem. Pela falta de memória de trabalho, essas crianças têm problemas, também, após longas instruções para fazer uma coisa depois da outra, porque se esquecem da orien-

tação, antes de toda a sequência de ações ser concluída. Como consequência, a criança muitas vezes não se envolve, corretamente, com o ritmo normal do curso das atividades de sala de aula, parecendo muitas vezes que não prestou atenção, quando na verdade ela simplesmente esqueceu o que é que teria de fazer. A memória de trabalho também é necessária para nos ajudar a lembrar quando temos uma atividade mental complicada. Sobre esta questão, pode-se considerar o caso de uma criança, com baixa capacidade de memória de trabalho, tentando seguir as instruções do professor para anotar uma frase que ele acabou de falar. Ela não só precisa segurar a sentença na memória de trabalho, por um tempo suficientemente longo para orientar suas tentativas de escrever cada palavra, mas precisa se lembrar delas e encontrar a próxima sentença na memória de trabalho. Esta parece ser uma tarefa fácil, mas crianças com má capacidade de memória de trabalho consideram esta tarefa extremamente difícil e, muitas vezes, querem saltar ou repetir palavras e letra e terminam por perder o seu lugar nesta atividade mental exigente.

Dessa forma, a memória de trabalho é importante, pois fornece um espaço de trabalho mental no qual podemos armazenar informações, enquanto a mente está ocupada em outra atividade relevante. A capacidade de fazer isso é crucial para a aprendizagem na sala de aula. As crianças muitas vezes têm de manter informações na mente, enquanto estão engajadas em outra atividade. As informações podem ser lembradas, como por exemplo, a frase que o indivíduo pretende escrever ao tentar soletrar as palavras. Também poderia ser a lista de instruções dadas pelo professor, enquanto realiza as etapas individuais da tarefa.

Crianças com capacidade de memória de trabalho sobrecarregada vão pelear nessas atividades, simplesmente, porque são incapazes de manter na mente informações suficientes para que permitam que completem a tarefa. Perder informações cruciais da memória de trabalho fará com que esqueçam muitas coisas: as instruções que estão tentando seguir, os detalhes do que estão fazendo, quando é que teriam de iniciar uma tarefa complicada, e assim por diante. Elas falham em muitas atividades diferentes em muitas ocasiões, devido ao acúmulo de informações na memória de trabalho, e são susceptíveis de perder a luta para alcançar taxas normais de aprendizagem e, tão tipicamente será pobre o seu progresso geral acadêmico.

REFERÊNCIAS

ALBRIGHT, T. D., NEVILLE, H. J. Neurociências. In R. A. Wilson, & F. C. Keil (Eds.), *Enciclopédia MIT de Ciências Cognitivas*. Madrid: Síntesis, 2002

ANDERSON, J. R. *Aprendizagem e memória. Uma abordagem integrada*. Rio de Janeiro: LTC, 2005.

AUSUBEL, D.; NOVAK, J.; HANESIAN, H. *Psicologia educacional*. Rio de Janeiro: Intera-
mericana, 1980

_____. *Psicología educativa: um punto de vista cognoscitivo*. México: Editorial Trillas,
1976.

BADDELEY, A. D. *Working memory*. U.K.: Oxford Psychology Series, n. 11, 1988. Dispo-
nível em: [http://peoplelearn.homestead.com/MEdHOME2/BrainCognition/Memory.
Model.pdf](http://peoplelearn.homestead.com/MEdHOME2/BrainCognition/Memory.Model.pdf). Acessado em: 25 jan., 2019.

BARTLETT, F. C. *Remembering*. Cambridge, England: Cambridge University Press, 1932.

JACOBY, L. L. A Process Dissociation Framework: Separating Automatic from Intentional
Uses of Memory. *Journal of Memory and Language*, 30, 513-541, 1991. Disponível
em: [https://doi.org/10.1016/0749-596X\(91\)90025-F](https://doi.org/10.1016/0749-596X(91)90025-F). Acessado em: 01 mar. 2019.

HENDERSON, J. L. *Thresholds of Initiation*. Middletown: Wesleyan University Press, 1903.

JACOBSON, M. *Foundations of Neurosciences*. New York: Plemun press, 1995.

KANDEL, E. *Em busca da memória*. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

KELLY, G. *The Psychology of Personal Constructs*. Vols. 1 e 2. New York: Norton, 1955.
Disponível em: [http://books.google.com.br/books?id=iu6IAGAAQBAJ&printsec=front-
cover&dq=george+kelly&hl=pt-BR&sa=X&ei=bPAyVOS4FcfFggTd24LIDw&ved=0CE-
EQ6AEwBQ#v=onepage&q=george%20kelly&f=false](http://books.google.com.br/books?id=iu6IAGAAQBAJ&printsec=front-cover&dq=george+kelly&hl=pt-BR&sa=X&ei=bPAyVOS4FcfFggTd24LIDw&ved=0CE-EQ6AEwBQ#v=onepage&q=george%20kelly&f=false) Acessado em: 25 jan 2019.

MATURANA, H. *Cognição, ciência e vida cotidiana*. Belo Horizonte: UFMG, 2006.

BROWN, J. Some tests of the decay theory of immediate memory. *Quarterly Journal
of Experiental Psychology*, 1958. Disponível em: [http://www.tandfonline.com/doi/
abs/10.1080/17470215808416249?journalCode=pqje19#preview](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17470215808416249?journalCode=pqje19#preview). Acesso em: 25 out.
2018.

MINTZES, J. J., WANDERSEE, J. H. & NOVAK, J. D. *Teaching Science for Understanding: A
Human Constructivist View*. San Diego: Academic Press, 1998.

NEISSER, U. *Cognitive Psychology*. New Jersey: Prentice-Hall, 1981.

NOVAK, J. *Conocimiento e aprendizaje: los mapas conceptuales como herramientas facili-
tadoras para escuelas y empresas*. Madrid: Alianza, 2010.

_____; MINTZES, J. J. & Wandersee, J. H. *Ensinando ciência para a compreensão: uma visão construtivista*. Lisboa: Plátano Edições Técnicas, 2000.

PINKER, S. *Como a mente funciona*. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

PLATEK, S., KEENAN, J. & SHACKELFORD, T. *Evolutionary Cognitive Neuroscience*. Cambridge: The MIT Press, 2007. Disponível em: <http://www.epjournal.net/wp-content/uploads/EP05232256.pdf>. Acessado em: 22 jan., 2019.

SPERLING, G. The information available in brief visual presentations. *Psychological Monographs*, v. 74, n. 11, 1960. Disponível em: http://www.dc.uba.ar/materias/incc/praticas/p1/Sperling_PsychMonogr_1960.pdf. Acessado em: 22 jan. 2019.

STERNBERG, R. *Psicologia cognitiva*. São Paulo: Artmed, 2009.

TULVING, E. *Memória e consciência*. São Paulo: ArtMed, 2002.

SOBRE OS ORGANIZADORES

Liércio Pinheiro de Araújo

Possui os cursos: graduação em Psicologia e 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, e 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; tem experiência na área de Gestão Acadêmica, na Coordenação de Curso Pós-graduação e Graduação e, 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 os cursos: graduação em Psicologia, pelo Centro de Ensino Superior de Maceió; Especialização em Educação Especial e Educação a Distância (SENAC-AL,2011); e Mestrado em Educação em Pesquisa - Université du Québec e doutorado em Ciências da Educação - Université du Québec à Chicoutimi/Université du Québec à Montréal. Atualmente, é pós-doutorando da UFBA, Departamento de Educação, vinculado ao grupo de pesquisa FORMACCE, tendo como orientador o prof. Roberto Sidnei Macedo; é 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 --; 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

Psicólogo, mestrando em Psicologia da Saúde - Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS; Pós-graduando em Avaliação Psicológica e psicodiagnóstico; Especialista em docência do ensino superior; Perito em Psicologia do trânsito; 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 de Alagoas, e como consultor organizacional; é proprietário da RM Cursos e Consultoria, Professor e supervisor de estágio do curso de Psicologia e Pedagogia da Faculdade Estácio; Professor de pós-graduações em avaliação psicológica, em Itabuna; professor de Psicologia do trânsito, na pós-graduação da Universidade Paulista UNIP; membro da comissão de avaliação psicológica; e membro da comissão de trânsito do CRP15.

Zaíra Rafaela Lyra Mendonça

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Alagoas; Especialista em Psicologia Clínica e Saúde Mental; Mestrado em Psicologia, pela Universidade Federal de Alagoas, onde atua, principalmente, nas áreas da Psicologia Clínica, Docência do Ensino Superior e Assistência Social --; Membro/fundadora da ABRAPAS - Associação Brasileira de Psicologia na Assistência Social --; psicóloga da Secretaria Municipal de Assistência Social do município de Maceió, com lotação no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS); e Conselheira do CRP15.

Impresso por:

GRAFPEL - GRÁFICA & EDITORA
grafpel.com

REVISÃO

Yara de Almeida Cavalcante

DIAGRAMAÇÃO

José Alessandro de Oliveira

