

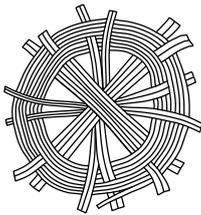
**X Congresso Brasileiro de Psicanálise das Configurações Vinculares
VIII Encontro Paulista de Saúde Mental
XII Jornada da SPAGESP**

**Coletivo (in)sano
O trabalho com vínculos e os desafios da incerteza
Grupos – Famílias – Instituições – Comunidades**

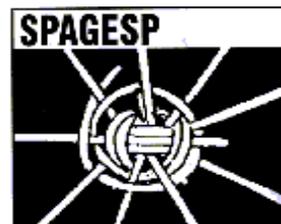
**21 a 24 de Maio de 2015
Serra Negra – São Paulo**

ANAIS DOS EVENTOS

ISBN: 978-85-64616-03-5



N E S M E
núcleo de estudos em saúde mental
e psicanálise das configurações vinculares



www.nesme.com.br

Anais/Organizador: Solange Aparecida Emílio

Núcleo de Estudos em Saúde Mental e Psicanálise das Configurações Vinculares - NESME

Dados da Obra

Título: Anais do X Congresso Brasileiro de Psicanálise das Configurações Vinculares; VIII Encontro Paulista de Saúde Mental; XII Jornada da SPAGESP

Tipo: Título Independente / Assunto: PSICOLOGIA

Obs.: O conteúdo destes anais poderá ser reproduzido de forma parcial, desde que citada a fonte.

**X Congresso Brasileiro de Psicanálise das Configurações Vinculares
VIII Encontro Paulista de Saúde Mental
XII Jornada da SPAGESP**

Coordenação Geral: Carla Lam

Secretária: Solange A. Emílio

Tesoureiro: Amaury Rufatto

Apoio: Andreza Buzaid e Alaíza Ribeiro Citrângulo.

Coordenação da Comissão Científica: Rose Pompeu de Toledo

Comissão Científica: Ângela Hainzenreder Teixeira, Beatriz S. Fernandes, Ismênia de Camargo, Lazslo Antônio Ávila, Lilian Veronese, Waldemar J. Fernandes.

Público Alvo: psicólogos, médicos, assistentes sociais, profissionais da saúde e educação, e estudantes universitários dessas áreas.

Caros congressistas,

Bem-vindos ao X Congresso Brasileiro de Psicanálise das Configurações Vinculares.

Em 2013, quando começamos a pensar no congresso e decidimos pelo tema “Coletivo (in)sano”, estávamos vivendo um momento histórico no Brasil de manifestações espontâneas. E nos perguntávamos o quanto eram insanas e o quanto eram saudáveis aquelas expressões de insatisfação. Pessoas se uniam (ou se juntavam) nas ruas, inicialmente sem líderes, para exigir algo que ainda não estava claro o que era. Era possível pensar em vínculo? Podíamos prever algo? Tudo era muito incerto, desde a causa às consequências da reivindicação. Talvez a única certeza que tínhamos era o desejo de protagonismo na mudança.

Os dias e meses foram passando, e as insatisfações e manifestações mudaram de aspecto, mas nos parece que o desejo de nos implicarmos nas transformações sociais e nos locais a que pertencemos permaneceu. Como podemos trabalhar fortalecendo o protagonismo das transformações na sociedade e nos grupos como comunidade, instituição e família? Como incentivar o vínculo saudável e espontâneo/genuíno, sem estimular rivalidades insanas?

Esperamos poder pensar nessas questões durante o congresso e também proporcionar o ambiente saudável de pertencimento que desejamos construir com nossos trabalhos. Contamos para isso com trabalhos de congressistas de mais de 60 cidades (8 Estados) e de diversas universidades e instituições. Também contamos com nossa prática de Grupos.

O NESME é uma instituição que estuda e pratica grupos e não poderia ser diferente durante o congresso. Assim, temos tradicionalmente realizado vários momentos de grupos durante o congresso.

Os **Grupos de Discussão** também conhecidos por nós como “Grupos Psicanalíticos de Discussão” são muito caros. Pois de maneira democrática, estimulam a circulação do saber de cada participante; despertam associações e constroem novo conhecimento a partir do material exposto pelos participantes/autores de trabalhos. Esses grupos são realizados após as apresentações em mesas redondas, mesas de comunicações temáticas e sessões de pôsteres. Sempre coordenados por especialistas em grupos. Com isso, procuramos quebrar, pelo menos parcialmente, o nível de funcionamento grupal de dependência, tradicional nos congressos, partindo para uma discussão horizontal e criativa.

Os **Grupos de Acolhimento** tem como objetivo principal receber os participantes e já começar a integrá-los na experiência de grupo e no contato interpessoal.

O **Fórum Final** é um grande grupo em que se procura trabalhar de maneira semelhante à dos Grupos Psicanalíticos de Discussão. Será a última atividade antes do encerramento e terá como principal objetivo a realização de possíveis sínteses entre o que foi visto e vivenciado, para a avaliação geral do evento e levantamento de possíveis temas e questões para próximos encontros.

Para os congressistas que pertencem a grupos/núcleos de estudos e instituições que estudam grupos, teremos o **Fórum de Entidades** para que possamos pensar e quem sabe delinear ações de fomento a prática grupal.

Estamos felizes em receber um número expressivo de graduandos o que nos revela o crescimento pelo interesse em grupos, nos dando maiores responsabilidades pelo fomento dessa prática. Para esses congressistas teremos uma **Atividade exclusiva para alunos de graduação** com finalidade de proporcionar um espaço de reflexão sobre a formação e atuação profissional, além de possibilitar o vínculo entre estudantes de diferentes faculdades, cidades e estados.

Lembramos também de nosso já tradicional **Sarau** no sábado à noite. Um momento descontraído para estarmos juntos com muita música e poesia.

Aproveito esse espaço para agradecer aos congressistas que nos ajudaram na divulgação, a Alaiza que nos deu o apoio local, e a Solange, Amaury, Rose, Andreza e demais colegas do NESME que tanto se dedicam aos grupos, participando na construção do congresso e também nas diversas atividades da instituição, como a Clínica, a Revista, os grupos de estudo, os cursos e os Encontros Científicos.

Um bom congresso a todos!

Carla Lam (Presidente do NESME - gestão Maio/2013-Maio/2015)

Horário / Dia	21 de Maio Quinta	22 de Maio Sexta	23 de Maio Sábado	24 de Maio Domingo
08:00 as 09:30		minicurso / workshop	minicurso / workshop	minicurso / workshop
09:30 as 10:00		Café		
10:00 as 12:00		MR01 a MR03	MR07-MR10	Fórum final / Encerramento
12:00 as 14:00		Almoço		
14:00 as 16:00	A partir das 15:00 abertura da secretaria e credenciamento	MCT01 a MCT04	MCT05 a MCT09	
16:00 as 16:30		café		
16:30 as 18:30		MR04-MR06	P01 a P04 (16:30 as 18:15)	
17:00 as 18:00	Grupo de Acolhimento			
18:30 as 19:30			Conversando sobre a clínica de casais com Janine Puget	
18:45 as 19:45	Abertura e Palestra com Janine Puget (18:30 as 20:00)	Fórum de Entidades e Grupo com estudantes de graduação		
19:30 as 20:30			Assembleia NESME	
20:00 as 21:00	Coquetel			
21:30 as 23:00			Sarau	

MR = Mesa Redonda

MCT = Mesa de Comunicação Temática

P = Sessão de Pôsteres

Programação

Quinta-Feira

15:00 - Abertura de Secretaria e Credenciamento

17:00 - 18:00: Grupos de Acolhimento

Sala Monte Carlo: Betty Svartman

Sala Monterey: Beatriz Silverio Fernandes.

Sala Palo Alto: Ismênia Camargo

Sala da Lareira: Osvaldo Cardoso de Santana Filho

18:30 - 20:00: Abertura e Conferência Sala Millenium

Mesa de Abertura: Solange Emilio (NESME); Liliana Scatena (SPAGESP); Marina Alvarenga (ABEP); Rose Pompeu de Toledo (Coord. Comissão Científica).

Conferência: Janine Puget: “Del entre dos subjetivante al entre dos expulsivo” Diversas vicisitudes vinculares

20:00 - 21:00: Coquetel

Sexta-feira

8:00-9:30:

Cursos

- ¿Qué es vincularse entre dos o más? Janine Puget. Argentina. Sala Monte Carlo
- Grupo Balint-Paideia: uma experiência de análise coletiva e intervenção em situações-limite no contexto hospitalar. Maria de Lourdes Feriotti. PUC-Campinas. Campinas-SP. Sala Monterey
- Plantão Psicológico: Atendimentos Breves e de Emergência. Fernanda Maria Donato Gomes. SPAGESP. Ribeirão Preto. Sala Palo Alto

Workshop

- A Prática dos Grupos Operativos. Isabel Cristina Carniel. SPAGESP. Ribeirão Preto. Sala da Lareira

9:30 - 10:00: Café

10:00 - 12:00: 3 Mesas Redondas e Grupos de Discussão

MR 01: Grupos: A identidade e a alteridade Sala Millenium

Presidente: Maria Ondina Peruzzo

Coordenação GD: Marly Terra Verdi

- Memória, desejo e espera. O grupo não é apenas uma galeria de espelhos. Waldemar José Fernandes. NESME. São Paulo-SP
- A (trans) formação do profissional para o trabalho com grupos - para além do tripé. Solange Aparecida Emílio. NESME / Universidade Anhembi Morumbi. São Paulo-SP
- O conceito de intertransferência de René Kaës: uma contribuição para pensar a cocoordenação de grupos. Pablo Castanho. NESME / USP. São Paulo - SP

MR 02: Vínculos e adoecimento. Sala Monterey
Presidente: Rachel Cristina Ribeiro Giacoia Leal
Coordenação GD: Beatriz Silverio Fernandes

- A vida vem em ondas... O enfrentamento da incerteza no tratamento de linfoma - auto relato. Sebastião Molina Sanches. SPAG-CAMP. Campinas-SP
- "Comunicação de Notícias Difíceis em Neonatologia: escuta, vínculo e trabalho coletivo para lidar com a dor e a incerteza em situações-limite". Maria de Lourdes Feriotti. PUC-Campinas. Campinas-SP, Priscila Magalhães. Instituto Fernandes Figueira - FIOCRUZ - MS. Rio de Janeiro-RJ e Suely Marinho
- Atendimento Multidisciplinar a famílias com filhos com Diabetes Tipo 1. Ricardo Maximiliano Pelosi. SPAGESP. Mococa-SP e Fernanda Maria Donato Gomes. Universidade Paulista, SPAGESP. Mococa-SP

MR 03: Especificidades na Formação e Prática Psicanalítica com Casais e Famílias nos serviços-escolas. Sala Monte Carlo
Presidente: Isabel C. Gomes
Coordenação GD: Silvia Brasiliano

- Uma proposta de atendimento vincular para a preparação de crianças à adoção, na clínica-escola. Isabel Cristina Gomes. IPUSP. São Paulo-SP
- Potenciais e limites na psicoterapia psicanalítica de casais e famílias em um serviço-escola de Psicologia. Máira Bonafé Sei. Universidade Estadual de Londrina. Londrina-PR.
- O Grupo Terapêutico de Mediação como estratégia de formação para a prática clínica com casais e famílias: Sandra Aparecida Serra Zanetti. Universidade Estadual de Londrina. Londrina-PR

12:00 - 14:00 - Almoço

14:00 - 16:00 - Mesas de Comunicação Temática e Grupos de Discussão

MCT 01: Famílias em crise e em reconstituição Sala Millenium
Presidente: Claudia Alexandra Bolela
Coordenação GD: Lázsló Antonio Ávila

- Famílias extensivas no contexto insano. Rosa M. Prista. Fundação São José - Itaperuna. Rio de Janeiro-RJ
- Remanejando uma demanda de atendimento de família para a de casal em um caso de adoção. Sandra Aparecida Serra Zanetti. Universidade Estadual de Londrina. Londrina-PR, Máira Bonafé Sei Universidade Estadual de Londrina. Londrina-PR, Bruna Maria Schiavinatto
- Crianças com queixas de comportamento: um olhar sobre a família. Mary Yoko Okamoto. UNESP - Câmpus de Assis. Assis-SP
- O trabalho com famílias no CRAS: mapeando demandas, construindo possibilidades de atuação. Thassia Souza Emidio. UNESP - Câmpus de Assis. Assis-SP

MCT 02: Construindo e reconstruindo Pais. Sala Monterey
Presidente: Silvia Bonassi
Coordenação GD: Maria Ondina Peruzzo

- Trabalhando com pais na busca de melhor construção da parentalidade - Marly Terra Verdi. NESME / SBPSP. São José do Rio Preto-SP.
- A construção da parentalidade em casais homoafetivos. Brunella C. Rodriguez. USP. Atibaia-SP.
- Adoção e afiliação: aspectos relativos ao vínculo. Juan Adolfo Brandt. IESB. Brasília-DF.
- Cuidando de quem cuida: os reflexos da intervenção nas relações iniciais pais-bebê na construção da parentalidade e na desconstrução de sintomas. Vivian Confessoro Yadoya. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo-SP, Monique Vaz Marques e Mariângela Mendes de Almeida.

MCT 03: Educação: a Escola como foco Sala Monte Carlo

Presidente: Edson Rufino

Coordenação GD: Beatriz Silverio Fernandes

- Grupo de reflexão com professores do ensino fundamental de uma escola pública - Liliana Scatena. SPAGESP. Ribeirão Preto-SP, Giselda Dias. SPAGESP. Ribeirão Preto-SP e Manoel Antônio dos Santos. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP. Ribeirão Preto-SP.
- Grupo de orientação com educadores: espaço de expressão da identidade profissional/ocupacional. Fernando Crespolini dos Santos. UNESP. Araraquara-SP.
- Grupo de reflexão com universitários da graduação na área da saúde. Delson da Silva Marinho. Universidade Anhembi Morumbi. Mauá-SP, Solange Aparecida Emílio. NESME / Universidade Anhembi Morumbi. São Paulo-SP, Daniel Neuba Cartagena
- Reflexões sobre as incertezas do trabalho do psicólogo na instituição. Lilian Veronese. NESME. São Paulo-SP e Priscila de Azevedo e Souza Venosa. NESME. São Paulo-SP.

MCT 04: Os CAPS e suas estratégias. Sala da Lareira

Presidente: Ângela Hainzenreder Teixeira

Coordenação GD: Andreza Buzaid

- Grupo Multifamiliar: uma estratégia possível no tratamento da dependência química _ Experiência do CAPS AD Vila Clementina. Jane Regina Qualva Coelho Macedo CAPS AD Vila Clementina - Prefeitura Municipal. São José do Rio Preto-SP e Maria do Carmo Máximo
- Atendimento médico em grupo: disponibilidade pessoal e fortalecimento da comunidade. Rachel Cristina Ribeiro Giacoia Leal. Prefeitura Municipal de Santos. Santos-SP.
- Grupos de Psicoeducação em CAPS: um caminho para adesão terapêutica. Fellipe Miranda Leal. Prefeitura Municipal do Guarujá. Santos-SP.
- Psiquiatria e cinema na prática clínica. Maura Ramos da Silva Dal Fabbro. CAPS. São José do Rio Pardo-SP.

16:30 - 18:30: 3 Mesas Redondas e Grupos de Discussão

MR 04: Família e Casal: O amor e seus dilemas Sala Millenium

Presidente: Alaíza H. S. R. Citrângulo

Coordenação GD: Pablo Castanho

- A desorganização dos vínculos familiares contemporâneos e as intervenções institucionais possíveis. Lazslo Ávila. NESME / FAMERP. São José do Rio Preto-SP.
- Psicoterapia Breve Psicanalítica de Casal - Mauro Hegenberg. Sedes Sapientae. São Paulo-SP.
- A infidelidade no casal. Magdalena Ramos. Sedes Sapientae. São Paulo-SP.

MR 05: Adolescência: o abismo das possibilidades (apud Sartre). Sala Monterey

Presidente: Maria Gizelda Dias

Coordenação GD: Maria de Fátima Rolim Rosa

- Acolhimento psicológico institucional, adolescência e diálise substitutiva: fronteiras e desafios de um estudo de caso. Silvia Maria Bonassi. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Fernandópolis-MS.
- Promoção de saúde e psicologia: uma experiência de grupos educacionais com adolescentes. Cláudia Alexandra Bolela Silveira. Universidade de Franca. Franca-SP, Ana Flávia Leandro, Reivane Lopes Cassiano
- Pensando o trabalho com adolescentes no momento da escolha profissional. Maria Carolina Gatti. Colégio Abrahão Naime - COOPEM. São José do Rio Preto-SP.

MR 06: Atendendo famílias, alimentando vínculos. Sala Monte Carlo

Presidente: Liliana Scatena

Coordenação GD: Betty Svartman

- Temas trazidos por familiares em um grupo de apoio psicológico no contexto dos transtornos alimentares: contribuições para a estruturação do tratamento. Lilian Regiane de Souza Costa. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Pitangueiras-SP, Carolina Leonidas Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP. Ribeirão Preto-SP e Manoel Antônio dos Santos. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP. Ribeirão Preto-SP.
- O grupo familiar de mulheres com anorexia nervosa: uma perspectiva winnicottiana. Lilian Regiane de Souza Costa. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Pitangueiras-SP, Élide Dezoti Valdanha Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP. Ribeirão Preto-SP e Manoel Antônio dos Santos. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP. Ribeirão Preto-SP.
- Uma modalidade de atendimento: Psicoterapia Breve Psicanalítica Familiar. Renata Kerbauy. Sedes Sapientae. São Paulo-SP.

18:45 - 19:45:

- Fórum de Entidades Sala Monterey
- Grupo para estudantes de graduação - Amaury T. Ruffato e Priscila Venosa -Sala Monte Carlo

Sábado

8:00-9:30:

Cursos

- ¿Qué es vincularse entre dos o más? Janine Puget. Argentina. Sala Monte Carlo
- Grupo Balint-Paideia: uma experiência de análise coletiva e intervenção em situações-limite no contexto hospitalar. Maria de Lourdes Feriotti. PUC-Campinas. Campinas-SP. Sala Monterey
- Plantão Psicológico: Atendimentos Breves e de Emergência. Fernanda Maria Donato Gomes. SPAGESP. Ribeirão Preto. Sala Palo Alto

Workshop

- Winnicott: uma vivência com bambus. Mauro Hegenberg. Sedes Sapientae. São Paulo-SP. Sala da Lareira

9:30 - 10:00: Café

10:00 - 12:00: 4 Mesas Redondas e Grupos de Discussão

MR 07: Psicoterapia e trabalho com vínculos Sala Millenium

Presidente: Maria de Fátima Rolim Rosa

Coordenação GD: Lilian Veronese

- Família do autista: o trabalho vincular e os desafios de uma clínica viva. Rosa M. Prista. Cento de Estudos da Criança - NUCLERIO. Rio de Janeiro-RJ, Jessica Rozaes e Alessandra Fabre
- Grupos psicoterápicos com crianças: reflexões sobre teoria e prática. Rose Pompeu de Toledo. NESME. São Paulo-SP.
- Escutar, conter e aceitar: desafios de um psicoterapeuta. (in)sana tarefa? Beatriz S. Fernandes. NESME. São Paulo-SP.

MR 08: O contexto médico e a Saúde Mental. Sala Monterey

Presidente: Sebastião Molina Sanches

Coordenação GD: Amaury Rufatto

- Impotência sexual: um olhar psicanalítico. Elissa de Matos Bianchini. FUNEC. Santa Fé do Sul-SP, Miguel Loverdi Oliveira, FUNEC. Santa Fé do Sul-SP Alexandre dos Santos.
- Impacto da má notícia médica na família. Cláudia Barroso. Bem-Me-CARE. São Paulo-SP e Sonia Pires
- A Terapia como promotora da saúde psíquica em mulheres sexagenárias. Reflexões - Francisco Cruz. SPAGESP. São Paulo-SP.

MR 09: Os grupos e o mundo do trabalho. Sala Monte Carlo

Presidente: Maria Alcida de Aquino Freitas

Coordenação GD: Ismênia de Camargo e Oliveira

- Reflexões sobre o grupo nos contextos relativos ao trabalho. Juan Adolfo Brandt. IESB. Brasília-DF.
- Autoridade, Papel e Temporalidade na Empresa Familiar: uma aproximação a partir do Modelo Group Relations Conferences GRC (Tavistock). Valéria Cecília Dora Lisondo. Instituto Lisondo. São Paulo-SP e Héctor Rafael Lisondo. Instituto Lisondo. São Paulo-SP
- O ensino de Dinâmica de Grupo na Universidade Estadual de Londrina e a formação para a coordenação de grupos. Maíra Bonafé Sei. Universidade Estadual de Londrina. Londrina-PR e Sandra Aparecida Serra Zanetti. Universidade Estadual de Londrina. Londrina-PR

MR 10: Casal: o vínculo mais íntimo. Sala da Lareira

Presidente: Ricardo Pelози

Coordenação GD: Osvaldo Cardoso de Santana Filho

- No entre-dois: o lugar da legitimidade no vínculo do casal Maria do Socorro Lacerda Gomes. UNESP. Assis-SP.
- Produções imaginativas de jovens casais sobre o projeto de ter filhos. Mariana Biffi. PUC-Campinas. Americana-SP e Tânia Mara Marques Granato
- Do amor em tempos de descarte e fluidez. Albangela Ceschin Machado. ILPC. São Paulo-SP.

12:00 - 14:00 - Almoço

14:00 - 16:00 - 5 Mesas de Comunicação Temática e Grupos de Discussão

MCT 05: Desafios do trabalho com e em instituições - Sala Millenium

Presidente: Marisa Machado Cavalieri

Coordenação GD: Pablo Castanho

- Grupos de oficinas temáticas em centros de convivência: vínculo e promoção em saúde mental. André Francisco Fonseca. Universidade Anhembi Morumbi. São Paulo-SP; Daniella Stellato Cataldo. Universidade Anhembi Morumbi. São Paulo-SP; Paloma Fernandes dos Santos; Maria das Graças Saturnino de Lima. Universidade Anhembi Morumbi. São Paulo-SP.
- Grupo multiprofissional e interinstitucional como dispositivo para movimentos em redes de Promoção de Saúde. Ana Vitória Salimon C. dos Santos. Faculdades Adamantinenses Integradas - FAI. Adamantina-SP e Lazslo Antonio Ávila. NESME / FAMERP. São José do Rio Preto-SP.
- Grupo operativo com adolescentes em um núcleo da assistência social: a questão da identidade de gênero - Liliana Scatena. SPAGESP. Ribeirão Preto-SP, Maria das Graças Carvalho Ferriani e Manoel Antônio dos Santos. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP. Ribeirão Preto-SP.

MCT 06: Transtornos Alimentares: Como atuar? Sala Monterey

Presidente: Fernanda Maria Donato Gomes

Coordenação GD: Rose P. Toledo

- Vínculos familiares e sexualidade nos transtornos alimentares: Um estudo de caso. Carolina Leonidas. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP. Ribeirão Preto-SP, Manoel Antônio dos Santos. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP. Ribeirão Preto-SP.
- Lidando com os desafios da prática grupal em um ambulatório de transtornos alimentares. Élide Dezoti Valdanha. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP. Ribeirão Preto-SP, Érika Arantes de Oliveira-Cardoso, Manoel Antônio dos Santos. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP. Ribeirão Preto-SP.
- A equipe multidisciplinar nos transtornos alimentares: tecendo saberes que articulam fazeres na área da saúde. Élide Dezoti Valdanha. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP. Ribeirão Preto-SP, Carolina Leonidas. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP. Ribeirão Preto-SP, Lilian Regiane de Souza Costa. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP. Pitangueiras-SP e Manoel Antônio dos Santos. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP. Ribeirão Preto-SP.
- Aspectos emocionais do paciente e formas de intervenção nos transtornos alimentares. Manoel Antônio dos Santos. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP. Ribeirão Preto-SP, Lilian Regiane de Souza Costa. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP. Pitangueiras-SP, Carolina Leonidas. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP. Ribeirão Preto-SP e Élide Dezoti Valdanha. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP. Ribeirão Preto-SP

MCT 07: Instituição: lugar de loucura ou de saúde? Sala Monte Carlo

Presidente: Francisco Cruz

Coordenação GD: Priscila Venosa

- Atuação em equipes interdisciplinares: construção, limites e possibilidades dos vínculos em grupos profissionais. Sílvia Brasiliano. Programa da Mulher Dependente Química - PROMUD - IPq - HC - FMUSP / NESME. São Paulo-SP.
- Os diferentes enquadres, nas instituições. Um coletivo (in)sano? Amaury Tadeu Rufatto. NESME. São Paulo-SP.
- O papel do coletivo cuidador. Oswaldo Cardoso de Santana Filho. NESME. Piracicaba-SP.
- A medicalização da vida escolar: contribuições da Psicanálise: Mayara Karolina Alvarenga Recaldes Gomes Coutinho. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul- MS.

MCT 08: A infância em risco. Sala Palo Alto

Presidente: Marisa Char Silva

Coordenação GD: Waldemar José Fernandes

- Sobrevivência Física e Psíquica na tentativa de aborto: relato de um caso a partir da Experiência Vincular. Fernanda Carvalho de Sousa. Universidade Anhembi Morumbi. São Paulo-SP; Maria das Graças Saturnino de Lima. Universidade Anhembi Morumbi. São Paulo-SP.
- Um contar histórias através da arte: grupo arteterapêutico com crianças vítimas de violência. Maisa Teixeira. NAPE - Núcleo de Arte e Educação - Clínica Escola. Araraquara-SP e Fernando Crespolini dos Santos. Faculdade de Ciências e Letras - UNESP. Araraquara-SP.
- Fortalacendo vínculos e integrando aspectos em um atendimento de intervenção nas relações iniciais diante de queixa de agitação e atraso de linguagem. Tayná Scanduzzi de Brito. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo-SP, Daniela Elize Faustino Rodrigues, Mariângela Mendes de Almeida.
- Melanie Klein: Um olhar sobre o desenvolvimento emocional. Alexandre dos Santos, Giovanna de Carvalho Bianchi. FUNEC. Santa Fé do Sul-SP, Marcus Vinicius Rodrigues Peixoto. Faculdades Integradas Santa Fé do Sul. Santa Fé do Sul-SP.

MCT 09: Clínica Nesme: Desdobramentos investigativos.

Presidente: Cyntia Helena Ravena Pinheiro

Coordenação GD: Ismênia de Camargo e oliveira

- O desejo de eliminação da manifestação do sintoma e suas repercussões grupais. Angela Hainzenreder Teixeira. NESME. São Paulo-SP.
 - O complexo diálogo entre uma instituição religiosa, um grupo e seus sujeitos - Maria Ondina da Silva Peruzzo. NESME. São Paulo-SP e Maria de Fátima Rolim Rosa. NESME. São Paulo-SP.
 - Sobre uma experiência de supervisão clínico/institucional no CAPS/ adulto: desafios e possibilidades - Andreza Buzaid. NESME. São Paulo-SP
 - “Burocratização” das incertezas: práticas do cotidiano institucional. Lilian Veronese. NESME. São Paulo-SP.
-

16:00-16:30 - Café

16:30 - 18:15 PÔSTERES

P 01: Os grupos e a formação profissional. Sala Monterey

Presidente: Andréia Pereira Lopes

Coordenação GD: Maria Ondina Peruzzo

- A experiência com grupo de adolescentes em orientação profissional. Cyntia Helena Ravena Pinheiro. NESME. São Paulo-SP e Ana Paula Pires Serra
- A influência do grupo de reflexão na formação profissional. Diana Pontes Ferreira da Silva. Centro Universitário IESB_DF. Taguatinga-DF.
- A formação do profissional para atuação em grupos em diferentes contextos. Ana Amélia Ulbricht Ornellas, Beatriz S. Fernandes. NESME. São Paulo-SP , Rose Pompeu de Toledo. NESME. São Paulo-SP, Celso Lima, Ruze Robelli Vasconcelos Oliveira. GASS - Grupo de Apoio Social Solidariedade. Contagem-MG, Edson Rufino. NESME. São Paulo-SP, Fátima Rolim Rosa. NESME. São Paulo-SP, Liomar Quinto de Andrade. NESME. São Paulo-SP, Cyntia Helena Ravena Pinheiro. NESME. São Paulo-SP, Rachel C. R. Giacoia Leal. NESME. Santos-SP.
- O cuidado com o cuidador: grupo de reflexão com funcionários de uma ONG. Fabíola da Fonseca Weber. UMC. Mogi das Cruzes-SP, Camila Tatiana Soares da Silva. UMC. Mogi das Cruzes-SP, Paulo Henrique dos Santos de Sousa. UMC. Mogi das Cruzes-SP, Wilma Magaldi Henriques. UMC. Mogi das Cruzes-SP.
- O psicólogo como agente transformador na comunidade: o desafio da construção de vínculo (in)sano com adolescentes. Luana Góes Peres Leal. UMC. Mogi das Cruzes-SP, Maiara de Souza Benedito. UMC. Mogi das Cruzes-SP, Wilma Henriques Magaldi. UMC. Mogi das Cruzes-SP.
- Plantão Psicológico: possibilidades na prevenção no uso de drogas. Fernanda Maria Donato Gomes. Universidade Paulista e SPAGESP. Mococa-SP, Natália do Prado Catalano e Tamiris C. Faustino Canalli.

P 02: Mulheres e mães: questões a partir do feminino. Sala Monte Carlo

Presidente: Sílvia Ruivo

Coordenação GD: Betty Svartman

- A escolha pela não-maternidade: configurações do feminino na atualidade. Thaís Gígek. UNESP. Assis-SP, Thassia Souza Emidio. UNESP. Assis-SP.
- Transmissão transgeracional do abuso de substâncias psicoativas em famílias de mulheres dependentes de álcool e drogas. Lívia Penteado pinheiro; Julia Fernanda Gambietro, Felipe Alckimin Carvalho; Patricia Hochgraf. Programa da Mulher Dependente Química - PROMUD - IPq - HC - FMUSP. São Paulo-SP; Sílvia Brasileiro. Programa da Mulher Dependente Química - PROMUD - IPq - HC - FMUSP / NESME. São Paulo-SP.
- Gravidez na adolescência e vínculos familiares. Amanda Carvalho Dias; Mary Yoko Okamoto. UNESP - Câmpus de Assis. Assis-SP.
- Grupo de mães em luto pela morte de seus filhos. Relato de experiência! Maria Alcida Aquino Freitas. NESME. São Paulo-SP.
- TDAH: Um olhar para as relações iniciais entre a mãe e o bebê. Mary Yoko Okamoto. UNESP - Câmpus de Assis. Assis-SP e Amanda Scarpelli Caroni. UNESP - Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho. São Paulo-SP.

P 03: A Clínica como paradigma. Sala Palo Alto

Presidente: Angela Hainzenreder Teixeira

Coordenação GD: Lilian Veronese

- Conceituação e decorrência da posição esquizo-paranóide à luz de Melanie Klein. Alexandre dos Santos, Bárbara Castro Pecinelli. FUNEC. Santa Fé do Sul-SP, 3 Vicenti Gasques. FUNEC. Santa Fé do Sul-SP.
- Uma experiência de aprendizado: grupo de estudos, modelo bioniano. Dirce Maria Desgualdo. São Paulo-SP e Vivian Hein Hirsch
- Intervenção em saúde mental infantil. Léa Santana Souza. PUC. São Paulo-SP.
- Psicanálise de famílias e psicodiagnóstico infantil: articulações possíveis? Psicologia Clínica. Thassia Souza Emidio. UNESP. Assis-SP.

P 04: Experiência em Grupos em diversos contextos e condições. Sala da Lareira

Presidente: Fernanda Cecchi

Coordenação GD: Priscila Venosa

- Dispositivo grupal de orientação psicodinâmica em pacientes com DTM. Marina Smith Eberlein, Cyntia Helena Ravena Pinheiro. NESME. São Paulo-SP.
- A importância do grupo na reabilitação cognitiva de adolescentes. Jacqueline Ribeiro Lucas e Maria Carla Borges Sorbello.
- Experiência de atendimento de casal em uma clínica-escola. Jeniffer Branco Silva
- Psicologia Educacional: Enfoque na participação dos pais na vida escolar dos filhos. Letícia Milan e Maria Carla Borges Sorbello. UNIFAE. São João da Boa Vista-SP;
- Obesidade um desafio multifatorial. Ada Maria Riberti. Prefeitura de Serra Negra. Serra Negra-SP, Felipe David Mendonça Chaim e Natalia Luciane Amorin
- Qualidade de Vida de Idosos. Giselle Marie Roma Fernandes Soeiro. Universidade de Mogi das Cruzes. São Paulo-SP e Valéria Silva de Matos Pires. Universidade de Mogi das Cruzes. Suzano-SP.

18:30 - 19:30 Conversando sobre a clínica de casais com Janine Puget Sala Millenium

19:30 - 20:30 Assembleia do NESME - Sala Monterey

21:30 - 23:00 Sarau

Domingo

8:00-9:30:

Cursos

- ¿Qué es vincularse entre dos o más? Janine Puget. Argentina. Sala Monte Carlo
- Grupo Balint-Paideia: uma experiência de análise coletiva e intervenção em situações-limite no contexto hospitalar. Maria de Lourdes Feriotti. PUC-Campinas. Campinas-SP. Sala Monterey
- Plantão Psicológico: atendimentos Breves e de Emergência. Fernanda Maria Donato Gomes. SPAGESP. Ribeirão Preto. Sala Palo Alto

9:30-10:00: Café

10:00-12:00: Fórum Final e Encerramento - Sala Millenium

RESUMOS EXPANDIDOS

MR 01: Grupos: A identidade e a alteridade

A (TRANS) FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL PARA O TRABALHO COM GRUPOS - PARA ALÉM DO TRIPÉ

Solange Aparecida Emílio¹

Resumo

A responsabilidade ética do profissional que trabalha com grupos pressupõe, entre outras coisas, o contínuo aprimoramento profissional. Por um lado, percebe-se que é preconizado por diferentes autores, principalmente os dedicados à atividade clínica, que a formação profissional precisa estar sustentada pelo tripé formado pelos conhecimentos teóricos, pelas habilidades teórico-técnicas (desenvolvidas pela prática supervisionada) e pelas atitudes (resultantes do desenvolvimento pessoal). A partir de tal concepção, cursos de graduação em Psicologia e de aprimoramento e especialização da área clínica (individual ou de grupos) têm tentado desenvolver estratégias para melhorar a efetividade dos processos formativos e garantir melhores resultados. As exigências de leituras, produções de textos, realização de prática supervisionada, além de insistência (quando não há a exigência efetiva) da participação em processos de psicoterapia e análise pessoal são bastante recorrentes. O presente trabalho pretende lançar algumas questões e tecer considerações sobre os desafios encontrados no processo de preparação do profissional para o trabalho com grupos, que requer um processo de transformação e portanto demanda experiências que precisam ser constantemente reinventadas.

Palavras-chave: Formação profissional; tripé de formação; processos grupais

Introdução:

Cada vez mais, há profissionais trabalhando com grupos como dispositivo de intervenção e quando isso não ocorre, vivenciando fenômenos e processos grupais em seus contextos profissionais. No contato direto com os profissionais que se dedicam a refletir sobre tais experiências, é comum encontrarmos relatos sobre as dificuldades inerentes às experiências grupais. Muitas vezes, há a ideia de que faltou a eles o preparo profissional para o trabalho com grupos.

De fato, esta formação não é encontrada em um curso específico de graduação. Mesmo entre os cursos de especialização, é difícil encontrarmos tais cursos. Mas, nas graduações em Psicologia, Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Educação, entre outras, algumas vezes existem disciplinas dedicadas a introduzir a temática dos processos grupais. Sabemos que estas, apesar de importantes, não são suficientes para sustentar a prática com grupos. Então, o que seria? O que podemos propor para a preparação profissional para o trabalho com grupos? O presente trabalho pretende ampliar as discussões sobre esta questão.

Método

Este é um trabalho baseado nas experiências, estudos e reflexões da autora. Partirá do difundido conceito de tripé à formação em psicanálise para discutir a experiência de formação continuada proposta pelo NESME e apresentar um modelo que pode vir a ser replicado por outras instituições.

Discussões

Encontramos, em diferentes textos sobre a formação de profissionais para o trabalho clínico e também nos que tratam da formação do profissional para o trabalho com grupos, a referência ao tripé de formação, assim como proposto por Zimerman (2000), caracterizado pelo desenvolvimento dos conhecimentos teóricos, das habilidades técnicas e das atitudes profissionais. O conceito de tripé é

¹ Psicóloga, psicoterapeuta e supervisora clínica e institucional (indivíduos, grupos e famílias); doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano (USP). Professora do Curso de Psicologia da Universidade Anhembi Morumbi. Vice-coordenadora do Núcleo São Paulo da ABEP. Membro efetivo do NESME.

interessante porque, assim como o objeto concreto que somente funciona com as três estruturas de sustentação e se estas forem do mesmo tamanho (para garantir o equilíbrio), o tripé de formação traz a ideia de que esta não se sustenta sobre apenas uma das modalidades de desenvolvimento (teórico, técnico e atitudinal) e todas elas precisam estar alinhadas para que a formação não fique frágil.

No entanto, ao participar como docente e membro de equipes de coordenação de diferentes cursos de graduação e pós-graduação na área de Psicologia ou com enfoque nos processos grupais, também a partir da supervisão a profissionais de diferentes instituições e localidades, tenho percebido que os cursos não têm conseguido cumprir o papel de trazer este equilíbrio necessário entre tais atributos, o que resulta, muitas vezes, em profissionais despreparados para o trabalho, além do grande sofrimento acarretado pelos insucessos, alguns resultando em desistências no uso do dispositivo de grupos para intervenções.

Não acredito que a responsabilidade seja somente das instituições formadoras e também não penso que seja dos profissionais, mas talvez exista um determinado modelo e compreensão de formação - constituído por aulas teóricas e teórico-práticas; atividades práticas supervisionadas e processos de psicanálise ou psicoterapia - que tenha sido repetido com insuficientes questionamentos e problematizações e que, se por um lado, parece ancorar os projetos pedagógicos dos cursos, por outro, parece encerrar a questão da formação, sem resolvê-la.

Assim, muitas vezes as discussões na elaboração dos projetos de cursos de formação acabam sendo no sentido de avaliar quais seriam os tópicos e autores fundamentais para serem explorados, quais seriam os melhores métodos de avaliação para garantir que os objetivos teriam sido atingidos; qual seria o tempo mínimo de realização de prática supervisionada e se haveria ou não exigência de realização de psicoterapia ou análise e de que forma isso poderia ser conferido. Em algumas instituições mais clássicas, principalmente as vinculadas de alguma forma à psicanálise, como podemos ver inclusive nas páginas de divulgação dos cursos de formação de tais instituições² há a exigência do cumprimento da carga teórica mínima (realizada em aulas ou seminários) de supervisão e de análise didática, feitas com psicanalistas credenciados pela instituição. Mas, se por um lado, a organização e rigidez no cumprimento de tais regras é importante para conceder alguma credibilidade ao processo, por outro, sabemos que o seu cumprimento não garante a qualidade da formação.

Nos últimos tempos, tenho me dedicado a estudar a Educação Interprofissional e as Práticas Interprofissionais Colaborativas. A Educação Interprofissional é aquela em que estudantes de duas ou mais áreas aprendem uns sobre os outros e com os outros, conhecendo, também, as diferentes áreas e as possibilidades de trocas e contribuições entre elas. Já as Práticas interprofissionais Colaborativas são aquelas nas quais profissionais de áreas diversas e com experiências e formações específicas, prestam assistência aos usuários dos serviços, de forma integrada (OMS, 2010). Apesar de tais estudos e práticas não serem total novidade em nosso meio, o que é nova é a ênfase da Organização Mundial da Saúde sobre a importância presente e futura do esforço dos profissionais da saúde nesta direção. Também, ao estudar tais conceitos, fica evidente que ambas as práticas precisam ocorrer juntas, uma alimentando a outra. Ou seja, não posso ensinar as pessoas a trabalhar de forma colaborativa se não tiver equipes colaborativas trabalhando juntas. Por outro lado, não posso formar equipes para trabalhar de forma colaborativa se eu não tiver possibilidade de formar pessoas para trabalharem desta forma e principalmente se não puder administrar os conflitos que surgirem nesse processo.

² Ver, por exemplo, em <http://sedes.org.br/site/cursos/especializacao-e-aperfeicoamento/129>, somente para citar um curso bem reconhecido em São Paulo.

Assim, retomando a formação de pessoas para trabalharem com grupos, considero que existe algo que está além do tripé de formação e que o sustenta - poderia ser pensado neste modelo metafórico, como a base sobre a qual se apoia o referido tripé - portanto, a base das instituições formadoras. Desta forma, sobre uma base irregular, qual tripé se sustenta? E sobre uma base inexistente? Esta ideia aparece de alguma forma no texto de Ferraz (S/d), quando discute a transmissão de psicanálise e a formação do analista a partir da experiência do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae. Mas, as instituições de formação em psicanálise têm sobrevivido e sustentado, de alguma forma tal formação e até mesmo reinventado algumas concepções o processo, como aconteceu com a SBPSP³, que mudou o conceito de tempo fixo para o de formação continuada, no qual pode ser escolhido um seminário semestral para o cumprimento da carga teórica exigida. Mas, estas mesmas instituições tradicionalmente, também, têm dado pouco espaço para a o estudo e intervenções considerando o campo grupal. Então, continua ficando uma questão sobre como pode se dar esta formação.

Recentemente discutimos no encontro mensal do NESME um texto de Fernando da Silveira, que será publicado no Jornal de Psicanálise em 2015, no qual ele resgata o histórico de constituição de instituições dedicadas à formação de psicanalistas para o trabalho com grupos e discute o lugar marginal que tais instituições acabaram ocupando frente às instituições oficiais de formação dos psicanalistas. Na ocasião, aproveitamos para pensar sobre um fato curioso que diz respeito à repetição na dissolução das instituições dedicadas à formação de profissionais para o trabalho com grupos, principalmente aquelas com enfoque psicanalítico. Pensamos também na experiência que temos tido com o NESME e em como é trabalhosa a manutenção da instituição como base de sustentação para o nosso trabalho. Por que será que isso ocorre? Temos algumas hipóteses que poderão ser discutidas em outra ocasião, mas o que eu gostaria de tratar aqui é como tentar garantir que o solo institucional que sustenta o tripé de formação possa cumprir este papel? Para discutir isso, vou falar um pouco mais detalhadamente da experiência vivenciada nessa instituição.

O NESME foi criado para ser um núcleo de estudos e este conceito inicial permanece em seu nome. Originalmente constituído por profissionais que haviam passado por uma formação mais tradicional e verticalizada, foi pensado um modelo em que as pessoas poderiam aprender e ensinar de forma conjunta e mais horizontal. O grupo foi crescendo e assimilando pessoas com diferentes formações e experiências e interessadas em estudar e conhecer mais os grupos e os vínculos. O meu primeiro contato com o NESME foi há dezoito anos, em um evento como este, neste mesmo hotel. Na ocasião, conheci também os grupos de discussão e fiquei encantada com o convite para a participação horizontal, novidade para mim até aquele momento em eventos científicos. Alguns meses após a experiência no congresso e de participar de encontros institucionais como visitante, comecei a frequentar a instituição como membro. Descobri, então, que havia cursos por módulos, oferecidos e frequentados de forma totalmente anti-convencional. Assim, o professor de um módulo poderia ser aluno em outro e isso era vivenciado de forma bastante respeitosa. Tudo isso era novidade para alguém habituado, como eu, como o ambiente acadêmico convencional, com seus ritos de passagem, suas qualificações, defesas, bancas, etc.

Nestes quase vinte anos, muitas mudanças se processaram na instituição: membros entraram e saíram, houve tempos em que ela cresceu muito, tanto em número de associados quanto em dificuldades para a sua manutenção; em outros, minguou de forma assustadora e quase fechou. Mas, algo parecia maior do que as dificuldades enfrentadas e parecia dar sentido à sobrevivência institucional. Hoje acho que consigo nomear melhor o que é este “algo” e decidi falar sobre ele nesta mesa sobre identidade e alteridade porque penso que poder nomeá-lo é resultado de um processo importante pelo qual temos passado nos últimos tempos, que diz respeito justamente a insistirmos na convivência, no contato uns com outros, na importância da vida institucional para profissionais que somos, na alteridade proporcionada pela presença do outro real externo, que contribui para a constituição tanto da identidade pessoal, quanto da profissional e institucional. Como afirma Berenstein (2007), a partir do conceito de “outro real externo” a relação de presença dá suporte ao vínculo.

Atualmente, o NESME recuperou em parte a missão original de ser um núcleo de estudos, inserindo no conceito de estudos o da possibilidade da prática e da constante auto-avaliação. Há alguns anos, desistimos de investir no curso de especialização para coordenadores de grupos e grupoterapeutas, pois percebemos que o esforço demandado aos professores, supervisores, coordenadores e gestores desse curso estavam consumindo a energia necessária para manter a instituição viva. No entanto, temos

³ <http://www.sbpsp.org.br/formacao-psicanalitica/palavras-da-diretora.html>.

insistido nos encontros, de diferentes formas, e percebido que eles fazem diferença e trazem sentido para nós. Estes, têm se dado:

1. Com outras instituições e seus representantes: nos congressos bienais, como este; nas jornadas que realizamos em parceria com os congressos da SPAGESP, nos encontros luso-brasileiros, que temos ajudado a organizar;
2. Com os membros e convidados externos: nos grupos de discussão mensais, nos quais dedicamos um tempo para fazer circular o a palavra e as associações entre os participantes, a partir de um estímulo disparador comum - que pode ser um filme, um texto, uma música, uma apresentação de um caso ou vinheta clínica, entre outras possibilidades; nos grupos de estudos e cursos breves, nos quais compartilhamos conhecimento, trocamos impressões sobre textos, conceitos, autores, ensinamos e aprendemos;
3. Com os usuários da clínica social: instituições e profissionais que recebem supervisão de seus trabalhos, ofertada por nossos membros; alunos de universidades que realizam grupos de reflexão, contribuindo para sua formação; pacientes atendidos por profissionais da clínica;
4. Entre os membros, por nós e pela instituição: nas reuniões administrativas, nas quais decidimos de forma conjunta questões de ordem prática da vida institucional; nas supervisões institucionais, quando, na presença de uma analista atenta e competente, nos permitimos falar e ouvir, sobre nós e os outros, sobre as inquietações promovidas pelos encontros e desencontros, sobre estarmos juntos e não misturados.

Considerações Finais:

O preparo profissional para o trabalho com grupos não pode ser pensado como um processo de formação nos moldes clássicos com os quais estamos habituados. Devido à complexidade do campo grupal, parece ser necessário, para além do fortalecimento das estruturas do tripé do analista, o investimento no cuidado à base institucional que vai contribuir para o processo de transformação contínua do psicanalista vincular, possibilitando o contato com a alteridade, com a vida em diferentes grupos. Assim, a saúde da instituição (trans)formadora do psicanalista que se dedica à psicanálise vincular precisa ser cotidianamente cuidada, pelo empenho e insistência de seus participantes, pela possibilidade de renovação, pelo respeito à história e ao que foi construído coletivamente.

Referências

- BERENSTEIN, I. *Del ser al hacer: curso sobre vincularidad*, Buenos Aires-Barcelona-México. Paidós, 2007.
- FERRAZ, Flávio Carvalho. Transmissão e formação: apontamentos sobre o tripé analítico. *J. psicanal.*, São Paulo, v. 47, n. 86, jun. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352014000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 de maio de 2015.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa*. Genebra, 2010.
- ZIMERMAN, D. E. *Fundamentos Básicos das Grupoterapias*. 2.ed. Porto Alegre. Artes Médicas Sul, 2000.

MR 02: Vínculos e adoecimento

Comunicando Notícias Difíceis em Neonatologia: escuta, vínculo e trabalho coletivo para lidar com a dor e a incerteza em situações-limite

Maria de Lourdes Feriotti⁴; Priscila Magalhães⁵; Suely Marinho⁶

Resumo

As equipes das UTIs Neonatais lidam diariamente com situações de grave sofrimento e risco que se intensificam pela fragilidade da vida dos recém-nascidos e o contato direto com a dor dos pais. As notícias difíceis imperam nesse cenário que abriga desde o impacto do nascimento prematuro ou dos diagnósticos de malformações aos efeitos adversos dos próprios tratamentos ou da falta de acesso aos serviços e precariedade de recursos disponíveis. A formação da equipe intensivista é regulada por protocolos rigorosos que dificultam a escuta dos familiares e a busca de decisões compartilhadas. As tensões da equipe também afetam os profissionais pelo confronto de saberes e poderes, pela difícil aceitação de seus limites e pela fragmentação do cuidado. Os Grupos Balint-Paidéia aliam recursos da psicanálise e de metodologias democráticas de gestão para uma experiência compartilhada de análise das relações com os recém-nascidos e seus familiares, assim como entre a equipe e desta com a gestão institucional. A experiência favorece a mudança de paradigma, acolhendo a singularidade das experiências subjetivas e enriquecendo formas possíveis de vida e de trabalho.

Palavras-chave: Notícias Difíceis; Neonatologia; Grupos Balint-Paideia; Atenção ao vínculo.

Introdução

As situações de difícil manejo nos serviços de atendimento materno-infantil, especialmente nas unidades intensivas neonatais, vão desde o impacto inicial do nascimento precoce ou distócias graves, aos momentos mais duros de esgotamento dos recursos de tratamento configurando o diagnóstico de lesões permanentes ou a iminência da morte. Supõem ainda, na maior parte dos casos, efeitos adversos decorrentes do próprio tratamento, como cirurgias e procedimentos altamente invasivos para um ser ainda em formação. Esses procedimentos, embora necessários, podem gerar danos futuros à auto-imagem e perda de capacidades funcionais que podem vir a afetar profundamente a qualidade de vida dos pequenos pacientes e suas relações afetivas e familiares. Estar presente, acompanhar, dar suporte e também compartilhar e aprender com a rede de apoio de cada um dos pacientes e familiares exige uma disponibilidade e um preparo que, de modo geral, não é oferecido pela formação dos profissionais de saúde.

A comunicação de notícias difíceis em saúde tem sido tematizada na literatura nacional e internacional a partir de experiências de formação no campo da oncologia, cuja referência, há quase 20 anos, é o Protocolo S.P.I.K.E.S. (INCA, 2010, p.187-196), uma estratégia construída por um grupo de docentes do *M.D. Anderson*, centro oncológico da Universidade do Texas, EUA e do *Sunnybrook Cancer Center*, de Toronto, CA. No Brasil, uma experiência pioneira foi desenvolvida pelo Instituto Nacional de Câncer com recursos de contribuições sociais do Hospital Israelita Albert Einstein, alocados pelo Ministério da Saúde em projetos destinados ao “desenvolvimento institucional do SUS”. Essa experiência, desenvolvida no Rio de Janeiro no período de 2009 a 2011, estendeu-se da rede de atenção oncológica para outras áreas da atenção hospitalar, dentre as quais a neonatologia. Nela aliaram-se os recursos metodológicos do Protocolo S.P.I.K.E.S. à experiência compartilhada nas *rodas de conversa* dos *Grupos Balint-Paidéia*. Os resultados iniciais da experiência foram analisados em uma publicação distribuída nacionalmente para a rede hospitalar SUS intitulada **Comunicação de Notícias Difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde** (INCA, 2010) e posteriormente em outras publicações (MAGALHÃES *et al*,

⁴ Terapeuta Ocupacional, PUC-Campinas; Instituto Fernandes Figueiras - FIOCRUZ-MS. E-mail: mlferiotti@gmail.com

⁵ Psicanalista, Instituto Fernandes Figueiras - FIOCRUZ-MS. E-mail: demagalhaes.priscila@gmail.com

⁶ Psicóloga, Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva-PPGBIOS/UFRJ. E-mail: sumarinho10@gmail.com

2010 e SILVÉRIO *et al*, 2011). Durante os três anos de duração desse projeto, foram inscritos 850 profissionais de 24 hospitais da rede pública do Rio de Janeiro, distribuídos em cinco turmas, tendo sido realizados 48 grupos Balint-Paideia e 05 laboratórios de simulação realística.

Em 2013, o Instituto Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira - IFF-FIOCRUZ/MS, acatando proposta da *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis*, aprovou, junto à Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde, uma reedição dessa experiência para as equipes das UTIs neonatais de maternidades consideradas prioritárias pela *Rede Cegonha*. Em uma primeira fase, como projeto-piloto, foram realizados dois grupos, um em São Luís, na Maternidade da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e outro em Campinas, na Maternidade do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM-UNICAMP). A partir dos resultados dessa primeira fase, foi aprovada uma segunda fase, realizada em 2014, para equipes multiprofissionais de maternidades prioritárias, no Rio de Janeiro/RJ, em Belém/PA, em Teresina/PI e Goiânia/GO, além de um segundo grupo no CAISM/UNICAMP, para a equipe do serviço de obstetrícia, conforme proposta do grupo anterior. Nesses grupos também participaram representantes de outras maternidades que compõem a rede de serviços junto às maternidades prioritárias, assim como gestores estaduais e municipais e apoiadores do Ministério da Saúde nos territórios, incluindo participantes de 17 maternidades.

O trabalho teve como objetivo geral a qualificação de profissionais de saúde para a melhoria do acolhimento, da comunicação e do vínculo terapêutico com pacientes e familiares atendidos na Rede Cegonha, visando, ao mesmo tempo, o estabelecimento de vínculos profissionais e redes colaborativas entre trabalhadores de diversas unidades de saúde para a melhoria do processo de cuidado e atenção ao sofrimento das mais variadas naturezas neste tipo de atendimento. Dentre os objetivos específicos destacaram-se: a sensibilização de profissionais de saúde para a importância da escuta qualificada e do desenvolvimento de competências na comunicação com pacientes e familiares; o desenvolvimento de habilidades relacionais e comunicacionais e o fomento de grupidades que qualifiquem e humanizem a atenção e a gestão compartilhada da clínica no SUS; a produção de material para publicação visando a divulgação e disseminação da experiência na Rede Cegonha.

Metodologia

O trabalho foi configurado como um *laboratório de práticas* nos moldes dos *Grupos Balint-Paidéia* (CUNHA e DANTAS, 2008), nos quais se articulam duas diretrizes metodológicas: a) as que norteiam os *Grupos Balint*, criados pelo psicanalista Michael Balint, para análise das relações médico-pacientes (BALINT, 1988) e b) o *Método Paidéia ou Método da Roda para Co-gestão de Coletivos*, proposto por Gastão Wagner de Souza Campos, médico e professor da UNICAMP, para a inclusão dos diversos atores envolvidos nas práticas institucionais de saúde (CAMPOS, 2007). O objetivo do Método Paideia é identificar problemas e aumentar a capacidade de análise e intervenção dos coletivos, promovendo práticas cooperativas e incentivando a democracia institucional. Nessas diretrizes metodológicas conjugam-se o *campo de afetação* e a *corresponsabilidade* em um enfoque *político-afetivo*. Afirma-se a importância da comunicação como ferramenta imprescindível no arsenal terapêutico, incluindo-se a dimensão subjetiva e o fluxo de afetos próprios às relações clínicas. Os grupos são centrados na discussão de notícias difíceis em casos clínicos atuais, o que incentiva uma interdisciplinaridade em ato, além de oferecer aportes teóricos e outros recursos técnicos e institucionais. A experiência compartilhada atua na perspectiva do cuidado ao cuidador e também funciona como disparadora de propostas concretas de enfrentamento de temas sensíveis e situações complexas da organização dos serviços.

Os Grupos Balint-Paidéia (GBP) são compostos por até 25 participantes das diferentes categorias profissionais presentes nos serviços, procurando manter uma proporcionalidade. São coordenados por uma dupla de coordenadores/facilitadores. Os encontros se desenvolvem em dois ambientes: presencial e virtual, ambos constituídos como espaços protegidos e com preservação de sigilo sobre as discussões. São seis encontros presenciais, quinzenais, com 4 horas de duração, sendo o encontro final destinado à apresentação de plano de trabalho e ações de desdobramento da experiência. Os encontros virtuais acontecem na plataforma UNIVERSUS, onde todos têm acesso à bibliografia, fóruns de discussão sobre os casos clínicos e textos de trabalho, além dos registros nos chamados *Diários de Bordo* (metodologia da antropologia social) elaborados pelos facilitadores a cada encontro e, eventualmente, também pelos participantes.

Além da elaboração dos Diários de Bordo, são aplicados dois questionários de avaliação a cada participante, um no início e um no final do processo. Esses materiais constituem importantes instrumentos de registro e avaliação das experiências.

Resultados e discussão

No Brasil, ainda se verifica uma série de dificuldades e paradoxos na saúde materno-infantil, tais como, elevadas taxas de mortalidade com causas evitáveis, intensa medicalização do nascimento e banalização da cesariana. Buscando diminuir a mortalidade materna e infantil e qualificar o cuidado, o Ministério da Saúde vem investindo em ações que promovam uma nova ética do trabalho, pautada na construção coletiva e cooperativa de soluções aos problemas apontados, na democratização e reorganização dos processos de trabalho e gestão, na valorização da diferença, na garantia de direitos humanos, na qualificação do acolhimento e da ambiência, no desenvolvimento de boas práticas e na construção de redes de cuidado perinatal. (PASCHE, VILELA e MARTINS, 2010).

Este trabalho fundamenta-se em três vertentes políticas que integram e articulam essas diretrizes, a saber, Política Nacional de Humanização, Saúde do Trabalhador e Educação Permanente.

Notícias Difíceis geram sofrimento aos profissionais, não somente aos pacientes. Através dos questionários aplicados, pode-se identificar que a maioria dos profissionais que participou do projeto não possuía treinamento específico para a comunicação de más notícias. Por isso, além da capacitação, é necessário buscar estratégias para o cuidado desses profissionais.

A metodologia utilizada (Grupos Balint-Paidéia), promovendo espaços coletivos para apoio e troca de ideias, através das “rodas de conversa”, facilitou a identificação, a compreensão e a superação das principais dificuldades dos profissionais no cotidiano do trabalho. Dentre essas, destacam-se: envolver a família nos processos de cuidado e tomada de decisões; lidar com as emoções dos pacientes e familiares e também com as próprias emoções; conviver com as diversidades culturais; comunicar notícias relacionadas à ineficácia ou danos colaterais dos tratamentos, síndromes e/ou agravos ao desenvolvimento ou sobrevida do bebê, morte do recém-nascido ou da mãe; superar a fragmentação do trabalho e desenvolver práticas interdisciplinares; integrar clínica e gestão.

Dentre os resultados alcançados podem ser destacados:

- Produção de conhecimentos específicos sobre comunicação de notícias difíceis em Neonatologia e desenvolvimento de boas práticas;
- Desenvolvimento de habilidades para comunicação entre equipe, familiares e gestores;
- Aprimoramento de estratégias de acolhimento, cuidado e acomodação para mães e familiares;
- Ampliação da percepção das necessidades do grupo (de profissionais ou de familiares);
- Maior coesão na equipe e menor fragmentação de informações para comunicação de notícias difíceis;
- Ampliação de espaços de troca na equipe, compartilhamento das dificuldades, discussão de dilemas éticos;
- Implementação de reuniões interdisciplinares e elaboração conjunta de planos de cuidados;
- Valorização da reflexão sobre a prática, possibilitando qualificar a assistência e criar estratégias para mudanças positivas;
- Maior interação entre clínica e gestão e reorganização de processos de trabalho;
- Interação com outros setores e instituições;
- Planejamento estratégico/institucional contemplando a Comunicação de Notícias Difíceis.
- Produção, pela equipe de coordenação e facilitadores, de um *folder* de divulgação da primeira fase da experiência e, ainda em processo de organização, a publicação de um livro de análise e aprofundamento conceitual da experiência.

Considerações Finais

Para além da capacitação específica, a *comunicação de notícias difíceis* evoca a reflexão sobre a *produção de notícias difíceis*. Assim sendo, as discussões de casos abrem o campo de visão para além da relação entre profissionais, pacientes e familiares, permitindo a análise das relações e estruturas institucionais, do processo de trabalho, do processo desenvolvido nos diferentes pontos da rede de atenção à saúde (especialmente na articulação com a Atenção Básica), assim como da infra-estrutura da região. O *método da roda* facilita a efetivação de diálogos interdisciplinares, interinstitucionais e intersetoriais, assim como entre trabalhadores e gestores. Promove a organização de coletivos que afirmam sua potência para produzir conhecimento e boas práticas; acolher as angústias dos profissionais no cotidiano; construir Projetos Terapêuticos Singulares compartilhados; articular redes de apoio; acolher e comunicar notícias difíceis; modificar ambientes, processos e estruturas de trabalho; aperfeiçoar processos de formação.

Referências

- BALINT, Michael. *O médico, seu paciente e a doença*. - Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1988.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Saúde Paidéia: um método para análise e cogestão de coletivos*. - São Paulo: Hucitec, 2007.
- CUNHA, Gustavo Tenório; DANTAS, Deivisson Vianna. Uma contribuição para a Co-Gestão da Clínica: Grupos Balint-Paidéia. In CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERRERO, André Vinícius Pires (org.). *Manual de Práticas de Atenção Básica - Saúde Ampliada e compartilhada*. - São Paulo: HUCITEC, 2008, p. 34-60.
- INCA - Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. *Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde*. - Rio de Janeiro: INCA, 2010. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/comunicacao_noticias_dificeis.pdf
- MAGALHÃES, Priscila; NERI, Regina. A experiência Balint-Paideia. Entre a Psicanálise e a Medicina: da vivência privada à experiência compartilhada. In: BIRMAN, Joel; FORTES, Isabel; PERELSON, Simone (org) *Um novo lance de dados: psicanálise e medicina na contemporaneidade*. - Rio de Janeiro: Cia de Freud Editora, 2010, p. 127-143.
- PASCHE, Dário Frederico; VILELA, Maria Esther de Albuquerque; MARTINS, Cátia Paranhos. *Humanização da Atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado*. In Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva.v.4, n.4 (2010). - Brasília: Universidade de Brasília - Centro de Estudos Avançados/Núcleo de Estudos de Saúde Pública. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/838/801>
- SILVÉRIO, Rita de Cássia Silveira. A complexidade da comunicação de más notícias. In: ESCUDEIRO, Aroldo (org). *Tanatologia - temas impertinentes*. - Fortaleza - CE: LC Gráfica e Editora, 2011, p.119-131.
-

ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR A FAMILIAS COM FILHOS COM DIABETES TIPO

1

Fernanda Maria Donato Gomes⁷; Ricardo Maximiliano Pelosi⁸

Resumo:

Os autores pretendem fazer uma breve descrição do surgimento do sintoma psicossomático, compreendendo este como uma forma de fuga dos conflitos psíquicos e as consequências emocionais no grupo familiar a partir do surgimento de uma doença. Como ilustração destacaremos fragmentos dos atendimentos de duas famílias a partir do primeiro episódio de Diabetes Mellitus tipo 1 nos filhos.

Palavras-chave: Psicossomática, crise, atendimento familiar.

Introdução:

Toda doença humana é psicossomática, já que incidem em um ser provido de soma e psique, inseparáveis anatômica e funcionalmente. Todas as doenças ditas orgânicas sofrem inevitavelmente, influencia da mente de quem a apresenta. Em contrapartida as doenças mentais acarretam variações de processos bioquímicos que afetam os corpos em todos os momentos do viver.

Em ultima instancia os processos biológicos, mentais ou físicos são simultâneos, exteriorizando-se predominantemente numa ou noutra. A tendência atual é abandonar os conceitos de psicogênese ou somatogênese e encarar o fenômeno doença na forma global, gestáltica. Neste contexto, a enfermidade passa a ser a expressão de um tropeço existencial de uma disfunção no processo do viver de um conflito.

Esta via de mão dupla pode ser revelada através da linguagem: “Você me provoca náuseas; este problema está me dando dor de cabeça; você está me pondo doente; ele está enfrentando um problema tão grande que vai ficar doente; teve uma contrariedade e morreu”.

O corpo é tão indevassável, por mais dissecado que seja, jamais revela um segredo a ele confiado. Aquilo que escapa à mente e se refugia no soma é quase nunca resgatável. A linguagem dos corpos é quase sempre muda.

As manifestações psicossomáticas são de longe as mais misteriosas e formam talvez o limite extremo daquilo que é analisável.

Laplanche e Pontalis (1967,p265) em seu Vocabulário de Psicanálise referem “à fuga para a doença ou refugio na doença. Expressão figurada que designa o facto de o individuo procurar na neurose um meio de escapar aos seus conflitos psíquicos.”

Estendendo-se, hoje não apenas ao domínio das neuroses, mas ainda das doenças orgânicas, em que pode ser posto em evidencia um componente psicológico.

Vinheta clínica: Juliana e João

Há mais ou menos três anos um colega pediatra solicitou que eu visse uma paciente sua com 13 anos, em quem fez o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo I e que internada na Santa Casa de Mococa apresentava um difícil controle de sua glicemia.

Fui até seu quarto onde encontrava-se deitada tomando soro fisiológico endovenoso. Lá estavam seus pais e seu irmão de 14 anos de idade.

Examinei-a, respirava profundamente com intenso hálito cetônico. Os pais iniciaram uma serie perguntas técnicas e carregadas de angustia Enfatizavam, ainda, a ausência de Diabetes no histórico familiar.

No canto do quarto, sentado, o filho mais velho do casal, João permanecia calado, cabeça baixa, vez por outra percebia seu olhar por sobre os óculos.

Junto com a equipe de enfermagem planejamos a estratégia de tratamento, com avaliação da glicemia e as doses de insulina. Em três dias o quadro de Juliana estabilizou-se e esta teve alta.

Durante os dois primeiros meses de tratamento houve alguma dificuldade no ajuste da dose de

⁷ Psicóloga, terapeuta familiar, membro e docente da Sociedade de Psicoterapias de Grupo do Estado de São Paulo, docente da Universidade Paulista. Email: gomesfm@uol.com.br

⁸ Médico endocrinologista, psicanalista, grupoterapeuta, membro da Sociedade de Psicoterapias de Grupo do Estado de São Paulo. Email: psiend@hotmail.com

insulina. Frequentou meu consultório assiduamente neste período. Nas consultas, vinha acompanhada da mãe e do irmão. Dora, a mãe, tornara-se leitora contumaz de tudo que falasse sobre a doença. Gastávamos parte da consulta para solucionar pretensas dúvidas teórico/técnicas.

João permanecia com seu imperturbável silêncio e uma ou outra brincadeira que eu fizesse tinha como resposta um esboçado sorriso e um olhar fugidio.

Depois desta fase inicial, controles glicêmicos tornaram-se mais estáveis, não precisou de nenhuma internação. Apenas, esporadicamente, uma virose perturbava um pouco e um ou outro episódio de hipoglicemia. Situações perfeitamente controláveis.

Passaram-se meses e recebo uma ligação aflita de Dora. Respondo já a inquirindo sobre o que acontecia com Juliana. Dora responde não é a Juliana e sim o irmão a causa de sua urgência. Observará que João há dias começou a urinar muito, tomar água sem parar, sente-se enjoado e não consegue comer. Só pede coisas doces. Ela resolveu medir a glicosúria e estava marrom, foram na farmácia mediar a glicemia com o resultado de 420.

Desde o início da doença de Juliana, João isolou-se silencioso em um canto da vida familiar. Todas as atenções voltaram-se para o diabetes de sua irmã. Seu silêncio agora mais que timidez era a expressão de uma inconsciente ambivalência. Por um lado o amor impotente para com sua irmã e o sofrimento dos pais e por outro o ódio, tão impotente e inconsciente quanto o amor.

Soifer (1980, p. 73) afirma que o surgimento do diabetes, em função de sua gravidade e dos intensos cuidados provoca “via de regra o aumento do instinto de morte e das ansiedades de perda em toda a família.”

Maria e Joana

Maria é mãe de nove filhos, senhora simples, reside com sua extensa família em área rural nos arredores da cidade de uma pequena cidade do interior do estado de São Paulo. Estava há 9 dias na enfermaria infantil acompanhando sua filha Joana de 7 anos. A menina foi internada por apresentar um estado de estafa profunda, muita sede e fome. Com os primeiros exames o diagnóstico logo foi feito Diabetes. A pedido do pediatra o endocrinologista foi chamado e iniciou-se tratamento. Contagem glicêmica três vezes ao dia, injeções de insulina e acertos na alimentação. Para haver a alta hospitalar seria necessária a estabilização dos níveis de glicose, no entanto, estes permaneciam com grandes variações. Desta forma foi sugerida uma visita desta psicóloga até enfermaria.

Fui recebida com grande entusiasmo pelas enfermeiras, pois Joana apresentava-se muito agressiva, difícil de aceitar as intervenções necessárias para seu tratamento. Cada injeção de insulina era acompanhada de muito choro e embate com a equipe de enfermagem.

Encontrei-me com mãe e filha na sala de jogos da ala infantil. Maria pareceu muito satisfeita em poder conversar, já Joana permaneceu em um canto da mesa brincando desinteressada e com um semblante fechado. Maria então passa a contar como tudo aconteceu, seu desespero ao ver a filha tão “caidinha” (sic), pensava que poderia ter perdido a menina.

No momento sentia-se estranha, pois estava aliviada com o tratamento e recuperação da filha, e ao mesmo tempo com medo de como serão as coisas depois que saírem do hospital. Sabe que a menina exigirá muitos cuidados e tem dificuldades em imaginar como dará conta de tudo, os outros filhos, a casa e também precisa ajudar o marido com as despesas.

Escuto atenta ao que a mãe relatava, concordando que é uma situação difícil. Observo com ela que também a própria hospitalização é dolorosa para toda a família, Joana tem que receber muitas picadas e não entende o porquê, ela Maria, há dias dorme em uma cadeira e o resto da família que com certeza sente a falta delas em casa. Maria abaixa a cabeça, mostra um sorriso pálido e uma tímida lágrima corre pelo rosto.

Encerro a visita dizendo que no próximo dia volto para conversarmos novamente. Joana olha pelo canto do olho para mim e Maria agradece muito por nossa conversa.

Percebo uma sensação de grande alívio no olhar de Maria.

As palavras do escritor e rabino Nilton Bonder parecem explicar este encontro:

A grande descoberta deste século para as Ciências Humanas é a descoberta terapêutica da escuta. Não há melhor entendimento que alguém possa nos prestar do que servir-nos de ouvido para as falas baixas e quase imperceptíveis de nossa existência. (BONDER,

No dia seguinte volto à enfermaria para novo encontro com mãe e filha. Novamente sou recebida pela enfermeira que me conta animada que a menina Joana aceitou melhor o tratamento, não chorou tanto nem se debateu no momento da aplicação da insulina.

Na sala de brinquedos encontro Maria e Joana, desta vez a menina aproxima-se, ofereço material gráfico que levei e ela mostra interesse, começa a desenhar. Enquanto desenha conta como era sua rotina, o que fazia na escola, as brincadeiras com os irmãos. Estimulada por mim continua a conversar e conta que começou a ficar muito cansada, com sede. “As vista fica turva” (sic) revela. Não entendia o que estava acontecendo. Depois o hospital, os médicos e as injeções. Muitas e muitas picadas. A mãe nos acompanha atenta e silenciosa, novamente ao fim do encontro agradece muito minha presença.

No terceiro dia sou avisada pela enfermagem que Joana terá alta hospitalar, seus índices glicêmicos estão estáveis e a mãe será instruída dos cuidados com a menina.

Neste encontro proponho que façamos uma história juntas, as três. Inicio dizendo que era uma vez um coelho que morava com sua família em uma toca muito bonita. Continuo a narrar a história com a rotina deste coelho. Pergunto se Joana quer continuar. A menina aceita e acrescenta um dia o coelho ficou com as vista turva e prossegue, ajudada pela mãe a contar a trajetória deste personagem misto de ficção e realidade.

Moffat considera que :

A intervenção de urgência ou de crise se baseia justamente em que o período mais plástico de uma doença psicológica é a crise de começo, pois ainda só existe confusão e solidão; não se estruturou então o delírio protetor, ao mesmo tempo que protege o doente da desorganização psicológica, isola-o dos demais e o rotula no seu papel de doente . (MOFFATT, 1983,p.16)

Considerações Finais

Os relatos acima trazem como ponto de intersecção os abalos no correr da vida para estas duas famílias.

O primeiro caso enfatiza o surgimento de uma doença como escape e escolha possível para as dores que não puderam ser encenadas. Ficam acorrentadas ao tropeço existencial. Vale lembrar o significado do verbete tropeço: deslize, desvio, engano, equívoco, escorregadela, falha, lapso, tropeção.

O segundo relato traz a possibilidade de desembaraço da experiência de paralização. O surgimento da doença é um momento de crise no grupo familiar.

No entanto, os encontros breves e singelos da dupla mãe e filha com a terapeuta possibilitam encontrar espaço de compreensão do inesperado que atropela o viver.

Referências

- MOFFATT, A. *Terapia de crise: teoria temporal do psiquismo*. 2ª. Ed. São Paulo: Cortez Editora, 1983.
- PELOSI, Ricardo Maximiliano. *Dá para ir embora: uma visão psicossomática das fugas*. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2003.
- SOIFER, Raquel. *Psicodinamismos de La família com niños: terapia familiar com técnica de juego*. Buenos Aires: Editorial Kapelusz, 1980.

MR 03: Especificidades na Formação e Prática Psicanalítica com Casais e Famílias nos serviços-escolas.

UMA PROPOSTA DE ATENDIMENTO VINCULAR PARA A PREPARAÇÃO DE CRIANÇAS À ADOÇÃO, NA CLÍNICA-ESCOLA

Isabel Cristina Gomes⁹

Resumo

O objetivo desse trabalho é refletir sobre uma proposta de atendimento vincular, realizado numa clínica-escola, envolvendo uma dupla de irmãos que haviam sofrido duas situações de devolução com diferentes famílias adotivas. Nossa experiência com as famílias adotivas tem nos mostrado que, em se tratando da construção dos laços de filiação psíquica, para que uma adoção seja bem sucedida, geralmente é necessário que exista uma preparação tanto de quem está adotando quanto de quem está sendo adotado. A questão mais importante é a possibilidade de esclarecimento, por parte dos pretendentes, dos reais motivos ligados ao desejo da adoção e a conscientização das dificuldades presentes nessa complexa situação. Quanto à criança, especialmente aquelas em situação de adoção tardia, um processo de elaboração e ressignificação é necessário ocorrer a partir do contato com a sua história de vida e o respeito a sua origem, pela família adotiva. Nos casos de devolução, o trauma do abandono inicial é redimensionado podendo acarretar comprometimentos no desenvolvimento emocional da(s) criança(s) e na capacidade de estabelecer novos vínculos, inviabilizando uma nova possibilidade de entrada na família substituta. Utilizando o relato de um caso clínico, discutiremos alcances e limites de um atendimento vincular visando uma adoção efetiva.

Palavras-chave: Psicanálise Vincular; Adoção; Família Substituta; Vínculos.

Introdução

A adoção, por envolver a constituição de vínculos de filiação psíquica que, por estarem permeados de muitos fatores complexos, demanda uma atenção especial. É definida como uma forma de parentalidade e de constituição familiar intermediada por uma instância jurídica, que ligará três elos distintos: a(s) criança(s), a família biológica e uma família que pretende adotá-la (Levinzon, 2009). Claro está que, pensar na família adotiva é associá-la a um paradoxo, ou seja, em seu bojo coexistem os traumas pelo rompimento dos vínculos biológicos originários e a reconstituição de novos laços de pertencimento filiativo (Lévy-Soussan e Marinopoulos, 2010), necessários ao desenvolvimento saudável de todo o indivíduo.

O processo de adoção em termos legais é regido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei n. 8.069,1990. Desde a década de 90 outras leis adicionaram e alteraram alguns pontos do ECA, sendo que a Lei n. 12.010 de 2009 foi a que em termos de adoção promoveu suas últimas modificações. Por ela, “toda criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio da sua família e, excepcionalmente, em família substituta”. A lei preconiza que quando afastados do convívio familiar “em programa de acolhimento familiar ou institucional”, deve haver um esforço para que a reintegração à família de origem da criança ou do adolescente seja feita o mais rápido possível. Continuando, “a manutenção ou reintegração de criança ou adolescente à sua família terá preferência em relação a qualquer outra providência” e apenas quando “esgotados os recursos de manutenção na família natural ou extensa” é que a “colocação em família substituta” passa a ser considerada. Temos, portanto, do ponto de vista legal, ainda a predominância dos vínculos de sangue. Como consequência pode gerar uma demora na destituição do “pátrio poder”. Isso faz com que algumas crianças fiquem à deriva, aguardando institucionalizadas o desfecho de uma situação traumática acerca do retorno ou não à família de origem.

⁹ Instituto de Psicologia - Universidade de São Paulo (IPUSP)-Laboratório de Casal e Família: Clínica e Estudos Psicossociais, Departamento de Psicologia Clínica- isagomes.usp@gmail.com

Geralmente, a família biológica está em uma condição de vulnerabilidade social e, “a criança abandonada é apenas a contrapartida do adulto abandonado, da família abandonada, da sociedade abandonada” (Gomes e Pereira, 2005, p. 360). Essas circunstâncias acabam desembocando na adoção tardia ou em crianças que crescem nos abrigos tendo negada a possibilidade de viver em família.

Para que uma adoção seja bem sucedida geralmente é necessário que exista uma preparação tanto de quem está adotando quanto de quem está sendo adotado. Considerando quem adota, essa preparação é importante para que possam ser esclarecidos os reais motivos ligados ao desejo da adoção e as dificuldades presentes nessa complexa situação. “Aceitar a condição de pais adotivos implica elaborar uma série de fantasias, crenças, valores, desejos e expectativas com relação à parentalidade” (Scorsolini-Comin, Amato e Santos, 2006, p.42).

Levando em consideração a criança, especialmente as em situação de adoção tardia, um processo de elaboração e ressignificação é necessário ocorrer a partir de um contato com a sua história de vida (Peiter, 2011). É válido ressaltar que “o sentimento de legitimidade na filiação adotiva é mais facilmente alcançado quando se pode reconhecer e aceitar as diferenças entre a família biológica e a adotiva” (Levinzon, 2009, p. 84).

Muitas vezes a falta de uma preparação adequada que dê conta de toda a complexidade envolvida no processo de adoção, em conjunto com todos os elementos presentes nessa delicada situação, acaba resultando em um cenário extremo que é a devolução da(s) criança(s) adotada(s). Embora não exista um sistema estatístico estruturado para gerar dados sobre casos de devolução e muitos estudos sobre o tema, sabe-se que esse fato existe e é mais comum do que se imagina (Levy, Pinho e Faria, 2009). Frente à ocorrência de cada evento desses assinala-se “para um fracasso que atinge a todos os envolvidos no processo, principalmente às crianças que, na maior parte das vezes, acabam sendo responsabilizadas pela decisão tomada pelos adultos” (p. 60). Dessa forma, justificam-se estudos e intervenções terapêuticas que possam melhor compreender os fatores ligados à desistência deste ato que, embora seja tão desejado pela dupla (adotantes/adotado), quando se dissolve promove o reviver, no adotado, da ferida do abandono originário.

A proposta do atendimento psicanalítico familiar e/ou vincular, segundo Berenstein (2007), mostra-se adequada para a reestruturação dos laços, possibilitando, principalmente nos casos das crianças devolvidas, uma reorganização egóica que permita o reestabelecimento da confiança necessária para o investimento em novos vínculos. Situando-se a devolução de irmãos e a necessidade de prepará-los para nova adoção, a escolha pelo atendimento vincular privilegia o entendimento (consciente e inconsciente) da dinâmica fraterna tanto no estabelecimento de novos vínculos familiares como na repetição da rejeição originária.

Esse trabalho tem como objetivo refletir sobre os alcances e limites de um atendimento vincular, realizado na clínica-escola, envolvendo uma dupla de irmãs que haviam passado por duas situações distintas de devolução, visando uma adoção efetiva.

Metodologia

A intervenção clínica foi realizada nas salas de atendimento de uma clínica-escola, com frequência semanal, por duas estagiárias graduandas do último ano. Utilizou-se a técnica de co-terapia como facilitadora dos aspectos transferenciais, na medida em que na situação terapêutica o movimento de vinculação das meninas com a dupla de terapeutas poderia ser facilitadora para reviverem experiências anteriores relacionadas com a(s) dupla(s) de pais ou especularmente sobre a própria vivência de irmãs. Com temática focada, já que o processo terapêutico precisava ser realizado no menor tempo possível para não inviabilizar a possibilidade de uma nova adoção, pois uma das crianças estava atingindo o limite de idade, segundo a experiência das Psicólogas da Vara. Todo o atendimento teve a duração de oito meses, com uma interrupção de duas semanas de férias. Não ocorreram faltas e poucos atrasos. A escolha pela terapia vincular baseou-se também no tipo de demanda judicial imposta, ou seja, no auxílio aos profissionais do Judiciário frente à decisão sobre a manutenção ou não do vínculo fraterno numa nova adoção.

Os resultados serão apresentados no formato de relato clínico e sua posterior análise.

Relato Clínico

A. e **B.** foram abrigadas com dois anos e um ano de vida respectivamente, por denúncias de maus-tratos cometidas pela mãe e pela avó materna. O acolhimento institucional ocorreu em função de uma denúncia de vizinhos que, ouvindo choros constantes, entraram na casa e encontraram as meninas sozinhas, sujas e famintas. As irmãs permaneceram juntas num único abrigo até que, cinco anos mais tarde, com as idades de sete e seis anos, são levadas por uma família para um fim de semana de

convívio, na expectativa de uma adoção. São “devolvidas” após esse breve contato sob o argumento de que **A.** tinha “gênio ruim”, pois a pretendente queria que a menina colocasse um vestido em vez de uma calça e a criança “emburrou”, discutiu e negou-se a fazer o que lhe era solicitado. Transcorridos alguns meses, um novo casal de pretendentes inicia o período de convívio com as meninas. Após três meses são levadas de volta para a instituição com o argumento, da pretendente/mãe, de que **B.** tinha “atitudes sedutoras” para com seu marido/pai. Não querendo devolver **A.**, com quem manteve forte vínculo afetivo, promete que, após entrega-las ao abrigo, “faria de tudo para o juiz permitir que **A.** retornasse ao convívio da família”. Após a devolução, as irmãs, em entrevista com a psicóloga do Fórum, culpabilizavam-se pelas experiências negativas e, numa entrevista realizada individualmente com cada uma delas, **A.** diz querer ser adotada sozinha, posição diferente da afirmada por sua irmã; o que gera dúvidas nos profissionais da Vara (Psicóloga e Assistente Social) quanto à decisão de separá-las ou não, tendo em vista uma nova e efetiva inserção em família substituta.

Por meio da brincadeira de “escolinha”, repetida em várias sessões, as meninas vão estabelecendo o vínculo transferencial com a dupla de terapeutas, no qual reproduzem a situação vincular a ser elaborada (repetidas rejeições). Elas se revezam nos papéis de professora e diretora, deixando para as terapeutas serem as alunas. Evidenciam-se as dificuldades escolares de **B.** projetadas na aluna que sempre erra as lições. É pela transferência que observamos toda a (a)sujeição vivida pelas meninas, a partir de como as alunas/terapeutas eram mal tratadas pelas professoras e diretoras autoritárias e exigentes. Nessa troca de papéis foi possível apontar, a partir da sensação das terapeutas na brincadeira, como as crianças se sentiam reféns desse tipo de vínculo com adultos opressores que, encaravam suas características (alteridade de cada uma) e dificuldades de modo pejorativo. Discute-se aqui, com elas, a dificuldade dos adultos/pretendentes em aceitar o diferente representado por elas, diluindo o sentimento de culpa que ambas carregavam.

Sobre o lugar e função de cada uma na dinâmica fraterna, **B.** se mostra uma criança mais regredida em relação a sua idade e, em contrapartida, **A.** cada vez mais encarna o papel de irmã mais velha e cuidadora de **B.** Essa complementaridade no relacionamento fraterno é vivenciada de modo rígido e com caráter defensivo, na medida em que as meninas anulam o vazio do abandono parental já que **A.**, assumindo o lugar de mãe de **B.**, preenche a falta em ambas. Portanto, o vínculo fraterno construído nesses termos torna-se refratário à entrada de terceiros, nesse caso os pais adotivos; bem como, não deixa dúvidas quanto à importância de sua manutenção para a segurança egóica de cada uma.

Na medida em que as terapeutas foram questionando o funcionamento da dupla- irmãs e trazendo à tona a função defensiva desse vínculo, num ambiente continente, as meninas começam um movimento de estabelecer novas duplas com as terapeutas, representativas da relação mãe/bebê. Quem primeiro se arrisca na brincadeira mamãe/filhinho, como as meninas denominaram, foi **B.**, o que já era esperado. **A.** inicialmente fica reticente, com uma expressão corporal dura e depois pergunta se ela pode ser o bebê da outra terapeuta; após um sinal afirmativo, deita-se no divã toda encolhida com o dedão na boca. Nas sessões posteriores a brincadeira perdura principalmente com **A.** querendo ser nenê. Ao mesmo tempo isso faz com que as crianças relembrem episódios (vividos realmente ou não) com a mãe biológica e a avó, numa tentativa de reatualização elaborativa do abandono inicial.

O retorno das férias, visto como prova da permanência do vínculo analítico frente à separação, parece produzir nas meninas a confiança e o investimento necessários para a finalização do processo e para a expressão de um desejo quanto a iniciar uma nova etapa de convivência familiar.

A proposta terapêutica, embora focada e breve, procurou tratar de alguns temas urgentes visando atingir duas principais finalidades: responder à demanda do Judiciário (decisão sobre a separação fraterna) e preparar as crianças para uma nova adoção.

Considerações Finais

A família adotiva, tendo como base a filiação psíquica, possui especificidades no estabelecimento das relações parento/filiais que devem ser levadas em conta, principalmente em se tratando da adoção tardia com grupos de irmãos. Pelo lado dos pretendentes, deve-se enfatizar o entendimento das reais motivações que levam a essa escolha, para que eles possam aceitar a alteridade da criança a ser adotada (incluindo sua herança geracional) e a força do vínculo fraterno, com sua dinâmica de funcionamento, quando da perda da família de origem. Para isso, em muitos casos, faz-se necessário um trabalho de reflexão com os adotantes, principalmente para que elaborem o luto sobre o filho biológico que não puderam ter e, conscientes das dificuldades reais no estabelecimento desses novos laços, se disponham ao que exige tal tarefa.

Em contrapartida, nas devoluções os estigmas e preconceitos oriundos da história passada da(s) criança(s) podem se confirmar, levando-as a assumir a culpa por esse legado que é reativado pela repetição do abandono e rejeição originários. Daí a maior necessidade, nesses casos, de um acompanhamento psicológico para promover a capacidade de resiliência nessas crianças e ajudá-las a reconquistar a possibilidade de se vincular.

A utilização do enquadre e da escuta psicanalítica na preparação de crianças para a adoção é um exemplo efetivo da aplicabilidade desse tipo de clínica na interface com o Judiciário, promovendo mudanças e gerando novas esperanças em todos os envolvidos (crianças e profissionais).

Referências

- BERENSTEIN, I. *Del ser al hacer*. Buenos Aires: Paidós, 1ª ed., 2007.
- GOMES, M. A. e PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 10(2), 357-363, 2005.
- LEVINZON, G. K. *Adoção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 3ª ed., 2009.
- LEVY, L., PINHO, P. G. R. e FARIA, M. M. “Família é muito sofrimento”: um estudo de casos de “devolução” de crianças. *Revista Psico*, 40(1), 58-63, 2009.
- LÉVY-SOUSSAN, P. e MARINOPOULOS, S. Abandono e adoção: interações psíquicas da filiação numa perspectiva histórica e clínica. In: TRINDADE-SALAVERT, I. (org.), *Os novos desafios da adoção: interações psíquicas, familiares e sociais*, (pp. 81-108). Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2010.
- PEITER, C. *Adoção: Vínculos e Rupturas - do Abrigo à Família Adotiva*. São Paulo: Zangodoni, 2011.
- SCORSOLINI-COMIN, F., AMATO, L. A. e SANTOS, M. A. Grupo de apoio para casais pretendentes à adoção: a espera compartilhada do futuro. *Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 7(2), 40-50, 2006.
-

POTENCIAIS E LIMITES NA PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA DE CASAIS E FAMÍLIAS EM UM SERVIÇO-ESCOLA DE PSICOLOGIA

Maíra Bonafé Sei¹⁰

Resumo: A psicoterapia psicanalítica de casal e família se organiza como uma prática complexa por agregar indivíduos, no *setting* terapêutico, em variados momentos do desenvolvimento, com relacionamento externo às sessões e forma de comunicação própria. Este tipo de atendimento é ofertado na Clínica Psicológica da UEL por meio de demanda espontânea ou encaminhamento de serviços parceiros. A psicoterapia é conduzida por discentes de Psicologia, preparados por meio de estudos teóricos, atividades práticas e supervisões clínicas. Por meio da prática observou-se potenciais e limites desta proposta. Neste sentido, o projeto teve grande procura por parte dos estudantes, demonstrando interesse pelo tema e ausência deste na grade curricular. Notou-se, ademais, grande procura pelo atendimento, com muitas solicitações decorrentes de demanda espontânea da família. Contudo, limites se fizeram presentes relacionados tanto com questões centradas nos discentes, advindas, principalmente, de receios quanto à capacidade para condução do processo psicoterapêutico, quanto em relação ao público solicitante, que se apresentaram ambivalentes quanto ao desejo de se envolverem na psicoterapia. A despeito das dificuldades encontradas, este tipo de intervenção se mostra extremamente rico para a formação clínica do psicólogo e para os usuários do serviço-escola de Psicologia, devendo ser estimulado, ampliando sua abrangência e solidificando práticas.

Palavras-chave: psicoterapia de casal e família; psicanálise; serviço-escola de Psicologia

Introdução

A psicoterapia psicanalítica de casal e família se apresenta como uma prática ainda pouco disseminada nos currículos de graduação em Psicologia (SEI; ZANETTI, 2014). A despeito disso, compreende-se que o acolhimento ao casal e à família como um todo mostra-se como a indicação mais adequada em casos diversos, haja vista a necessidade de se trabalhar as relações estabelecidas entre o casal e o grupo familiar. Observa-se, no campo do atendimento a casais e famílias, que frequentemente o pedido pelo atendimento centra-se na queixa em um dos familiares, que pode ser o filho, o cônjuge ou um dos pais. Contudo, é importante que o terapeuta atenha-se ao fato de que o paciente do processo terapêutico configura-se como o casal e/ou a família e não apenas um dos membros cuja terapia está sendo presenciada pelos demais membros (MEYER, 2002).

No que concerne à situação do atendimento, pondera-se que a psicoterapia psicanalítica de casal e família mostra-se como uma prática complexa, por agregar no mesmo atendimento indivíduos com diferentes idades, em variadas fases do desenvolvimento (MALCHIODI, 1998). Trata-se, ademais, de um grupo com vinculação anterior ao atendimento, com histórias, mitos e estratégias de comunicação próprios, ampliando o aparecimento de possíveis resistências e dificultando o manejo por parte do terapeuta (KWIATKOWSKA, 2001). Neste sentido, é interessante que se encontre vias de comunicação que possam fomentar a expressão dos familiares (SEI, 2011).

Objetiva-se, então, por meio deste trabalho, discorrer e discutir a prática da psicoterapia psicanalítica de casais e famílias empreendida por um projeto de extensão vinculado ao Departamento de Psicologia e Psicanálise, cujos atendimentos à comunidade acontecem na Clínica Psicológica da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

Metodologia

O presente trabalho apresenta-se como um relato de experiência que visa discutir as experiências advindas de um projeto de extensão cujo foco centrava-se no atendimento a casais e famílias inscritos na Clínica Psicológica da UEL, com o intuito também de capacitar estudantes de Psicologia em formação para a clínica psicanalítica com o referido público.

¹⁰ Professora Doutora no Departamento de Psicologia e Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina. Participa do Laboratório de Casal e Família: clínica e estudos psicossociais (LABCAFAM - USP), do grupo de pesquisa CNPq Casal e Família, na Abordagem Psicanalítica: pesquisa e clínica, do Laboratório Estudo e Pesquisa em Psicanálise (LEPPSI - UEL) e do grupo de pesquisa CNPq "Estudos e Pesquisas em Clínica Psicanalítica", coordenado pela professora Sílvia Nogueira Cordeiro. E-mail: mairabonafe@gmail.com

A compreensão da experiência pauta-se no referencial da Psicanálise de Casal e Família, agregando contribuições das variadas vertentes teóricas que abrangem este campo no cenário nacional, incluindo contribuições da escola francesa, inglesa e argentina (CYPEL, 2002; GOMES, 2012).

A busca pelo atendimento poderia ocorrer de forma espontânea ou por meio de encaminhamento de serviços parceiros, tais como a Vara da Infância, CREAS, CRAS e serviços similares. A condução da psicoterapia era realizada por estudantes de Psicologia vinculados ao projeto e capacitados por meio de discussões teóricas, dinâmicas e supervisões efetuadas preferencialmente em grupo (SEI, ZANETTI, 2014).

Resultados e Discussão

O projeto de extensão a partir do qual a psicoterapia de casal e família foi proposta organizou-se como uma atividade optativa dos estudantes de graduação em Psicologia da UEL. O intuito é que apenas os estudantes mais interessados na temática se aproximassem do projeto, que englobava desde uma qualificação teórica até atividades práticas e de supervisão. O atendimento poderia ser conduzido por estudantes que já tivessem passado por um período de preparo e a supervisão dos casos poderia ser assistida por variados colegas, para que pudessem aprender com a experiência do outro.

Por meio da experiência notou-se uma ampliação do interesse de estudantes pelo projeto de extensão, que reverberou no aumento da capacidade de atendimento. Além disso, foram efetuadas divulgações da abertura de inscrições, com um grande número de famílias buscando espontaneamente a intervenção ou sendo encaminhadas para a mesma.

Embora o número de casos inscritos tenha sofrido uma expansão, notou-se que a vinculação ao atendimento não se configurou como algo simples de ser efetuado. Muitas famílias solicitaram o atendimento, mas quando eram chamadas para iniciarem a psicoterapia, indicavam não mais desejá-la ou ausentavam-se das sessões sem justificativa, ação que implica na perda do atendimento. Tem-se assim um posicionamento ambivalente que demonstra interesse e receio quanto à psicoterapia ofertada.

No que se refere aos estudantes, sabe-se que a intervenção trazia a complexidade própria do atendimento grupal, com a necessidade de se contemplar vários indivíduos em uma mesma sessão. Medos quanto à capacidade de condução das sessões foram expostas, situações contratransferenciais advindas dos atendimentos foram trazidas nas supervisões, indicando o cuidado necessário com os estudantes em formação. Assim, optou-se por delinear estratégias mediadoras com o intuito de facilitar a condução do atendimento, tais como o genograma, o desenho da família e a linha de vida dos familiares, entendendo que a mediação pode facilitar a comunicação e a elaboração de questões concernentes ao atendimento (SEI, 2011; ZANETTI, 2013). Observou-se que esta escolha contribuiu não apenas para o desenvolvimento das sessões, como também enriqueceu o processo de supervisão haja vista a concretude do material clínico, advindo do material gráfico cuja exemplificação dava-se por meio dos desenhos feitos pelos participantes do atendimento.

Percebeu-se, então, potencialidades e limites no projeto de extensão proposto relacionados tanto com questões centradas nos discentes, quanto em relação ao público solicitante, que se apresentaram ambivalentes quanto ao desejo de se envolverem na psicoterapia. Defende-se que tais fatos que não diminuíram a importância do projeto e seu papel social junto à comunidade, incitando a continuidade deste e a busca de adaptações para melhor atender ao contexto da universidade.

Considerações Finais

Acredita-se, apesar das dificuldades e limites encontrados, que o projeto de extensão em questão possui grande importância tanto no sentido de ampliar a formação do estudante de Psicologia, com apresentação de uma via de intervenção psicoterapêutica pouco explorada na grade curricular da graduação em Psicologia, quanto para o público-alvo, que passa a dispor de uma modalidade de intervenção original, ainda pouco presente nos serviços-escola de Psicologia. Pensa-se que ser interessante o incentivo a propostas similares, aumentando o papel social do serviço-escola de Psicologia e a qualidade dos futuros psicólogos clínicos, mais sensíveis a demandas que ultrapassam o olhar para aspectos apenas intrapsíquicos.

Referências

- CYPEL, L. R. C. Algumas reflexões sobre os fundamentos do trabalho psicanalítico com família e casal. *Ide*, n. 36, p. 2-16, 2002.
- GOMES, I. C. Psicanálise de Família e Casal: Novos Constructos Teóricos?. In: GOMES, I. C.; FERNANDES, M. I. F.; LEVISKY, R. B.. (Org.). *Diálogos Psicanalíticos sobre Família e Casal*. São Paulo: Editora Zagodoni, 2012. p. 48-56.

KWIATKOWSKA, H. Y. Family art therapy: experiments with a new technique. **American Journal of Art Therapy**, v. 40, p. 27-39, 2001.

MALCHIODI, C. A. Arteterapia familiar: integrando a teoria e a prática. In: RILEY, S. **Arteterapia para famílias: abordagens integrativas**. São Paulo: Summus, 1998. p. 17-26.

MEYER, L. **Família: dinâmica e terapia - uma abordagem psicanalítica**. 2ª. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

SEI, M. B. **Arteterapia e psicanálise**. São Paulo: Editora Zagodoni, 2011.

SEI, M. B.; ZANETTI, S. A. S. O projeto de extensão enquanto estratégia na formação em psicologia: uma experiência no atendimento a família. **Espaço para a Saúde (Online)**, v. 15, supl. 1, p. 118-124, 2014.

ZANETTI, S. A. S. O uso terapêutico da mediação: um entendimento psicanalítico a respeito da produção artística. **Revista de Arteterapia da AATESP**, v. 4, n. 2, p. 48-55, 2013.

O GRUPO TERAPÊUTICO DE MEDIAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE FORMAÇÃO PARA A PRÁTICA CLÍNICA COM CASAIS E FAMÍLIAS

Sandra Aparecida Serra Zanetti¹¹

Resumo

A proposta do presente trabalho é apresentar uma pesquisa de pós-doutorado que teve por objetivo propiciar a estudantes de graduação de Psicologia a participação em Grupos Terapêuticos de Mediação que visaram ao favorecimento de suas práticas clínicas com casais e famílias. Este tipo de atendimento clínico caracteriza-se por especificidades que tornam a tarefa do estagiário árdua, destacando-se a necessidade de atenção redobrada aos mecanismos transferenciais e contratransferenciais, e a possibilidade de comprometimento do processo terapêutico caso conflitos inconscientes ligados à trama familiar do estudante promovam uma aliança inconsciente com o grupo que vise à manutenção da patologia. Diante disso, foram realizadas entrevistas e um grupo terapêutico de mediação, baseado numa adaptação da técnica da fotolinguagem[©], com 7 estudantes do 3º e 4º ano de graduação que iniciavam a prática clínica com casais ou famílias. Dentre os resultados, pôde-se notar que todos os participantes apresentavam problemáticas ligadas à trama psíquica familiar, que o grupo terapêutico possibilitou a conscientização dessas problemáticas, além da elaboração das mesmas, pois mostrou ser um importante instrumento de intervenção clínica no sentido do favorecimento da função pré-consciente.

Palavras-chave: grupo terapêutico de mediação; graduandos de psicologia; terapia de casal e família; fotolinguagem.

Introdução

O início do atendimento clínico na graduação de Psicologia não é tarefa fácil, muito menos quando esta prática clínica é com casais e famílias. Trata-se de uma clínica específica que possui particularidades e que demandam atenção. A teoria psicanalítica entende que quando o terapeuta tem como paciente um casal ou uma família, deve-se considerar não somente os aparelhos psíquicos individuais de cada um dos sujeitos na sessão, mas as dinâmicas e funcionamentos psíquicos que ocorrem nestes vínculos (KAËS, 2011).

Alguns aspectos a serem considerados no atendimento clínico a casais e famílias ocorrem justamente em função da sessão contar com a presença de mais de um paciente. Assim, o terapeuta precisará estar atento, por exemplo, para não se identificar mais com um membro do grupo do que com o(s) outro(s), prejudicando o andamento do processo ao estabelecer um par com aquele que, consciente ou inconscientemente, aparenta ser o mais adequado, ou mais sadio do grupo. É possível ainda que o terapeuta estabeleça um conluio com o grupo visando à manutenção da patologia, quando esta se liga com uma dificuldade inconsciente do terapeuta. Correa (1992) explica que o terapeuta pode se mobilizar por uma dinâmica do seu grupo familiar interno que poderá se ligar a situações do grupo no processo terapêutico. Ou seja, questões e conflitos da família em atendimento podem fazer ressonância com aqueles vividos pelo terapeuta, e isso pode promover resistências neste último e inviabilizar compreensões e interpretações que revelariam aquilo que este não está apto a perceber. No caso de atendimento de casal, Lamanno (1994) entende que se analisadas em profundidade as razões inconscientes de um profissional escolher esta modalidade de atendimento, poderá ser verificado que esta escolha está relacionada a conflitos de ordem edípica; e assim, o profissional poderá tender a conduzir o desfecho da terapia no sentido da manutenção do casamento.

Gomes (2005) assegura que o atendimento a casais e famílias requer algo a mais do terapeuta quando comparado aos atendimentos individuais, destacando-se a necessidade de

¹¹ Professora Doutora no Departamento de Psicologia e Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina. Participa do Laboratório de Casal e Família: clínica e estudos psicossociais (LABCAFAM - USP), do grupo de pesquisa CNPq Casal e Família, na Abordagem Psicanalítica: pesquisa e clínica, do Laboratório Estudo e Pesquisa em Psicanálise (LEPPSI - UEL) e do grupo de pesquisa CNPq "Estudos e Pesquisas em Clínica Psicanalítica", coordenado pela professora Sílvia Nogueira Cordeiro. E-mail: sa.zanetti@uel.br.

atenção redobrada aos mecanismos transferenciais e contratransferenciais, e o entendimento da real demanda por tratamento também é um fator bastante importante neste tipo de encaminhamento, já que é muito raro uma família vir buscar ajuda para ela como um todo (GOMES, 2005, p. 310).

Desta forma, considera a autora que “dentro deste cenário de demandas indiretas, sabemos o quão árdua é a tarefa dos nossos estagiários” (2005, p. 310), estudantes de psicologia.

Soma-se a isto o fato de que o processo de elaboração psíquica dos conteúdos geracionais herdados psiquicamente é um trabalho complexo e fundamental, porque somente por meio deste processo o sujeito se torna sujeito, ao procurar desprender-se das alianças inconscientes do grupo familiar primário, subjetivando-se em meio à intersubjetividade (KAËS, 2011). Esse processo atravessa a dinâmica interna das famílias, inclusive daquela da qual o estudante que se propôs a realizar um atendimento a casal ou família faz parte. E, como resultado de estudo anterior (ZANETTI, 2012), foi possível observar que na contemporaneidade este tipo de processo de elaboração pode sofrer falhas devido a mudanças rápidas na organização sociocultural que, desde a modernidade, têm interferido na organização psíquica de nossos contemporâneos.

Assim, o presente trabalho tem como intuito apresentar uma pesquisa de pós-doutorado que teve como objetivo verificar se o Grupo Terapêutico de Mediação (GTM), com estudantes de graduação em Psicologia, seria capaz de favorecer o funcionamento do pré-consciente destes, no que se refere à elaboração psíquica de seus conteúdos ligados à trama inconsciente familiar, para que estes não interferissem em suas práticas clínicas. O GTM foi baseado na técnica da fotolinguagem© (VACHERET, 2005), já que se trata de uma técnica que procura reestabelecer a capacidade associativa do pré-consciente. O elemento mediador, característico deste tipo de grupo, propicia um trabalho em profundidade, na medida em que facilita a emergência do inconsciente. Além disso, este tipo de dispositivo grupal, segundo Vacheret (2005), permite a reparação, na configuração do vínculo, da implementação da cadeia associativa grupal, que por meio das representações intermediárias promove ligações entre processos primários e secundários, processos elaborativos da mente, da mesma forma que ocorre num sonho (KAËS, 2005).

Metodologia

Os participantes foram sete estudantes de graduação do curso de Psicologia de uma universidade pública, que se propunham iniciar ou que estavam iniciando a prática clínica com casais e famílias, sob supervisão. Primeiramente, foi realizada uma entrevista semidirigida (BLEGER, 1980) com os estudantes, individualmente, antes do início do grupo. Na sequência foi realizado o Grupo Terapêutico de Mediação, referendado na abordagem psicanalítica kaesiana e na técnica desenvolvida por Vacheret (2005, 2008), da fotolinguagem©. Da mesma forma que o trabalho proposto por Vacheret (2005), o grupo se iniciou com uma pergunta, formulada pelo animador, a qual os integrantes procuraram responder por meio da escolha de uma foto para que posteriormente cada um explicasse individualmente o motivo da escolha. Num segundo momento, o grupo permitiu trocas intersubjetivas comparando as impressões diferenciadas e parecidas. Importante ressaltar, contudo, que utilizamos uma adaptação da técnica ao oferecer revistas aos estudantes, e esta adaptação se justifica nos trabalhos com grupos que utilizam técnicas mediativas e que garantem que os elementos mediativos podem variar (KAËS, 2005; CASTANHO, 2012).

Foram realizados, ao todo, cinco encontros com os estudantes. O número de encontros foi definido em função de quatro temáticas que se acreditava serem suficientes para alcançar o objetivo da pesquisa. Quatro perguntas foram formuladas, uma em cada encontro, e o último encontro teve o objetivo de fechamento. As quatro perguntas foram: 1) O que significa atendimento clínico a casais e famílias para você?; 2) É possível estabelecer uma boa relação com nossos pais?; 3) É possível construir uma vida completamente diferente da vida de nossos pais?; 4) Existem dificuldades no atendimento clínico a casais e famílias?. A hipótese era a de que essas perguntas pudessem propiciar um acesso direto ao conteúdo que pretendíamos trabalhar no grupo, ou seja, problemáticas oriundas da trama inconsciente familiar.

Após o término do grupo, e encerrado os atendimentos dos estudantes, foi realizada outra entrevista semidirigida, individualmente, visando à avaliação da eficácia deste Grupo Terapêutico para o favorecimento da prática clínica realizada por eles.

Resultados e Discussão

A análise dos dados permite afirmar que o grupo terapêutico foi capaz de favorecer o funcionamento do pré-consciente nos estagiários de graduação, no que se refere à elaboração psíquica de conteúdos ligados à trama inconsciente familiar.

O grupo terapêutico se mostrou eficiente no sentido de possibilitar a construção de uma cadeia associativa grupal, responsável por promover ligações entre processos primários e secundários. No processo secundário a satisfação imediata das pulsões é adiada e entra em cena um funcionamento psíquico mais elaborado, que envolve representação, função do pré-consciente. Isto principalmente porque num grupo o indivíduo não fala somente em nome próprio, tendo em vista o fato de que a transferência não está condensada na figura do terapeuta e de que há o estabelecimento de alianças inconscientes, que permitem que aquilo que é possível de ser trabalhado pelo grupo venha à superfície, propiciando a formação de um dispositivo terapêutico. (KAËS, 2005, 2011).

Em todos os encontros foi possível verificar trocas de material psíquico por meio dos apontamentos sobre as escolhas das imagens, no sentido de valorizar algum aspecto não percebido, reenviando um caráter revelador àquele que escolheu. Isto convidava o participante, detentor da imagem, a pensar mais profundamente sobre algum elemento de sua vida. Amanda, 23 anos, uma das participantes do GTM, assim explicou: *“você escolhe uma figura e você vê uma coisa e outras pessoas veem outras e quando você aceita o que a outra pessoa está falando é muito legal porque você pensa... ‘nossa, é verdade, eu não tinha percebido isso, né?’”*.

O modo particular como as imagens foram escolhidas, a partir de revistas, também sustenta a conjectura do favorecimento da função do pré-consciente no GTM. A maioria dos estudantes relatou que não pensava na imagem que ia escolher, utilizando, portanto, da associação-livre na captura de uma imagem qualquer. Rodrigo, de 21 anos, explicou que no seu caso uma imagem chamava atenção, mas de imediato não entendia o porquê e a colocava de lado, embora a imagem não ficasse completamente esquecida. Ao final da busca, a imagem inicial era retomada, e aí pensa-se que o trabalho do pré-consciente era requisitado, pois a mensagem enviada do inconsciente teria que ser decodificada, para fazer com que ganhasse em significado e pudesse ser explicada ao grupo.

O caso de Cíntia, de 24 anos, demonstra o modo como o GTM possibilitou o trabalho com a trama psíquica familiar do estudante. Uma de suas imagens apresentava a figura de um pai ator e um filho diretor. Ela explicou que apenas queria mostrar com isso que achava que não era possível uma vida completamente diferente da dos pais, pois, como a figura mostraria, havia características semelhantes na postura de ambos. Contudo, o que chamou atenção da animadora nesta imagem não foi essa ideia consciente da escolha, mas a inconsciente, supõe-se, de que os papéis estavam invertidos: o filho estava sentado na cadeira de diretor. Este apontamento fez Cíntia tomar consciência de um funcionamento familiar que os tios dela já haviam comentado com ela, mas que ela não tinha até então concordado completamente. O que Cíntia ainda acrescenta é o fato de que este apontamento passou despercebido para muitos, mas não para ela. Este dado faz pensar em uma especificidade importante desta modalidade terapêutica: os apontamentos surgem espontaneamente sem serem notados por aquele que não conhece sua história, e também não são invasivos porque não se tem essa intenção, embora sejam interpretativos. Por tudo isso, conjectura-se que são recebidos de uma forma completamente diferente de um enquadramento de terapia individual porque a interpretação não é direta, nem sempre é produzida pelo terapeuta-animador, e por isso, como o paciente não precisa se defender da ideia trazida no grupo, o apontamento tem mais chances de promover reflexões.

No que se refere ao fato dessa experiência ter contribuído para a prática clínica, houve exemplos claros, como o de Júlio, com 23 anos, do quanto o GTM pôde contribuir para a elaboração e um novo posicionamento frente às dificuldades oriundas da história familiar, e conseqüentemente em seu atendimento. Ele parece ter aproveitado o grupo para se reconciliar com a figura de seu pai, pois seus pais haviam se separado em sua adolescência, e isso, ao mesmo tempo, fez repensar o funcionamento de uma família que estava atendendo, cujo filho buscava assumir o lugar do pai, há pouco falecido.

Considerações Finais

O modelo terapêutico apresentado se mostrou satisfatório. Todos os membros relataram experiências que fizeram pensar no funcionamento do pré-consciente no sentido de elaborar aspectos da história familiar que permaneciam latentes. Contudo, apontamos os limites da profundidade desta elaboração, dado que se tratava de uma pesquisa com apenas 5 sessões.

De toda forma, pensamos que o oferecimento do Grupo Terapêutico de Mediação pode ser entendido como um cuidado complementar à formação do estagiário de Psicologia, de maneira geral. Isto porque a temática escolhida para a formulação das questões é que definirá os conteúdos que serão trabalhados no grupo. O principal benefício estaria em assegurar um atendimento clínico de maior qualidade e um cuidado com os estudantes que iniciam a árdua tarefa da prática clínica.

Referências

- BLEGER, J. A entrevista psicológica. In: Bleger, J. *Temas de psicologia: entrevista e grupo*. São Paulo: Martins Fontes, 1980, p. 7-44.
- CASTANHO, P. C. G. *Um modelo psicanalítico para pensar e fazer grupos em instituições*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.
- CORREA, O. R. Aspectos da transferência e da contratransferência na abordagem psicanalítica do grupo familiar e casal. In: Ramos, M. *Terapia de Casal e Família: o lugar do terapeuta*. São Paulo: Brasiliense, 1992.
- GOMES, I. C. A formação clínica do estagiário de psicologia em atendimento a casais e famílias na abordagem psicanalítica. In: FÉRES-CARNEIRO T. (Org.), *Família e Casal: efeitos da contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Editora PUC-Rio, 2005, p. 304-316.
- KAËS, R. *Espaços Psíquicos Compartilhados: transmissão e negatividade*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- KAËS, R. *Um singular plural: : a psicanálise à prova do grupo*. São Paulo: Edições Loyola, 2011.
- LAMANNO, V. L. *Repetição e transformação na vida conjugal: a psicoterapia do casal*. São Paulo: Summus, 1994.
- VACHERET, C. Les configurations du lien, la chaîne associative groupale et la diffraction du transfert. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, v. 2, n. 45, p. 109-116, 2005.
- VACHERET, C. A Fotolinguagem©: um método grupal com perspectiva terapêutica ou formativa. *Psicologia: Teoria e Prática*, v. 10, n. 2, p.180-191, 2008.
- ZANETTI, S. A S. *A opção por não se vincular amorosamente de maneira compromissada entre as condições de existências contemporâneas e a herança psíquica geracional*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.
-
-

MCT 01: Famílias em crise e em reconstituição

FAMÍLIAS EXTENSIVAS NO COLETIVO INSANORosa M. Prista¹²**Resumo**

O presente trabalho denuncia o empobrecimento da subjetividade de diversas crianças e adolescentes quando há o questionamento da atitude de pais e/ou quando estes exercem violência física ou psíquica. A denominada família extensiva é a estratégia utilizada pelo poder público para que a criança e o adolescente recebam uma outra família para seus cuidados. Entre a separação e/ou ausência dos pais e o encaminhamento à família extensiva há um “buraco negro” de questões que o sistema jurídico vem negligenciando com exceção de profissionais sensíveis como aconteceu na cidade de Itaperuna onde este trabalho se funda. A partir do diálogo entre a Psicologia e o Direito foi possível encontrar um suporte para que crianças e adolescentes possam restabelecer um período para formação vincular, tendo em vista que este aspecto não pode ser “cumprido”, depende do desejo de sujeitos que anunciam: “eu quero”.

O trabalho discute o conceito de “família extensiva” e propõe rediscutir os aspectos subjetivos implícitos no estabelecimento vincular, base para o desenvolvimento da aprendizagem e do desenvolvimento a partir do programa: “Crianças Invisíveis” da Fundação São José, instituição fundada na cidade de Itaperuna no Estado do Rio de Janeiro.

Palavras-chave: famílias extensivas; direitos humanos; institucionalização

Introdução

Desde que o ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente foi implantado a questão da institucionalização é tema em destaque. Do abandono de crianças em orfanatos aos abrigos no momento histórico atual a ausência da efetivação dos direitos das crianças e adolescentes vem sendo denunciada. Este trabalho estuda o tema na cidade de Itaperuna que teve no ano de 2014 o comprometimento de uma promotora. Este comprometimento levou a criação de um trabalho conjunto entre o Centro Universitário e o Ministério Público.

O tópico em questão é minimizar ao máximo a institucionalização tentando através do resgate da família original, da família extensiva ou do processo de adoção. O que está em questionamento é a qualidade deste lar e a constituição de uma família, processos que dependem do desejo de pessoas e da necessidade de intencionalizar a procura do outro como constituinte de seu próprio Ser. Este processo de formação intersubjetiva é negligenciado no processo institucional e no processo de desligamento dos abrigos.

O artigo 94 do ECA preconiza que a criança e o adolescente deve ter atendimento personalizado e que há prioridade para a preservação dos vínculos familiares. Entretanto há histórias que não se contam sobre o paradeiro de nossas crianças e adolescentes e a relação com o Poder Judiciário. As perplexidades de discursos e rotinas no interior dos abrigos eleva a pergunta: “Onde estão as crianças e adolescentes abandonados?” Esta pergunta que não quer se calar deu origem ao projeto: “Crianças Invisíveis” que visa contar a história de alguns jovens que vivem em abrigos ou que foram instalados em alguma família.

A família extensiva refere-se a outros membros da família como avós e tios, entretanto o processo de entrega a família extensiva não passa por um processo cuidadoso no aspecto vincular. Também não é respeitoso nos aspectos referentes a garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes já registrados nas leis brasileiras.

¹², doutora em Psicologia e Qualidade de Vida, Supervisora Clínica, Diretora Científica do CEC/RJ; Coordenadora do Centro de Estudos e Prática em Psicologia e Direitos Humanos - Fundação São José - Itaperuna/RJ. - rosamprista@gmail.com

Método

O processo tem se baseado na (re)construção da história das crianças e adolescentes de forma individual e de forma familiar quando possível buscando investigar o processo histórico, o processo de abandono, a alternativa encontrada para a constituição de um lar e os sentimentos que permeiam estas crianças e adolescentes sobre duas palavras: “família” e “abrigo. Até o momento a entrada dos pesquisadores no espaço do abrigo tem sido autorizado mas questionamentos surgem sobre o lugar ocupado nesta instituição, foco já sinalizado e documentado mas esquecido pela alta rotatividade dos profissionais.

Participantes

Foram elencados todos os usuários do abrigo nos anos de 2013, 2014 e 2015.

Discussões

Lembrando a constituição brasileira:” É responsabilidade do governo, do setor privado e da sociedade civil desenvolver e implementar políticas nacionais que assegurem o desenvolvimento físico, psicológico, espiritual, social, emocional, cognitivo e cultural das crianças. “Não faltam leis e regulamentos para orientar as melhores práticas. É urgente fazer com que eles façam parte da vida real”. (DAFFRE,2012)

Para que o abrigo cumpra sua função social de elo entre o abandono e o acolhimento; entre a dor e o prazer; entre o individual e o coletivo; entre o subjetivo e o intersubjetivo é preciso equipes gestores sensíveis e acolhedoras como sinalizado por Ferenczi (apud Prista, 2015) quando refere-se ao ato ético de cuidar. E para que este movimento possa fazer a diferença neste mundo insano é preciso ir além das questões egóicas e disciplinares que habitam os membros técnicos de um abrigo. É preciso ser sujeito histórico que acolhe o outro não por obrigação mas porque reconhece no outro seu parceiro constituinte. Infelizmente no espaço do abrigo não há garantido espaços de reflexão para a equipe técnica e há outra pergunta que precisa ser lançada: Se o espaço abrigo é um espaço social. Se neste espaço que deveria acolher, abandonamos, será que legitimamos valores desumanos?

É preciso marcar a falta de espaços físicos adequados, verbas suficientes para sustentação das necessidades infantis, pouco número de profissionais, baixa qualidade profissional para lidar com a especificidade do trabalho em abrigos que são de alta movimentação, que exige abordagens mais adequadas e breves no resgate de processos históricos mutilados pelas ações humanas. Estas ausências precisam ser preenchidas através da garantia de políticas públicas efetivas, além de uma rede que tenha verdadeira articulação de serviços incluindo as Universidades em torno.

Em um contexto insano falar de aprendizagem e desenvolvimento parece um paradoxo mas é preciso introduzir palavras de saúde, de continuidade, de processo e de desafio.

Considerações Finais

A intervenção no abrigo tem permitido ampliar discussões sobre a questão do processo vincular e sua importância no resgate, na transformação humana necessária não só a criança e o adolescente ,mas o agrupamento familiar que imposto ou por desejo passa a ser local de formação de novas subjetividades. Também tem permitido coletar dados e informações com vistas a discussões de políticas públicas que forneçam base para a solidificação do processo social que cabe aos abrigos.

Referências Bibliográficas

- DAFFRE, S. G. A Realidade dos Abrigos: descaso ou prioridade? São Paulo: Zagodoni, 2012.
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei n 8069, de 13 de julho de 1990, Brasília.
GOVERNO FEDERAL e CONANDA - Orientações Técnicas para Serviços de Acolhimento para Crianças e ADOLESCENTES. Governo Federal, Brasília, 2009.
PRISTA, R.M.; BERZINS, F. Psicologia e Direitos Humanos. Pará de Minas. MG; Virtual Books Editora, 2015.

REMANEJANDO UMA DEMANDA DE ATENDIMENTO DE FAMÍLIA PARA A DE CASAL EM UM CASO DE ADOÇÃO

Maíra Bonafé Sei¹³; Sandra Aparecida Serra Zanetti¹⁴; Bruna Maria Schiavinatto¹⁵

Resumo

Objetiva-se apresentar um caso clínico de adoção, vinculado a um projeto de extensão da Universidade Estadual de Londrina, em que a demanda pela terapia familiar foi repensada redirecionando-a para o formato de uma psicoterapia de casal. A demanda, espontânea, pela terapia familiar consistia no desejo dos pais aprenderem a lidar com aspectos da parentalidade diante da recente adoção de uma criança com aproximadamente 2 anos e meio. Em terapia chamou a atenção fantasias desses pais sobre a herança psíquica geracional da filha, indicando a preocupação dela desenvolver uma sexualidade promíscua quando adolescente. Contudo, a investigação mais profunda permitiu compreender que o desejo pela adoção foi principalmente do pai, em seu primeiro casamento e sem filhos. A mãe já tinha uma filha de seu primeiro relacionamento e não conseguiu engravidar no segundo casamento. Informaram na terapia que, caso esta mulher recusasse a adoção, este homem a faria, encerrando o vínculo conjugal. Consequentemente, o vínculo desenvolvido pela mãe com a filha apontava um caráter bastante ambivalente, em parte trabalhado na terapia familiar, mas que demandou maior elaboração no processo conjugal. Assim, após sete meses de terapia em família optou-se pelo encaminhamento para terapia de casal, o que foi aceito e encontra-se em andamento com bons resultados.

Palavras-chave: Adoção, Terapia de Casal, Terapia de Família.

Introdução

A demanda pela terapia familiar e de casal frequentemente não ocorre de forma espontânea (GOMES, 2005). Repetidamente um dos membros de uma família é trazido para terapia individual, “eleito” pela família como o depositário de sua doença, o paciente identificado (SOIFER, 1982). E a tomada de consciência dessa demanda pela família faz parte do processo de tratamento. “Ao se estender à família o pedido de consulta, retira-se o foco de atenção sobre o membro identificado” (RAMOS, 1992, p. 46), ofertando-se, com isso, um trabalho muito mais adequado. Isso tende a acontecer porque os membros da família, considerados sadios, sentem-se ameaçados, temendo que suas partes doentes sejam evidenciadas. Pode haver, ainda, uma busca por se aliar ao terapeuta, para não se incluírem no trabalho terapêutico. Considera-se, contudo, a família como um todo como o paciente da terapia e não apenas um de seus indivíduos (RAMOS, 1992).

Percebe-se, assim, que a clínica psicanalítica com casais e famílias possui especificidades que demandam atenção. Dentre elas, está o cuidado em localizar e redimensionar a demanda de atendimento sempre que for necessário, pois após iniciado o processo, pode ainda acontecer a necessidade de se repensar a demanda entre a família e o casal. Há casos em que se inicia a terapia familiar e, após um certo tempo, a demanda se desloca para a relação do casal, fazendo das crianças ali presentes, de forma bastante inadequada, expectadores da discussão sobre a intimidade dos pais. Nestes

¹³ Professora Doutora no Departamento de Psicologia e Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina. Participa do Laboratório de Casal e Família: clínica e estudos psicossociais (LABCAFAM - USP), do grupo de pesquisa CNPq Casal e Família, na Abordagem Psicanalítica: pesquisa e clínica, do Laboratório Estudo e Pesquisa em Psicanálise (LEPPSI - UEL) e do grupo de pesquisa CNPq "Estudos e Pesquisas em Clínica Psicanalítica", coordenado pela professora Sílvia Nogueira Cordeiro. E-mail: mairabonafe@gmail.com

¹⁴ Professora Doutora no Departamento de Psicologia e Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina. Participa do Laboratório de Casal e Família: clínica e estudos psicossociais (LABCAFAM - USP), do grupo de pesquisa CNPq Casal e Família, na Abordagem Psicanalítica: pesquisa e clínica, do Laboratório Estudo e Pesquisa em Psicanálise (LEPPSI - UEL) e do grupo de pesquisa CNPq "Estudos e Pesquisas em Clínica Psicanalítica", coordenado pela professora Sílvia Nogueira Cordeiro. E-mail: sa.zanetti@uel.br.

¹⁵ Graduanda em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina.

casos, cremos que a demanda deve ser retrabalhada e as crianças retiradas de cena, como será demonstrado no caso que será apresentado.

Trata-se de um caso em que a demanda inicial voltava-se para a ideia de trabalhar aspectos da parentalidade após a adoção de uma criança com aproximadamente 2 anos e meio de idade na época da adoção. Os casos de adoção são particulares por poder inquietar os pais adotivos quanto aos conteúdos psíquicos que a criança é herdeira. É possível imaginar que a família biológica da criança facilmente poderá ser julgada como detentora de características malignas, já que se poderá imaginar que ela não foi “capaz” de cuidar da criança que fez vir ao mundo.

Importante considerar que o grupo familiar compõe um espaço psíquico comum e compartilhado (KAËS, 2011), intermediário dos intercâmbios e bloqueios em diversos níveis, conscientes e inconscientes (CORREA, 1999). Como o grupo familiar é fundado por um casal, que promove uma articulação entre várias pessoas de diversas gerações, este novo espaço fundado pela nova família é espaço de passagem e da transmissão psíquica, onde se desenvolve a herança genealógica (CORREA, 1999). As heranças psíquicas podem ser conscientes ou inconscientes, com ou sem transformação, respectivamente, e isso determina a organização psíquica, caso o sujeito não seja capaz de se individualizar-se, transformando sua herança ao apropriar-se desta, tornando-se o sujeito de sua própria história (Kaës, 2011). Contudo, quando tratamos de um processo de adoção, cabe pensar de que herança psíquica a criança será herdeira.

Segundo Verdi (2010), podemos supor que a questão da adoção envolve o sentido de pais que, por alguma razão, não puderem assegurar uma melhor criação para os filhos. Portanto, a autora imagina que se espera normalmente “que os pais adotivos sejam aqueles que possam ‘salvar’ a criança deste perigo e dar-lhe segurança e continência” (p. 24). Essas questões pairam como problemáticas e se transformam em fantasias que serão transmitidas à criança. No entanto, assegura,

é preciso sublinhar que esta função dividida entre a mãe que gera e a mãe que cuida será sempre profundamente sentida pelo bebê, colocando-o em uma situação de fragilidade maior; ele precisa que o outro o reconheça, ou melhor, neste caso, o conheça, lhe dê nome e imagine seu futuro para sonhá-lo por ele. Isso é fundamental para a construção de sua identidade própria e de ser desejante, desejo que nada mais é que o futuro, como nos propõe Isaias Melsohn (MELSOHN, 2008), que concebe o presente como a percepção, o passado como a memória e o desejo como a expectativa ou o futuro. (VERDI, 2010, p. 24)

Verdi (2010) entende, então, que as crianças que passam pelo processo de adoção podem ter dificuldades com a memória, dado que o seu passado tende a se configurar com segredos ou situações doloridas, que causam sofrimento e convidam ao esquecimento. Sublinha que essas crianças também podem ter problemas com o desejo, caso seu futuro, ao invés de ser sonhado, for temido por suas famílias de adoção.

Diante de tudo, o presente trabalho tem como objetivo apresentar um caso clínico de adoção, vinculado a um projeto de extensão da Universidade Estadual de Londrina, em que a demanda pela terapia familiar foi repensada para o formato de uma psicoterapia de casal, diante de dificuldades na organização do casal conjugal que se misturavam a fantasias quanto à herança que a criança era portadora.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo (TURATO, 2005), baseado na metodologia do estudo de caso (PERES; SANTOS, 2005), delineado a partir da psicoterapia psicanalítica de uma família cuja demanda pelo atendimento era advinda da situação de adoção da filha do casal solicitante da psicoterapia. Esta investigação inseriu-se em um projeto de pesquisa desenvolvido pelo Departamento de Psicologia e Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da referida universidade sob o número 017/2014.

A psicoterapia psicanalítica empreendida inicialmente com a família e posteriormente com o casal foi possível por meio do projeto de extensão “A psicoterapia psicanalítica de casal e família na Clínica Psicológica da UEL” em vigência nesta instituição. As sessões de atendimento foram todas relatadas e supervisionadas, com posterior análise sobre o processo terapêutico percorrido pela família. A análise dos dados aconteceu por meio da literatura ligada ao campo da Psicanálise de Casal e Família, a partir de uma metodologia de livre inspeção no material (SEI, 2008).

Resultados e Discussão

Os pais chegaram na clínica com a queixa de que a filha, adotada há pouco mais de um semestre por eles, era muito agitada, geniosa, teimosa, independente e que eles tinham muitas dúvidas sobre como educá-la corretamente. Traziam questões concernentes às origens de alguns comportamentos dela, principalmente aqueles considerados inteligentes, já que a filha morou em abrigo e não foi bem cuidada por seus familiares. Nas primeiras sessões foi possível observar que a filha ficava somente no colo do pai, com uma interação que frequentemente excluía a mãe.

Logo na primeira sessão o casal contou sobre uma procura que o marido fez por outra mulher que havia conhecido na internet, sem se aprofundarem no assunto. Outras menções a possíveis traições foram feitas ao longo do processo e tais fatos apontaram para a importância de se refletir sobre a relação conjugal estabelecida por este casal.

Em relação às dificuldades com a filha, foi trabalhada na terapia a questão de revelar a filha que ela não havia nascido da barriga da mãe adotiva e sim de outra mulher, haja vista que os pais pareciam ter um conflito muito grande quanto ao tema. A mãe dizia à criança que ela era filha do coração e o pai assumiu que não teria coragem de dizer para a filha que ela havia nascido de outra mãe. Com o passar das sessões esse assunto pôde ser conversado, com auxílio da terapeuta que falou sobre a adoção da menina com ela própria e com seus pais ouvindo a explicação sobre esta.

Surgiu também o assunto da hiperatividade da filha e da sua possível herança genética, uma vez que a família biológica tinha um histórico de uso de álcool e outras drogas. Os pais desejavam levá-la a um neurologista para verificar se ela tinha alguma "herança" deste passado que poderia vir a desenvolver lá posteriormente. Consideravam que a agitação vista na filha poderia ter sido herdada da mãe biológica, mesmo depois de negativas de um dos médicos da menina. Interessavam-se por saber qual a influência da gestação e da infância de uma criança na personalidade desta. Diante das colocações da terapeuta puderam se acalmar e desistir da ideia de levar a filha a um neurologista.

Notou-se certa ambivalência da mãe quanto à adoção e discorreu-se sobre os testes efetuados pela criança adotiva, no sentido de se garantir a sobrevivência desta nova família, sem sofrerem um novo abandono. Observou-se um desejo maior do pai pela adoção, haja vista que este ainda não era pai, enquanto que sua esposa tinha uma filha do primeiro relacionamento. Percebeu-se que a indisponibilidade para esta segunda experiência de maternidade poderia colocar a própria relação conjugal em risco.

Tendo em vista este panorama, optou-se, ao longo do processo terapêutico, por se modificar o enquadre do atendimento, que passou da psicoterapia da família para o atendimento do casal. Com tal remanejamento da demanda, almejou-se deslocar o lugar da filha de "paciente identificado" para o casal enquanto foco do processo. Enquanto a menina estava presente, aspectos do relacionamento conjugal não conseguiam ser abertamente trabalhados, apesar de se perceber a influência que exerciam na dinâmica familiar.

Após a mudança no *setting* notou-se uma interessante evolução no processo terapêutico, com a exposição de conflitos, dificuldades, decepções de esposa e marido. O pai pôde dizer diversas vezes o quanto o relacionamento dele e da esposa era monótono antes da adoção, ilustrando com situações nas quais ficava marcante a falta de assuntos comuns para diálogos entre o casal. Com a chegada da filha passaram a ter uma dependência um do outro dado a partilha dos cuidados com a filha, indicando que a filha "veio mesmo para ajudar". Compreende-se, a partir do processo terapêutico, que a adoção teve a função de manter a união do casal e, com o remanejamento da demanda, foi possível retirar a criança de um lugar pouco favorável ao seu desenvolvimento e colaborar para um trabalho com a dinâmica conjugal, real necessidade daquele grupo familiar.

Considerações Finais

A experiência clínica aqui descrita aborda uma situação na qual foi necessária uma reorganização do enquadre inicialmente proposto para o atendimento a uma família com uma filha adotiva. Assim, da psicoterapia de família passou-se para um enquadre da psicoterapia de casal, podendo-se trabalhar aspectos da relação conjugal que reverberavam em sintomas na criança adotada. Defende-se, então, ser necessária a construção de um olhar e uma flexibilidade por parte do profissional vinculado ao atendimento de casais e famílias. Nota-se, ademais, que este tipo de estratégia pode ser favorável para famílias com filhos adotivos, contribuindo para uma melhor adaptação de todos diante das transformações da configuração familiar advinda da adoção.

Referências

- CORREA, O. B. R. Os segredos da família. In: RAMOS, M. (org.) **Casal e família como paciente**. São Paulo: Editora Escuta, 1999.
- GOMES, I. C. A formação clínica do estagiário de psicologia em atendimento a casais e famílias na abordagem psicanalítica. In: FÉRES-CARNEIRO, T. (Org.), **Família e Casal: efeitos da contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Editora PUC-Rio, 2005, p. 304-316.
- KAËS, R. **Um singular plural**: a psicanálise à prova do grupo. São Paulo: Edições Loyola, 2011.
- MELSOHN, I. Entrevista. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo: SBPSP, v. 41, n. 75, p. 11-23, 2008.
- PERES, R. S.; SANTOS, M. A. Considerações gerais e orientações práticas acerca do emprego de estudos de caso na pesquisa científica em psicologia. **Interações**, v. 10, n. 20, p. 109-126, 2005.
- RAMOS, M. Terapia familiar: o lugar do terapeuta. In: RAMOS, M. (Org.) **Terapia de casal e família: o lugar do terapeuta**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1992.
- SEI, M. B. Abrindo espaço para o ser: Winnicott e a ludoterapia no contexto da violência familiar. **Psychê**, v. XII, p. 199-214, 2008.
- SOIFER, R. **Psicodinamismos da família com crianças**: terapia familiar com técnica de jogo. Petrópolis: Vozes, 1982.
- TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, 2005.
- VERDI, M. T. Trabalhando os vínculos familiares - a questão da adoção. **Vínculo**, v.1, n. 7, p. 23-31, 2010.
-

O TRABALHO COM FAMÍLIAS NO CRAS: MAPEANDO DEMANDAS, CONSTRUINDO POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO

Thassia Souza Emidio, Departamento de Psicologia Clínica, UNESP_ FCL - Assis,
emidioth@hotmail.com

Resumo: Este trabalho objetiva relatar as atividades desenvolvidas por um grupo de alunos do 4º ano de Psicologia no CRAS. Objetivamos também refletir sobre os desafios que se apresentam ao trabalho com famílias nos CRAS. Organizamos nosso trabalho em duas atividades: ambiência e visitas de mapeamento da demanda. A ambiência objetiva permitir ao estagiário conhecer o cotidiano e o funcionamento do CRAS, possibilitando o mapeamento da demanda e a formulação de estratégias de intervenção. As visitas para o mapeamento de demanda pretendem percorrer o território no qual o CRAS está inserido em busca de uma interação com a comunidade. Acreditamos que o contato com as famílias pode promover o fortalecimento do vínculo com o CRAS e levantar também, informações importantes para o planejamento das atividades, articulando a demanda apresentada com a proposta da instituição: trabalhar o empoderamento de famílias em vulnerabilidade social. Nesse período, pudemos observar que a procura pelo CRAS ocorre em razão dos benefícios oferecidos pelos programas sociais, sendo para cadastro ou resolução de problemas com relação a esses, distanciando-se da proposta da instituição. Consideramos que nossa inserção e reflexão pode levar outros olhares para a instituição e para a comunidade, e juntos podemos construir estratégias de intervenção com essas famílias.

Palavras-chave: CRAS, famílias, vulnerabilidade social.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho, tem como objetivo a descrição das atividades desenvolvidas por estagiários do 4º ano do curso de Psicologia nos Centros de Referência em Assistência Social 1 e 3 em um município do interior paulista, e discutir sobre a construção de propostas a partir do mapeamento da demanda realizado pelas atividades de visitas de busca ativa.

A proposta inicial do estágio consistiu no mapeamento da demanda da população do município com relação ao CRAS, a partir do contato com estas no território em que vivem, em busca de verificar a compreensão que estas têm sobre o que é o CRAS e sua função na sociedade. Além de levantar quais os interesses da população em atividades que a instituição possa atuar na busca da promoção da autonomia destas famílias e na transformação de sua condição de vulnerabilidade social.

Nossa proposta coaduna com o que é apontado pelo documento Orientações Técnicas Centro de Referência em Assistência Social- CRAS, p.9, publicado em 2009 pelo Governo Federal que coloca:

A oferta dos serviços no CRAS deve ser planejada e depende de um bom conhecimento do território e das famílias que nele vivem, suas necessidades, potencialidades, bem como do mapeamento da ocorrência das situações de risco e de vulnerabilidade social e das ofertas já existentes.

METODOLOGIA

Para a realização desse mapeamento executamos, nesse período, dois tipos de atividades: ambiência e visitas com famílias que apresentavam “pendências” com relação ao benefício do Bolsa Família.

A atividade de ambiência teve como objetivo permitir ao aluno/estagiário conhecer o cotidiano e o funcionamento do CRAS, além de promover uma integração deste com a equipe e com os usuários do serviço. Durante a ambiência o aluno/estagiário pôde observar as atividades desenvolvidas, como também, participar destas. A ambiência também teve como objetivo, possibilitar, a partir da observação e participação no cotidiano da instituição, o mapeamento da demanda e a formulação de estratégias de ação/intervenção a partir das destas.

As atividades de ambiência foram realizadas por 30 semanas, sendo efetuados dois encontros por semana em cada Cras. Nessas 30 semanas os alunos puderam acompanhar diversas atividades desenvolvidas nas instituições: grupos, oficinas, encontros de condicionalidades de programas sociais, visitas domiciliares, visitas de acompanhamentos de egressos da Fundação Casa, visitas escolares e reuniões de equipe.

RESULTADOS

Nesse período de ambiência pudemos observar que a procura pela instituição ocorre, na maioria dos casos, por questões relacionadas à gestão dos benefícios. As pessoas procuram o Cras para se cadastrar, buscar orientações, resolver pendências relacionadas aos programas de benefícios, e em outros momentos, para resolução de problemas pontuais que afetam o seu cotidiano. Dessa forma, percebemos que o vínculo da população com a instituição a coloca em um lugar de “resolução de conflitos” o que impossibilita a aproximação da população de forma a trabalhar o seu empoderamento e a sua autonomia.

Observamos também que os idosos encontram na instituição um espaço de acolhimento e buscam a possibilidade de aproximação com outras pessoas, um espaço de contato social. Os grupos de idosos são espaços de empoderamento desses diante das condições que a sociedade apresenta para a velhice, os grupos tem sido formas de potencializar a velhice que encontra-se numa condição tão vulnerável em nossa sociedade. A possibilidade de circulação da palavra, do contato social, da memória e da reflexão em conjunto trazem para esses idosos a constituição de um lugar em um contexto onde a velhice tem sido afastada dos lugares sociais, Bosi(1979) relata que numa sociedade marcada pelo capitalismo e pelo produtivismo, o velho é aquele que não pode mais produzir e que ocupa então o não lugar ou o lugar do lixo social.

Além de percebermos a potência produzida pelos grupos de idosos, percebemos também a carência de propostas que visem trabalhar o empoderamento de jovens e adolescentes. Sabemos que a instituição tem buscado desenvolver atividades com os jovens, mas percebemos, em conversas com esses no próprio território, que estes sentem que as atividades não são pensadas a partir da demanda dos próprios adolescentes. Acreditamos ser necessário o desenvolvimento de propostas pensando as demandas dos jovens e adolescentes da comunidade, buscando assim construir o acolhimento e o empoderamento com estes.

Nas visitas realizadas durante o processo de ambiência, percebemos que estas se concentram na resolução de problemas pontuais(acumuladores, condições de saúde, comunicação de recebimento de benefício, verificação das condições de vida da família, etc) e a partir disso, refletimos que esse caminho de resolução de conflitos com as famílias pode ser um espaço potencializador, que vá para além do problema pontual, mas que permita para aquela família a construção, em conjunto com a equipe, de possibilidades que alterem a situação/conflito apontado. Por exemplo, no caso do trabalho com os acumuladores, que a limpeza do espaço doméstico se efetue com a construção de um processo de mudança para aquela família, que vá além da limpeza da casa, mas que traga um sentido para a vida da família a quem a intervenção foi realizada.

As visitas para o mapeamento de demanda tinham como objetivo percorrer o território no qual o CRAS está inserido em busca de uma interação com a comunidade. O objetivo principal da realização destas era conhecer a população, seu território e analisar a compreensão que esta tem da função do CRAS, dos serviços oferecidos e das demandas da comunidade com relação ao CRAS. Nosso público-alvo eram famílias que recebem o benefício do bolsa família, tendo também como objetivo escutar as famílias em busca de compreender quais as mudanças na vida familiar a partir do recebimento do benefício ; e como o CRAS pode colaborar no processo de melhoria das condições de vida dessas famílias. A proposta dessas visitas/entrevistas se articula a do funcionamento dos CRAS colocada nas Orientações Técnicas Centro de Referência em Assistência Social - CRAS, p. 12:

Para responder a esse desafio, o SUAS estrutura-se buscando apoiar a família nas suas funções de proteção, socialização, aprendizagem e desenvolvimento das capacidades humanas, assumindo como pressuposto fundamental que o usuário de seus serviços ou benefícios não pode ser desvinculado do seu contexto familiar e social. Isto é, a política de assistência social reconhece que somente é possível tecer uma rede de proteção social ao se compreender os determinantes familiares de uma situação de vulnerabilidade social e acolher mais de um membro dessa família na busca da superação dessa situação.

Nesse sentido, acreditamos que a inserção no território, a partir do contato com as famílias, pode promover o fortalecimento do vínculo da população com a instituição, de forma a atuar no processo de empoderamento dessas famílias em seu território e desenvolver/propor atividades e estratégias de intervenção dentro dos objetivos do CRAS enquanto instituição: o trabalho com famílias em condição de vulnerabilidade social.

DISCUSSÃO

Nosso objetivo inicial era, levantar a lista de famílias que recebem o benefício do bolsa família e traçar um panorama de distribuição destas no território em que o CRAS está inserido, para então planejarmos nossa inserção de forma a ouvir e interagir com essas famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. Porém, por questões de organização do CRAS e de orientações recebidas pelos coordenadores acerca da disponibilização da lista de famílias beneficiárias do programa, não foi possível realizar essa estratégia de ação, sendo necessário replanejar a ação/intervenção no território.

A lista disponibilizada foi a de famílias beneficiárias do Bolsa Família, que apresentavam pendências com relação às condicionalidades do programa e que já haviam sido advertidas. Desta forma, as visitas perdiam o propósito inicial de contato com as famílias que recebem o benefício em geral, apresentando pendências/ advertências ou não, mas acreditamos que seria possível uma aproximação inicial com essas famílias a partir do entendimento das questões que os levaram a romper com as condicionalidades colocadas pelo programa.

É importante ressaltar que a inserção dos alunos-estagiários no território não ficou focada apenas nas visitas e entrevistas, mas buscamos a partir desse contato com a população uma aproximação com a vida da comunidade e com o cotidiano dessas famílias.

Destaca-se que território não se restringe à delimitação espacial. Constitui um espaço humano, habitado. Ou seja, o território não é somente uma porção específica de terra, mas uma localidade marcada pelas pessoas que ali vivem. É nos espaços coletivos que se expressam a solidariedade, a extensão das relações familiares para além da consanguinidade, o fortalecimento da cumplicidade de vizinhança e o desenvolvimento do sentimento de pertença e identidade. O conceito de território, então, abrange as relações de reconhecimento, afetividade e identidade entre os indivíduos que compartilham a vida em determinada localidade. Nessa direção, as características de determinada localidade são intrinsecamente ligadas às formas de relacionamento social predominantes, que por sua vez são diretamente influenciados pelos contextos social, cultural e econômico do território. É no território que se evidenciam as contradições da realidade: os conflitos e desigualdades que perpassam e resignificam as relações familiares e comunitárias. (Orientações Técnicas Centro de Referência em Assistência Social - CRAS , p. 13)

O trabalho realizado aproxima-se do que é chamado de *busca ativa* que tem como objetivo “identificar as situações de vulnerabilidade e risco social, ampliar o conhecimento e a compreensão da realidade social, para além dos estudos e estatísticas.” (Orientações Técnicas Centro de Referência em Assistência Social - CRAS , p. 15) Esse trabalho contribui para o conhecimento do cotidiano da população, dos apoios e recursos existentes e, de seus vínculos sociais. Contribui também para o planejamento das atividades a partir de um conhecimento do território, pensando as demandas da população. Além disso, o documento de Orientações Técnicas Centro de Referência em Assistência Social, aponta que no caso da realização de busca ativa com famílias que descumpriram as condicionalidades, é evidenciado as situações de risco ou de maior vulnerabilidade social.

Em nossas atividades de visitas a essas famílias percebemos que algumas desconheciam o porquê de terem perdido o benefício, outras não sabiam que tal fato havia ocorrido, outras tinham clareza do acontecido porém não apresentavam interesse em continuar recebendo o benefício, ou porque as condições de vida mudaram, ou porque não conseguiriam cumprir as condicionalidades do programa. Nesse percurso, percebemos também que a condicionalidade da frequência escolar leva algumas famílias, principalmente aquelas com filhos adolescentes, ao descumprimento da condicionalidade, trazendo como dado importante o de que as crianças e os adolescentes não querem ir para a escola e encontram subterfúgios para não comparecerem à aula. Tal apontamento trazido pelas famílias nos coloca diante da conflitante relação criança,/adolescente - família - escola, nos apontando que esse talvez seja um caminho a ser explorado no trabalho com as famílias no território em que o CRAS está circunscrito. Consideramos que esse trabalho com a escola e o sentido desta na vida do sujeito é um campo a se investigar, não só para que as famílias cumpram as condicionalidades do programa, mas para o entendimento e construção progressiva de uma relação com a instituição escolar que tenha sentido e ressonâncias na vida do jovem que a frequenta, bem como na de sua família.

Percebemos também, principalmente a partir das visitas de acompanhamento aos jovens egressos da Fundação Casa que a questão do uso de álcool e drogas se mostra como um campo a ser explorado. Os jovens muitas vezes buscam esse caminho não só para o uso dessas substâncias, mas também como uma forma de trabalho e ganho financeiro. Além disso, percebemos uma demanda de pensar as possibilidades de inserção no mercado de trabalho para esses jovens e o conhecimento das oportunidades que se

apresentam e que se articulam com seus desejos e anseios relacionados a uma profissão. O oferecimento de informações e de um espaço de escuta e reflexão para esses jovens com relação ao trabalho e a sociedade se mostram como uma demanda presente em suas falas e relatos, demonstrando o quanto esse campo necessita ser olhado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desta forma, após quase um ano de inserção do grupo de estágio no CRAS, acreditamos que exista algo a ser trabalhado/desenvolvido em que a busca do empoderamento das famílias em seu território, e que os fatores levantados ao longo do trabalho de ambiência e de inserção no território seja um norteador no planejamento de ações e estratégias em busca do fortalecimento das relações com a comunidade e que essa seja promotora de transformações em seu próprio território.

Nesse sentido, o caminho do trabalho se nortearia também no processo de transformação da relação da população também com o CRAS, em que este funcionaria como uma instituição para além da gestão de benefícios, mas como uma referência para a população, que beneficiada (ou não) pelos programas sociais, tem nesta uma parceira nesse processo de transformação. Vale ressaltar que os programas sociais têm como objetivo esse processo, oferecer à população em condição de vulnerabilidade social oportunidades que sejam transformadoras.

Ressaltamos, ainda, que o nosso levantamento realizado nesse período de 30 semanas, ainda é muito pequeno diante da diversidade de demandas que são apresentadas e acreditamos que o processo de fortalecimento/transformação das relações com a comunidade seja longo e vagaroso, uma vez que se insere num processo acordado em uma engrenagem que se cristaliza ano a ano. Porém, acreditamos também que as ações micro podem se refletir no macro e assim produzirem um processo de desconstrução daquilo que está cristalizado e uma reorganização que permita uma transformação.

Referências:

ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Maria Amália Faller **Família- Redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: Cortez, 2007.

PINZANO, Alessandro; REGO, Walquiria Domingues Leão. **Vozes do Bolsa Família: autonomia, dinheiro e cidadania**. São Paulo: Editora Unesp, 2014.

Orientações Técnicas Centro de Referência em Assistência Social - CRAS, Brasília, 2009.

Referências Técnicas para atuação do/a Psicólogo/a no CREAS, Brasília, 2013.

Referências Técnicas para atuação do/a Psicólogo/a no SUAS/CRAS, Brasília, 2007.

MCT 02: Construindo e reconstruindo Pais

Trabalhando com pais na busca de melhores condições para a parentalidade

Marly Terra Verdi ¹⁶

Resumo

Este trabalho descreve um grupo de reflexão, no modelo da Psicanálise das relações vinculares. Foi coordenado por uma psicanalista que teve como objetivo levar um grupo de pais a reflexões sobre as relações pais e filhos. Descreve como se desenvolveu este trabalho e seus resultados.

Palavras Chave: grupo, pais x filhos, psicanálise das relações vinculares.

Introdução

Este trabalho relata a experiência desenvolvida com grupo de pais, oferecido e divulgado através da mídia digital. Visa compartilhar como se desenvolveu e seus resultados. O CEGENTE - Educação Corporativa tem sua sede em São José do Rio Preto - SP, promoveu e organizou estes encontros. O nome proposto para este trabalho foi: Escola do Futuro.

Objetivo

Dar aos participantes uma visão abrangente no que tange a relação entre pais e filhos e procurar aproximar os pais de questões que dificultam a construção da parentalidade (Lebovici, 2004). Este termo foi cunhado por Serge Lebovici e diz respeito à constituição do vínculo psicológico fundamental entre os pais e seus filhos.

Metodologia:

Foram propostos e realizados quatro módulos, cada um deles com um encontro de três horas e meia, os participantes eram os mesmos em todos os encontros. Em cada módulo foram discutidos em 1 hora e meia os conceitos propostos e no restante do tempo foi promovido um debate sobre cada assunto. O grupo foi composto de vinte e quatro pessoas, seis casais, onze mães e um pai que procuraram e se inscreveram no curso espontaneamente.

Foram propostos quatro temas assim distribuídos e desta forma divulgados:

1 -Ser pais: como desenvolver melhor a tarefa mais importante em nossas vidas?

Ser pais é uma tarefa que para todos nós humanos parece fundamental, pois é dela que se deriva a continuação de nossa espécie.

Por isso desde que o mundo é mundo, ou melhor, desde o surgimento da humanidade, esta é uma tarefa prioritária para a nossa continuidade. Neste sentido tudo conspira a favor deste papel em nossas vidas.

Se por algum motivo alguém não puder realizar o desejo de ter filhos e esta não tiver sido sua escolha, este fato pode tornar-se uma questão de sofrimento psíquico.

Só há muito pouco tempo temos como escolher sobre a procriação. A pílula, primeiro método anticoncepcional, surgiu nos anos 60 do século passado e transformou muito as relações entre os gêneros e nas famílias.

Neste primeiro encontro tratamos desta escolha, que muitas vezes não foi feita antes de uma gravidez, mas que, mesmo nestes casos, um filho(a) é sempre para nós tão importante que abrimos, muitas vezes, mão de nossas próprias necessidades pelas deles.

Os amamos e queremos cuidá-los como sonhávamos ter sido cuidados. E como isto nem sempre é possível nos preocupamos e ficamos apreensivos em como serão eles no futuro.

¹⁶ Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, Espaço Psicanalítico de São José do Rio Preto e Região, NESME e SPAGESP.
marlyver@terra.com.br

Devemos nos lembrar que os filhos precisam de nós tal como verdadeiramente somos, pessoas, e com características as quais eles aprenderão a amar e a se parecer. Cuidemos com carinho e amor de nossos filhos, mas de nós pais também, pois não podemos dar aquilo que não temos.

2- Educar: tarefa possível na atualidade?

Educar os filhos, creio que em todas as épocas, pareceu aos pais uma árdua tarefa.

A atualidade, com a rapidez das comunicações, o uso intensivo do computador e o interesse que este desperta nas crianças, nos jovens e também nos adultos, faz com que nos questionemos e vivamos incertezas em relação à educação de nossos filhos.

A colocação de limites que é inerente à educação, a torna uma tarefa um tanto difícil e hoje solitária para cada casal, pois vivemos em uma época em que cada família estabelece seus próprios valores. Perdemos a segurança antigamente coletivamente compartilhada, tanto com nossa família como com a comunidade em que estamos inseridos.

Perdemos muito de nossa confiança nas outras pessoas, o que também nos torna mais solitários no cuidado aos nossos filhos.

Estas e outras reflexões foram feitas nesse nosso segundo encontro e buscamos discutir possíveis saídas aos nossos impasses.

3- Quais as características da idade de meu filho?

Buscamos abordar as características emocionais, sociais e intelectuais de cada etapa de desenvolvimento, principalmente nos detendo nas idades dos filhos dos casais participantes destes encontros.

Cada fase tem suas próprias características e estas vão mudando ao longo da vida. Entender sobre a etapa em que seus filhos se encontram pode ajudar os pais a entendê-los melhor e entender-se também melhor e daí poder se relacionar com eles de forma mais positiva.

4- Amor materno / paterno e amor filial, como desenvolve-los?

Falar sobre este amor tão alardeado foi muito importante, pois é na nossa intimidade que todos os sentimentos afloram: os mais positivos e desenvolvidos e os mais difíceis e negativos também.

Aceitar todas as nuances de sentimentos que permeiam as relações familiares é um rico e complexo exercício, que provavelmente será libertador e poderá sim nos ajudar a desenvolver aquilo que de melhor temos, que é a nossa capacidade de amar e sermos amados.

Resultados:

Ao grupo de pais compareceram seis casais, onze mães e um pai.

As mulheres que compareceram sozinhas eram três profissionais de outras áreas, cinco psicólogas e três profissionais da área de educação.

Esta configuração do grupo mostrava que para alguns a experiência era vivida como visando conhecimento profissional, ou seja mais intelectual; isto me levou desde o início a focar na relação pais e filhos. Os casais participaram bastante o que motivou todo o grupo a discutir sua vivência. Quando alguma das participantes se colocava como especialista na questão eu intervinha perguntando da experiência em casa desta pessoa ou dos outros participantes do grupo e isto pareceu auxiliar a voltarmos ao tema das relações pais e filhos mais vivencialmente.

A cada encontro eu preparava o tema e discorria sobre ele apontando as questões do ponto de vista psicológico durante a primeira hora e meia, depois havia um intervalo com lanche e depois a conversa do grupo era livre e gradativamente iam aprofundando as questões que surgiam.

Foi um grupo bastante participativo e alguns exemplos ilustram a sua efetividade.

Um pai no primeiro encontro disse: “Agora estou entendendo melhor por que eu sou tão severo e perco com facilidade a paciência com meu filho. Percebi que isto se deve a minha própria infância e a imagem que tenho de meu pai. Não entendendo isto e não sabendo que era comum repetirmos coisas que vivemos quando crianças, eu não conseguia mudar isto em mim, agora talvez seja mais fácil.”

Esta percepção das repetições e aspectos transgeracionais, foram muito presentes, levando vários deles a tomarem contato com as formas que estavam sendo repetidas da própria infância com seus pais.

Conversarem entre eles e comigo de seus problemas na interação com os filhos sem serem julgados por mim ou pelo grupo os levou a participarem cada vez mais durante o decorrer dos nossos encontros.

Quando alguma fala era seguida por um julgamento de certo ou errado, de algum outro membro do grupo, eu participava da conversa levando na direção de buscar um sentido para aquela forma de interação entre o casal ou com a criança.

Certa reunião onde abordamos o tema edípico (que várias vezes foi levantado por mim e por eles nestes encontros), um casal relatou as dificuldades de colocarem o filho para dormir no quarto dele. Fomos conversando, abordando os sentimentos presentes. O Grupo todo se solidarizou, abordando como esta é

uma questão comum aos casais e pareceram muito aliviados por perceberem e talvez poderem desfazer, um pouco, estas repressões inconscientes.

Este tema foi muitas vezes retomado, como se precisassem saber mais e melhor para se autorizarem como adultos a retomarem sua sexualidade. Se na infância pai e mãe foram vividos como assexuados para a resolução do conflito edípico, esta imagem agora parecia estar cobrando um preço e retomando sua força, reprimindo a sexualidade do casal no momento em que eles próprios se tornaram pais.

Isto nos mostra também um aspecto da identificação com a criança que agora é o filho(a) e esta identificação às vezes exige satisfazer a criança e não os adultos. Este pareceu ser também um problema para muitos pais, saberem como colocar limites aos desejos do filho (a) principalmente em relação ao espaço de intimidade do casal.

Questões da ambivalência afetiva apareceram em vários encontros. O amor aos filhos e os conflitos com estes, que muitas vezes levam a sentimentos intensos de raiva, impotência, culpa, etc.. Aceitar a ambivalência como natural em todos os vínculos amorosos, pois como apontava Freud, o ódio não é o contrário do amor, o contrário do amor é a indiferença. Discutimos que os afetos de amor e raiva, culpa, medo, ciúmes, etc., estariam necessariamente presentes e o problema não era existirem estes sentimentos, mas o que fazer com eles, como não atuá-los de forma violenta ou destrutiva.

Os pais concluíram que conhecer melhor a característica de cada fase também foi importante para compararem suas expectativas com a real capacidade de cada etapa de vida das crianças, e ao mesmo tempo para compreenderem melhor certas características observadas em seus filhos.

Foram indicados para o grupo livros sobre desenvolvimento, escritos para pais (vide bibliografia *).

Os pais relataram também que poderem ouvir de outros pais, com filhos na mesma idade, que os comportamentos se repetiam nas crianças, ou que estes comportamentos já haviam se modificado ao passarem para outras etapas, havia ajudado muito a tranquiliza-los. Perceberam que eram características do desenvolvimento e comentamos que sentido essas características tinham. Por exemplo: que as birras dos dois anos eram a primeira luta pela própria identidade, que a rebeldia dos adolescentes era uma busca de sentido para a própria vida, etc..

DISCUSSÃO

Consideramos bastante produtivos os resultados deste trabalho. A presença dos pais (aconteceram poucas ausências durante os encontros), seu interesse tanto em conhecer como em discutir e participar, foi marcante. Tivemos muito poucos que não se manifestaram no grupo, quando o tema se modificava aqueles que não haviam se engajado na conversa da reunião anterior o faziam agora.

Pareceu que trabalhar estes objetivos, de pensarem seu papel de pais e sua relação com seus filhos para compreender o que se passa com eles foi assunto de grande interesse e que os auxiliou efetivamente.

A questão edípica, que como desde Freud sabemos, é uma questão importantíssima para as configurações familiares, o nascimento e a vivência edípica dos filhos trará necessariamente a triangularidade para as relações do casal, que por sua vez, ao reviver seus próprios conflitos edípicos terão a partir daí vários conflitos sexuais e triangulares voltando à cena psíquica.

A dinâmica edípica está presente em todo o ser humano e é uma das mais importantes questões para definir a sexualidade humana e suas vicissitudes. Percebi neste trabalho um enorme interesse destes pais para compreender por que depois do nascimento do(s) filhos houve tantas mudanças em relação a este aspecto e principalmente como resolver ou evoluir isto. Abordamos como este aspecto também era importante para as crianças e como sua chance de resolver melhor o conflito edípico passa por questões que envolvem a capacidade dos pais para garantir que eles tenham seus lugares como filhos melhor estabelecido, e como é positivo e aliviante para uma criança quando os pais podem formar um bom casal que resiste e não se desmancha por suas investidas edípicas. Que suporta que eles sejam os terceiros e não sempre os primeiros ou seja o principal objeto de interesse e libido das mães ou dos pais.

Penso que os objetivos deste trabalho foram alcançados e os pais estão neste momento pedindo a continuidade desta proposta.

Conclusão

Para mim como coordenadora deste trabalho de grupo, que penso se caracterizar como um grupo de reflexão, foi muito positivo viver esta experiência. Penso que tanto a dinâmica do grupo como a minha vivência interna foram de desenvolvimento e integração, senti um grupo vitalizado e me sentia vitalizada nele, o que me caracteriza sempre de um ponto de vista transferencial um trabalho em caminho para

viver e trocar sem entraves. A comunicação foi bastante livre e fluida e este aspecto também me leva a pensar que estivemos mais com Eros e que isto é um excelente sinal de vitalidade, fluidez e desenvolvimento para o grupo e seus integrantes.

Bibliografia

Bettelheim, B. (1988). *Uma vida para seu filho - Pais bons o bastante*, Rio de Janeiro: Editora Campus.

Diversos autores. (1992). *Compreendendo o seu filho de 1, 2,3,4..... anos*. Clínica Tavistock. Rio de Janeiro: Ed. Imago.

Ponton-Solis, L. (Org.) (2004). *Ser pai, ser mãe, parentalidade: Um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

ADOÇÃO E AFILIAÇÃO: ASPECTOS RELATIVOS AO VÍNCULO

Juan Adolfo Brandt¹⁷

Resumo

Debate a respeito dos fatores sociais e da formação vincular envolvendo famílias adotantes e crianças oriundas de estratos “socialmente excluídos”, considerando os imperativos da Lei e do poder, do desejo narcísico e ideais dos adotantes e das marcas dos vínculos de filiação que antecedem a adoção. Trabalho que decorre das reflexões do autor em sua atuação anterior como membro de equipe psicossocial judiciária responsável por preparação e avaliação de candidatos à adoção. As conclusões remetem à necessidade de preparação das equipes psicossociais nas questões que marcam a subjetividade em sentido psicopatológico dos adotantes. Palavras-chave: Mal-estar. Adoção. Vínculo.

Introdução

Propõe-se debater sobre a formação de vínculo na adoção considerando tratar-se de afiliação e não filiação. Colocam-se reflexões sobre aspectos motivacionais dos adotantes e questões emocionais das crianças adotivas.

As teorias sobre vínculo são confrontadas com evidências obtidas durante entrevistas psicossociais de candidatos a adotantes que apresentam importantes dificuldades emocionais e/ou psicopatológicas. Aportes da psicologia social dão suporte à discussão com Bleger e Fernandes.

Propõe-se o debate sobre “vínculo” desde A. Balint que aponta a dívida impagável do bebê em relação àquela que lhe deu vida, M. Balint que discute sobre os estádios do amor primário e falta básica, Klein que discute as posições esquizo-paranóide e depressiva, Pichon-Rivière que remete à teoria do vínculo divalente e, Benghozi que discute vínculo na perspectiva da transmissão psíquica.

Como questão antecedente das dificuldades vinculares e da demanda por adoção está o mal-estar na cultura contemporânea, em Freud complementada por Ferenczie.

A obra de Dolto coloca sua perspectiva crítica sobre adoção.

Pretende-se o aprofundamento das reflexões da sociedade sobre adoção. O foco está no reconhecimento das motivações enviesadas dos adotantes que não levam em consideração o mal causado mediante adoções que estabelecem vínculos perversos, se a criança é colocada na condição de Objeto de Desejo e não Sujeito de Desejo.

Metodologia

Revisão literária de autores de fundamentação psicanalítica, recuperação de anotações de entrevistas psicossociais realizadas com adotantes, debate com profissionais que participaram de tais entrevistas, recuperação de anotações de processos grupais com candidatos a adotantes e conteúdos clínicos sobre crianças adotivas, obtidos em supervisão de atendimento psicológico de tais crianças.

Discussão

O vínculo pode constituir-se desde duas formas: afiliação, e filiação, este decorrente da passagem dos elos que marcam a seqüência genética. A transmissão psíquica não ocorre da mesma maneira nos dois casos (BENGHOZI, 2010). Quando não é facilitada a passagem da cultura sobre as marcas de um campo genético que poderia fornecer trilhas a seguir, surgem condições diversas a direcionar o vínculo em função de novos fatores que o condicionam.

Na adoção os laços e a transmissão psíquica são afetados por condições psicológicas típicas das pessoas que não conseguem ter filhos pelas vias da natureza ou ciência, também por vicissitudes que marcam os vínculos prévios da criança.

As crianças adotandas nascem em segmentos representativos dos males sociais, que carregam marcas de segregação, físicas, culturais e genéticas, não visíveis porém supostas, que remetem a temores e repulsa. Veja-se Bleger (1991) e Fernandes (1999).

¹⁷ Instituto Psicanálise Brasília – IPB; International Federation of Psychoanalytic Societies - IFPS. Centro Universitário IESB. juanbrandt.psi@gmail.com

A criança esperada ocupa no imaginário dos adotantes um lugar idealizado que deve realizar a ligação entre o Eu Real e o Ideal, materializando-se nos elos dos adotantes com a comunidade. O investimento no vínculo com a criança está suportado, em importante medida, no potencial da criança em representar aquela idealizada ou dos pais para encontrar a criança idealizada naquela real. Difícilmente a criança em sua realidade, pois corpo e mente desta trazem as marcas da origem, do *estranho*.

O altruísmo surge no discurso do “salvador”, decorrendo uma relação de poder a marcar o encontro entre adultos e criança; bondade que coloca a criança no lugar de eternamente grata por ser salva e culpada se não corresponder.

Simultaneamente persistem os falseamentos éticos em favor da adoção como procedimento para reduzir ansiedade de casais sem filhos e facilitar a obtenção da fecundação. *A adoção torna-se procedimento utilitário.*

O Judiciário surge *com a missão de facilitar a realização do sonho de parentalidade, ou explicitamente de maternagem*. Sujeitos veem-se como portadores do direito de receber filhos das mãos do Estado, ocupante do lugar de Deus ou da Ciência e se colocam como vítimas que requerem reparação.

A. Balint (1994) demonstra que o primeiro vínculo está fundado numa dívida fundamental, pois o bebê deve a vida a quem teve disposição de gerá-lo e não o matou para usá-lo como alimento ou negar a gestação. Refere estudos antropológicos que indicam recorrência ao aborto em culturas primitivas.

Há mulheres que se negam engravidar, celibatárias que recusam o encontro sexual por temê-lo; outras que não conseguem ocupar o lugar de objeto de desejo e negam-se a possibilidade de gestar. Há mulheres que protelam a gravidez privilegiando desejos substitutos; deixam a maternidade como última conquista, tardiamente.

Como solução para o mal-estar contemporâneo, encontram-se “curas” por tecnologia e aceitação social que alteram os modelos tradicionais de realização de desejo em níveis nunca antes vistos, convidando ao usufruto daquilo que seria impossível na natureza. Afirma Freud (2010, p. 31):

O sofrer nos ameaça a partir de três lados: do próprio corpo, que, fadado ao declínio e à dissolução, não pode sequer dispensar a dor e o medo, como sinais de advertência; do mundo externo, que pode se abater sobre nós com forças poderosíssimas, inexoráveis, destruidoras; e, por fim, das relações com os outros seres humanos.

Ainda Freud (2010, p. 28): “[...] o que pedem eles [os homens] da vida e o que desejam nela alcançar? É difícil não acertar a resposta; eles buscam a felicidade, querem se tornar e permanecer felizes”.

Mas Freud não pôde reconhecer que a ciência seria cobrada a eliminar o sofrimento relativo à impossibilidade de ser o outro que a natureza não quis que se fosse: o contrário do ser homem ou mulher; pois manifesta-se atualmente o sofrimento de indivíduos que recusam a própria natureza sexual e buscam soluções que possam suprir a falta que decorre desse mal-estar. Requerem o direito de serem reconhecidos como *reais* naquilo que não pode ser, mas é real para eles, na medida em que *há um Ideal de Eu* (FREUD, 2011) *desejando tornar-se real*.

A descoberta ou criação de novas formas de obter prazer induz simular o *real*, o que, por sua vez, induz a negação da identidade natural; e a ciência colabora, com modos cirúrgicos e suplementação hormonal, para apresentar o simulacro como se *real* fosse. A evidência: homens que recusam sua identidade sexual e manifestam o desejo de vivenciar a maternagem, cobrando da sociedade a redefinição do que considera patológico.

Na origem das espécies não havia diferença sexual. Ocorreu na passagem do ambiente oceânico para o terrestre (Ferenczi, (2011b). Seria essa a porta para pensar a manifestação transexual fundada em processo regressivo ao âmbito mais primitivo e arcaico e, a transformação do corpo, a representar o retorno à origem que comportava a indiferenciação sexual?

A inveja do pênis (Freud, 2006c) coloca questões da sexualidade feminina, porém a experiência na adoção permite propor que a inveja do feminino deve ser considerada para muitos homens. Como? Pela negação fantasmática do próprio pênis?

No debate sobre mal-estar, sexualidade e motivação para adotar, surge uma evidência no âmbito das perversões; a busca, pelo adulto, do objeto sexual na pessoa da criança. Osório (2010) vislumbra - de forma corajosa - a gradativa assimilação da pedofilia pela sociedade, com a ressalva “desde que consentida”. Cabe retomar Freud sobre perversão sexual (2006b) e teoria da sedução (2006a) e Ferenczi (2011c) sobre as consequências da sedução da criança pelo adulto e a importância da sexualidade na etiologia das neuroses e perversões.

Os aspectos da subjetividade marcados pelo desenvolvimento psicosexual são desconsiderados e o sujeito com patologia relativa à sexualidade pleiteia o direito de adotar, talvez porque a sexualidade seja a temática que mais contribui para o mal-estar na civilização, como evidenciado na clínica.

Klein (2006a) discute sobre as posições esquizo-paranóide e depressiva no desenvolvimento infantil. A ansiedade persecutória predominante no início estabelece mecanismos psíquicos persecutórios e surge ambivalência envolvendo amor e ódio. Contudo, diferenciando-se gradativamente o bebê de sua mãe, ele tende, se a situação é favorável, a reconhecer que atacou a mesma fonte que o gratificou; instaura-se a posição depressiva, caracterizada pela culpa. Surge o mecanismo de reparação, o bebê visando a reparar o mal causado ao objeto bom.

O desenvolvimento psíquico mais próximo do que seria saudável desenvolve-se na posição depressiva na prevalência das oportunidades de reparação, conseqüentemente amor, reduzindo-se a prevalência dos mecanismos persecutórios. Mas, se a mãe ocupa o lugar da persecutoriedade, dificulta isso ao bebê.

M. Balint (1993, 1994), estabelece bases do vínculo com a *teoria do amor primário*, em que o bebê busca na mãe disponibilidade total de gratificação; a condição ideal é – para o bebê - que a mãe se entregue totalmente a ele. Ferenczi (2011a) afirma que certos detalhes do simbolismo dos sonhos e das neuroses sugerem a existência de uma analogia simbólica profunda entre o corpo materno e o oceano, origem da espécie.

M. Balint (1993, 1994) teoriza sobre o *âmbito da falta básica*, em que o indivíduo vivencia a perda do *estado de amor primário* e depara com perdas e frustrações. Trata-se da sensação de vazio manifestada muitas vezes como angústia. Ocorrem na clínica as referências ao vazio existencial. Fundado em Ferenczi, Balint esclarece que as sensações relativas ao *amor primário* e *falta básica* não podem ser transmitidas fielmente pelo adulto, porque na primeira infância este não compreendia a linguagem adulta e sua linguagem era restrita ao mundo das sensações.

Para Pichon-Rivière (1994, p. 48) “a unidade fundamental *vínculo* se constitui, durante o desenvolvimento infantil, sobre a base das necessidades corporais que promovem o reconhecimento das fontes de gratificação...”. Uma estrutura vincular inclui atitudes que são produto de experiências muito precoces de gratificação e frustração. O objeto gratificante, ao satisfazer necessidades do sujeito, permite-lhe estabelecer com ele um vínculo bom, enquanto o frustrante o é na medida em que não satisfaz estas necessidades, estabelecendo-se um vínculo negativo. Surge a estrutura divalente, por cisão do *objeto total* em dois *objetos parciais*; um deles vivido com valência totalmente positiva, enquanto o outro é marcado por valência negativa, o sujeito se sentindo odiado e odiando.

O vínculo que apresenta valência negativa surge no adulto que não consegue amar - no sentido de prover gratificação afetiva à criança; estabelece-se o vínculo mau, enquanto o vínculo bom continua limitado a adultos anteriores do infante. Na adoção surge a tendência para a alienação se a história pregressa da criança incomoda, condição presente em muitas adoções fracassadas. A criança pode reagir negando afeto, praticando atos de rebeldia, refugiando-se na solidão, adotando comportamentos maníacos ou depressivos.

Para Dolto (2006) a adoção não deve ser feita de modo definitivo antes de saber se a criança pode se adaptar à família disponibilizada, salvo nas adoções precoces [preferencialmente no período que antecede o parto]. Propõe que a criança conheça diversas famílias e na seqüência de encontros faça por si mesma a escolha definitiva.

Considerações finais

Percebe-se na adoção um canal de recurso para a frustração e angústia e os adotantes esperam, de modo geral, que o Estado lhes dê filhos enquanto a ciência não inventar bebês no modo *prêt-à-porter*. Temos evidências que impõem pesquisar as perturbações patológicas da sexualidade dos adultos, investigar *moralidade e ética dos candidatos e identificar perversões a direcionar a motivação por adoção*. Adultos que vivenciam a falta básica não conseguirão ocupar o lugar de adultos. É devido à inadequação dos pais - ou sua falta - que a criança é retirada da família natural. A adoção por pessoas que portam patologias fracassa.

Na investigação da motivação perversa, o desafio surge poderoso, pois é evidente que a adoção pode repetir o que já acontece com crianças que permanecem reféns de adultos, usadas para satisfazer desejos perversos.

Propõe-se atenção especial à problemática da formação do vínculo, dos aspectos que estão na raiz da formação dos grupos sociais e das questões que marcam a subjetividade. Também as relativas ao mal-estar na civilização e motivações decorrentes.

Referências

- BALINT, A. Love for the Mother and Mother Love . In M. BALINT. *Primary love and psycho-analytic technique*. London: Maresfield Library, 1994. p. 109-127.
- BALINT, M. *La falta básica: aspectos terapéuticos de la regresión* (título original: (1967) The basic fault), Barcelona: Paidós, 1993. 230 p.
- BALINT, M. Early Developmental States of the Ego. Primary Object-love. In M. BALINT. *Primary love and psycho-analytic technique*. London: Maresfield Library, 1994. p. 90-108.
- BENGHOZI, P. *Malhagem, Filiação e Afiliação*. São Paulo: Vetor, 2010. 260 p.
- BLEGER, J. O grupo como instituição e o grupo nas instituições. In Jose Bleger, *Temas de Psicologia - entrevista e grupo*. São Paulo: Martins Fontes, 1991. p. 83-99.
- DOLTO, F; HAMAD, N. *Destinos de crianças*. São Paulo: Martins Fontes, 2006. 167 p.
- Ferenczi, S. Thalassa: ensaio sobre a teoria da genitalidade. In *Obras Completas / Sándor Ferenczi*; v. 3. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011a . p. 277-357.
- Ferenczi, S. Masculino e feminino. In *Obras Completas / Sándor Ferenczi*; v. 4. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011b. p. 43-53.
- Ferenczi, S. Confusão de língua entre os adultos e a criança. In *Obras Completas / Sándor Ferenczi*; v. 4. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011c. p. 111-121.
- FERNANDES, M. I. A. Uma Nova Ordem: Narcisismo Expandido e Interioridade Confiscada, in M.I.A. FERNANDES, I. R. SCARCELLI ; E. S. COSTA (Orgs.), *Fim de Século: Ainda manicômios?* São Paulo: IP-USP, 1999. p.
- FREUD, S. Estudos sobre a histeria. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Estudos sobre a histeria (1893-1895)*. Rio de Janeiro: Imago. 2006 a. volume II.
- FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Um caso de histeria, três ensaios* sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos (1901 – 1905). Rio de Janeiro: Imago, 2006b. volume VII.
- FREUD, S. Sobre o narcisismo: uma introdução. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos. (1914 – 1916)*. Rio de Janeiro: Imago, 2006c. volume XIV.
- FREUD, S. O mal-estar na civilização. In *Obras completas. O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930 - 1936)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. volume 18.
- FREUD, S. Psicologia das massas e análise do eu. In *Obras Completas. Psicologia das massas e análise do eu e outros textos (1920 - 1923)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. volume 15.
- KLEIN, M. Inveja e Gratidão. In M. Klein. *Inveja e Gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2006 a. p. 205-267.
- KLEIN, M. Nosso mundo adulto e suas raízes na infância. In M. Klein *Inveja e Gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 2006b. p. 280 - 297.
- OSÓRIO, L. C. Mudanças de Paradigma na Sexualidade Humana e suas Repercussões na Família Contemporânea. In Antonios Terzis (Org.). *Psicanálise aplicada na América Latina - novos contextos grupais*. São Paulo: Via Lettera, 2010. p. 19-27.
- PICHON-RIVIÈRE, E. *O Processo Grupal*. São Paulo, Martins Fontes, 1994. 181 p.

CUIDANDO DE QUEM CUIDA: REFLEXOS DA INTERVENÇÃO NAS RELAÇÕES INICIAIS PAIS-BEBÊ NA CONSTRUÇÃO DA PARENTALIDADE E NA DESCONSTRUÇÃO DE SINTOMAS

Vivian Confessoro Yadoya¹⁸; Monique Vaz Marques¹⁹; Mariângela Mendes de Almeida²⁰³

Resumo

Neste trabalho pretendemos explorar o papel da Intervenção nas Relações Iniciais Pais-Bebê no cuidado com os pais e como promotor de um modelo de parentalidade a ser oferecido. Quando cuidamos de quem cuida propiciamos um lugar de acolhimento também para a criança. Segundo Winnicott, para que a mãe possa estar disponível para cuidar e se adaptar às necessidades do seu bebê é preciso que ela tenha apoio e seja sustentada pelo ambiente. Ilustraremos o tema com um recorte de caso clínico atendido no Núcleo de Atendimento Pais-Bebês do Setor de Saúde Mental da Pediatria/UNIFESP. O caso será o de Renan que veio ao Setor com 1 ano e 10 meses, com queixa de hiperatividade e distúrbio do sono. Nos primeiros atendimentos foram notados outros sinais de risco ao desenvolvimento que despertaram preocupação nas terapeutas. Além disso, a mãe, Gorete, era pouco acolhedora e atenta às necessidades subjetivas do filho, sendo também pouco conectada a suas próprias questões. Por meio de intervenções vinculares oferecemos um espaço para que a mãe se aproximasse de seus conteúdos conflitivos de uma maneira cuidadosa e pouco invasiva, de forma que ela pôde passar a olhar para seu filho do mesmo modo. Renan respondeu à mudança da mãe com a não cristalização de seus sintomas iniciais, iniciando o desenvolvimento da fala e demonstrando uma maior capacidade de simbolização.

PALAVRAS-CHAVE: Intervenção nas Relações Iniciais; Atendimento Vincular; Winnicott; Parentalidade.

Introdução

Os atendimentos nos quais esse trabalho se baseia foram realizados no Núcleo de Atendimento a Pais-Bebês, do Setor de Saúde Mental vinculado à Pediatria da UNIFESP. Dentre as possibilidades de atendimentos neste Núcleo, a Intervenção nas Relações Iniciais Pais-Bebê foi a indicada para este caso e consiste em atendimentos vinculares baseados no sintoma inicial da criança. São propostas, em média, 4 a 6 sessões, onde o núcleo familiar do bebê/criança pequena (pais e/ou cuidadores próximos, além de irmãos) participam ativamente junto à uma dupla de terapeutas.

A Intervenção nas Relações Iniciais Pais-Bebês tem como proposta o atendimento conjunto de pais e bebês/crianças pequenas, em um *setting* permeado por diferentes formas de comunicação que possibilita dar voz a conflitos existentes na família e conectá-los com os microeventos que ocorrem ao vivo, na sessão, por meio de intervenções de valor metafórico compartilhados com os presentes na sessão. A demanda para tal atendimento geralmente surge a partir do olhar dos pais/cuidadores para algum sinal de vulnerabilidade no desenvolvimento da criança e/ou questões conflitivas na interação entre eles.

Este trabalho será baseado em um referencial winnicottiano, considerando-se que o bebê nasce em um estado não integrado, mas com inúmeras potencialidades. Segundo Winnicot (1960), há uma tendência inata ao amadurecimento e à integração, mas para que o ser possa se constituir enquanto humano e ter uma relação significativa com o mundo, ele enfatiza a importância da existência de um Outro significativo. Esse Outro diz respeito à pessoa que exercer a função materna na vida desse bebê. Assim, para que o bebê possa se constituir são necessárias determinadas condições oferecidas pela mãe-

¹⁸ Psicóloga - Especialização em Psicologia da Infância (UNIFESP) e aperfeiçoamento em Winnicott (Instituto Sedes Sapientiae). Formação em andamento em Psicanálise com Crianças (Instituto Sedes Sapientiae). vivianconf@gmail.com

¹⁹ Psicóloga - Especialização em Psicologia da Infância (UNIFESP) e aperfeiçoamento em Intervenção Precoce na Relação Pais-Bebê (Instituto Sedes Sapientiae). moniquevazmarques@gmail.com

²⁰ Psicóloga e Psicoterapeuta - Mestrado pela Tavistock Clinic e University of East London, Coordenadora do Núcleo de Atendimento a Pais-Bebês (Setor de Saúde Mental/Depto. de Pediatria/UNIFESP), Docente do Instituto Sedes Sapientiae e Membro Filiado ao Instituto de Psicanálise da SBPSP. mamendes@hotmail.com

ambiente e ele poderá se constituir de maneiras diferentes conforme essas condições sejam favoráveis ou desfavoráveis.

É preciso que a mãe consiga estar sensível para perceber e corresponder às necessidades do bebê, e isso se dá por meio da possibilidade da mãe se identificar com o bebê e perceber o que ele sente através de uma comunicação sensorial. Para que a mãe possa estar disponível para perceber e se adaptar ao seu bebê é necessário que também tenha alguém que forneça cuidados e suporte a ela, podendo ser o pai da criança, a família de origem e/ou o ambiente social imediato.

É através de um ambiente suficientemente bom que o bebê pode alcançar, a cada etapa, as satisfações, ansiedades e conflitos inatos e pertinentes, desenvolvendo-se em seu ritmo próprio de maneira saudável.

A encontro da teoria de Winnicott, de acordo com Zornig e Aragão (2009), a clínica pais-bebês tem a particularidade de considerar o sintoma dependente da organização psíquica tanto da criança quanto dos pais, e prioriza a noção de plasticidade psíquica, em que o potencial para o desenvolvimento da criança se atualiza por meio de sua relação com o seu ambiente. A constituição do psiquismo do bebê está relacionada, assim, ao lugar que ele ocupa na fantasia e no discurso dos pais.

Dessa maneira, as autoras citadas acima defendem que a atenção do analista para o mundo psíquico dos pais é necessária como um instrumento para sua ação terapêutica, e ele precisa levar em conta suas ambivalências para a compreensão dos sintomas e das dificuldades trazidas pela família. Isso porque essas ambivalências transmitem ao bebê as fantasias e interpretações parentais, que fazem parte de sua constituição.

De acordo com Stern (1997) é na interação pais-bebês que as representações, medos e fantasias dos pais em relação ao bebê são encenados, sendo a interação a ponte entre as representações parentais e as representações do bebê. Para o autor, a interação pais-bebê desempenha um papel central no sintoma ou no problema para o qual a família procura tratamento, pois o sintoma ocorre no contexto interacional.

Assim, a psicoterapia pais-bebê deve se focar nos eventos relacionados a essas interações, ou seja, nos eventos aparentemente triviais e de curta duração, nos chamados microeventos, que são muitas vezes comunicações não verbais.

Busca-se, então, no atendimento conjunto pais-bebês, relacionar o que está acontecendo nas sessões com a linguagem lúdica das crianças e com as preocupações expressas pelos pais. Entre os objetivos desse tipo de atendimento estão desenvolver a capacidade parental dos cuidadores e facilitar a comunicação pais-bebê.

Como dito anteriormente, na perspectiva winnicottiana, para que o potencial do bebê se desenvolva é necessário que a criança esteja inserida num ambiente facilitador, onde a mãe atenda suas necessidades iniciais e possibilite a construção de sua subjetividade. Como muitas vezes a mãe (pessoa que exercer a função materna) não encontra o apoio de que necessita no seu entorno, os terapeutas podem proporcionar isso através de suas atitudes, intervenções e pontuações empáticas à sua condição de vulnerabilidade afetiva, dando espaço, voz e lugar para o que era falado somente através de ações e sintomas.

O caso que será descrito exemplifica esta condição materna, permeada pela falta de suporte emocional de seu entorno social, dificultando assim a relação com o filho e o oferecimento de um olhar subjetivo para auxiliar no seu desenvolvimento.

Metodologia

Foram realizados 8 atendimentos com a dupla mãe-criança e duas terapeutas no Núcleo de Atendimento a Pais-Bebês do Setor de Saúde Mental da UNIFESP. Em dois atendimentos, o pai José e o irmão mais velho Ronan compareceram aos atendimentos consecutivamente (cada um em um atendimento). Na maioria dos atendimentos compareceu também a irmã mais nova de Renan, então com 9 meses. Foi possível assim que as terapeutas presenciassem a interação familiar através do relacionamento de seus diversos membros.

Pretende-se utilizar esse caso com o intuito de pensar os reflexos e decorrências dos cuidados com os pais em um atendimento conjunto pais-bebês, e realizar a análise do caso selecionado com embasamento teórico psicanalítico, além da apresentação de vinhetas clínicas condizentes com o tema proposto.

Resultados e Discussão

O caso a ser pensado será o de Renan, que foi encaminhado ao Núcleo de Atendimento a Pais-Bebês através de uma médica de uma UBS, devido à suspeita de hiperatividade e distúrbio do sono.

A família é composta pelos pais Gorete e José, e três filhos: Ronan (5 anos), Renan e Juliane (9 meses). Ronan mora com a irmã de Gorete e foi possível perceber que se trata de um assunto difícil de ser abordado com a mãe. Além disso, somente em um dos últimos atendimentos Gorete relatou que José tem ao todo 18 filhos, com mulheres diferentes.

Nos primeiros atendimentos Renan apresentou muita agitação, além de sinais que chamaram a atenção das psicólogas. Ele insistentemente tentava subir na mesa e mexer no computador, de uma maneira auto-suficiente, sem recorrer a outras pessoas ou pedir ajuda, por vezes se colocando em risco. Percebeu-se que ele não fazia um uso lúdico dos brinquedos, muitas vezes tirando-os da caixa e jogando-os no chão, sem aparente conotação simbólica ou lúdica. Não fazia contato visual com a mãe ou com as psicólogas e quase não falava, apenas balbuciava algumas palavras de uma maneira difícil de entender.

Gorete demonstrava ter dificuldades para se conectar ao filho, não o contendo quando havia necessidade. Era possível notar que a mãe tinha dificuldade em perceber e se conectar com as necessidades emocionais e afetivas dos filhos.

Ao longo dos atendimentos foi possível, a partir de pontuações empáticas das terapeutas com aquilo que era trazido tanto pela mãe quanto pelos filhos, a nomeação e ampliação de algumas brincadeiras ou atitudes despercebidas tanto de Gorete quanto dos filhos. A partir disso percebeu-se a potencialização da função materna realizada por Gorete, podendo assim perceber melhor os filhos, dividir a atenção entre eles e solicitar ajuda de outras pessoas no cuidado com as crianças. Com a mudança no comportamento da mãe e a possibilidade de falar sobre o que era percebido, passou a ser possível para Renan se colocar mais como um bebê que necessita de mais cuidados.

Renan passou a falar mais e pedir ajuda, passou também a fazer um uso lúdico dos brinquedos e brincar de faz-de-conta, o que demanda uma capacidade maior de simbolização: quando conversávamos sobre alimentação de Renan, ele fazia comidinhas em uma panelinha de brinquedo e oferecia à mãe e à irmã inicialmente, passando a nos oferecer também nas sessões seguintes.

A partir dos atendimentos nós pudemos ir nomeando junto deles aquilo que parecia sem sentido ou desmodulado, oferecendo-nos como modelo de parentalização e cuidado. Nos últimos atendimentos poucas vezes ele subia nas cadeiras e mesas porém quando o fazia era possível associar a um propósito (escrever o nome de seu desenho favorito ou o seu próprio nome).

Ainda é possível notar que Renan faz pouco contato visual e Gorete parece ter conteúdos próprios difíceis de serem falados que provavelmente influenciam o seu papel de mãe, porém de um modo geral foi possível notar uma melhora significativa no vínculo mãe-bebê e nos sintomas de Renan.

Considerações Finais

A partir de aspectos do caso clínico proposto e da teoria utilizada para pensá-lo, pode-se concluir o quão significativos foram os atendimentos para a dupla mãe-bebê, e para a família como um todo, facilitando a remissão de sintomas e possibilitando um novo olhar para a relação.

Esse caso pode ser visto como um exemplo de que há resultados relevantes nos atendimentos voltados para a relação pais-bebês em períodos precoces do desenvolvimento, pois há a possibilidade de intervir em sintomas que ainda não se cristalizaram e possibilitar, a partir desse tipo de trabalho, que a criança possa experimentar e encontrar novas maneiras de se desenvolver.

Referências

- MENDES DE ALMEIDA, M.; SILVA, M. C. P.; MARCONATO, M. M. (2004) Redes de Sentido: evidência viva na intervenção precoce com pais e crianças. In: *Revista Brasileira de Psicanálise*, Vol. 38 (3): 1-0
- STERN, D. (1997) A Interação Pais/Bebê. In: *A Constelação da Maternidade*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas.
- WINNICOTT, D.W.(1960). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: *O Ambiente e os processos de Maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.p.37-53.
- ZORNIG, S.; ARAGÃO, R. Clínica da relação pais-bebê: novos paradigmas para a psicanálise? *Pulsional Revista de Psicanálise*, ano 22, n. 4, dez. 2009.

MCT 03: Educação: a Escola como foco**GRUPO DE REFLEXÃO COM PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL DE UMA ESCOLA PÚBLICA**

Liliana Scatena²¹; Maria Gizelda R. O. Dias²²; Manoel Antônio dos Santos²³

Resumo

Este estudo foi desenvolvido a partir da atuação de duas psicólogas junto a professores do Ensino Fundamental de uma escola pública de um município do interior do Estado de São Paulo. Foram realizados grupos de reflexão com os professores. A iniciativa do trabalho partiu das psicólogas, mas também foi ao encontro da demanda da equipe docente naquele momento, que se encontrava desunida em decorrência de problemas de relacionamento interpessoal. Participaram em média 25 professores em cada reunião e os encontros tiveram frequência semanal, com duração de uma hora. Foram realizados oito encontros no segundo semestre de 2014. O grupo de reflexão foi conduzido durante as reuniões de Aula de Trabalho Pedagógico Coletivo (ATPC) e era aberto a todos os professores do ensino fundamental. O projeto foi devidamente aprovado pelas coordenadoras e pela diretora da escola. Os resultados mostram que o grupo de reflexão é uma estratégia de intervenção grupal que permite abordar as dimensões subjetivas e intersubjetivas. Essa estratégia consiste na construção de um espaço compartilhado no qual é possível explicitar as dificuldades que se cristalizam no decorrer do cotidiano escolar. Foi possível observar que o processo de aprendizagem é altamente favorecido pelo dispositivo grupal, que fortalece a disposição dos participantes para refletirem sobre possíveis condutas alternativas diante de problemas e obstáculos que se apresentaram na trajetória de cada professor.

Palavras-chave: grupo de reflexão; instituição escolar; relações interpessoais na escola.

Introdução

*Um flash de sabedoria popular:
Ninguém pode ajudar todo mundo.
Mas todo mundo unido pode ajudar alguém.*

O grupo de reflexão (GR), termo cunhado por Dellarosa (1979), é uma modalidade de grupo operativo cuja tarefa é refletir sobre determinada experiência afetiva e cognitiva (ZIMERMAN, 2002, p.63). Para Zimerman, um dos objetivos do GR é permitir que os participantes (por exemplo, uma equipe técnica no contexto institucional) entrem em contato mais profundo com os fatores conscientes e inconscientes que favorecem ou dificultam a execução de uma atividade.

O objetivo primordial do GR é permitir a produção de um conhecimento que se pode adquirir por meio da vivência grupal. Um exemplo desse conhecimento está relacionado aos vínculos estabelecidos com os colegas e o sentimento de pertença à instituição (SVARTMAN, 2003).

²¹ Psicóloga. Doutoranda em Ciências pelo Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Membro Efetivo da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo - SPAGESP. E-mail: lilis@usp.br

²² Psicóloga clínica. Membro Associado da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo - SPAGESP. E-mail: gizelda.psico@gmail.com

²³ Psicólogo. Livre-docente em Psicoterapia Psicanalítica pela Universidade de São Paulo, Professor Associado 3 da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Membro Efetivo e Diretor Científico da SPAGESP. E-mail: masantos@ffclrp.usp.br

Neste estudo será apresentado o relato de experiência de coordenação de um GR com professores do Ensino Fundamental I e II de uma escola pública do município de uma cidade do interior do Estado de São Paulo. A iniciativa do trabalho partiu das psicólogas, que na época eram cursavam especialização em psicoterapia de grupo e coordenação de grupos na SPAGESP, mas também foi ao encontro da demanda da equipe docente naquele momento, que se encontrava desunida em decorrência de problemas de relacionamento interpessoal.

Método

Trata-se de um estudo de caso, considerando-se como “caso” o grupo implementado. Apresentaremos um recorte da experiência de trabalho desenvolvido com as coordenadoras e equipe de professores do Ensino Fundamental I-II e alguns professores do Ensino Médio.

Contextualização da experiência

O trabalho foi desenvolvido por duas psicólogas voluntárias, como parte de sua formação em nível de pós-graduação *lato sensu* em coordenação de grupos. A iniciativa partiu das psicólogas, mas também foi ao encontro da demanda das coordenadoras do Ensino Fundamental I e II e da própria direção da escola.

No primeiro contato, ocorrido em agosto de 2014, as psicólogas foram convidadas a ministrar uma palestra para os pais. Escolheram como tema: “O dia da família na escola”, por entenderem que isso permitiria aglutinar os vários interesses, tanto dos pais como da instituição, que se queixava de que os pais estavam distantes da escola e desinteressados/alienados em relação à formação escolar de seus filhos.

O resultado da palestra foi muito positivo, atraindo um público expressivo de pais, que compareceram à escola em uma manhã de sábado. Esse resultado exitoso deu ânimo à equipe de coordenadoras e agradou à direção da escola, pois perceberam que havia vários pais interessados em refletir sobre a educação de seus filhos. Esse interesse é, de certo modo, surpreendente, pois atualmente somos o tempo todo confrontados por notícias de que os pais estão cada vez mais apartados da escola e que estariam desinteressados ou desesperançados em relação ao futuro de seus filhos. Desse modo, as famílias estariam negligenciando seu papel educativo e delegando essa missão (e toda a responsabilidade que ela envolve) à instituição escolar. Também somos diariamente bombardeados com notícias de que a escola pública está deteriorada e que fracassou nos propósitos estabelecidos no seu projeto político-pedagógico.

O projeto de implementação do GR foi devidamente aprovado pelas coordenadoras pedagógicas do Ciclo Fundamental I, assim como pela diretora da escola. Também foi realizada supervisão junto à mediadora de conflitos da escola, para instrumentalizá-la para a realização de suas atividades com os alunos.

Participantes

Participaram em média 25 professores em cada reunião. Os encontros tiveram periodicidade semanal e duração de uma hora. O grupo caracterizou-se pela sua condição institucional, era aberto a todos os professores do Ensino Fundamental, mas também participaram professores do Ensino Médio e as duas coordenadoras do Ensino Fundamental.

Procedimento

Foram realizados oito encontros, que ocorreram às segundas-feiras no período da manhã, no período de 22 de agosto a 24 de novembro de 2014. O GR era realizado durante as reuniões de ATPC (Aula de Trabalho Pedagógico Coletivo), o que favoreceu a adesão dos professores.

O objetivo dos encontros grupais era possibilitar aos participantes condições de refletirem, identificarem os problemas e estabelecerem as modificações que seriam necessárias para a resolução do problema considerado prioritário: a desunião da equipe.

No primeiro encontro com a equipe, ocorreu a apresentação das psicólogas. Foi explicitada a proposta e dinâmica do trabalho a ser desenvolvido. O GR caracterizou-se como um espaço coloquial aberto a um “bate-papo” entre pessoas que trabalham na mesma

instituição, privilegiando a linguagem coloquial e despretensiosa, para proporcionar um momento propício para identificar os problemas e refletir sobre o que poderia ser melhorado, mas também repensar, resgatar as experiências bem-sucedidas e as histórias de sucesso dos participantes.

Ao longo dos encontros foram utilizadas estratégias e instrumentos diversificados, tais como exercícios de grupo e rodas de conversa, caixinha de sugestões dos professores e aplicação do questionário clima. Trata-se de um questionário elaborado com base na pesquisa de Brian Perkins, diretor do programa de liderança de Educação Urbana da Universidade de Columbia, Estados Unidos.

Resultados e Discussão

Problemas iniciais

Nos primeiros encontros do GR percebeu-se que as equipes encontravam-se desunidas, cindidas, separadas pelas denominações de turmas. Além disso, alguns professores apresentavam problemas de relacionamento interpessoal, o que acentuava o isolamento e a sentimento de solidão.

Naquele momento ocorria a transição da diretoria, em um clima de total falta de comunicação com as equipes, o que resultava em insatisfação dos professores.

Em um primeiro momento, a equipe de professores não tinha conhecimento do projeto do GR e muito menos da proposta de trabalho acordada entre coordenação e psicólogas, pois as coordenadoras não explicaram a proposta anteriormente.

Os participantes foram surpreendidos com a notícia de que o espaço seria utilizado para instaurar um grupo com finalidade de reflexão. Percebemos que a decisão de participação da equipe de professores no GR foi estabelecida de forma vertical, partindo das coordenadoras, sem consultarem os professores. Isso colaborou para reações iniciais marcadas por ansiedade, temores, paralisação e mutismo como manifestações de resistência ao trabalho das psicólogas.

As *atuações* do grupo são compreendidas como defesas psíquicas imaturas, arregimentadas contra o temor frente à emergência do novo. Porém, depois que os membros do grupo conseguiram compreender e nomear o que sentiam, passaram a valorizar os momentos em grupo e os encontros tornaram-se uma experiência rica para todo os participantes.

No decorrer do processo grupal foram trabalhadas queixas em relação à escola, que colocavam em foco: as barreiras que obstruem a aprendizagem dos alunos, a precariedade do exercício profissional do professor, as tensas relações no ambiente escolar, especialmente entre a família e os professores e entre professores e equipe gestora.

Estratégias utilizadas para animar as discussões

Diversos recursos foram empregados para buscar alcançar os objetivos almejados com a intervenção grupal. Algumas das estratégias encontram-se descritas a seguir.

Caixinha de sugestões dos professores

Essa estratégia se revelou útil para que os integrantes do grupo se sentissem mais protegidos para encaminhar suas expectativas, críticas e sugestões de mudança, preservando o anonimato. Algumas das sugestões e desejos apresentados foram:

“Melhorar a comunicação entre a equipe gestora e o grupo de professores.”

“Ter mais diálogo e união entre direção e professores.”

“Gostaria que os psicólogos continuassem com o trabalho com as crianças aqui na escola.”

“Melhorar a comunicação entre gestão (direção e coordenação) e professores; cada um cumprir sua função; ter um tratamento imparcial.”

“Uma equipe gestora participativa, flexível, aberta ao diálogo e presente junto aos alunos e, principalmente, ao lado dos professores.”

“Melhorar a estrutura física, maior união do grupo de professores, investir na qualificação.”

“Até que ponto a escola pode contribuir com a motivação e sucesso do aluno, diante de uma sociedade rodeada de tecnologias e novos modelos de comportamentos?”

“Precisamos de uma escola que valorize mais o professor do que a burocracia escolar. A gestão escolar tem que deixar os professores participarem de decisões e não impor decisões prévias. Professor decidido melhora a autoestima e trabalha com mais prazer.”

Exercício de grupo: Visão de futuro

A aplicação dessa estratégia teve por objetivo despertar e estimular a percepção positiva da profissão. Os professores deveriam inserir na parte esquerda de uma folha de papel tamanho ofício o passado, momento de escolha da profissão, e na direita o momento atual, e o que estariam fazendo no futuro.

Material: Papel ofício desenhado com um círculo central, dividido em quatro quadrantes; lápis de cor e canetinhas coloridas.

Exercício/Dinâmica do espelho

O uso dessa estratégia teve por objetivo despertar para a valorização de si, a partir do encontro consigo mesmo e do resgate de seus valores e projetos de vida.

Material: Um pequeno espelho oculto dentro de uma caixa, de modo que, ao abri-la, o integrante se depare com o reflexo de seu próprio rosto. O exercício é aplicado ao som de música ambiente suave para favorecer o relaxamento.

Ao analisarmos os depoimentos, a dinâmica da turma, a relação professor-profissão e professor-aluno, durante os encontros e atividades desenvolvidas, evidenciaram-se as queixas dos participantes do GR em relação à sua formação deficitária, à falta de expectativa profissional/pessoal, o despreparo psicoemocional do professor para lidar com seu aluno e o papel que o educador ocupa atualmente na instituição escolar.

Mas o grupo, ao mesmo tempo, abriu a possibilidade de os professores refletirem na (e sobre) sua *ação*, impregnada de valores e sentimentos que fazem parte do processo de constituição subjetiva de cada um.

O GR com os professores funcionou como um espaço para problematizar o cotidiano escolar, visando à melhoria das condições de ensino, da formação dos professores e do relacionamento da equipe escolar. Durante os encontros foram discutidas propostas pedagógicas, como também a desestruturação e desmotivação que atingia o corpo docente, desvitalizando a missão do professor, que passava a desinvestir-se da tarefa pedagógica. Refletiu-se que esse era um sinal evidente do desgaste laboral, da desesperança e da falta de valorização e reconhecimento profissional. As condições limitadas de trabalho e a baixa remuneração foram largamente debatidas. As reflexões e *insights* foram potencializados pela troca de experiências. Nesse sentido, o grupo se revelou um recurso potencializador de saúde mental.

Como estratégia utilizada para o seu empoderamento, o professor foi convidado a refletir sobre o seu saber/fazer em serviço, por meio de debate dirigido para a escolha das estratégias mais adequadas ao enfrentamento dos desafios presentes no exercício de atividade profissional docente.

Entendemos que é exatamente na resolução de problemas concretos, oriundos da vida real, que diversos saberes são mobilizados e articulados, acarretando o desenvolvimento de novas competências profissionais. Estas propiciam novas condições, que facilitam a apropriação da trama complexa da realidade social na qual se inscreve a prática de trabalho no setor educação.

Com a evolução do GR, as incertezas dos professores puderam aflorar de modo mais organizado. Algumas das principais incertezas que apareceram foram:

- ❖ Muitas promessas de melhoria da educação são feitas, planos são elaborados, mas tudo fica no papel. Por que a partir de um grupo de reflexão de professores poderia surgir uma solução?
- ❖ Que garantias temos de que nossas propostas serão consideradas pela equipe gestora escolar?
- ❖ Em que esse grupo de reflexão de professores pode colaborar com melhorias em meu ambiente de trabalho?
- ❖ Como o que é discutido em grupo pode afetar meu trabalho em sala de aula?

Gradualmente, o GR pôde dar abertura para emergirem vozes diversas, que traduzem diferentes pontos de vista que se tensionam no espaço escolar. Por exemplo, no delicado tema da “repetência escolar”:

- ❖ Os pais de família dizem que as crianças repetem de ano porque não estão aprendendo a ler e escrever na escola.
- ❖ Os alunos confirmam a versão dos pais e acrescentam que às vezes não entendem direito o que os professores explicam ou pedem nas aulas.
- ❖ Os diretores afirmam que as crianças não aprendem porque têm “problemas emocionais e psicológicos” e, ainda, porque suas famílias são “ausentes”, “desestruturadas” e não lhes oferecem o apoio necessário nos estudos.
- ❖ Os professores declaram que a principal causa da repetência reside nas famílias, na indisciplina dos alunos e no excesso de alunos por classe. Alguns mencionam também sua formação profissional precária (na visão do próprio professor).

Considerações Finais

O grupo caracterizou-se por seu enquadre institucional e seu recorte de possibilitar aos participantes as condições de refletirem sobre os conflitos, identificarem os problemas e proporem alternativas para efetivar as modificações necessárias para a resolução dos dilemas humanos vividos.

Pudemos constatar, durante os grupos de reflexão com os professores da rede pública, que existiam dificuldades de diálogo entre os membros da escola como um todo. Os prejuízos na comunicação tendiam a se cronificarem em um quadro geral de desmobilização e desinvestimento que alimentavam a apatia e a postura de não comprometimento com o coletivo.

Nosso trabalho consistiu em fazer a equipe escolar perceber que detinha a chave da solução, bastava acreditar que poderia encontrar o caminho que leva à construção de possibilidades de resolução, equacionar os os problemas que podem ser resolvidos no curto e médio prazos e focar no problema principal identificado: a desunião da equipe, a incomunicabilidade e o clima geral de “caça aos culpados” que tende a contribuir para que as dificuldades se perpetuem ao logo do tempo, despotencializando as forças vitais.

Foi possível observar que o processo de aprendizagem é altamente favorecido pelo dispositivo grupal, que fortalece a disposição dos participantes para refletirem sobre possíveis condutas alternativas diante de problemas e obstáculos que se apresentavam na trajetória de cada professor.

As causas da crise na educação são multifatoriais, mas não é por isso que é impossível resolver boa parte dos problemas do cotidiano escolar. Entendemos que parte dos problemas nasce na escola, no convívio no espaço educacional, e certamente as dificuldades podem e devem ser resolvidas no próprio espaço escolar.

Como resultado do trabalho crítico-reflexivo, a própria equipe de professores, que antes estava dominada pelo marasmo e desânimo, tomou a iniciativa de realizar uma festa de confraternização de final de ano, como há muito não se via. O detalhe interessante é que a festa seria realizada fora do espaço escolar e que se planejou reunir toda a equipe, pois em outros momentos festivos as equipes de subdividiam. O GR se encerrava, assim, com um ar de mudanças à vista!

Referências

- DELLAROSSA, A. **Grupos de reflexión**. Buenos Aires: Paidós, 1979.
- SVARTMAN, B. Fundamentos da psicanálise dos vínculos. In: FERNANDES, J.; SVARTMAN, B.; FERNANDES, B. S. & colaboradores. **Grupos e configurações vinculares**. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- ZIMMERMAN, D. E. (2002). **Fundamentos básicos das grupoterapias**. 2ª ed. Porto Alegre, RS: Artmed.

GRUPOS DE REFLEXÃO COM UNIVERSITÁRIOS DA GRADUAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE

Delson da Silva Marinho²⁴; Solange Aparecida Emílio²⁵; Daniel Neuba Cartagena²⁶.

RESUMO:

O presente trabalho se deu pela solicitação da coordenação de um curso da área da saúde de uma Universidade da cidade de São Paulo com a queixa de alguns alunos referindo-se a dificuldades nas relações interpessoais durante as atividades acadêmicas. Foi solicitada ajuda ao Curso de Psicologia, que designou uma professora e dois estagiários para auxiliar na demanda. Realizadas reuniões e encontros com os envolvidos, detectou-se que havia dificuldades na comunicação e na mediação de conflitos, fenômenos estes que não se localizavam em um aluno ou grupo específico, mas sim na dinâmica de relações estabelecida no grupo classe. Como intervenção optou-se por utilizar o Grupo de Reflexão, inspirado nos grupos operativos de Pichon-Revière, propiciando um espaço de troca entre os alunos, professores e coordenação, nos quais os participantes pudessem esclarecer questões inerentes ao grupo, assim como compartilhar as angústias e dificuldades presentes na dinâmica do grupo classe, auxiliando no processo pela busca de soluções conjuntas, em que cada um pudesse identificar e assumir a própria responsabilidade no estabelecimento de uma relação mais saudável e propícia à formação como profissional da área da Saúde. Esta intervenção resultou em assumir responsabilidades pessoais em relação à demanda e proporcionou a continuidade do projeto.

Palavras-chave: Psicologia; Grupos de Reflexão; Grupo Classe; Relações Interpessoais.

INTRODUÇÃO:

O projeto nasceu da necessidade percebida no campo educativo da presença e participação do psicólogo para a mediação de conflitos, questionamento de papéis cristalizados, escuta e auxílio nas comunicações estabelecidas. Visou também discutir a importância da participação do psicólogo nos processos de formação na área da saúde.

A demanda surgiu do pedido de ajuda vindo da coordenadora de um curso da área da saúde, relatando que foi procurada por alunos que se queixavam das relações interpessoais entre alunos mais jovens e mais velhos de uma determinada sala durante as atividades acadêmicas. A coordenadora do referido curso solicitou ajuda à coordenação do Curso de Psicologia, que indicou uma professora da área de Psicologia Escolar para verificar a possibilidade de ajuda.

A professora designada convidou dois estagiários para acompanhá-la no processo. Foram realizadas reuniões com a coordenadora e com alguns alunos da referida sala para compreender melhor a queixa e após o estudo do caso foi pensada uma forma de intervenção que possibilitasse um espaço em que alunos, professores e coordenadora discutissem assuntos pertinentes à graduação. O Grupo de Reflexão foi escolhido como dispositivo que parecia mais se adequar à situação.

O Grupo de Reflexão é uma ferramenta interventiva, baseada nos Grupos Operativos desenvolvidos pelo Psicanalista argentino Enrique Pichon-Revière. Trata-se de um dispositivo interessante para intervenção institucional. Não possui um objeto mediador ou um disparador inicial e constitui-se como espaço para a circulação da palavra, do silêncio, dos afetos, tendo como proposta a reflexão sobre o próprio grupo e as relações institucionais que o atravessam.

Segundo FERNANDES (2003), os grupos operativos têm como objetivo o esclarecimento de temas, tarefas e situações em sua realização, de forma que possa promover como o aprendizado dos participantes, favorecendo o progresso, tanto em equipe como individualmente. Tal ferramenta foi utilizada, justamente pela queixa trazida sobre a dificuldade na relação entre os alunos, o que estaria dificultando a formação do grupo classe.

²⁴ Estudante de Psicologia pela Universidade Anhembi Morumbi. Técnico Ator pelo SENAC e Arte-educador.

delsonapolo@gmail.com;

²⁵ Psicóloga, psicoterapeuta e supervisora clínica e institucional (indivíduos, grupos e famílias); doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano (USP). Professora do Curso de Psicologia da Universidade Anhembi Morumbi. Membro efetivo do NESME. solange.emilio@terra.com.br ;

²⁶ Estudante de Psicologia pela Universidade Anhembi Morumbi e Estagiário na área de Psicologia do Esporte na De Cabeça MMA. daniel-nc@hotmail.com.

Ainda sob a luz de FERNANDES (2003), encontramos nos Grupos Operativos a base para tornar melhor a veiculação da palavra entre os componentes do grupo proporcionando, assim como citado, a investigação do que facilita ou emperra o aprendizado.

Outro trabalho utilizado é o de FARIA e SANTOS (2006) e a ideia de Autoconceito, que para os autores se dividem em três esferas: acadêmica, social e global. Estas esferas permeiam as relações e objetivos dos sujeitos inseridos num grupo, neste caso, em se tratando de um grupo classe e bastante heterogêneo, o conceito também nos oferece base para a leitura do fenômeno, ajudando na compreensão de fatores motivacionais divergentes no grupo:

[...]para o jovem adulto que entra no contexto universitário, tornam-se importantes as atividades acadêmicas, interpessoais e sociais, estando em jogo as relações de si mesmo relacionadas com a competência acadêmica (a aplicação e o investimento de novas aprendizagens, o medo do fracasso), com a social (o estabelecimento de novas relações de amizade, a integração em novos grupos de pares) e com a auto-avaliação global, nomeadamente no que refere ao valor e aceitação pessoais. (AZEVEDO e FARIA, 2001 *apud* FARIA e SANTOS, 2006, p. 226).

É possível compreender, a partir desta leitura, que os sujeitos não se encontram numa fase igualitária para todos, mas é necessário que os sujeitos encontrem algo em comum, que torne o grupo coeso, facilitando assim as relações no ambiente acadêmico e também fora dele.

Este trabalho visou a mediação do conflito existente no grupo classe, oferecendo a eles um auxílio com base na psicologia para que todos pudessem encontrar seu lugar e assumir as próprias responsabilidades perante a queixa e assim trabalharem questões pertinentes à formação acadêmica de cada um deles e também o bom convívio e melhora das relações.

METODOLOGIA:

O clima de animosidade relatado pelo grupo de alunos durante o processo de compreensão inicial do problema levou à hipótese de que intervenções que contemplassem todos os alunos da sala ao mesmo tempo (em torno de 40) poderiam ser muito difíceis e demandar um tempo muito maior do que os três ou quatro encontros possíveis em função do momento avançado do semestre letivo. Então, optou-se por trabalhar com alunos e professores que pudessem representar os seus respectivos subgrupos, dando prioridade para que a coordenadora do curso pudesse sempre participar e foi proposto que a composição dos encontros se desse pela participação de alunos, professores e coordenação do referido curso, considerando o interesse, envolvimento e possibilidade de participação. Foram realizados 4 encontros na própria universidade, com duração de uma hora cada, sendo estipulado o máximo de 15 participantes voluntários.

Todas as sessões começavam e se findavam no mesmo encontro, transformando assim em grupos abertos, tendo sido combinada a possibilidade de participação de pessoas diferentes em cada um deles.

Os encontros foram coordenados pela professora do curso de Psicologia e co-coordenados pelos dois estagiários do curso, que estiveram envolvidos desde o princípio da compreensão da queixa. No horário marcado, os coordenadores dirigiam-se à sala reservada para a atividade, organizavam as cadeiras em círculo e receberam os participantes. A coordenadora ou os co-coordenadores (conforme combinado entre eles) iniciavam esclarecendo os objetivos do grupo, principalmente, sobre o de proporcionar espaço para que eles pudessem falar e serem ouvidos uns com os outros e pelos outros e sobre a convivência deles durante as atividades acadêmicas e também fora delas, proporcionando reflexão sobre o próprio grupo e sua inserção institucional. Em seguida, aguardavam que os participantes se manifestassem e durante o andamento do grupo faziam pontuações e colocações suficientes para permitir que os objetivos do grupo pudessem se cumprir, sem realizar julgamentos ou questionamentos que pudessem de alguma forma conduzir as falas do grupo. Em alguns momentos, foi necessária a realização de algumas sínteses pela equipe que coordenava o grupo, para organizar as falas ou apontar ideias divergentes presentes.

RESULTADOS E DISCUSSÕES:

A criação de espaços de trocas entre os alunos, professores e coordenação, teve como objetivo mediar a conversa entre os participantes, nos quais eles pudessem esclarecer, compartilhar as angústias e dificuldades com a dinâmica que se estabeleceu e buscar soluções conjuntas, além de cada um poder identificar e reconhecer sua parcela de responsabilidade no estabelecimento de uma relação mais saudável e propícia à formação como profissional da área da Saúde.

Permeou a noção de autoconceito, discutido por FARIA e FONTAINE, 1990, 1992, definindo noções pessoais em escalas sociais, globais e acadêmicas, podendo assim construir uma análise do grupo separadamente, até individualmente se houvesse tempo para tal:

O autoconceito define-se como o conjunto de percepções que o indivíduo tem acerca de si próprio e das suas capacidades e competências pessoais em vários domínios da existência, bem como o grau de maior ou menor aceitação de si mesmo. Tais domínios incluem não apenas, mas também o social, o físico e o emocional (FARIA E FONTAINE, 1990, 1992).

Percebeu-se que os alunos mais novos, em vista de estarem num novo contexto de vida, estão em um novo momento, que pede muito de sua concentração no plano acadêmico - quando o enfoque é muitas vezes na realidade o social e em fazer amigos, fazer parte de grupos específicos e montar um “perfil” social conhecido. Em contrapartida, os mais velhos estão focados num contexto acadêmico e global, no sentido de preocupação com o mercado de trabalho e melhorias pessoais para a profissão visada, deixando a vida social em segundo plano. Isso gerou conflitos e rivalidades, mas também sentimentos de inveja, de ambas as partes, que puderam ser explicitadas e percebidas nos grupos.

Os professores e representante da coordenação, por sua vez, apesar de mais velhos e mais explicitamente vinculados ao desempenho acadêmico, nem sempre estavam identificados com os alunos do grupo dos mais velhos, como estes últimos gostariam de acreditar, o que gerava ressentimento frente às figuras de autoridade e aumentava as divergências e acirrava as disputas entre os alunos dos dois diferentes grupos.

Durante os encontros, tais incômodos, fantasias e esclarecimentos foram tomando parte das falas, silêncios e algumas atuações (como um dos participantes que parecia que ia agredir outros fisicamente durante uma de suas falas). A experiência do grupo permitiu que pudessem se escutar mutuamente e isso pareceu ser um passo importante para que alguns nós comunicacionais se desfizessem e alguns laços afetivos pudessem se estabelecer, pelo reconhecimento de afinidades, respeito às diferenças e pela transformação de sentimentos iniciais de inveja por admiração.

Após os encontros, confirmou-se que os fatores inicialmente localizados em subgrupos de alunos (mais velhos e mais novos) eram reflexos do que ocorria na dinâmica de relações que se estabeleceu no grupo classe, entre eles e os professores e também com a equipe de coordenação e demais instâncias institucionais. Poder envolver representantes das diferentes esferas foi fundamental para o sucesso da intervenção, apontado por alguns dos participantes, tanto durante os encontros, como após a finalização dos mesmos, em encontros pela universidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Sendo a intervenção feita dentro da Universidade e os dois estagiários também frequentarem os mesmos ambientes que os alunos do curso em questão, ocorreram alguns eventos que geraram fantasias e situações até mesmo hilárias que talvez até tenham auxiliado no processo geral de análise dos casos.

Contudo, o processo se mostrou importante para a formação dos estagiários e também para os solicitantes do pedido de ajuda, abrindo a possibilidade de continuação do projeto na universidade, não se restringindo apenas para cursos da área da saúde e possibilitando também compartilhar tal processo em grupos de discussão, congressos e palestras.

REFERÊNCIAS:

- FERNANDES, W.J. SVARTMAN, B; FERNANDES, B. S. *Grupos e Configurações Vinculares*. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- FARIA, Luís; SANTOS, Nelson Lima. Autoconceito acadêmico, social e global em estudantes universitários. 2006.
- FARIA, L., e Fontaine, A. M. (1990). Avaliação do conceito de si próprio de adolescentes. Adaptação do SDQ de Marsh à população portuguesa. In: Cadernos de Consulta Psicológica, 6, pp. 97-105.

MCT 04: Os CAPS e suas estratégias.

ATENDIMENTO MÉDICO EM GRUPO: DISPONIBILIDADE PESSOAL E FORTALECIMENTO DA COMUNIDADE

Autor: Rachel Cristina R. G. Leal²⁷

Resumo

Esse relato de experiência tem o propósito de explicitar as duas teses que figuram no título: a de que fomentar atendimentos médicos em grupo depende antes de mais nada da disponibilidade do grupo intrapsíquico do profissional que realiza a assistência em saúde e a de que, quando este atendimento ocorre, além dos benefícios que uma consulta médica pode proporcionar, há também o fortalecimento dos sujeitos participantes dentro de suas comunidades.

Essa modalidade de atendimento diminui as possibilidades de superficialidade e orientações mecânicas às quais o profissional está propenso nas curtas consultas psiquiátricas no sistema público de saúde, e possibilita a ajuda mútua dos participantes, a empatia entre os munícipes, com exemplos impactantes de como lidar com o cotidiano de quem sofre de alguma doença mental.

Palavras-chave: CAPS-3, grupo, atendimento psiquiátrico

Introdução

Os Centros de Atenção Psicossocial são equipamentos substitutivos do tratamento baseado na internação de pacientes em sofrimento mental; sendo contemporâneo à “Reforma Sanitária” que se deu a partir da década de 70, no Brasil, em que se inclui também a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir dos anos 90 a rede de substituição dos leitos psiquiátricos teve início, sendo que a partir dos anos 2000 a construção dos CAPSs já era subsidiada pelo Ministério da Saúde.

Esta mudança de paradigma na assistência em saúde possibilitou novos olhares e abordagens, propiciando um conjunto de elementos institucionais que contribui para a promoção da cidadania e a conscientização a respeito de direitos e deveres do cidadão, responsável por si, defensor de seu próprio bem estar.

No âmbito da Saúde Mental, os CAPSs além de serem os locais específicos de tratamento de pessoas com sofrimento psíquico, são os principais articuladores e facilitadores do trânsito de seus clientes em outros setores, sejam eles das áreas da saúde, assistência, educação ou outros.

Levando-se em conta que o atendimento em CAPS, além de promover tratamento medicamentoso e terapêutico de qualidade, tem como pressuposto estimular a autonomia e a reinserção social de seus clientes, é lógico pensar que os dispositivos grupais e as técnicas de atendimento em grupo são recursos muito ricos de trabalho. Isso porque é através do oferecimento de dispositivos grupais num ambiente protegido (ambiente de assistência em saúde) que o afloramento de desejos, medos, reivindicações e inquietações daquelas pessoas que, mesmo 30 anos após a reforma psiquiátrica, continuam sem voz social, é possível.

É preciso ter-se claro que o perfil dos pacientes atendidos nos CAPS deixou de ser o da pessoa desinstitucionalizada. Ainda é considerável a população egressa dos hospitais psiquiátricos, porém esta não mais constitui maioria. Mesmo sem este fator consistente em experiência de privação de liberdade, por conta do aprisionamento em antigos manicômios, o portador de doença mental contemporâneo é afetado por exclusão social, e integra uma minoria com grande dificuldade de lutar pelos seus direitos.

²⁷ Médica psiquiatra integrante da equipe multidisciplinar do “CAPS da Vila”. Endereço: Rua Senador Pinheiro Machado, nº 718, Santos-SP, email: rgiacioia@hotmail.com.

A vivência em espaços de atendimento em grupo, na modalidade de oficinas, grupos de discussão, reflexão e psicoterapêuticos permite a recolocação desses sujeitos, estimula sua auto-confiança, a participação ativa, a responsabilidade própria e a reivindicação de suas próprias opiniões; também propicia o trabalho de fixação de limites como tempo e respeito pela fala do outro, aquisições todas essas importantes para reprodução desses mesmos papéis nos demais grupos em que essas pessoas estão “inseridas”, como nas famílias, escola, trabalho e círculos de amigos.

Mesmo o trabalho com grupos fazendo muito sentido nos CAPSs, a resistência por parte dos profissionais em utilizar esses recursos é grande, seja por falta de formação adequada e qualificada ou mesmo pela crença de que a escuta individualizada e exclusiva seria mais “nobre”, atenciosa e por consequência, mais eficaz do ponto de vista terapêutico que a escuta em grupo. Outro motivo é a insegurança do cliente, que apresenta receio de expôr seu sofrimento mais íntimo não só para um profissional teoricamente qualificado, mas também para outras pessoas nas mesmas condições que ele próprio.

No tocante ao atendimento médico, esta situação é ainda mais freqüente. São poucas as residências em psiquiatria que valorizam a formação do psiquiatra como coordenador de grupo, confrontando-o com essa vivência ao mesmo tempo incômoda e instigante e transmitindo as reais potencialidades terapêuticas que um grupo pode alcançar. Dessa maneira, atendimentos médicos psiquiátricos em grupo são escassos (um dos raros trabalhos encontra-se em Fenerich, S. R. G; Bornschlegell - 2008), com poucos profissionais dispendo de iniciativa para pensar em modelos plausíveis de atendimento.

Nos CAPSs, o atendimento médico unicamente individual gera uma série de impasses para o trabalho em equipe, vista a interminável lista de espera para realização de primeiras consultas, a dificuldade na marcação de encaixes e o número excessivo de faltas não justificadas. Além disso, o psiquiatra vê-se cada vez menos como participante de uma equipe multidisciplinar, já que a maior parte de seu trabalho limita-se a consultas agendadas, havendo pouco tempo para a discussão de casos complexos com a equipe, avaliação de urgências e visitas domiciliares, visto que o excesso de demanda de atendimentos na modalidade de consulta individual sacrifica a agenda do profissional para tais outros tipos de trabalho.

Este texto tem o objetivo de trazer ao debate uma experiência de atendimento psiquiátrico em grupo e sem agendamento prévio, refletindo sobre suas vantagens, limitações, polêmicas que suscita e consequências éticas.

Metodologia

A metodologia deste trabalho consiste em pesquisa bibliográfica em artigos científicos e livros pertinentes à natureza do tema, bem como na elaboração de um relato de experiência, cuja base consiste nas atividades desenvolvidas em um CAPS-3 da cidade de Santos - SP.

Três psiquiatras tem sido responsáveis pelos atendimentos médicos nessa instituição, onde são majoritariamente realizadas consultas individuais, mediante agendamento prévio.

Um dos profissionais, já há dois anos, reserva um de seus dois horários semanais de trabalho para atendimento em grupo. Esse grupo obedece a um cronograma com data e horário fixos - todas as quintas feiras, às 8:00h da manhã - com a duração de cerca de uma hora e meia. Não existe agendamento formal prévio, sendo permitida a participação de qualquer pessoa, contanto que cliente daquele profissional.

Num primeiro momento, geralmente na primeira consulta, que na maior parte dos casos é individual, esses clientes são informados sobre o funcionamento do grupo. Sugere-se a eles um mês ótimo de retorno para sua reavaliação médica, mês este que o mesmo terá de escolher dentre as quatro ou cinco quintas-feiras, de acordo com o que melhor lhe convier. Caso ele tenha necessidade de antecipar seu encontro, isso pode ser feito por sua própria determinação, sem aviso prévio, contanto que no cronograma do grupo, no dia da semana e horário estipulados para isso.

No momento da atividade grupal, a questão do sigilo é enfatizada para todos os participantes, assim como o estímulo para as suas falas e ao mesmo tempo ajuda entre eles. A atividade é dividida em duas partes: a primeira, um momento de discussão entre os sujeitos, cujo tema surge a partir da demanda dos mesmos e relato de como passaram nos meses anteriores desde o último encontro (cujo tempo transcorrido não necessariamente é o mesmo para cada um); e a segunda parte, um período em que o coordenador se concentra menos na dinâmica do grupo e mais na checagem de exames e na otimização da posologia dos psicotrópicos, se necessário. Pede-se que todos terminem essa atividade juntos.

Vale a pena ressaltar que os primeiros atendimentos de pessoas em moderado ou grave sofrimento mental - que passam por uma triagem prévia de um técnico em saúde mental - e os clientes cuja re-agudização de seus quadros psicopatológicos é percebida também por outros integrantes da equipe multidisciplinar são avaliados em outro horário de atendimento daquele profissional, geralmente com o seu técnico de referência.

Resultados e Discussão

A descoberta de que os clientes daquela instituição poderiam ser vistos como um único “sistema humano” (Osório - 2003) foi libertadora para o profissional psiquiatra que os assistia, por mais óbvio que isso possa parecer aos grupálistas. No começo de sua atuação naquele CAPS, à medida em que os atendimentos eram realizados, ele sentia sua atuação como repetitiva e pobre, por mais que visasse a psico-educação e melhoria do quadro clínico dos clientes.

Colocar aquelas pessoas diretamente em contato umas com as outras no momento da consulta psiquiátrica ajudou a enxergar que elas pertenciam a 'algo maior', algo que tinha um formato e características únicos. Trouxe um sentido de união, de direcionamento de forças para uma mesma tarefa. Parafraseando Osório, “A noção de que um sistema não é a mera soma de suas partes corresponde ao chamado *princípio da não-somatividade*, que é uma das pedras angulares da teoria dos sistemas. O conceito psicológico de *gestalt* deriva-se desse princípio e sinaliza a importância de considerar o grupo como uma entidade peculiar, cujo perfil psicodinâmico não pode ser simplesmente reduzido à resultante dos vetores psicológicos de seus componentes.”

Enquanto o profissional refletia sobre o fato de que era possível analisar aquele agrupamento de clientes como um grupo, uma entidade única, um único ser, ele ficava ainda mais impressionado ao deparar-se com o fato de que aquilo que anteriormente via como uma unidade - o seu mundo interno, mesmo que “dividido” em entidades como “id, ego e super-ego” poderia ser analisado por outros vértices, visto como seu próprio “grupo intrapessoal” (Fernandes, 2003), relacionando objetos internalizados entre si. Citando, neste caso, André Green (1988): “não se prestou atenção suficientemente ao fato de que, na expressão 'relação objetal', a palavra 'relação' era a mais importante... Em outras palavras, o estudo das relações é antes o dos 'elos' que o dos termos unidos por eles.” Assim, a medida em que os medos de lidar com seu grupo intrapessoal diminuía, ocorria o mesmo com o grupo de clientes do CAPS - acreditava-se cada vez mais que aquele projeto poderia ser viável, ao ponto de se concluir que algumas situações só poderiam ter sentido terapêutico em virtude daquelas pessoas atuarem em grupo. Vejamos um exemplo:

Numa quinta de manhã, cerca de dez pacientes estavam aguardando a chegada do psiquiatra. 'I.' também compareceu, acompanhada da filha, de seis anos, recentemente curada de uma leucemia. A ansiedade de separação dessa dupla era imensa e explicável tendo em vista a experiência de iminência de morte vivenciada há poucos anos atrás. Nunca a cliente pudera conversar sem a presença da filha. Ao contrário da maioria das outras crianças, a filha de 'I' não permitia que aquele espaço de consulta pudesse ser de sua mãe, desvinculada dela própria, e não foi diferente naquele dia. Porém, desta vez, o profissional insistiu mais na proteção do enquadre do grupo. Argumentou nesse sentido para as pessoas que ainda estavam entrando na sala, até que um outro cliente que já havia se acomodado na roda manifestou-se: “Minha mulher está lá fora. Se 'I' desejar, pode deixar a filha com ela”. Naquele momento, o psiquiatra detectou o apoio em reforço de sua própria fala, por parte de alguém que concordava com sua própria percepção: aquele era um espaço importante para tratar assuntos difíceis e realizar confissões, que corria o risco a todo momento de ser usurpado se alguns assuntos fossem evitados devido à presença de uma criança. Quando mãe e filha se direcionaram para a esposa desse cliente, a última comentou: “Nossa, 'I'... sua filha não desgruda de você pra nada? Isso não pode ser assim...!”. 'I' pareceu desconsertada e em poucos minutos conseguiu entrar no grupo e deixar a filha desenhando na área de espera do CAPS. Ao final da atividade, a criança sorriu, cheia de desenhos feitos por ela, aguardando a mãe. A orientação de 'I' entrar sozinha na consulta sempre havia ocorrido na época das consultas individuais, mas nunca pôde ser concretizada, salvo nesse dia.

O fortalecimento comunitário é também outra qualidade dessa modalidade de atendimento, devido às especificidades do formato de grupo. Isso fica testado pelos vários momentos em que alguma sugestão de cuidado com a saúde é reforçada entre os participantes, que trazem suas próprias vivências e estimulam o auto-cuidado do restante dos participantes. Segue-se o relato de um outro dia de encontro:

'R', epilético com sintomas psiquiátricos secundários, há tempos não saia de casa quando foi estimulado a comparecer nos atendimentos do CAPS. Primeiramente, retomou o tratamento em consultas individuais, até começar a participar dos grupos. Por mais uma vez 'R' foi alertado da necessidade de um retornar ao acompanhamento neurológico, mas ele continuava a mostrar-se retiscente. Numa ocasião, outro participante relatou ter sido muito bem atendido por um neurologista no ambulatório da cidade. Aquele profissional transmitiu-lhe bastante confiança. No final do grupo, 'R' acabou pedindo àquela pessoa que escrevesse o nome do neurologista, para que quando fosse encaminhado, recorresse a esse médico. Semelhante orientação nunca poderia ter partido do coordenador, que não conhecia o profissional neurologista, e a ele só restaria esclarecer o paciente sobre a importância do tratamento, porém sem a eficácia do exemplo prático colocado pelo outro cliente.

Considerações Finais:

Tais elementos não afastam os pontos polêmicos frequentemente suscitados em relação a esse modelo de atendimento. Seguem os mais importantes:

A falta de agendamento prévio é um aspecto em um primeiro momento assustador. O que fazer se todos resolverem vir no mesmo dia?

Outra questão é: Já que a cada semana o grupo é composto por diferentes clientes, ele ainda pode ser chamado de grupo, mesmo com tal variação?

A preservação do sigilo por parte de todos que partilham do mesmo espaço terapêutico é outra preocupação: "Mesmo o vínculo entre os participantes sendo fugaz, os mesmos manterão segredo?"

"E o que fazer com aqueles pacientes que simplesmente não gostam de participar de grupos? É justo eles terem um espaço reservado no dia das consultas médicas individuais? Sendo assim, será que outros também migrarão, em busca de exclusividade?"

Ao longo de sua existência, esse grupo foi diferentemente moldado, e ainda não apresenta um formato acabado. O reforço para a manutenção do mesmo ocorre pelas experiências serem construtivas e apresentarem resultado terapêutico expresso em comportamentos. Além disso, a forma de organização, em grande parte aliviada do peso da burocracia para marcação de um "encaixe", estimula as pessoas a tomarem a iniciativa de buscar apoio no grupo tão logo percebam alguma alteração no seu estado emocional, prevenindo-as de crises.

Referências:

- 1-) Fenerich, S. R. G; Bornschlegell, I. - *Atendimento grupal em psiquiatria* - Psic. Rev. São Paulo, volume 17, 2008
- 2-) Fernandes, W. J; Svartman, B.; Fernandes B. S - *Grupos e Configurações Vinculares* - Artmed - 2003
- 3-) Bellenzani, R; Coutinho, M. Chaveiro, M.: *As práticas grupais em um CAPS: sua relevância e o risco de iatrogenias* - Anais XV ABRAPSO - 2014
- 4-) Ministério da Saúde; "Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas"

GRUPOS DE PSICOEDUCAÇÃO EM CAPS: UM CAMINHO PARA ADEÇÃO TERAPÊUTICA

Fellipe Miranda Leal¹

¹ Médico Psiquiatra do Centro de Atenção Psicossocial Dr. José Forsther Júnior (CAPS II Guarujá), Prefeitura Municipal de Guarujá, São Paulo, Brasil
fellipeleal@yahoo.com.br

Resumo: Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são instituições pertencentes à rede pública de saúde que possuem como diretriz oferecer acolhimento, atendimento e reabilitação às pessoas com transtornos psiquiátricos graves e persistentes. Um frequente obstáculo enfrentado pelos CAPS para se atingir a estabilização e, posterior, aumento do funcionamento social e ocupacional deste pacientes é a elevada má adesão terapêutica. Diversos trabalhos sinalizam que a implantação de técnicas psicoeducativas determinam uma melhora tanto na aderência ao tratamento como na prevenção de crises, e também representam um aumento na confiança dos pacientes junto aos profissionais. Esse trabalho pretende descrever a experiência de grupos de psicoeducação no CAPSII de Guarujá ao longo de dois anos. Esses grupos são coordenados pelo médico psiquiatra da unidade, quem também realiza o convite aos pacientes para integrarem o grupo. Tal atividade ocorre uma vez por semana e com média de 10 participantes. Ao todo, cerca de 60 pacientes frequentam esse grupo com contrato de presença de ao menos uma vez a cada dois meses; eventualmente familiares também são convidados. Nestes dois anos, observou-se uma redução de abandonos assim como da necessidade de internação hospitalar. Diante desta experiência, pode-se constatar o benefício da prática de grupos psicoeducativos.

Palavras Chaves: CAPS; adesão terapêutica; psicoeducação

Introdução

Em tela nas principais discussões de saúde pública, sobretudo na saúde mental, está a busca por estratégias para se estabelecer uma melhor adesão aos tratamentos propostos. Entre os transtornos mentais, a adesão terapêutica é considerada ponto fundamental para consolidar a estabilização dos quadros, prevenir crises e, conseqüentemente, promover o desenvolvimento de reabilitação.

A terapêutica medicamentosa, a partir da metade do século XX, surgiu como ponto determinante no processo de descaracterização do modelo asilar hospitalocêntrico (Graeff, 2012) e posterior instituição de modelos que proporcionam maior autonomia aos portadores de transtorno mentais graves.

Neste contexto, aparecem no Brasil os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS - que são as instituições da rede pública de saúde que oferecerem acolhimento, atendimento e reabilitação às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes (Brasil, 2004): nestes equipamentos é bastante frequente que as equipes identifiquem a não adesão ao tratamento como importante obstáculo para prática destas ações.

Diversos estudos vem apontando que a aplicação de intervenções psicossociais apresenta-se como ferramenta eficaz para melhor adesão ao tratamento (Zygmunt, 2002). Inclui-se aqui a prática, entre outras modalidades de grupo, dos grupos de psicoeducação.

Cabe destacar que a utilização destas intervenções psicossociais no tratamento de pacientes com transtorno mental grave, além de possibilitar melhor adesão aos tratamentos, pode proporcionar uma redução à vulnerabilidade, diminuir o impacto às situações estressantes, melhorar a qualidade de vida, aprimorar as habilidades dos indivíduos, minimizar sintomas e riscos (NICE, 2003).

Esse trabalho tem como objetivo descrever a experiência da implantação de grupos de psicoeducação no CAPS do município de Guarujá ao longo de dois anos.

Metodologia

A experiência descrita neste estudo foi realizada no CAPS II de Guarujá e a análise deste trabalho se refere ao período compreendido entre outubro de 2012 a outubro de 2014.

Os pacientes foram paulatinamente sendo convidados para participarem dos grupos conforme dados colhidos em consultas médicas e também em discussões entre a equipe multidisciplinar, não havendo *a priori* definição de quaisquer critérios específicos para se elencar os participantes.

Apesar da ausência de uma predefinição de algum perfil para ingressar no grupo, observou-se uma inclinação maior em convidar pacientes recém egressos de agudizações sintomatológicas, com história prévia de interrupção do tratamento e também pacientes com famílias pouco comprometidas.

Ao longo destes dois anos, esses grupos ocorreram uma vez por semana e foram coordenados pelo médico psiquiatra da unidade através da abordagem psicoeducativa. Ao todo, cerca de 60 pacientes frequentaram os grupos com contrato de presença de ao menos uma vez a cada dois meses. Em média houve a participação de dez pacientes/familiares por semana, eventualmente os familiares também eram convidados conforme a disponibilidade de espaço físico.

Os participantes eram de ambos sexos, com idade entre 20 e 50 anos e possuíam diagnóstico médico (em maioria esquizofrenia e transtorno bipolar do humor) e farmacoterapêutica diferentes.

O assunto do grupo majoritariamente era em torno dos diagnósticos e dos respectivos tratamentos medicamentosos.

Resultados e Discussão

Entre os resultados observados nestes dois anos da aplicação destes grupos de psicoeducação, embora seja um estudo observacional, sem manipulação dos fatores e, neste caso, sem resultados objetivos, pode-se inferir que houve uma redução de abandonos assim como de agudizações e também da necessidade de internação hospitalar entre os participantes dos grupos de psicoeducação.

Além disto, é possível deduzir que tal impacto possa representar também uma melhora na adesão ao tratamento em longo prazo.

Cabe ressaltar que houve uma aceitação boa pelos pacientes deste formato de atendimento e que nestes dois anos não ocorreu nenhuma intercorrência relevante.

Conclusões

Diante desta experiência, pode-se evidenciar o benefício da prática de grupos psicoeducativos na adesão ao tratamento em CAPS. A continuidade desta experiência permitirá fundamentar os resultados apresentados, além de possibilitar aprimorar e alargar sua aplicação neste equipamento.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Editora do Ministério da Saúde. Brasília, 2004;

Graeff FG, Guimarães FS. Fundamentos de Psicofarmacologia. 2a Edição, Ed. Atheneu. São Paulo, 2012;

National Institute for Clinical Excellence. Core Interventions in the Treatment of Schizophrenia. NICE, Londres (www.nice.org.uk), 2003;

Zygmunt A, Olfson M, Boyer CA, Mechanic D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. American Journal Of Psychiatry. 2002 Oct;159(10):1653-64.

PSIQUIATRIA E CINEMA NA PRÁTICA CLÍNICA

Maura Ramos da Silva Dal Fabbro

RESUMO

O projeto trata da utilização do cinema, particularmente filmes relacionados a doenças psiquiátricas ou problemas que estes pacientes enfrentam, para incentivar uma participação mais efetiva no tratamento dos internos do CAPS I São José do Rio Pardo, nas sessões de terapia de grupo. Visualizando nos filmes as situações por que passam, mais especificamente por identificação projetiva, os pacientes se sentem mais à vontade para falar de seus sintomas e compreendem melhor sua doença. A "terapia" de grupo fílmica iniciou-se em 2008, quando um dos internos perguntou se poderia assistir, em casa, *Uma mente brilhante* (2001); que aborda uma história verídica: a esquizofrenia de John Nash. Este foi o filme que inaugurou a oficina de cinema. Os filmes são divididos em duas sessões e exibidos aos pacientes, que os assistem e participam da posterior discussão voluntariamente. Como não se tem registro de uma experiência como esta, não havia normas pré-estabelecidas; aprende-se constantemente, e as regras foram baseadas, a princípio, no grupo operativo. Para avaliar o progresso do grupo, são feitas anotações dos diálogos. É admissível dizer que, depois de iniciada esta "terapia", os internos passaram a aderir melhor ao tratamento, a aceitar e aprender sobre sua doença e a do outro.

Palavras-chave: Psiquiatria; cinema; grupo operativo; identificação projetiva.

INTRODUÇÃO

A ideia de iniciar um projeto piloto - a Oficina de Cinema - nasceu de uma inquietação interna à medida que o trabalho com Grupos Operativos no CAPS I (Centro de Apoio Psicossocial) de São José do Rio Pardo, interior de São Paulo, pareceu estagnar. Seria uma nova possibilidade terapêutica como tantas oficinas terapêuticas usadas em Psiquiatria e Terapia Ocupacional.

Muitos questionamentos foram feitos, uma vez que os grupos operativos são a escolha em grupoterapia em Hospitais Psiquiátricos, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Dia Psiquiátricos e, agora, nos CAPS. A utilização dos grupos operativos é explicada por Pichon-Rivière:

“Assim sendo, os grupos de discussão e tarefa, nos quais se estruturam mecanismos de auto-regulação, são postos em funcionamento por um coordenador, cuja finalidade é obter, dentro do grupo, uma comunicação que se mantenha ativa, ou seja, criadora. (...) Nessas técnicas grupais, a função do coordenador, ou ‘copensor’ consiste essencialmente em criar manter e fomentar a comunicação, chegando esta, através do desenvolvimento progressivo, a tomar a forma de uma espiral, na qual coincidem didática, aprendizagem, comunicação e operatividade.” (2000, p. 125)

Conversando com a equipe multidisciplinar sobre esta inquietação e o desejo de utilizar algo novo que pudesse estimular os pacientes que, durante os grupos operativos acabavam por cair em lugares comuns, escolhendo assuntos a serem trabalhados de modo que, com o tempo restrito do grupo, não era possível um aprofundamento das questões mais importantes. Fazia parte da preocupação que o novo método de estímulo levasse em consideração a clientela assistida: pacientes neuróticos com poucos recursos de abstração (imaginava-se), pacientes psicóticos cronificados e quadros psicóticos agudos muito “floridos” (com muitas alucinações e delírios).

Uma das possibilidades pensadas foi o trabalho em grupo com contos de fadas e, antes que pudesse ser bem avaliada, surge um questionamento de um paciente se ele poderia assistir a um filme que lhe foi indicado, *Uma Mente Brilhante* (2001). Foi um momento interessante, em que identificou-se, na terapeuta, o medo de que este filme pudesse causar nesse paciente um efeito desestruturante. Ao mesmo tempo, surge a ideia de que poderia ser excelente se fosse possível discutir o filme assistindo-o no CAPS, diminuindo a possibilidade de que o paciente entrasse em crise sem assistência. A partir deste momento, abriu-se a possibilidade de algo novo, ou melhor, de um novo estímulo para o trabalho, não somente com este paciente que demonstrou desejo em conhecer o que ele imaginou ser a sua doença, mas com todos os pacientes que se encontravam ali semi-internados.

A utilização do cinema como ferramenta pedagógica nas escolas e instituições de ensino superior já é uma realidade. A Faculdade de Medicina da USP Ribeirão Preto, por exemplo, mantém um encontro

mensal com seus alunos da área de Psiquiatria e Neurociência a fim de, utilizando filmes que exemplifiquem transtornos mentais, promover o conhecimento e debate dos sintomas, comportamentos e peculiaridades inerentes a cada doença.

Assim, o presente trabalho utiliza o cinema como ferramenta, porém não pedagógica e, sim, terapêutica. Na bibliografia das áreas de psicologia e psiquiatria, não há registros de utilização da “terapia fílmica” com pacientes portadores de transtornos mentais. A identificação com os sintomas e comportamentos dos personagens dos filmes torna mais fácil, para o paciente, falar sobre seus problemas, projetando-os no outro, no personagem.

Não havia conhecimento sobre uma oficina deste tipo ou seus resultados, porém, a equipe do CAPS entendeu que poderia ser uma boa possibilidade; deu-se, então, início às regras, que foram criadas baseadas no que conhecemos sobre *setting* terapêutico (VINOGRADOV; YALOM, 1992).

Por se tratar de uma prática inovadora, é admissível dizer que, depois de iniciada esta terapia fílmica, foram alcançados os objetivos propostos, que são: promoção do conhecimento da doença mental e seus sintomas; melhor adesão ao tratamento; aceitação de sua doença e a do outro; entendimento da importância de se manter “controlado”; aprimoramento das condições de comunicação dos pacientes; trabalho de vínculos afetivos; promoção de socialização e liberdade de expressão.

METODOLOGIA

Como se trata de um método experimental para o qual não se encontrou bibliografia que descrevesse seus procedimentos e resultados esperados, optou-se, por aproximação, pela utilização dos procedimentos referentes à metodologia de estudo de caso, que é definida por Ponte (2006) como:

“É uma investigação que se assume como particularística, isto é, que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial, pelo menos em certos aspectos, procurando descobrir a que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenômeno de interesse. (...) Os estudos de caso não são exclusivos da educação. Pelo contrário, têm larga tradição noutros campos, como a Medicina, o Direito e a Economia.” (p.106)

Os propósitos dos estudos de caso são muitos e diversos. Podem configurar como trabalhos de investigação, ser, em sua essência, apenas exploratórios, servindo para obter informação sobre um objeto de interesse. Podem ser fundamentalmente descritivos, tendo como intuito descrever, ou seja, dizer “como é” o caso estudado. E, também, podem ser analíticos, problematizando o seu objeto de pesquisa, desenvolvendo ou criando uma nova teoria ou a confrontando com uma teoria já existente (YIN, 1984).

Como não se tem registro de uma experiência como esta, não havia normas pré-estabelecidas, só o receio de como os pacientes iriam reagir. O aprendizado é constante, e as regras colocaram-se naturalmente. Foram estipulados: o dia do grupo, segundas-feiras; o horário, às 9:30h; o tempo de exibição, meia hora de filme e meia hora de posterior discussão; a escolha do filme, sugestão dos próprios pacientes ou escolha da psiquiatra; e a participação, voluntária.

Para poder avaliar o progresso do grupo e dos pacientes individualmente, a terapeuta faz anotações, à mão, dos diálogos e pontos levantados nas discussões dos filmes, literalmente se possível. Assim, consegue coletar os pontos importantes das discussões realizadas após cada etapa dos filmes exibidos sem utilizar um aparelho de gravação, que poderia inibir os pacientes a falarem livremente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Oficina de Cinema se mantém como um método terapêutico semanal, no qual a clientela se compõe de pacientes semi-internados (portanto com rotatividade) e, para surpresa da equipe, alguns pacientes, mesmo tendo recebido alta, nunca deixaram de comparecer (desde 2008), tornando esta atividade como parte de sua rotina. O número de pacientes gira em torno de 16 por sessão.

Observa-se que os pacientes mais comprometidos pela doença têm dificuldades em se expressar durante as discussões, mas se mantêm muito atentos e não faltam, mostrando que têm algum ganho com os encontros. Os que apresentam melhora dos sintomas também surpreenderam, pois mostram cada vez mais compreensão dos transtornos vivenciados nos filmes, que antes não se acreditava que poderiam ter. Atualmente, alguns pacientes já conseguem “diagnosticar” os sintomas ou a doença que os personagens mostram e, muitas vezes, comparam-nas com as suas próprias experiências e sintomas, apresentados em determinados períodos de sua doença.

A cada dia mais pacientes mostram interesse em saber qual sua doença, como são exatamente seus sintomas e porque eles acontecem. Porém, ainda não há impedimento que alguns pacientes abandonem o uso dos medicamentos e voltem a agudizar; o detalhe, a diferença é que este ato fica mais consciente e pode-se, então, abordar mais claramente as escolhas pessoais e a responsabilidade que cada um necessita ter consigo para que realmente se tenha um controle dos sintomas, e com menos danos.

CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, pode-se concluir que um ponto importante a se destacar é que os pacientes hoje conversam abertamente sobre sintomas como alucinações e delírios e identificam em si como parte de sua doença, que se chama "psicose", "esquizofrenia", "transtorno bipolar" etc. Trata-se de uma diferença significativa pois, num momento anterior, não admitiam sequer que eram portadores de um transtorno mental.

É nítido observar uma diminuição gradativa dos preconceitos e do medo de frequentar o CAPS, "local onde são tratados loucos". É real o desejo de alguns de conhecerem mais profundamente seus sintomas, possibilitando sempre trabalhar a aceitação da doença e reduzir a manipulação e abandono dos medicamentos e do tratamento.

Através da identificação projetiva, os pacientes se veem nos personagens que vivenciam transtornos mentais, isto permite uma redução da resistência em abordar sintomas como alucinações. Por exemplo, pelo fato de estar "na tela", "são do outro" (personagem), portanto, é seguro explicitá-las no grupo. Com isto, o paciente traz a sua própria experiência para "o aqui e agora", momento em que poderá ser trabalhada.

É fato que esta oficina terapêutica não impediu que os pacientes abandonassem o uso do medicamento, mas é visto e discutido que este abandono tem como consequências "a crise" e uma nova internação (causa e efeito). Estes são dados de realidade muito importantes para os pacientes. Essa abordagem vem encurtando o caminho, que sempre fora longo, da reinserção dos mesmos no tratamento.

Finalizando, podemos afirmar que a oficina de cinema tem se mostrado um método terapêutico e pode ser considerada uma modalidade de grupoterapia. Após o uso dessa técnica, a adesão ao tratamento aumentou. Compartilhou-se experiências transformadoras que resultaram na identificação de uma melhora na qualidade de vida dos pacientes, na diminuição da desesperança no controle dos sintomas e aumento da crença de que existem novas alternativas de apoio e suporte emocional.

REFERÊNCIAS

BION, W.R. **Experiências com grupos: os fundamentos da Psicoterapia de Grupo**. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

Ponte, J. P. **Estudos de caso em educação matemática**. Bolema, n. 25, 2006, p.105-132. (Revista do Programa de Pós-Graduação em Educação Matemática do IGCE - Instituto de Geociências e Ciências Exatas, UNESP - Universidade Estadual Paulista, Rio Claro, Brasil).

VINOGRADOV, Sophia; YALOM, Irvin D. **Psicoterapia de grupo: um manual prático**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

YIN, R. **Case study research: Design and methods**. Newbury Park, CA: Sage, 1984.

MR 04: Família e Casal: O amor e seus dilemas

A DESORGANIZAÇÃO DOS VÍNCULOS FAMILIARES CONTEMPORÂNEOS E AS INTERVENÇÕES INSTITUCIONAIS POSSÍVEIS

Lazslo Antonio Ávila²⁸

Resumo

Palavras-chave: Vínculos; família; contemporaneidade; instituição

Introdução

O trabalho psicológico e de assistência e promoção social junto às famílias de condição socioeconômica desfavorecida é um grande desafio, tanto no Brasil quanto em todo o mundo, incluídos os países ditos centrais, com maior desenvolvimento. A pobreza no mundo inteiro ainda é um problema complexo, mal equacionado e mal enfrentado pelos governos e pelos mecanismos de regulação internacional.

Apesar da Organização das Nações Unidas haver proposto as 10 metas do milênio e dentre elas o combate a pobreza ser absolutamente priorizado, o fato é que os inúmeros fatores associados à pobreza ainda vitimam bilhões de pessoas. Desnutrição, alimentação inadequada e precária, más condições de saúde física, habitacional-sanitária e mental prevalecem.

O importante Relatório da Organização Mundial de Saúde denominado “A Interação Pobreza-Saúde: Velhos Problemas, Novas Perspectivas”, publicado em 2000, afirma:

“Cerca de 1,3 bilhões de pessoas no mundo vivem em extrema pobreza, sobrevivendo com menos de US\$ 1 por dia para todas suas necessidades. Estas pessoas têm pouco ou nenhum acesso aos serviços de saúde e educação e limitadas perspectivas de uma vida melhor. Eles estão distantes das decisões que afetam suas vidas diárias. Crescentemente eles são vítimas de crimes, conflitos e violência.” (p. 19)

Enfatizando a necessidade de políticas coordenadas internacionalmente, e um grande incremento nas verbas destinadas à erradicação da pobreza, o Relatório acerta ao concluir:

“A comunidade global deveria reconhecer que a boa saúde é um caminho para fora da pobreza. Resulta em um sentido de bem-estar e contribui em aumentar a produtividade social e econômica. O assunto de saúde e pobreza não é um item moral, é um assunto econômico também. É mais custo-efetivo a longo prazo reduzir a pobreza melhorando as intervenções promotoras de saúde e desenvolvimento para o pobre do que enfrentar os pesados custos da pobreza sobre a comunidade como um todo.” (p. 20).

Quando considerado globalmente, verifica-se que o problema da pobreza, aparentemente uma questão econômica, na verdade apresenta-se multi-dimensional. O pobre sofre mais doenças, tem pior educação, vive em condições de moradia e saneamento mais precárias, tem pior relação com o meio ambiente, sofre mais violências, e vive maior desagregação familiar e comunitária.

Nosso enfoque nesse trabalho irá se concentrar em um dos aspectos desse todo complexo: a questão da família, de seu papel na saúde mental de seus membros, e na necessidade de intervenções que contribuam primordialmente com o resgate da sua condição de sustentação física e emocional para seus participantes.

Começamos por duas citações precisas, de dois importantes teóricos: “A família é um modelo universal para o viver. Ela é a unidade de crescimento, de experiência; de sucesso e fracasso; ela é também a unidade da saúde e da doença.” (Nathan W. Ackerman), e

“A Família é provavelmente o mais importante elemento singular da estrutura social. Nela as crianças são socializadas, os ganhos distribuídos, e um amplo conjunto de relacionamentos dão a medida da proteção frente ao mundo externo.” (M. Anderson).

Em todo o mundo, mas especialmente no Brasil, as grandes migrações do campo para a cidade modificaram profundamente o perfil urbano, a habitabilidade e os padrões de convivência de grandes contingentes humanos. O Brasil até 1958 concentrava 75 % de sua população vivendo em áreas rurais ou

²⁸ Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica, NESME e SPAGESP. lazslo@famerp.br.

pequenas cidades. Já em 2010 85% de sua população de mais de 200 milhões de pessoas se concentra nas metrópoles e grandes núcleos urbanos.

Nas periferias das capitais e das principais cidades brasileiras prevalecem graves problemas socioeconômicos e sanitários, com a saúde, a educação e a segurança pública precários e os serviços ineficientes. Para as famílias a consequência imediata é a pobreza e os seguintes itens geralmente associados: alcoolismo, violência doméstica, uso de drogas ilícitas, abandono escolar, negligência no cuidado de crianças e jovens, etc...

A criança é a maior prejudicada nesse contexto. Para a atenção de suas múltiplas necessidades, o Estado brasileiro vem gradativamente assumindo suas responsabilidades e embora com inúmeras falhas e ineficiência, o SUS, Sistema Único de Saúde, o SUAS (Sistema de Assistência Social), e as políticas públicas da Educação, etc., vem propondo medidas e programas que visam a garantia e a universalização do acesso da população brasileiro aos seus direitos fundamentais.

Parte desse esforço são, na Saúde, os CAPS-i, e na Assistência Social, os CRAS e CREAS. É do seu trabalho, corajoso, necessário, mesmo imprescindível, e contudo, carregado de dilemas, que o presente trabalho trata.

Metodologia

O presente trabalho consiste na descrição das problemáticas enfrentadas pelas famílias e pelos profissionais de saúde mental que atuam em CAPS-I (Centros de Atenção Psicossocial à Infância e Adolescência) e nos CREAS (Centros de Referência Especializada de Assistência Social). Toma por base o trabalho desenvolvido pelo autor enquanto supervisor clínico-institucional desses equipamentos na cidade de São José do Rio Preto, SP. Utiliza a literatura psicanalítica, grupo-analítica e da sociologia crítica para analisar os fenômenos de decomposição e re-organização dos vínculos familiares na população atendida. O método utilizado nas intervenções é o grupo de reflexão, embasado na psicanálise das configurações vinculares.

Resultados e Discussão

As famílias que vivem nas periferias das grandes cidades brasileiras possuem, regra geral, a seguinte história, trajetória e consequências: provem do movimento migratório campo-cidade crescentemente intensificado a partir de meados do século passado, ou seja, sofrem um “desenraizamento” (Simone Weil, 1977) que as arrancou de um sólido contexto cultural para uma nova realidade urbana, prenhe de problemas, gerando frequentemente a “síndrome de migração” (Viana, 1978). Ao chegarem, em geral sem trabalho, ou mal remuneradas, sem grande qualificação profissional, baixo padrão educacional, e muitas vezes más condições de saúde, se defrontam com uma cidade despreparada para acolhê-las. Não há infraestrutura urbana adequada, não encontram terrenos regularizados, asfalto, iluminação, rede de água e esgoto, escolas e postos de saúde. A consequência é o afavelamento. Mesmo hoje, 2015, e mesmo nos estados mais ricos da federação, quando os migrantes chegam, a realidade básica é a mesma.

Muitas vezes já tem muitos filhos, ou diversos parentes, e as precárias moradias são inadequadas tanto em termos de segurança quanto de higiene, física e emocional. Os quartos não são divididos, os filhos ocupam os mesmos espaços que seus pais e mesmo pessoas que não são seus parentes. A exposição muito precoce à sexualidade as vulnerabiliza extremamente. Muitas vezes são abusadas, física e sexualmente. Quase sempre observam relações sexuais brutalizadas. O convívio com o alcoolismo é outro grave problema. Os adultos fazem uso excessivo de álcool, favorecendo a violência doméstica e os incestos. Crianças precocemente sexualizadas muito frequentemente se tornam mães no começo da adolescência, seus filhos nascem com baixo peso, mais expostos às doenças, e seu desenvolvimento cognitivo e emocional sofre prejuízos. Essas moças abandonam os estudos, trabalham em empregos de baixa qualificação e remuneração, e pela ausência de creches costumam deixar seus filhos com os avós e/ou cuidadores mal preparados, frequentemente seus filhos mais velhos. O abandono escolar é altíssimo, tanto pelos jovens quanto pelas crianças, apesar da legislação compulsória.

Outro gravíssimo problema contemporâneo é o uso e o tráfico das substâncias ilícitas, principalmente o crack. De baixo custo de produção e de efeitos nefastos ao organismo, o crack é uma droga altamente viciante, fácil de esconder, fácil de traficar e produtora de imensos lucros. O tráfico se disseminou no Brasil, e sua rede de distribuição se apoia amplamente nas classes pobres, muito embora seu consumo se dê em todas as classes sociais. Como na periferia o emprego é uma constante carência, e como os jovens desempregados e fora da escola frequentam basicamente a rua, na ausência de equipamentos sociais e esportivos, como quadras de esporte ou eventos culturais, essa população se vê atraída para o tráfico, que garante ganhos rápidos e elevados. Uma criança de menos de 10 anos de

idade, que se tornou “aviãozinho”, passa a ganhar tanto quanto seu pai, que recebe salário mínimo e ainda tem que pagar aluguel, escola, alimentação, etc... Como esse pai poderia manter autoridade e impor limites a esse filho? Logo a posse de armas torna esse jovem um elemento antissocial, o que será agravado ainda mais pelo despreparo policial. A associação perversa entre a pobreza, a marginalidade e uma polícia mal remunerada, mal equipada e exposta à corrupção gera um ciclo de violência que se auto-alimenta e se perpetua.

Em síntese, se tomarmos uma situação paradigmática, veremos uma criança que chega a um CAPS infantil com o seguinte *background*: é filha de uma mãe usuária frequente de crack e de um pai que se encontra preso devido a envolvimento com o tráfico. Vai muito mal na escola e já está alguns anos defasada. Tem comportamento violento, e tanto sofre *bullying* quanto o pratica ativamente. Já experimentou drogas e vem sendo tentada a iniciar-se no tráfico, devido a suas amizades e à “proteção” que recebe do “disciplina”, que é uma espécie de segurança do tráfico e garante uma certa organização da comunidade, ao mesmo tempo que acoberta as atividades ilícitas. Já viveu experiências sexuais e pode ter sido também seduzida para atividade de prostituição. Não tem grandes projetos de vida, mas quer acesso aos bens de consumo, tênis e roupas de marca, celulares e outros objetos desejáveis. Em sua família há grande desajuste e conflitos muito frequentes entre membros da família, agregados e vizinhos. Há violência por toda parte. O álcool e as festas são diversões que asseguram certo escape do cotidiano insuportável. A alegria e energia próprias da idade são dissipadas em aventuras perigosas como pequenos furtos. Talvez já tenha apanhado da polícia. Devido a difíceis experiências anteriores detesta os membros do Conselho Tutelar e dos órgãos da Assistência Social.

Como uma equipe multiprofissional de um órgão público lida com um caso assim?

Passemos então agora a uma descrição da supervisão clínico-institucional. Primeiro um esclarecimento: essa supervisão é uma atividade patrocinada pelo governo federal, que prevê no estatuto que regulamenta as atividades dos CAPS a contratação de um profissional externo, com habilitação para essa função, que deve auxiliar as equipes em sua auto-organização e no aprimoramento de suas ações junto à população e aos demais serviços prestados à comunidade.

A supervisão pode ser melhor compreendida se dividirmos os seus temas em três conjuntos principais, e os subdividirmos em sub-itens, que se entrelaçam e se imbricam na realidade cotidianamente vivida. Aqui, por razões expositivas, os exporemos um a um, mas deve-se ter em vista que parte da complexidade desse assunto é a ausência de fronteiras demarcadoras entre essas múltiplas questões.

Os três temas principais são: 1) a integração da equipe multi-profissional; 2) o “treinamento em serviço” e 3) a construção da “rede de equipamentos públicos”.

Um caso difícil e urgente como o acima citado desencadeia inúmeras reações numa equipe de trabalho. Imediatamente levantam-se sentimentos contraditórios e conflitivos, como compaixão e condenação, preconceito ou uma premente necessidade de auxiliar, críticas à família, à escola, aos outros equipamentos públicos das áreas da saúde e assistência, desacordo entre os colegas quanto à atuação, medo e vontade de modificar a realidade da criança, desânimo e impotência, fantasias de redenção e cura, e angústia generalizada. Ou seja, muitas vezes a equipe adoce.

Na supervisão, durante a discussão do caso, e recordando que neste momento estamos falando apenas do primeiro tema, a intervenção deve se dirigir ao aprofundamento das diferentes concepções e propostas de ação que os diversos membros da equipe têm frente ao caso. Inicialmente trata-se de buscar diluir e elucidar os conflitos inter-pares, internos à equipe. Então sucessivamente vão emergindo questões paralelas, como os conflitos com a hierarquia (chefia) do serviço e com a autoridade superior; os conflitos e imagens estereotipadas negativas frente às equipes de outros serviços; as dúvidas e ações contraditórias devido à formação técnico-profissional que muitas vezes foi deficitária; questões ideológicas muito profundas referentes à imagem que cada um tem da pobreza, do uso de drogas, da violência urbana, etc., e também a ideologia do “funcionário público”, que o caracteriza como ineficiente, burocratizado, inimigo do trabalho e indiferente aos sofrimentos da população, e que muitas vezes é incorporada pelo próprio funcionário público, descrente de sua tarefa e responsabilidade. Assim, na supervisão, muitas vezes o tema central é a ética do trabalho enquanto agente estatal, “braço” de um Estado representado de forma tão negativa. Nesse momento, a supervisão busca requalificá-los enquanto importantes agentes de mudança social e de diminuição de uma parcela dos sofrimentos das pessoas de condição desfavorecida.

2) O “treinamento em serviço”

Quanto a este item, é proposta da supervisão clínico-institucional contribuir para a elevação dos recursos intelectuais, técnico-metodológicos, e afetivo-comunicacionais da equipe. O supervisor ao discutir os casos, busca fornecer instrumental teórico e técnico para a qualificação da equipe, para

maior compreensão das diversas dimensões políticas, culturais, sociais e emocionais envolvidas no problema. Através de uma metodologia calcada nos grupos operativos (Pichon Riviere, 1976) e na psicanálise das configurações vinculares (Fernandes, Svartman, Fernandes, 2003) o supervisor organiza as discussões grupais e dirige o processo grupal tanto para o aprofundamento das discussões e a escolha das melhores estratégias de tratamento da criança, quanto para a qualidade das interações entre os profissionais componentes da equipe multi-profissional.

3) A construção da “rede de equipamentos públicos”

Em relação ao terceiro ponto, a supervisão procura contribuir para a lenta e imprescindível construção da denominada “Rede de serviços”. Trata-se da ideal articulação entre os diversos equipamentos públicos: a saúde, a educação, a segurança pública, a cultura, o esporte, etc.. É extremamente importante, nos casos complexos como o acima referido, que haja articulação das ações de todos os equipamentos que venham a ser acionados, tais como o CAPS, o posto de saúde, o CAPS-AD (Álcool e Drogas), o Conselho Tutelar, o CRAMI (Centro Regional de Atenção aos Maus-tratos na Infância), a Delegacia da Mulher, os CRAS e CREAS (serviços da Assistência Social), a Escola e a secretaria de Educação, os Conselhos Municipais dos Direitos dos Cidadãos, a Justiça, e todos os demais órgãos de garantia e promoção da cidadania.

Essa articulação e integração é muito problemática, pois é muito recente a iniciativa das reuniões inter-setoriais, e essas reuniões muitas vezes não conseguem atingir sequer seus objetivos mínimos. Os diferentes serviços não só se desconhecem, em suas ações e objetivos, como agem de forma contraditória e entram em atritos e em não encaminhamentos dos casos para os órgãos competentes (com e sem aspas). Há uma falta generalizada de informação e de articulação entre os serviços e quando as poucas reuniões integrativas fracassam, o resultado é uma decomposição da precária interconexão entre as equipes. Muitas vezes na supervisão o tema principal é o reforço do empenho em buscar articular ações do CAPS com a dos demais equipamentos da saúde, educação, assistência social e justiça. No horizonte permanece a ideal ação conjunta e responsável dos serviços públicos na progressiva elevação dos patamares de convivência comunitária e participação cidadã.

Conclusões

É obrigação do Estado brasileiro suprir as necessidades básicas de seus cidadãos e promover a sua saúde, bem-estar, desenvolvimento e condições de vida. O Estado tem seus mecanismos e instrumentos de atuação e dentre eles, constam atualmente os Centros de Atenção Psicossocial e os Centros de Referência em Assistência Social.

Esses equipamentos não são a solução dos gravíssimos problemas vividos nas famílias de condição sociocultural desfavorecida em nosso país. Mas são ferramentas importantes na enorme luta para fazer avançar a justiça social e os padrões de vida dos brasileiros. É apenas enfrentando as pesadas consequências da exclusão e da pobreza que poderemos vislumbrar um futuro digno desse nome.

Referências

- Anderson, M. - *Sociology of the Family*, NY: Penguin, 1980.
- Fernandes, W.; Svartman, B.; Fernandes, B. - *Grupos e configurações vinculares*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.
- Pichon-Rivière, E. - *El proceso grupal*. Buenos Aires: Paidós, 1977.
- Veil, S. - *A condição operária e outros estudos sobre a opressão*. Trad. de Therezinha G. G. Langlada. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.
- Viana, W. - *Síndrome de Migração. Fundamentos psicanalíticos, sociológicos e terapêuticos*. Campinas: Iprosam, 1978.
- The 10/90 Report on Health Research. Global Forum for Health Research, Geneve: World Health Organization, 1999, 2000.

A INFIDELIDADE NO CASAL

Magdalena Ramos²⁹

Resumo

O texto aborda a infidelidade no casal e o sofrimento que nele provoca; mostra que nesse momento há a facilidade para criar situações de infidelidade em virtude de relacionamentos que podem se estabelecer por meio da internet. Mediante um caso clínico apresenta-se o tipo de dinâmica criada quando ocorre a infidelidade assim como o obstáculo com o qual se defronta o analista no momento que pretende interferir na dita dinâmica. A história do casal em questão é brevemente relatada. Observa-se a influência que teve a própria história na construção do vínculo. São mencionados os acordos inconscientes que criaram a aliança. Também são esclarecidas as dificuldades que tinham, tanto a esposa quanto o marido, para criar novos acordos que podiam acompanhar a transformação do casal em família quando a dinâmica se complexa e é preciso cuidar de novas funções.

Palavras-chave: acordos inconscientes; casamento; vínculo; complexidade vincular.

Introdução

Abordar a infidelidade me interessa pela frequência com que aparece na clínica e pelo grau de sofrimento que provoca. Nesta época com a facilidade de relacionar-se pela internet, flertar é uma tentação, e pode transformar-se em uma situação perigosa capaz de ameaçar e desestruturar o relacionamento do casal. Se faz importante diferenciarmos a infidelidade do homem e da mulher.

O homem procura frequentemente uma melhor experiência sexual ou uma frequência de relação sexual maior da que pode ter com a sua esposa. A mulher procura encontrar amor e afeto. A diferença de gênero também se manifesta em relação ao comportamento que cada um tem quando descobre a infidelidade. O homem dificilmente consegue continuar casado com a mulher que o traiu. A mulher geralmente continua casada mas inferniza a vida do marido tornando-se controladora e ciumenta.

O trabalho desenvolve algumas considerações ligadas à situação edípica que propiciariam este comportamento.

Metodologia

Trabalho de análise em clínica de psicologia, com desenvolvimento de conceitos de vínculo, alheabilidade e situação edípica.

Resultados e Discussão

A infidelidade pode estar associada à busca de autoestima quando o homem não se sente valorizado pela mulher. Também quando está próximo dos quarenta anos e quer testar sua capacidade de conquista. A rotina no relacionamento pode levar o casal a buscar experiências novas especialmente quando há conflitos não cuidados no casamento. Durante a gravidez, quando a mulher redireciona seus interesses antes consagrados ao marido, às transformações do próprio corpo e ao filho que está gestando, muitos homens sentem-se postergados e lhes é intolerável não mais ser o centro de atenções de suas mulheres; por não conseguirem apropriar-se da gestação de um filho como um projeto conjunto.

²⁹ Psicóloga. Universidad Nacional de Buenos Aires, Argentina. Ex-professora do Núcleo Casal e Família da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo-SP. Supervisora de família no curso de Anorexia e Bulimia no Sedes Sapientiae, São Paulo-SP. Clínica de Psicologia na cidade de São Paulo - SP. Membro da Association Internacionale de Psychanalyse de Couple et de Famille, Paris-França. E-mail: magdaramos@uol.com.br.

Outro elemento facilitador da infidelidade aparece quando o casal apresenta uma dinâmica fechada e asfíxiante. Se o relacionamento é do tipo endogâmico, o casal não consegue criar um novo núcleo familiar. A relação extraconjugal pode ser uma tentativa de criar um vínculo exogâmico.

Jorge e Julia iniciam o tratamento em razão da infidelidade dele quando ela estava grávida do segundo filho. Como ocorre geralmente nestes casos, o casal não consegue sair da monotemática da infidelidade. O analista sente-se invasivo ao manifestar interesse por saber mais sobre o casal. A dupla se coloca nos sabidos lugares de culpado e vítima não permitindo a abertura de um espaço de reflexão. Cria-se uma dinâmica repetitiva e paralisante onde o processo analítico é muitas vezes quase impraticável. O casal não consegue sair do círculo no qual o culpado não tem direito de reagir nem de ocupar outro lugar além do de aceitar a culpa e a vítima, o de repetir exaustivamente a acusação. Este funcionamento dificulta o trabalho do analista porque a vítima se minora da relação e permanece excluída alimentando certo poder que segundo ela, a situação lhe concede. A partir deste lugar marca-se uma linha divisória entre quem é honesto e quem é desonesto. Com este poder a vítima permite-se denegrir e maltratar o culpado. O lugar de reflexão é tomado pelo da repetição. O trabalho do analista estaria centrado em proporcionar um continente para as angústias que a situação de crise provoca e tentar abrir um espaço no qual o casal possa se perguntar: “O que está acontecendo conosco?” Bem como: “O que se passava conosco antes da crise?”; quando o analista consegue ampliar o quadro e sair deste espaço paralisado a vítima pode assumir seu lugar atuante na relação e o conflito pode ser analisado dentro da dinâmica do próprio casal.

Uma das razões pela qual a traição se torna intolerável é o fato do terceiro desmascarar a ilusão de posse e pertencimento que cada um tem do outro, especialmente do corpo do outro. Berenstein (2004) considera que o ligâmen com um único parceiro é definitório de uma marca simbólica: a da preferência, da eleição privilegiada de um determinado eu entre outros. Nela podemos agregar a condição de fidelidade, que sustentada por acordos tácitos e explícitos, encarregando-se da garantia de pertencimento e de permanência. Estes pactos e acordos configuram um contrato entre os dois sujeitos.

Parto da ideia que a infidelidade não é causa e sim consequência de um conflito que ocorre dentro da dinâmica do casal, portanto, os dois estariam envolvidos na situação. Seria importante que por meio de um trabalho de reflexão o casal pudesse ocupar e transitar por outros espaços abandonando os lugares fixos de culpado e vítima. A infidelidade deve ser trabalhada a partir desta perspectiva.

Considerações Finais

Este casal não conseguiu construir o Nós. Não puderam construir a relação. Ele permaneceu casado com seu trabalho e seus ganhos e ela casada com seus filhos e a família. Não transitaram do objeto único ao objeto amoroso, ou seja, da fase de enamoramento na qual existe uma relação fusional para uma situação vincular de maior complexidade e acordos compartilhados.

Provavelmente Julia e Jorge aliaram-se com um pacto no qual Julia prometia cuidar e amparar a parte carente de Jorge e ele, em contrapartida, lhe oferecia proteção e sustento. Acordos estes que funcionaram antes da chegada dos filhos, momento em que a relação se complexa e muda o centro de interesse.

Referências

BERENSTEIN, Isidoro. *Devenir otro con otro(s): ajenidad, presencia, interferencia*. Buenos Aires: Paidós, 2004.

MR 05: Adolescência: o abismo das possibilidades (apud Sartre). Sala Monterey

PROMOÇÃO DE SAÚDE E PSICOLOGIA: uma experiência de grupos educacionais com adolescentes

Cláudia Alexandra Bolela Silveira³⁰

Ana Flávia Leandro³¹

Reivane Lopes Cassiano³²

RESUMO

A adolescência constitui uma etapa do desenvolvimento humano em que os jovens se encontram em condições de risco e muito vulneráveis. Em função das mudanças físicas, psíquicas e sociais peculiares a esta fase da vida os adolescentes vivem uma crise de identidade, buscam respostas entre os pares para várias perguntas sobre sexo, uso de drogas, relacionamentos. Diante deste contexto o Estágio de Processos Educacionais do Centro de Estágio e Pesquisa em Psicologia de uma universidade do interior do Estado de São Paulo por meio dos estagiários e supervisor realizou um trabalho voltado para a promoção de saúde com os adolescentes em uma escola pública. O projeto foi Prevenção e saúde na adolescência e abordou temas sobre auto estima, valores, bullying, drogas e sexo, realizado com as turmas de faixa etária entre 13 e 14 anos, encontros semanais de cinquenta minutos a partir de grupos operativos na própria escola. Foi possível verificar o envolvimento dos alunos nas discussões dos temas o que reafirma a importância de atividades em grupos com adolescentes que envolvam a promoção de saúde.

Palavras-chave: promoção de saúde; adolescência; grupos.

INTRODUÇÃO

O Brasil conta com 54 milhões de cidadãos entre 10 e 24 anos e o sistema de ensino brasileiro abriga aproximadamente 62% de adolescentes e jovens nesta faixa etária. Conforme apresentam as diretrizes para implementação do Projeto Saúde e Prevenção nas escolas, este dado representa 30,3% da população brasileira. (Brasil, 2008 A)

Os jovens, devido às próprias características do desenvolvimento encontram-se vulneráveis em determinadas situações e alguns fatores podem contribuir para ampliar ou reduzir os riscos em que estão expostos como questões socioeconômicas, culturais, política, biológica e psicológica.

Neste ínterim, surge uma demanda significativa de trabalho em promoção de saúde, visando o *empowerment* dos adolescentes em relação às situações de riscos que muitas vezes estes jovens se encontram no tocante à drogadição, sexualidade, valores e bullying.

O empowerment ou empoderamento constitui um dos núcleos filosóficos e uma estratégia importante do movimento de Promoção de Saúde (PS). Encontra-se presente no âmago de estratégias da PS e visa possibilitar ao indivíduo e coletivo uma aprendizagem que os faça capazes de viver a vida em suas distintas etapas e lidar com as limitações impostas por eventuais enfermidades. (CARVALHO E GASTALDO, 2008)

Em relação aos adolescentes e às temáticas que os envolvem, o empoderamento se refere à capacidade de viver e ter um poder consciente em relação a suas escolhas e consequências, que se torna possível por meios educacionais, esclarecimentos e informações.

Os limites cronológicos da adolescência são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) entre 10 e 19 anos (*adolescentes*) e pela Organização das Nações Unidas (ONU) entre 15 e 24 anos (*youth*), critério este usado principalmente para fins estatísticos e políticos. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, de 1990, considera criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e define a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade (artigo 2o), e, em casos excepcionais e quando disposto na lei, o estatuto é aplicável até os 21 anos de idade (artigos 121 e 142). O adolescente pode ter o voto opcional como eleitor e cidadão a partir dos 16 anos. O conceito de *menor* fica subentendido para os menores de 18 anos. (BRASIL, 1990)

³⁰ Universidade de Franca - Curso de Psicologia e Pedagogia, SPAGESP – membro.

³¹ Universidade de Franca – CEPP/Centro de Estágio e Pesquisa em Psicologia.

³² Universidade de Franca – CEPP/Centro de Estágio e Pesquisa em Psicologia.

A adolescência é o período entre a infância e a idade adulta, caracterizada por alterações no desenvolvimento biológico, psicológico e social. No biológico seu início é indicado pela aceleração rápida do crescimento e pelo início do desenvolvimento sexual; seu desenvolvimento psicológico a adolescência é sinalizado por uma aceleração do crescimento cognitivo e da formação de personalidade; socialmente, este é um período de preparação intensificada para o futuro papel de um jovem adulto. O início e a duração da adolescência são variáveis. O final da adolescência ocorre quando o adolescente recebe plenas prerrogativas de adulto. (PAPALIA, 2008)

Piaget (1976) trouxe que as mudanças na maneira de pensar entre os adolescentes sobre si mesmos, seus relacionamentos pessoais e a natureza da sua sociedade têm uma nova estrutura lógica, as operações formais, onde constrói teorias e realiza reflexões sobre seu pensamento. Para este autor o pensamento do adolescente liberta-se da experiência direta e as estruturas cognitivas da criança adquirem maturidade, desta forma a qualidade potencial do pensamento ou raciocínio adolescente atinge o máximo quando as operações formais encontram-se plenamente desenvolvidas. (PIAGET, 1976)

A adolescência vai delineando para o sujeito, uma identidade sexual, familiar e laboral, permitindo que ele venha a exercer determinados papéis dentro da sociedade. Esta identidade é a imagem que o sujeito tem de si, e ela permanece constante e reconhecível apesar das mudanças evolutivas e dos vários papéis sociais que venha a desempenhar. (BRASIL, 2008 B, p. 22)

Neste período de vida que os adolescentes se encontram é um momento propício para o início do uso de drogas, principalmente por ser uma fase de vida onde as confusões e conflitos acontecem com maior frequência, sendo, o consumo de bebidas alcoólicas e de maconha mais relacionado a esta fase do desenvolvimento.

As bebidas alcoólicas geralmente são as primeiras a serem consumidas e muitas vezes os adolescentes aprendem e iniciam o uso no próprio meio familiar, uma vez que, o consumo é muito comum, de fácil acesso e o fato de algum membro familiar consumir bebidas alcoólicas aumenta a chance do adolescente também consumir. (BRASIL, 2014)

Um aspecto também presente no meio adolescente consiste no Bullying, termo inglês que se refere aos comportamentos violentos e anti-sociais na escola, e a vontade constante de colocar outra pessoa sob tensão e intimidá-la física e emocionalmente. Este processo se dá na ambição do autor do bullying de assegurar sua dominação, numa violência simbólica, por meio de ações físicas, verbais e agressivas repetitivas e permanentes contra seus alvos.

Segundo Constantini (2004), o bullying é um fenômeno que expressa ideias de intimidação repetida, humilhação, agressão, ofensa, gozação, emprego de apelidos, assédio, perseguição, isolamento, discriminação, dominação, violência física e destruição dos pertences das vítimas deste fenômeno, que também envolve a diferença física e psicológica entre os pares, as ações negativas verbais ou físicas e a intenção deliberada de causar dor e sofrimento de forma repetitiva.

O objetivo do projeto foi oferecer um espaço de discussão e reflexão sobre os temas em questão realizando intervenções em promoção de saúde nas escolas com adolescentes.

METODOLOGIA

O trabalho consistiu na elaboração e execução de um projeto de intervenção grupal em uma Escola Pública do interior paulista de Ensino Fundamental voltado para a Promoção de Saúde e como uma vertente do Projeto Saúde e Prevenção nas escolas do Governo Federal.

O projeto foi realizado em 10 encontros semanais de 50 minutos cada, nas turmas de 7º e 8º anos, com aproximadamente 40 alunos em cada sala de aula. Os encontros aconteceram no formato de grupos operativos com foco na aprendizagem, sempre havia a proposta de uma tarefa voltada para o tema principal do encontro: drogas, sexualidade, gravidez, bullying e autoestima.

Um cronograma foi organizado em conjunto com a coordenadora da escola para que ao longo das semanas os encontros pudessem acontecer em horários diferentes para não prejudicar o andamento das disciplinas das turmas.

Os encontros aconteceram às segundas-feiras entre 13 e 17 horas, no período de agosto a novembro de 2013, com supervisões semanais dos encontros a partir do registro realizado pelas estagiárias por meio do diário de campo semanal.

A análise qualitativa dos dados foi realizada à luz da teoria dos vínculos, grupos operativos, com o foco na adolescência e as temáticas trabalhadas em cada encontro visando o empoderamento dos alunos por meio das informações e reflexões construídas no processo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todo trabalho em grupo se faz a partir do vínculo que se estabelece e a primeira etapa constitui no enquadramento (ZIMERMAN, 2000), que neste projeto foi realizado no primeiro encontro por meio do estabelecimento de um contrato com cada turma referente ao respeito mútuo, a organização para manifestação da fala de forma que todos pudessem ter a oportunidade de participar, as regras quanto à entrada e saída da sala durante as atividades para garantir um setting adequado para o grupo. Neste primeiro encontro também as estagiárias se apresentaram bem como os alunos.

O estabelecimento do vínculo foi um tanto quanto complexo uma vez que os alunos apresentavam dificuldades em se concentrarem nas atividades propostas, encaravam os encontros como uma oportunidade de não ter aula e indisciplinados, não se envolviam com as tarefas trazidas pelas estagiárias.

Neste encontro os alunos estavam muito agitados e encerramos nossas atividades esgotados; os alunos conversaram muito e mesmo chamando a atenção e ficando perto deles não mantinham o respeito sobre a atividade aplicada. Percebeu-se que a autoestima deles estava muito baixa e conseguiam se perceber como um tesouro raro. (Diário de campo, 28/8/13)

À medida que os encontros foram acontecendo o vínculo foi se fortalecendo entre os alunos e as estagiárias, as conversas paralelas entre os alunos diminuindo, eles passaram a se interessar pelos temas propostos, questionavam qual seria a atividade do encontro e dos próximos, traziam sugestões de assuntos relativos às temáticas. Havia uma oscilação entre o comportamento dos alunos, semanas mais produtivas e com maior interesse e semanas com pouca produtividade.

Pichon-Rivière (2012) escreveu que as relações vinculares internalizadas condizionarão as características de aprendizagem da realidade. À medida que a confrontação entre o âmbito do intersubjetivo e o âmbito do intra-sujeito seja dialética essa aprendizagem será facilitada ou obstaculizada.

Neste encontro percebemos o quanto os alunos repetem aquilo que veem na escola e em casa. As figuras que eles têm como referência, pai, professores foram representadas no role playing com muita autoridade e em algumas situações com fúria e descontentamento, inclusive as circunstâncias de repreensão e castigo. Neste encontro os alunos estavam interessados e participativos. (Diário de Campo, 09/8/13)

Foi possível observar neste encontro que o role-playing enquanto tarefa possibilitou o confronto do intersubjetivo com o intra-sujeito e a presença de uma ressonância grupal enquanto fenômeno, ou seja, os alunos puderam trazer à tona as situações vivenciadas com relação à autoridade e que viviam também ali no grupo em relação às estagiárias, o que provocou maior interação e interesse nas atividades propostas,

O encontro em que foi trabalhado o tema drogas, por ser um assunto muito recorrente no cotidiano dos alunos se tornou um tema instigante e o interesse possibilitou uma discussão e participação muito significativa dos alunos resultando num encontro bastante produtivo.

Como referido na introdução a adolescência constitui uma fase de risco e muito vulnerável, neste sentido foi possível verificar a importância de trabalhar o tema drogas no projeto e empoderar os alunos acerca do tema, suas consequências, para que por meio da informação e reflexão possam ter clareza de suas escolhas e caminhos a percorrer.

O filme *Aos treze* foi trabalhado com os alunos em um dos encontros e verificou-se um interesse muito grande dos alunos no filme, uma identificação intensa com a personagem principal, o que possibilitou uma ampla discussão e reflexão sobre todas as temáticas trabalhadas até então nos encontros grupais, havendo uma participação em massa dos alunos com suas opiniões e analisando o contexto em que a personagem vivia e os aspectos que favoreceram suas escolhas e consequências.

No encerramento do projeto percebemos que alguns alunos ficaram chateados com o fim dos encontros e seus questionamentos e insistência para continuarmos denotava a dificuldade de quebrar o vínculo que fora construído ao longo da realização deste trabalho. (Diário de Campo, 11/11/13)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste projeto possibilitou aos alunos/adolescentes refletirem sobre seu cotidiano, suas atitudes e comportamentos que muitas vezes os colocavam em risco, uma vez que se encontravam num momento vulnerável de sua vida e fase de desenvolvimento.

Os desafios de se trabalhar com esta faixa etária, com grupos grandes e todos os movimentos e oscilações que ocorreram trouxeram grandes contribuições na formação dos estagiários bem como dos adolescentes, que numa troca mútua puderam construir um vínculo por meio da intervenção grupal que os possibilitou se informar e refletir sobre as diversas temáticas com as quais convivem e precisam lidar constantemente visando a promoção de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal: um enfoque psicanalítico**. Trad. S. M. G. Ballve. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- BEE, Helen. **O ciclo vital**. Porto Alegre. Editora: Artes Médicas, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para implantação do projeto saúde e prevenção nas escolas. Brasília: Ministério da Saúde. 2008 A.
- _____. **Saúde do Adolescente: competências e habilidades**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: editora do Ministério da Saúde, 2008 B.
- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas**. 6 ed. Brasília: Ministério da Justiça, 2014.
- BRASIL. Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério da Justiça, 1990.
- CARVALHO, Sérgio Resende; GASTALDO, Denise. **Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2008, vol.13, suppl.2, pp. 2029-2040. ISSN 1413-8123.
- CONSTANTINI, Alessandro. **Bullying: como combatê-lo?** Tradução de Eugênio Vinci de Moraes. São Paulo: Itália Nova Editora, 2004.
- PAPALIA, D. E; OLDS, Sally Wendkos; FELDMAN, Ruth Duskin. **Desenvolvimento Humano**. 10 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- PIAGET, J.; INHELDER, B. **Da lógica da criança a lógica do adolescente**. São Paulo: Pioneira, 1976.
- PICHON RIVIÈRE, Enrique. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 2012.
- ZIMERMAN, David E. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.
-

MR 06: Atendendo famílias, alimentando vínculos**TEMAS TRAZIDOS POR FAMILIARES EM UM GRUPO DE APOIO PSICOLÓGICO NO CONTEXTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES: CONTRIBUIÇÕES PARA A ESTRUTURAÇÃO DO TRATAMENTO**

Lilian Regiane de Souza Costa³³; Carolina Leonidas³⁴; Manoel Antônio dos Santos³⁵

Resumo

A literatura sobre os Transtornos Alimentares (TAs) traz uma série de contribuições sobre o envolvimento da família com o desenvolvimento de sintomas alimentares, principalmente, em adolescentes do sexo feminino. Entretanto, são poucos os estudos que investigam estratégias interventivas que buscam potencializar a família enquanto rede de apoio ao familiar acometido por essas psicopatologias. Os poucos estudos sobre o assunto apontam que os grupos terapêuticos destinados aos familiares podem trazer resultados positivos para o tratamento de pacientes no contexto dos TAs. Considerando a escassez de pesquisas que investigam intervenções junto a familiares no contexto dos TAs, o presente estudo buscou analisar os temas trabalhados em um grupo de apoio psicológico destinado a familiares de pacientes que receberam o diagnóstico em questão. A intervenção em grupo de apoio psicológico para familiares faz parte do tratamento oferecido por um serviço especializado em TAs no interior do estado de São Paulo, no qual a participação do familiar é obrigatória em dias de retorno dos pacientes. Foram analisadas 10 sessões do grupo, transcritas de memória pelas coordenadoras logo após o encerramento de cada encontro. A partir da análise dos conteúdos trazidos pelos familiares, foi possível perceber que a maioria aborda dificuldades encontradas com a doença da filha, dentre elas: dúvidas sobre o que causa o TA, angústias relacionadas ao cuidado e sentimento de impotência. Porém, muitas vezes, principalmente nas falas das mães, foi possível perceber que tais conteúdos assumem a função de ocultar suas próprias vivências. Conforme as coordenadoras investigam, as mães trazem relatos de vivências muito sofridas, distanciamento emocional do marido e de suas próprias figuras parentais, insatisfação com a própria imagem e negligência no autocuidado. Os participantes, no geral, também levantaram outros temas que colaboram com a reflexão sobre as propostas terapêuticas destinadas aos familiares no contexto dos TAs, assim como esses dados também podem colaborar com a estruturação do tratamento dos pacientes com TAs como um todo.

Palavras-chave: Transtornos alimentares; relações familiares; grupo multifamiliar.

³³ Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP-CNPq). Membro do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - GRATA (HC-FMRP-USP). Bolsista de Mestrado da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP. E-mail: liliancosta@usp.br

³⁴ Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP-CNPq). Membro do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - GRATA (HC-FMRP-USP). Bolsista de Doutorado da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP: carol.leonidas@gmail.com

³⁵ Professor Associado 3 do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Líder do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP-CNPq). São Paulo. Membro do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - GRATA (HC-FMRP-USP). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq. E-mail: masantos@ffclrp.usp.br

Introdução

No âmbito dos Transtornos Alimentares, a família aparece associada aos fatores etiológicos desses quadros psicopatológicos. São famílias que enfrentam prejuízos na delimitação dos papéis entre os membros, o que colabora para que os filhos enfrentem prejuízos na constituição da própria individualidade (ANDRADE; SANTOS, 2009). Todavia, a família também aparece como a principal fonte de apoio social para o enfrentamentos dos sintomas alimentares (LEONIDAS; SANTOS, 2014). Nesse sentido, a inclusão da família no tratamento dessas psicopatologias torna-se essencial.

Dentre as possibilidades de inclusão da família no tratamento dos TAs, destaca-se a organização de grupos voltados ao acolhimento dos familiares, que podem assumir tanto um caráter psicoeducativo (espaço para receber informações e orientações sobre assuntos referentes ao transtorno e ao tratamento), como de apoio emocional (espaço de acolhimento e suporte emocional) (SOUZA; SANTOS, 2010).

Considerando a escassez de pesquisas que investigam intervenções junto a familiares no contexto dos TAs, o presente estudo buscou analisar os temas trabalhados em um grupo de apoio psicológico destinado a familiares de pacientes que receberam o diagnóstico de anorexia nervosa (AN) ou bulimia nervosa (BN).

Método

O presente estudo contou com a participação de familiares do grupo de apoio multifamiliar de pacientes com TAs, inserido como um dos dispositivos do tratamento oferecido pelo Grupo de Assistência aos Transtornos Alimentares (GRATA). O referido grupo é coordenado e co-coordenado por duas psicólogas; É aberto, de modo que cada sessão apresenta uma configuração diferente de pessoas e temas.

Tendo em vista os objetivos propostos para este estudo, foram analisadas 10 sessões desse grupo, sendo que cada encontro teve duração de aproximadamente 75 minutos. Participaram desses encontros grupais 20 mães, quatro pais e dois parceiros de pacientes que estavam frequentando o GRATA no período em questão.

Os dados coligidos foram submetidos à análise de conteúdo temática. A partir da análise foram encontradas três categorias principais, assim nomeadas: “Transtornos Alimentares”; “Dificuldades enfrentadas além dos transtornos alimentares” e “Sonhos e desejos”. A discussão será realizada a partir dessas categorias.

Resultado e Discussão

(1) *Transtornos Alimentares*

Principalmente no início dos encontros, os temas trazidos espontaneamente pelos familiares acompanhantes das pacientes tiveram como foco os TAs. Os participantes descreveram os sintomas dos filhos, fizeram questionamentos e expuseram sua indignação pelo fato de a filha não comer ou apresentar rituais de purgação. Com frequência, mostraram-se culpados pelo surgimento do problema na(o) filha(o).

Essa preocupação em falar sobre o assunto, de certa forma, era esperada, já que se tratava do motivo que os trouxeram até o grupo e que os unia. Porém, o modo como o assunto foi tratado e exposto no contexto grupal fez pensar nos papéis que a doença assumia dentro da dinâmica dessas famílias. Apesar das dúvidas sobre a doença, foi possível perceber que os participantes discorreram com bastante propriedade sobre os sintomas alimentares das filhas, como se esse fosse um terreno seguro e conhecido por eles. Nesse sentido, pode-se inferir que o TA aparece como um fenômeno que já faz parte do contexto familiar, assumindo muitas vezes a função de “encobrir” outras possíveis dificuldades enfrentadas por essas famílias ou pelo casal parental. A filha, então, recebe a posição de “doente”, enquanto a família se afasta do reconhecimento de que também pode fazer parte do sintoma (MIRANDA, 2010).

A grande ênfase dada ao sintoma alimentar também aponta para as dificuldades desses familiares em perceberem o filho adoecido além dos seus sintomas. As mães, com frequência, limitam a fala sobre suas filhas aos sintomas que elas apresentam. Com isso, pouco falam sobre as potencialidades e capacidades das filhas. Pode-se pensar que um dos motivos que leva à dificuldade de percepção das potencialidades ou mesmo do processo de desenvolvimento da filha pode despertar nessas mães a retomada de certos conflitos recalçados, que elas próprias possivelmente também enfrentaram na juventude.

Quando as coordenadoras, de modo cuidadoso e protegido, investigavam sobre os conflitos enfrentados pelos familiares nas suas próprias vivências, eles se apresentavam extremamente resistentes em falar sobre essa questão. Porém, com a maior aproximação conferida pelo incremento do vínculo, eles começaram a expor no contexto grupal outras dificuldades vivenciadas pela família, que iam além dos TAs. Isso ficará mais claro na próxima categoria temática.

(2) Dificuldades enfrentadas para além dos transtornos alimentares

Diante da abertura para a possibilidade de também exporem seus sofrimentos, os familiares conseguiram discorrer sobre outros conflitos que iam além dos TAs, embora muitos deles perpassassem pelos sintomas alimentados pelas filhas.

Como a maioria do grupo era composta por mãe, dentre esses outros conflitos destacam-se queixas (trazidas por elas) relacionadas aos seus parceiros amorosos. As casadas referiram distanciamento do parceiro e o desejo que ele se aproximasse para, por exemplo, colaborar com os cuidados das filhas. Já as divorciadas destacaram episódios de traição do ex-marido, além das dificuldades latentes de se despedirem e elaborarem os afetos despertados por esses relacionamentos interrompidos.

Com o aprofundamento nas próprias angústias, além da culpabilização dos parceiros, algumas mães também começaram a refletir sobre as próprias responsabilidades para o surgimento dos conflitos que a afligiam. Elas relataram o fato de muitas vezes se ocuparem intensamente com os cuidados dos filhos e ficarem sem tempo, inclusive, para se dedicarem ao relacionamento com os outros membros da casa e cuidarem da própria saúde. Esses dados refletem o aspecto psicodinâmico já apontado pela literatura, que é a confusão de papéis entre mãe e filha, em que a mãe projeta na filha suas próprias angústias e necessidade de cuidado, dificultando que a filha desenvolva, adquira autonomia e consiga ampliar seus investimentos libidinais além do âmbito familiar (ANDRADE; SANTOS, 2009).

Apesar de algumas mães conseguirem se aproximar das angústias vivenciadas por elas próprias, foi possível notar que muitas apresentaram dificuldades intensas em se engajar nesse movimento. O transtorno alimentar das filhas prosseguiu como um tema recorrente na fala das mães, o que aponta para um vazio intenso nas vivências afetivas dessas mães.

(3) Sonhos e desejos

Conforme as mães iam se aproximando dos conflitos experienciados por elas próprias, que se refletiam na dinâmica da família como um todo e respingavam nos sintomas alimentares da filha, apesar de muitas se ainda continuarem pouco permissivas em relação à mudança, outras puderam demonstrar o desejo intenso de experimentarem novas formas de vivenciarem seus afetos. Foi possível perceber esse movimento, por exemplo, quando as participantes falaram sobre o desejo de ter sua “casa própria”, de cuidar da sua própria saúde, de sair com o marido ou de viajar a passeio.

Supõe-se que esses novos olhares sobre os conflitos enfrentados pela família surgiram com o apoio encontrado no grupo, devido, principalmente, ao contexto de cuidado e às trocas de experiências e estratégias de enfrentamento que o grupo promoveu. Em suas falas, as mães valorizaram esse ambiente, apesar de que, no grupo, elas entravam em contato com muito daquilo que elas evitavam intensamente.

Considerações Finais

A partir dos dados coligidos, foi possível perceber que a família como um todo se relaciona com os sintomas alimentares das filhas. Os relatos do grupo confirmaram a necessidade de propor estratégias que incluam a família no tratamento, inclusive pais e parceiros, que acabam permanecendo afastados desse cenário familiar. Supõe-se que a presença desses outros membros da família possa colaborar para o enfrentamento das dificuldades enfrentadas.

Os dados sugerem que, apesar dos familiares já compreenderem sobre os aspectos clínicos dos TAs, eles demonstraram o desejo de compreender os sentidos que esses quadros ganharam dentro da

dinâmica familiar. A partir desse movimento, é possível notar que o grupo colaborou com o início do desenvolvimento de uma ressignificação do problema da filha.

Referências

ANDRADE, T. F.; SANTOS, M. A. A experiência corporal de um adolescente com transtorno alimentar. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, v. 12, n. 3, 454-468, 2009.

LEONIDAS, C.; SANTOS, M. A. Social support networks and eating disorders: an integrative review of the literature. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v. 10, n. 1, 915-927, 2014.

MIRANDA, M. R. A representação simbólica nas perturbações alimentares à luz da complexidade da relação mãe-filha. In: A. P. Gonzaga, & C. Weinberg (Orgs.), **Psicanálise de transtornos alimentares**. São Paulo: Primavera Editorial, 2010.

SOUZA, L. V.; SANTOS, M. A. A participação da família no tratamento dos transtornos alimentares. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 2, 285-294, 2010.

O GRUPO FAMILIAR DE MULHERES COM ANOREXIA NERVOSA: UMA PERSPECTIVA WINNICOTTIANA

Lilian Regiane de Souza Costa³⁶; Élide Dezoti Valdanha³⁷; Manoel Antônio dos Santos³⁸

Resumo

No tratamento dos Transtornos Alimentares (TAs) a participação familiar é considerada peça-chave. Estudos mostram que a família como um todo necessita de suporte psicológico durante a travessia do TA de suas filhas. Contudo, antes de propor intervenções, é preciso investigar quem são essas famílias e quais são suas necessidades de cuidado. Também é necessário examinar o modo como as pacientes com TAs internalizam as figuras parentais e as relações fraternas. Com intuito de ampliar o conhecimento sobre as configurações familiares de mulheres com TAs, o presente estudo buscou investigar a representação psíquica do grupo familiar de mulheres jovens que receberam diagnóstico de Anorexia Nervosa, a partir da perspectiva dessas pacientes. Participaram quatro mulheres em tratamento em um serviço especializado para TAs. Os instrumentos utilizados foram roteiro de entrevista semiestruturada e a quarta unidade de produção do Desenho de Família com Estórias (DF-E). O referencial teórico psicodinâmico foi utilizado para interpretar os dados obtidos. Todas as participantes eram filhas eram solteiras e residiam com pai, mãe e irmãos. Os dados indicam que elas se identificam com a figura materna, porém evidenciaram o temor de crescerem e se tornarem “infelizes”, como acreditavam ser suas mães. Em decorrência dessa ambivalência afetiva, também evitavam os conteúdos associados ao feminino. Em relação à figura paterna, as filhas ora demonstraram admirar aspectos associadas ao masculino, ora se mostraram insatisfeitas devido ao estilo autoritário e ao distanciamento afetivo da parte do pai. Na relação com os irmãos, as participantes evidenciaram sentimentos invejosos, mas também uma relação de cuidado e preocupação em relação a eles. As figuras familiares foram representadas graficamente próximas umas às outras, porém sem interação. Observou-se uma aparente união familiar que, no entanto, não é fruto de experiências satisfatórias de trocas afetivas, mas resultado do investimento dos poucos recursos afetivos disponíveis. Esses dados sugerem que as relações familiares são percebidas como frágeis e não confiáveis, e que o casal parental é introjetado de forma ambivalente pelas pacientes com AN.

Palavras-chave: Anorexia Nervosa; transtornos alimentares; relações familiares.

³⁶ Professora Substituta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, UFTM. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP-CNPq). Membro do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - GRATA (HC-FMRP-USP). Email: liliancostapsico@gmail.com

³⁷ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Membro do Núcleo de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP-CNPq). Membro do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - GRATA (HC-FMRP-USP). Bolsista de Mestrado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES. E-mail: elide_dezoti@hotmail.com

³⁸ Professor Associado 3 do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Coordenador do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP-CNPq). São Paulo. Membro do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - GRATA (HC-FMRP-USP). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq Nível 1B. E-mail: masantos@ffclrp.usp.br

Introdução

Transtornos Alimentares (TAs) são psicopatologias que começaram a ganhar destaque com a exarcebação de estereótipos culturais que valorizam medidas antropométricas reduzidas, o culto ao corpo esbelto e à beleza física (VALDANHA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013). Na visão de Fernandes (2006), os TAs retratam as relações que o indivíduo estabelece não somente com a comida, mas com o mundo ao seu redor. Pacientes com AN enfrentam oscilações entre sentimentos de abandono e de transbordamento. Tendem a ter um pensamento concreto e, devido à insuficiência da capacidade simbólica, parecem estar sempre na iminência de um colapso psíquico. A recusa em se alimentar funciona como uma via defensiva de enfrentamento dessas oscilações, ou seja, assume papel de proteção do *self* contra o alimento/outro sentido como nocivo e tóxico (BUENO, 2009; FAVA; PERES, 2011).

A família, no contexto dos TAs, com frequência aparece associada aos fatores etiológicos do transtorno. A literatura indica que a dinâmica das famílias dos indivíduos acometidos pelos TAs apresenta padrão de funcionamento característico, que pode colaborar com o surgimento e manutenção dos sintomas alimentares no indivíduo acometido. Dentre as características dessas famílias destaca-se: dificuldade de estabelecimento de limites entre os membros, o que facilita a confusão entre os papéis que cada um assume dentro da dinâmica familiar. Isso prejudica a constituição da identidade ao longo do processo de individuação-separação, assim como a preservação da individualidade de todos os membros (OLIVEIRA; SANTOS, 2006). A indiferenciação de fronteiras se reflete na mistura de papéis, fazendo como que muitas vezes os filhos assumam posição que deveria ser ocupada pelos pais.

A investigação da família, enquanto grupo primário no qual são estabelecidas as bases das relações humanas, torna-se imprescindível para o tratamento de psicopatologias que geralmente eclodem na transição adolescente e que envolvem graves prejuízos nos relacionamentos interpessoais, como é o caso dos Transtornos Alimentares (LEONIDAS; SANTOS, 2014). Com o intuito de colaborar com essa discussão, o presente estudo teve por objetivo investigar a representação psíquica do grupo familiar de mulheres jovens que receberam diagnóstico de AN.

Método

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, fundamentado no referencial teórico psicanalítico. Participaram quatro mulheres que receberam diagnóstico de Anorexia Nervosa e que estavam em tratamento em um serviço especializado de um hospital universitário do interior do Estado de São Paulo. O estudo respeitou as diretrizes éticas da pesquisa que envolve seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição a qual os pesquisadores estavam vinculados, protocolo nº CAEE 01624412.2.0000.5407.

Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados: um roteiro de entrevista semiestruturada e a quarta unidade de produção do Procedimento de Desenhos de Família com Estórias (DF-E), na qual é solicitado que o participante realize o desenho da sua própria família, em seguida conte uma história sobre ele e, por último, dê um título à sua produção. O material obtido com a aplicação do DF-E foi submetido ao método de livre inspeção do material proposto por Trinca (2013). O referencial teórico utilizado para a interpretação dos dados foi psicodinâmico.

Resultados e Discussão

As participantes evidenciaram a introjeção de uma família que, apesar de ter os membros próximos uns dos outros, a expressão afetiva entre eles aparece extremamente limitada. Pode-se inferir que essa dificuldade de expressão emocional, ao mesmo tempo em que não colabora para uma maior proximidade que propiciaria a partilha de experiências genuínas, também dificulta a diferenciação e o desenvolvimento da individualidade. É por meio das trocas de experiências afetivas que o indivíduo consegue constituir sua própria individualidade (WINNICOTT, 1983). Por não encontrar o suporte no

ambiente familiar que as encorajem a expandirem seus horizontes e a buscarem novas experiências, as filhas, praticamente, mantêm-se “presas” à família de origem.

No que se refere à figura materna, os dados também corroboram o que é apontado pelos estudos da área. O material clínico coligido sugere as dificuldades dessas filhas de se diferenciarem das mães e de delimitarem as fronteiras de sua própria identidade. Desse modo, foi possível observar uma identificação intensa e patológica com a figura materna, levando à fusão e confusão de limites e papéis. Por outro lado, as participantes deram indícios de temerem essa aproximação excessiva em relação à figura materna. Pode-se perceber que elas desejavam ser diferentes das mães, mas também não conseguiam expressar qual eram seus próprios desejos. Com isso, para poderem falar de si, elas ainda precisavam falar da mãe, mesmo que para dizer o que elas não desejavam.

Em relação à figura paterna, os dados foram bastante diferenciados. As participantes/filhas ora apresentam intensa admiração, demonstrando, inclusive, uma visão idealizada em relação ao pai, ora se mostram intensamente insatisfeitas, principalmente no que se refere ao distanciamento percebido da figura paterna ou pelo o excesso de autoritarismo que impede que o pai conheça suas reais necessidades.

A partir da perspectiva das filhas, é possível falar de uma família que sofre e que tem poucos recursos evoluídos para sustentar o crescimento dos filhos. Nessa dinâmica familiar a transição para a vida adulta fica comprometida. As participantes conseguiram traduzir, principalmente no material projetivo, a intensidade desse sofrimento. São aspectos notórios no material obtido os sentimentos de insatisfação e vazio que sentem por não conseguirem encontrar, no ambiente familiar, suporte para construção do seu próprio *self*. Dessa maneira, na perspectiva das filhas, reitera-se o empobrecimento da vida afetiva que marca as relações familiares.

Considerações Finais

Diante dos dados apresentados, percebe-se a necessidade de que o tratamento ofereça suporte não somente ao membro acometido pelo TA, mas acolha a família como um todo, já que foi possível notar que toda a família está envolvida na dinâmica de restrição das trocas afetivas tão marcante nessas psicopatologias.

Este estudo tem algumas limitações, visto que foi analisada apenas a perspectiva das filhas. Nesse sentido, são necessários novos estudos que se dediquem a investigar a perspectiva dos outros membros da família, como pais, irmãos e maridos.

Referências

- BUENO, D. S. Melanie Klein é freudiana. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 7, n. 4, 263-268, 2004.
- FAVA, M. V.; PERES, R. S. Do vazio mental ao vazio corporal: um olhar psicanalítico sobre as comunidades virtuais pró-anorexia. *Paidéia*, v. 21, n. 50, 353-361, 2011.
- FERNANDES, M. H. *Transtornos alimentares: anorexia e bulimia*. São Paulo: Casa do Psicólogo, (2006).
- LEONIDAS, C.; SANTOS, M. A. Social support networks and eating disorders: an integrative review of the literature. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, v. 10, n. 1, 915-927, 2014.
- OLIVEIRA, E. A.; SANTOS, M. A. Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do Psicodiagnóstico. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, 353-360, 2006.
- TRINCA, W. Apresentação do Procedimento de Desenhos de Família com Estórias. In W. Trinca (Org.). *Formas compreensivas de investigação psicológica* (pp. 249-276). São Paulo: Vetor, 2013.
- WINNICOTT, D. W. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

MR 08: O contexto médico e a Saúde Mental

IMPOTÊNCIA SEXUAL NA VISÃO PSICANÁLITICA

Elissa de Matos Bianchini³⁹; Miguel Loverdi Oliveira⁴⁰; Alexandre dos Santos⁴¹.

Resumo

A impotência sexual atinge cerca de metade dos homens após 40 anos. A prevalência mundial de disfunção erétil era de 152 milhões em 1995 e há uma estimativa de aumento para 322 milhões em 2025. O que talvez não se saiba são os motivos que desencadeiam tal patologia. Grande parte dos homens pode apresentar problemas temporários de ereção em alguns momentos de suas vidas, devido ao estresse e outros problemas psicológicos; isto não significa que tal problema venha a se tornar uma condição crônica. Também é importante salientar que a mente exerce um efeito poderoso e um homem pode sabotar suas ereções apenas em se preocupar com a sua capacidade de desempenho. O sintoma é um sinal e um substituto de uma satisfação instintual que permaneceu em estado jacente; é uma condição de um processo de recalque. Enfim a psicanálise identifica alguns fatores que podem ser predisponentes da disfunção erétil tais como: a não dissolução do complexo de Édipo, fixação incestuosa na infância e temor à castração. Sendo assim, o objetivo desta pesquisa é investigar as causas da impotência sexual na vertente psicanalítica. A metodologia utilizada foi o delineamento bibliográfico e descritivo.

Palavra-Chave: Psicanálise; Impotência Sexual; Universo Masculino.

Introdução

Os Institutos Nacionais de Saúde definem disfunção erétil (DE) como a inaptidão consistente de ter e/ou manter uma ereção satisfatória para que se atinja um desempenho sexual (ELLSWORTH, 2003).

Para Berg (2000), a ereção é uma resposta do pênis aos estímulos, tais como: uma imagem, lembranças, sons ou a manipulação direta dos órgãos genitais. Diferentes estímulos desencadeiam diferentes modos de ereção.

Segundo um estudo realizado na Inglaterra, publicado pela Pfizer alguns dos fatores predisponentes e etiológicos na disfunção erétil psicogênica são: alguns tipos de personalidade mais propensos à disfunção erétil do que outros; formações culturais e religiosas rígidas podem levar à repressão da sexualidade associada com sentimentos de culpa; falha na educação sexual que pode gerar expectativas fantasiosas no homem e na parceira; problemas psicodinâmicos familiares, tais como excesso de afeto e conflitos edipianos; etc. (FRANÇA, 2001).

É certo que as diversas variações do desejo exercem explicitamente um papel que altera as funções dos órgãos sexuais, é esse excesso de conteúdos explícitos que por vezes atrapalha na focalização do sintoma e o seu verdadeiro significado (GRASSI, 2004).

A preocupação constante com o tamanho do pênis já pode caracterizar uma inibição que prejudica a prática sexual saudável. Essa visão ruim criada da própria auto-imagem, traumatiza o indivíduo, uma situação que é imprimida por informações e conceitos errôneos da mais tenra infância. (BERG, 2000). Além disso Ellsworth (2003), afirma que é importante lembrar, que a mente exerce um efeito poderoso, e um homem pode sabotar suas ereções apenas em se preocupar com sua capacidade de desempenho”

De fato a liberdade sexual vivida neste século é tamanha que acabou construindo grilhões imaginários nas interações heterossexuais, dentre eles destaca-se a necessidade, sentida pelo homem, de ter que dar provas de sua virilidade desde os primeiros encontros com a mulher (FRANÇA, 2001).

³⁹ Aluna do curso de Psicologia da Fundação de Educação e Cultura de Santa Fé do Sul - SP (FUNEC). E-mail: issbianchini@hotmail.com

⁴⁰ Aluno do curso de Psicologia da FUNEC. E-mail: miguel.filth@hotmail.com

⁴¹ Professor Titular Universitário do curso de Psicologia da FUNEC. E-mail: alepsicologo@yahoo.com.br

Nas últimas décadas as noções de homem e mulher têm sido repensadas e uma das consequências disso é que o lugar do homem não se sustenta mais, tudo isso é cultural e tem provocado uma crise da masculinidade.

O declínio da referência paterna na cultura introduz novas pautas de organização simbólica que colocam em xeque as formas tradicionais de estruturação e denunciam seu caráter contingente: constata-se, com sofrimento e surpresa, que “tudo que é sólido, desmancha no ar”. A âncora edipiana de nossa ordem simbólica mostrava-se vulnerável e sem capacidade de garantir de uma vez por todas a estabilidade de nosso mundo simbólico, de nossas ilusões identitárias e de nossa maneira de inscrevermos subjetiva e culturalmente o corpo, o gozo e a morte (GRASSI, 2004, p.13).

Ao longo de milhares de anos, padrões e regras de comportamento foram estabelecidos. Ao passar do tempo, o sexo ocupou o seu espaço variando entre extremos, foi exaltado como objeto de fertilidade e padrão social e também foi condenado como símbolo do pecado. A raça humana transformou uma simples ação biológica (o ato sexual em si), em uma das maiores fontes de conflitos emocionais (BERG, 2000).

A Psicanálise, por se tratar de uma área da Psicologia que atua mais sobre conteúdos inconscientes do indivíduo, retrata-os como os reais causadores de distúrbios e disfunções patológicas, isso também se aplica a impotência, pois o sintoma aparece como secundário, como uma válvula de escape para uma desordem de origem psíquica que afeta a função erétil.

Sendo assim Freud (1926) afirma que as neuroses exercem sua função defensiva para modificar a representação do episódio traumático em um conteúdo enfraquecido, orientando-o para outras funções.

De qualquer forma, o fator psicológico independente da etiologia, exerce um papel crucial no âmbito clínico. (GRASSI, 2004).

Para a psicanálise, essa busca “casuística”, obsessiva do movimento externo que coloca de fora, que explica tudo, leva o sujeito ao escravizamento em convicções que o alienam de sua dor, sancionando-lhe o desconhecimento de sua própria realidade, ou seja, aquela que sustenta seu sintoma por esse lhe constituir enquanto desejante (GRASSI, 2004, p.19).

Sendo assim, o objetivo desta pesquisa é investigar as causas da impotência sexual na vertente psicanalítica.

Metodologia

Delineamento bibliográfico e descritivo.

Discussões

De acordo com os autores citados acima, houve concordância nos aspectos sobre a DE, no que diz respeito ao que impede o homem de alcançar uma elaboração plena a ponto de permitir excitar-se de modo a efetuar a intromissão peniana e manter relações com uma mulher. Pode ocorrer uma fixação incestuosa não elaborada, criada por alguma figura feminina que culminou no desenvolvimento de conteúdos repugnantes em relação ao órgão sexual, fator que impede ou dificulta a ereção. Além disso, parece haver um temor intensificado da castração do pênis, que atua como um inibidor de ereção por suscitar medo. Independente dos fatores envolvidos em cada caso, a grande parte se desenvolve na infância como relatado pelos autores e o ápice da questão é saber encaixar os fragmentos corretos para alcançar a raiz do problema.

Considerações Finais

A área psicanalítica possui contribuições relevantes ao campo científico destinado ao tema, que é percebido como um tabu social no universo masculino. Além disso a Psicanálise, tem atuado mais sobre conteúdos inconscientes, relacionando-os a disfunções e distúrbios patológicos como é o caso da DE.

Referências

- BERG, O. L. D. **Afinal o que é disfunção erétil?** Verdades e mentiras sobre a impotência sexual. Rio de Janeiro: Dunya, 2000.
- ELLSWORTH, P. **Tudo Sobre Disfunção Erétil.** São Paulo: Andrei, 2003.
- FRANÇA, C. P. **Ejaculação Precoce e Disfunção Erétil: Uma abordagem Psicanalítica.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- FREUD, S. **As neuroses da defesa. (1894)**In Edição Standart Brasileira das obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol.III. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- FREUD, S. **Inibição, Sintoma e Ansiedade (1926)** In: Ed. Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XX. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1986.
- GRASSI, M. V. F. C. **Psicopatologia e Disfunção Erétil: a clínica psicanalítica do impotente.** São Paulo: Escuta, 2004.
- KARDOUS, P. **Impotência Sexual: o real, o simbólico e o imaginário.** 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.
-

MR 09: Os grupos e o mundo do trabalho

REFLEXÕES SOBRE O GRUPO NOS CONTEXTOS RELATIVOS AO TRABALHO

Juan Adolfo Brandt⁴²

Resumo

Proposição de debate a respeito das possibilidades e potencialidades do processo grupal no âmbito do trabalho organizado, considerando as limitações e os imperativos relativos a questões de poder, desejo e ideais bem como os impactos sobre a saúde mental e o bem-estar psíquico. Nesse sentido, são feitas considerações sobre método e técnica, além de éticas, estabelecendo-se como marco da intervenção, não o trabalho em si, mas sim as relações de trabalho contempladas no método clínico que se desloca para o espaço social.

Palavras-chave: Relações de Trabalho. Grupo. Clínica do trabalho. Formação do psicólogo.

Introdução

O presente trabalho decorre de reflexões propiciadas por variadas oportunidades que a profissão de psicanalista e professor de psicologia e psicanálise concedeu-nos para o reconhecimento do sofrimento no trabalho e decorrente deste. Também da crítica dos modos de atuação da psicologia organizacional e do trabalho bem como do campo de gestão de recursos humanos, gestão de pessoas, capital humano e outras formas de nomear as práticas que usam a psicologia como instrumento de manipulação da subjetividade.

A partir de revisão literária confrontada a evidências colocadas por estudantes, estagiários, participantes de grupos Balint e pacientes, foi possível reconhecer de modo aprofundado quais são as bases que sustentam o uso perverso da psicologia nas questões relativas ao trabalho e fundamentam a formação enviesada das gerações de psicólogos organizacionais e do trabalho. Desde esse reconhecimento tornou-se possível estabelecer premissas que abrem o campo para uma psicologia que faz o encontro entre a clínica e o âmbito social do trabalho, a psicologia das relações de trabalho, que não se confunde com a psicologia organizacional e do trabalho.

São visitadas as obras de autores que fazem a crítica do que aí está em termos de psicologia organizacional e do trabalho, debate esse que se consolida na obra *Fundamentos da Psicologia das Relações de Trabalho*, organizada por Juan Adolfo Brandt, Maria Inês Assumpção Fernandes e Roberto Heloani, com a colaboração de Ione Vasques-Menezes e Eduardo Pinto e Silva.

Surge uma questão central: Quem é o profissional que irá responder por essa *psicologia* e como formá-lo e instrumentalizá-lo para cumprir essa missão? Isto porque o campo das relações humanas seria privilegiadamente aquele do encontro intersubjetivo.

O objetivo é promover junto aos profissionais da psicologia um despertar para um novo campo na psicologia, denominado psicologia das relações de trabalho, em que a clínica pode manter o enquadre do encontro individual, mas recebe preponderantemente o enquadre relativo ao grupo e o escopo de sua atuação consiste na análise das questões que envolvem a relação entre sujeito, trabalho, intersubjetividade e submissão ao campo organizacional, tendo como propósito a saúde mental e o bem-estar psíquico quando o sujeito interage com e no ambiente laboral.

Metodologia

Revisão literária de autores que realizam a crítica dos modos de gestão nos sistemas organizados do trabalho, bem como dos autores que levantam a proposta de implementação de um novo campo

⁴² Instituto Psicanálise Brasília – IPB; International Federation of Psychoanalytic Societies - IFPS. Centro Universitário IESB. juanbrandt.psi@gmail.com

profissional para a psicologia, denominado Psicologia das Relações de Trabalho; também autores que discutem o grupo desde a perspectiva psicanalítica.

Discussão

No ambiente do trabalho organizado as relações humanas se apresentam desgastadas e surgem sintomas variados a indicar sofrimento humano. O trabalhador tem a percepção de que, de algum modo, ele não é reconhecido como sujeito interagente na organização, principalmente quando interage com os representantes do poder da mesma.

O sofrimento do trabalhador decorre de sua existência cotidiana em ambiente laborativo inadequado, presentes manifestações relativas a posições de poder que promovem sofrimento psíquico que poderia não ocorrer se a ética que sustenta o encontro humano colaborativo pudesse ser aplicada.

Os modelos de produtividade se sustentam na subordinação do campo relacional aos interesses nos resultados dos processos produtivos, invertendo-se o sentido da vida na subordinação desta à lógica sistêmica.

Constituindo-se em organizador psíquico relevante e mantendo vinculada a relação *sofrimento - sobrevivência - possibilidade de satisfação*, o trabalho contribui para o desenvolvimento de angústia, frustrações, depressão, quadros maníacos e outros que são discutidos no âmbito da psicopatologia relativa ao trabalho, bem como no debate das consequências do assédio moral e da violência no trabalho em geral.

Existe uma psicologia que atua no ambiente do trabalho organizado. *Que psicologia é essa?* A existência de diversas teorias estabelece para a psicologia um campo repleto de discordâncias ou diferenças teóricas bem como divergências relativas à prática, que levam em conta perspectivas distintas sobre a subjetividade; assim, teorias que “pouco conversam” entre si, colocam a questão da existência de *diversas psicologias* que convivem. Trata-se de uma ciência construída a partir de alguns focos básicos de pesquisa que se distanciam entre si, mas tem sempre como objeto o sujeito em sua complexidade. Contudo, a psicologia organizacional se distancia dessas demais psicologias na medida em que seus fundamentos são marcados **pelo** foco na organização contratante e não nos sujeitos ou grupos. Assim, privilegia um sistema social proposto como modelo e não a subjetividade. Isso é comprovado pelas pesquisas e propostas dos primeiros cientistas engajados na psicologia industrial, agora denominada organizacional: Patrezi, Kraepelin, Lahy e Hugo Münsterberg (MALVEZZI, 1999).

Vale registrar ainda, que na notória experiência realizada por Elton Mayo na Western Electric nos anos 1920 sobre luminosidade e desempenho em equipes, foi reconhecida a existência dos fatores subjetivos a influenciar no compromisso do trabalhador com a organização do trabalho, porém houve o silêncio quanto ao que isso representava. Desenvolveram-se desde então as práticas que sustentam o movimento denominado *human relations*, voltadas para evitar ou negar os conflitos provocados pelas relações de trabalho e culpabilizar os próprios trabalhadores por seus problemas (WHYTE, 2002).

Encontram-se evidências de que o compromisso da psicologia organizacional está firmado com a produtividade, o cumprimento de metas e o clima organizacional em que sejam minimizados os conflitos entre os trabalhadores e entre esses e a organização ou seus representantes em relações de poder. Sabe-se que a organização do trabalho enfrentaria dificuldades importantes caso não dispusesse de profissionais para cuidar desses assuntos. Contudo cabe o registro de que os profissionais da psicologia que militam nas organizações estão em busca não somente de remuneração, mas de uma identidade profissional e um campo de atuação definido de acordo com os interesses da organização do trabalho.

Nessa perspectiva a psicologia organizacional e do trabalho, às vezes, se alia à área de gestão de recursos humanos e ambas permanecem submetidas ao poder estratégico e discricionário nas organizações onde são encontrados gestores portadores de consciência autoritária - persecutória - e também gestores de formação psíquica que beira a perversidade, ao oscilarem entre ações às vezes benevolentes e outras vezes nefastas para a saúde dos trabalhadores.

Desde esse posicionamento a psicologia organizacional, muitas vezes, dá sustentação a práticas nocivas à força que vive do trabalho. Esse posicionamento transforma essa psicologia em “outra coisa”, às vezes denominada gestão de recursos humanos, às vezes gestão de pessoas, mas sempre tangenciando e negociando com o “poder central”, ou melhor, com aqueles que verdadeiramente mandam nos destinos da organização.

Subordinada a essa ótica essa psicologia usa o grupo como instrumento de poder, incentivando em suas intervenções a formação de patologias maníacas, também perversas no sentido de manipulatórias e restringindo conseqüentemente o potencial intrínseco a todo grupo, de contribuir para a obtenção de efeitos psicoterápicos a partir de processos identificatórios saudáveis.

A psicologia organizacional se incapacita para o campo das relações humanas - que implica na comunicação em duplo sentido mediante respeito mútuo e espaço psíquico comum - quando subordina seu campo de saber aos desejos dos mandantes da organização.

É preciso fundamentar o problema a partir das formas de pensar críticas da psicologia social e também buscar suporte para esse pensar em uma vertente clínica, visto que a clínica recebe esse nome a partir da postura de *inclinarse junto ao doente* para escutar o que ele tem a dizer. Estabelecer um espaço de palavra fundado no diálogo que procura sustentar-se na possibilidade de uma simetria das posições dialogantes e no respeito mútuo à subjetividade, sem deixar de considerar os requisitos de continuidade e sobrevivência do trabalho organizado como motor da sociedade de produção - consumo.

Para chegar a uma psicologia do trabalho sem submissão às organizações, qual deve ser o objeto dessa atuação? Priorizando os interesses do contratante do trabalhador, ela abandona o sujeito e transforma-se em gestora de recursos humanos; priorizando o sujeito, se não considerar o contexto que implica a organização, permanece à distância, afastada das problemáticas pertinentes aos vínculos do trabalhador com seus contratantes.

A proposta é chegar a um espaço de atuação que permita liberdade profissional ao psicólogo. Isto implica em não haver vínculo de submissão desse profissional. Portanto desempenhar atividades no ambiente organizacional, mas não privilegiar os interesses do negócio. O propósito, portanto, é estabelecer o debate sobre a pertinência da *psicologia das relações de trabalho*, que tem como objeto a *saúde e o bem-estar do trabalhador em sua relação com a organização do trabalho*.

A *psicologia das relações de trabalho* constitui seu objeto e seus modos de atuação de modo a priorizar a saúde e o bem-estar psíquicos e não adota práticas para a modelagem da subjetividade; *prioriza o sujeito* em sua relação com a tarefa e com a organização contratante; atua na individualidade do sujeito e também no espaço grupal, na intersubjetividade. Reconhecendo a existência na instituição do trabalho, propõe a análise da relação entre sujeito e trabalho; contribui na *educação para a profissão* tendo como referência o trabalhador, porém reconhecendo a demanda do mercado consumidor e considerando que o trabalhador está submetido a um vínculo de emprego formal ou informal; e também atende clinicamente ao trabalhador que demanda atenção pessoal para a obtenção de *insight* psicológico sobre questões referidas à sua relação com a profissão, com a organização do trabalho, com os contratantes do trabalho, bem assim com chefias e/ou subordinados.

Também lida com os coletivos procurando a compreensão da dinâmica da organização e do grupo, mas sem estar a serviço da organização e sem pretender desenvolver ferramentas de dominação. Pesquisa as organizações do trabalho em busca de conhecimentos que possam ajudar os indivíduos a lidar com elas e ajudar essas entidades a detectar em si mesmas as suas contradições em busca de relações saudáveis com os trabalhadores.

Essa mesma psicologia também ocupa o lugar de mediadora entre os indivíduos ou grupos e a organização do trabalho, como agente esclarecedor das posições em conflito. Esse posicionamento inclui a reflexão a respeito de um espaço referido à efetiva mediação entre trabalhadores e organização, espaço esse para permitir a elaboração entre o que é próprio dos objetivos organizacionais e o que é próprio dos interesses e do desempenho pessoal dos trabalhadores quando estão vinculados a uma organização, portanto um espaço que analisa a questão do vínculo entre trabalhador e trabalho organizado.

Outro campo de especial interesse da *psicologia das relações de trabalho* é o relativo à formação dos líderes. Esses profissionais, sendo reféns do sistema organizado e ao mesmo tempo detentores de poder decisório que transita entre as pulsões de vida e morte, podem beneficiar-se de intervenções da psicologia que não potencializem os dogmas de liderança violenta, destrutiva, segregadora, acossadora, manipuladora da subjetividade, pois poderiam encontrar formas de atuação fundadas no diálogo construtivo.

A psicologia das relações de trabalho é clínica e social ao mesmo tempo, e não é organizacional. Como psicologia social, também está fundamentada no método clínico e como psicologia clínica entra no debate dos temas do campo social do trabalho e leva em conta o fenômeno instituinte-instituído.

Considerando os argumentos anteriormente colocados, propõe-se o grupo como método clínico a sustentar a intervenção, que deve acontecer externamente à organização do trabalho ou em espaço psíquico realmente neutro dentro da organização, grupo esse integrado pelos pares, nunca com a presença das autoridades, tampouco havendo seu conhecimento das presenças e manifestações de seus subordinados. A coordenação deve caber exclusivamente a psicólogos formados para a intervenção clínica grupal com foco nas relações de trabalho e essencialmente autônomos em relação à organização do trabalho.

Ao recusar submeter-se ao poder organizacional, a *psicologia das relações de trabalho* não é praticada por psicólogos que mantêm vínculo empregatício com a organização ou então esse vínculo está protegido - legalmente - de quaisquer interferências das instâncias de poder. A proposta implica na necessidade de estruturar a psicologia que quando adentra as portas das organizações de trabalho o faz na condição de autônoma em relação a quaisquer instâncias de poder. Esse posicionamento a coloca em autonomia também em relação a outras formas de organização como sindicatos e centrais de trabalhadores, pois não deve submeter-se a outras fontes de poder, visando manter sempre a própria autonomia de modo a poder encontrar sustentação teórica e ética que possibilite posicionar-se do lado da saúde psíquica.

A formação da identidade profissional de psicólogo do trabalho apresenta-se como questão fundamental para esta mudança de paradigma. Considera-se essencial o afastamento relativamente às diretrizes e práticas da área de recursos humanos, pois caso contrário mantém-se prevalecte uma psicologia enviesada em favor da produtividade. É preciso promover a reflexão sobre a formação do psicólogo que se dedica a esse campo, pois deve receber um adequado preparo, seja quanto aos objetivos e propósitos de seu trabalho quando se tornar psicólogo, seja quanto aos espaços que deveria ocupar na interseção entre as exigências da organização do trabalho e as demandas dos próprios trabalhadores.

Considerações finais

As reflexões colocadas em debate abrem perspectivas para a inserção saudável do sujeito no trabalho organizado e permitem a abertura de um campo para a psicologia clínica e também social-institucional, de acordo com fundamentos da ética humanista. O mercado de trabalho é ampliado e ao mesmo tempo são estabelecidos limites mais facilmente detectáveis do que pode ser considerado psicologia no ambiente organizacional. Por sua vez o grupo em sua vertente clínica psicanalítica passa a contemplar novas temáticas interventivas naquilo que pode ser denominado ampliação do espaço de palavra.

Referências

- BRANDT, J. A . *Liderança democrática o trabalho - Grupo Balint: O Recomeço para os Líderes*. Curitiba: Juruá Editora, 2011. 253 p.
- BRANDT, J. A ., HELOANI, R. , FERNANDES, M. I. A . (Orgs.). *Fundamentos da Psicologia das Relações de Trabalho*. São Paulo: Zagodoni, 2014. 141 p.
- MALVEZZI, S. *Psicologia Organizacional: da administração científica à globalização - uma história de desafios*. In C. G. Machado, M. Melo, V. Franco, N. dos Santos (Org.). *Interfaces da psicologia. Actas do Congresso Internacional "Interfaces da Psicologia"*, Évora: Universidade de Évora 1999. vol. II, p. 313-326.
- WHYTE, W. H. *The Organization Man*. Philadelphia: Penn-University of Pennsylvania Press, 2002. 415 p.
-

O ENSINO DE DINÂMICA DE GRUPO NA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA E A FORMAÇÃO PARA A COORDENAÇÃO DE GRUPOS

Maíra Bonafé Sei⁴³; Sandra Aparecida Serra Zanetti⁴⁴

Resumo

A coordenação de grupos se configura como uma prática importante no campo de atuação do psicólogo que merece ser refletida pelos docentes que se dedicam a ensiná-la. Desta forma, o presente trabalho almeja discorrer sobre a experiência de docentes, e adaptações realizadas, junto à disciplina de Dinâmica de Grupo ministrada na Universidade Estadual de Londrina nos anos de 2013 e 2014. Nesta instituição, esta matéria possui um caráter teórico-prático, com vistas de integrar o conhecimento advindo de aulas expositivas, leituras e discussões, com a possibilidade do estudante vivenciar os papéis de participante e coordenador de um grupo. Assim, desenvolveu-se a oportunidade do estudante participar do grupo, tendo o docente como coordenador de quatro dinâmicas; de coordenar uma dinâmica em parceria com outro colega; e de ser o único coordenador. Ademais, elaborou-se um instrumento de avaliação, por meio do qual os participantes da dinâmica avaliam o desempenho do coordenador-estudante. Tal proposta foi avaliada positivamente pelos estudantes, que indicaram que esta disciplina mostra-se central na formação em Psicologia, com potencial de integração com as demais disciplinas da grade curricular. Contudo, alguns deles apontam o despreparo e a não demanda para participar de práticas com o potencial de trabalhar aspectos psíquicos não desejados.

Palavras-chave: Dinâmica de Grupo; Ensino; Psicologia.

Introdução

Na Universidade Estadual de Londrina os estudantes do 4º ano da graduação de Psicologia possuem uma disciplina obrigatória em sua grade curricular denominada “Dinâmica de Grupo e Relações Humanas”. Esta tem como objetivo proporcionar ao estudante a identificação e a análise de modelos teóricos e técnicos de trabalho com pequenos grupos em diferentes áreas de atuação e intervenção, além da vivência de algumas técnicas aplicadas a grupos, nos papéis de integrante e coordenador. A base teórica desta disciplina se apoia principalmente em teóricos da Psicanálise, tais como Pichon-Rivière, Bion, Bleger e Zimerman.

De forma geral, nesta disciplina entende-se que, como afirma Zimerman (1997, p. 28), “um grupo não é um mero somatório de indivíduos; pelo contrário, ele se constitui como uma nova entidade, com leis e mecanismos próprios e específicos”. Ou seja, a partir do momento em que se constitui, passa a assumir uma identidade própria, e pode ser visto como uma entidade. Quanto ao seu funcionamento, de acordo com Bion (1970), a dinâmica de um grupo pode se processar de duas formas: movido pela força consciente de voltar-se para o trabalho que pretende, ou por forças inconscientes, pressupostos básicos, que para o autor são atavismos de pulsões e fantasias inconscientes, que se manifestam em forma de mecanismos de ataque e fuga, dependência ou acasalamento, que impedem a realização da tarefa do grupo.

A partir destes fatores básicos, a interação afetiva entre os membros de um grupo pode ocorrer de diversas formas. Da qualidade dessa interação temos o que denomina-se “campo grupal”, que é dinâmico, onde gravitam fantasias, ansiedades, mecanismos defensivos, funções, fenômenos resistenciais, transferenciais e contratransferenciais, que faz com que os indivíduos se organizem de forma a ocupar posições e papéis, de distintas modalidades (ZIMERMAN, 1997).

⁴³ Professora Doutora no Departamento de Psicologia e Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina. Participa do Laboratório de Casal e Família: clínica e estudos psicossociais (LABCAFAM - USP), do grupo de pesquisa CNPq Casal e Família, na Abordagem Psicanalítica: pesquisa e clínica, do Laboratório Estudo e Pesquisa em Psicanálise (LEPPSI - UEL) e do grupo de pesquisa CNPq “Estudos e Pesquisas em Clínica Psicanalítica”, coordenado pela professora Sílvia Nogueira Cordeiro. E-mail: mairabonafe@gmail.com

⁴⁴ Professora Doutora no Departamento de Psicologia e Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina. Participa do Laboratório de Casal e Família: clínica e estudos psicossociais (LABCAFAM - USP), do grupo de pesquisa CNPq Casal e Família, na Abordagem Psicanalítica: pesquisa e clínica, do Laboratório Estudo e Pesquisa em Psicanálise (LEPPSI - UEL) e do grupo de pesquisa CNPq “Estudos e Pesquisas em Clínica Psicanalítica”, coordenado pela professora Sílvia Nogueira Cordeiro. E-mail: sa.zanetti@uel.br.

Ainda que se parta de uma leitura psicanalítica sobre o funcionamento do grupo, deve-se salientar que o trabalho com grupos comporta diversas modalidades. As diferenças existentes entre grupos relacionam-se com a finalidade para a qual foram criados e compostos, ocasionando distintas combinações do *setting*, esquema referencial teórico e procedimento técnico empregado (ZIMERMAN, 1997). Segundo o autor, existem ao menos 5 modalidades de grupo, definidas como: 1. “Pelo Grupo”, em que o terapeuta/coordenador trabalha pelo grupo, por meio da sugestão, que gravita em torno dele; 2. “Em Grupo”, em que os pacientes/membros são reunidos em grupo, com assinalamentos e interpretações dirigidos a cada um dos indivíduos; 3. “Do Grupo”, quando o enfoque interpretativo/assinalamentos são dirigidos para a totalidade do grupo, tomado como uma nova entidade; 4. “De Grupo”, em que há o interesse pelos relatos individuais, com atividades interpretativas que privilegiam as individualidades, e a partir das quais se abrange a generalidade do grupo; e 5. “Com o Grupo”, em que os pacientes/membros interagem ativamente entre eles e com o terapeuta/coordenador, mas os participantes podem exercer uma capacidade interpretativa para os pares e junto com estes, onde se entende que há introjeção da função psicanalítica do coordenador.

Diante de todos esses fatores que atuam e interferem na dinâmica de um grupo, a disciplina “Dinâmica de Grupo e Relações Humanas” da UEL tem como objetivo ensinar os estudantes a compreender e trabalhar nesse cenário, possibilitando a formação destes como futuros coordenadores de um grupo, nos diversos contextos. Entende-se que para que um grupo trabalhe bem, será necessário que o coordenador saiba da existência desses fatores e anteveja a participação interativa de cada um dos indivíduos que comporá o grupo, manejando-a sempre que necessário. O aprendizado na graduação, portanto, é de extrema relevância, tendo em vista que em alguns contextos institucionais, o trabalho com grupos pode ser uma estratégia transformadora. Em vista disso, o presente trabalho almeja discorrer sobre a experiência de docentes que ministraram essa disciplina nos anos de 2013 e 2014 na UEL e realizaram adaptações visando a possibilidade do estudante experienciar o grupo como coordenador e integrante em contextos e dinâmicas variadas para que seu aprendizado fosse mais efetivo.

Metodologia

Considerando que a disciplina “Dinâmica de Grupo e Relações Humanas” possui um caráter teórico-prático, e que as turmas são em torno de 7 a 10 estudantes, foi desenvolvido um cronograma de aulas de tal forma que se conjugasse aulas teóricas com aulas práticas.

Assim, o estudante teve a oportunidade de participar do grupo, nas aulas práticas, das seguintes formas: no início das aulas, no primeiro bimestre, como membro de um grupo, tendo o docente como coordenador de quatro dinâmicas; no final do segundo bimestre, como coordenador uma dinâmica em parceria com outro colega; e ao final do quarto bimestre, como o único coordenador de uma dinâmica. No intervalo entre as aulas práticas, foram realizadas aulas teóricas. Ademais, elaborou-se um instrumento de avaliação, por meio do qual os participantes da dinâmica avaliaram o desempenho do coordenador-estudante.

Resultados e Discussão

O cronograma do curso, iniciando com quatro dinâmicas coordenadas pelo docente, possibilitou aos estudantes entrarem em contato com os efeitos da prática antes de conceitualizá-los por meio da teoria. Entendeu-se que este método foi um interessante modo de abordagem da disciplina pois dessa forma foi possível verificar a relevância e a potencialidade do instrumento que se dedicariam a aprender durante o ano. Estudos (LEMOS, 2011) mostram que quando um aprendizado faz sentido ao estudante, sua disponibilidade e capacidade de aprendizado são ampliados.

Ao final do primeiro semestre, em duplas, os estudantes prepararam dinâmicas que foram aplicadas nos demais colegas do grupo. Essas dinâmicas, que deveriam acontecer no período de uma aula (1h40min), foi avaliada pelo docente e pelos demais colegas, participantes da dinâmica, por meio de uma proposta de avaliação previamente construída pelas docentes, e recebiam um retorno do docente quanto aos seguintes critérios: condução da dinâmica, pertinência, clareza da proposta, organização do tempo, manejo dos participantes, objetivos alcançados.

No encerramento do curso, no quarto bimestre, após as experiências de vivências e coordenação, somadas à contextualização teórica de tudo o que foi vivido, os estudantes ofereceram aos demais colegas, dinâmicas que foram preparadas e aplicadas individualmente e também foram avaliados pelos colegas e pelo docente responsável.

Percebeu-se que a proposta como um todo foi avaliada positivamente pelos estudantes, que indicaram que esta disciplina mostra-se central na formação em Psicologia, com potencial de integração com as demais disciplinas da grade curricular. Os docentes receberam inclusive o *feedback* de alguns estudantes de que conseguiram visualizar a importância do aprendizado para os demais estágios que realizavam em instituições no decorrer do mesmo ano.

As vivências dos estudantes nos papéis de participante de uma dinâmica coordenada por um docente, coordenada por um colega, ou coordenada por eles mesmos, possibilitaram a ampliação da visão quanto à potencialidade de um grupo, de seu poder de intervenção na organização da vida dos participantes, e em termos da capacidade de trabalhar aspectos psíquicos latentes; mas também do cuidado que se faz necessário com o outro, integrante do grupo, quando coordenadores.

Contudo, neste mesma linha, e como limitação desta proposta, aponta-se que alguns dos estudantes indicaram o despreparo e a não demanda para participar de práticas com o potencial de trabalhar aspectos psíquicos não desejados. Quanto a isso, vale lembrar que é difícil conseguir controlar todas as variáveis, como o fato do estudante ter tido algum desentendimento familiar na véspera da aplicação da dinâmica, mas acrescenta-se que se tomou o cuidado de perguntar aos estudantes, antes do início das atividades, se algum deles estaria indisposto a participar por algum mal-estar particular. Além disso, também foi oferecida supervisão sobre a construção da dinâmica aos estudantes que desejassem, antes da aplicação da mesma. De toda forma, conjectura-se que a participação do grupo, seja no papel de integrante seja no de coordenador, os fez perceber o quanto um apontamento indelicado ou uma interpretação precipitada pode ser desorganizador para um membro e para o grupo como um todo. Situações assim, embora tenham esse caráter, também possuem a riqueza do aprendizado que ultrapassa em muito um ensinamento puramente teórico.

Considerações Finais

A disciplina de Dinâmica de Grupo é fundamental pois deve ser vista como uma contribuição valiosa aos estudantes de graduação em Psicologia, dado que o aprendizado da teoria e da técnica permitem um trabalho profundo em tempo limitado em contextos clínicos e institucionais variados, se bem aplicados e manejados. Assim, entende-se que coordenação de grupos se configura como uma prática importante no campo de atuação do psicólogo que merece ser refletida pelos docentes que se dedicam a ensiná-la. Para tanto, pensa-se que faz-se necessário a vivência do estudante em diversos papéis no grupo, tal como a proposta das docentes se configurou.

Referências

BION, W. R. *Experiências com grupos*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

KAËS, R. *L'appareil psychique groupal*. Paris: Dunod, 2010.

LEMONS, E. dos S. (Re) situando a teoria de aprendizagem significativa na prática docente, na formação de professores e nas investigações educativas em ciências. *Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências*, v. 5, n. 3, 2011.

ZIMMERMAN, D. E. Fundamentos teóricos. Em: ZIMMERMAN, D. E. e OSORIO, L. C. (orgs) *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ZIMMERMAN, D. E. *Fundamentos básicos das grupoterapias*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

MR 10: Casal: o vínculo mais íntimo

NO ENTRE-DOIS: O LUGAR DA LEGITIMIDADE NO VÍNCULO DO CASAL

Maria do Socorro Lacerda Gomes⁴⁵

RESUMO

O tema do casal é inspirador e, em cada contexto adquire conotação diferente. Para o poeta é tema de criação, para o pesquisador de investigação. Em ambos, apresenta suas nuances e revela em que consiste o encontro amoroso. Na clínica psicanalítica ressalta-se a compreensão dos fatores inconscientes do vínculo do casal e a definição de quem é o paciente. A presente produção textual é oriunda de discussões e inquietações de um trabalho de doutoramento, ainda em andamento, na Universidade Estadual Paulista, Campus/Assis. Dentre os objetivos do trabalho de tese está o de discutir os sentidos do vínculo na relação do casal no que se refere ao que une, mantém e separa, identificando na constituição do sujeito psíquico os fatores facilitadores e os impeditivos na sua formação e manutenção. Para o presente texto pretendemos, a partir de uma leitura sistemática da literatura, percorrer o trajeto histórico do conceito de vincularidade tomando como referencial a obra dos psicanalistas argentinos Isidoro Berenstein e Janine Puget. Trata-se de um estudo teórico, de base psicanalítica, cujo referencial baseia-se na produção da Escola Psicanalítica Argentina.

Palavras chave: Vincularidade; Casal; Conjugalidade.

Introdução

Em sua proposição geral, Berenstein (2006) ressalta que todas as áreas de estudo que se ocupam do homem: psicologia, psicanálise, direito, religião, sociologia, antropologia, história, etc, preocupam-se com o que une e separa as pessoas, pois onde há sujeito, há vínculo e onde há vínculo, há sujeito.

O vínculo constitui-se numa necessidade da vida humana, pois somos atravessados pelo mesmo da concepção à morte. Enquanto seres do vínculo buscamos partilhar esta experiência que representa estar com o outro e com este construir um elo. Considerar estas afirmativas implica reconhecer que a existência humana é naturalmente relacional. No entanto, um traço marcante da modernidade é a destruição da proximidade. Esta destruição afeta diretamente o mundo vincular. Entretanto, não se pode negar que embora sejam tempos de encontros ocasionais, parciais ou efêmeros cada pessoa procura um outro para com este estabelecer um vínculo, pois assuma ou não a condição de desejante, cada pessoa é desejante em relação ao encontro com um outro com quem possa partilhar um vínculo.

O vínculo é o espaço do encontro que coloca um sujeito frente ao outro para que possam se unir e a partir dele formarem um outro que não se constitui num ser corpóreo, mas num ser da relação. Segundo Puget e Berenstein (1993) o vínculo do casal ocupa um espaço virtual embora seu limite esteja definido por um modelo sociocultural, pois todo sujeito atual ou futuro há de ocupar na matriz inconsciente do casal o lugar de “esposo” ou “esposa”, quaisquer que sejam as denominações que cada cultura dá a estas posições.

Segundo Berenstein (2011, p. 9) “vincular-se leva a detectar o que produzimos juntos, no entre-dois”, como o resultado do encontro de duas pessoas, independente do local e da intenção, pois um casal não se constitui pelo simples acordo jurídico, mas por uma sintonia que implica haverem dois envolvidos/comprometidos na relação, visto que, o clima vincular forma-se de acordo com a zona de encontro (onde há compartilhamento) e a zona de desencontros (onde não há compartilhamento). Isto implica dizer que, para se estabelecer um vínculo de casal é necessário haver desenvolvido tanto a capacidade de estar sozinho, quanto a de estar acompanhado, caso contrário, a separação permeará o relacionamento o tempo todo.

⁴⁵ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - Campus Assis/Professora Assistente da Universidade Federal de Roraima - E-mail: socorro.lacerda@ufrr.br; psicologiaufrr@bol.com.br.

Assim sendo, a ação de vincular-se somente se efetiva mediante o encontro de dois “disponíveis” e “dispostos” a entrarem na relação. Trata-se de uma ação complexa, invisível, com efeito de curta duração e para a qual não se tem a certeza de quando, onde e como se produzirá. Portanto, para vincular-se há que se estar aberto ao imprevisível, ao novo, ao não programável, pois o vínculo ou a experiência do vínculo só se concretizada na relação. Embora possa ser possível transmitir uma noção desta relação, não há como ensinar quanto ao que se deve fazer para construir o vínculo com o outro, pois sendo o vínculo resultado da experiência, a tentativa de transmiti-lo é sempre incompleta, visto que, sempre haverá uma maneira singular seja de resolver um problema ou de enfrentar uma situação, uma vez que, a situação vincular é sempre específica, imprevisível e intransferível (BERENSTEIN, 2011).

E é por se constituir em uma tarefa tão complexa que se vincular pressupõe amadurecimento, pois significa tornar-se outro na relação sem, contudo, deixar de ser o que se é. Assim, compreende-se que na tarefa vincular está estabelecida uma partilha altamente democrática onde cada um coloca um pouco de si e constroem um outro. Neste sentido pode-se destacar a premissa de Berenstein (2011) que aponta ser diferente vincular-se e estar unido, embora estas se sobreponham e possam ser consideradas a mesma coisa. Vincular-se, portanto, é mais que estar unido, pois é estar comprometido e não apenas junto. Segundo Weissmann (2008) esta é uma construção permanente, pois “a constituição do sujeito só se faz possível na presença do outro e com o outro, em vínculo, um constituindo o outro, em um movimento de constante retroalimentação” (p. 18).

A presente produção textual é fundamentada em um trabalho de doutoramento, ainda em fase inicial, na Universidade Estadual Paulista, Campus/Assis que consiste em estudar a teoria da vincularidade elaborada pelos psicanalistas argentinos Isidoro Berenstein e Janine Puget para, a partir desta, discutir os sentidos do vínculo na relação do casal no que se refere ao que une, mantém e separa, identificando na constituição do sujeito psíquico os fatores facilitadores e os impeditivos na sua formação e manutenção. No entanto, face à condição inicial do referido estudo, apresentamos o conceito de vínculo e como este se desenvolveu na trajetória histórica da Psicanálise Argentina, pontuando momentos que representam a evolução do conceito e suas influências.

Metodologia

Dentre as possibilidades de tratar o tema do “vínculo do casal” na tese de doutorado e partindo do interesse em aprofundar o conhecimento acerca da teoria da vincularidade, optou-se pela pesquisa de cunho teórico que, segundo Demo (2009) dedica-se a reconstruir ou aprimorar teoria, conceitos, ideias, ideologias. Embora não intervenha na realidade, cria condições para a intervenção, pois oferece subsídios teóricos para sua aplicação.

Este recorte destaca o processo de construção do conceito de vincularidade definido para subsidiar a pesquisa de doutorado. Para a referida pesquisa, realizamos uma revisão sistemática da literatura que possibilitou elencar referências para a coleta de elementos teóricos que possibilitará o alcance dos objetivos propostos no trabalho de tese, ou seja, a discussão sobre o que une, mantém e separa um casal. A partir destas primeiras leituras, já poderemos traçar o trajeto histórico do conceito de vincularidade tomando como referencial a obra dos psicanalistas argentinos Isidoro Berenstein e Janine Puget, objetivo do presente trabalho.

Para tanto, comporão o referencial teórico as seguintes obras: de Isidoro Berenstein: *El complejo e Edipo. Estructura y significación* (1975) *Familia y Enfermedad mental*, (1976), *Psicoanálisis y semiótica de los sueños* (1978); *El sujeto y el otro - De la ausencia a la presencia* (2001); Denevir Otro com Otro(s). *Ajenidad, Presencia, Interferencia* (2004) e *Psicoanálisis de la pareja matrimonial e Lo vincular* (1997) em parceria com Janine Puget e de Janine Puget: *La relación com o outro pensado - Entre la elucinação y la relación objetal* (1982), *Psicoanálisis eternizados - Una contribución al concepto de impasse* (1991), *Violencia y espacios psíquicos* (1988), *Analista y paciente em mundos superpuestos* (1982), *Nuevas aportaciones al psicoanálisis de pareja y de familia* (1989) em parceria com Isidoro Berenstein.

Resultados e Discussão

Trata-se do estudo para a elaboração de uma tese de doutorado em sua fase inicial, cuja produção parcial possibilita percorrer o trajeto histórico do conceito de vincularidade na Sociedade Psicanalítica Argentina. Os dados históricos apontam para vários períodos de produção que contribuíram para a consolidação do referido conceito. Entendendo que este percurso histórico é o alicerce da

formulação do referido conceito, tomamos como referência para esta discussão estes momentos históricos que ressaltarão os principais acontecimentos e suas marcantes influências.

De acordo com os relatos históricos, a construção do conceito de vincularidade por Isidoro Berenstein está diretamente relacionado ao seu exílio durante a ditadura militar na Argentina, pois tendo emigrado para Israel em 1977, período da ditadura militar, lá trabalhou com famílias no Hospital Tel Hashomer, em Tel Aviv e, em seu retorno à Argentina, centra a teoria no conceito de estrutura familiar inconsciente tomando como base teórica a Psicanálise de Freud e a Antropologia Estrutural de Claude Lévi-Strauss. Da teoria psicanalítica utiliza o método genético-histórico e os conceitos de inconsciente, repressão, complexo de Édipo e de mundo interno construído pelas representações das relações emocionais com os objetos. Da Antropologia Estrutural, baseia-se nas relações de intercâmbio entre duas famílias e o conceito de estrutura de parentesco (BERENSTEIN, 2011).

Diretamente relacionado a momentos históricos considerados marcantes para a construção e evolução da Sociedade Psicanalítica Argentina, o referido conceito tem lugar na teoria a partir da década de 1950. As décadas de 1950/1960 são apresentadas como marcos da Identificação Projetiva e do pensamento kleiniano na Buenos Aires psicanalítica. Esta época é marcada pelo conceito da escola kleiniana da identificação projetiva para a constituição do vínculo. As relações estabelecidas são explicadas pelo determinismo e causalidade do pensamento científico dominante através da oposição mundo interno x mundo externo, passado responsável pelo presente e o mundo interno explicando o mundo externo.

Entretanto, a partir deste momento a mente já não circunscreve somente ao individual e nasce as primeiras percepções do *entre* (BERENSTEIN, 2011). O *entre* implica um fazer que é a própria tarefa vincular, uma tarefa permanente cuja construção se faz diariamente e infundavelmente. Representa o espaço intersubjetivo e possibilita o encontro do sujeito com os outros. O *entre-dois* é a tarefa vincular do casal.

O segundo momento, nas décadas de 1970/1980 é denominado a Época da Estruturação Familiar Inconsciente, embora a concepção de parentesco desenvolvida por Lévi-Strauss em suas investigações etnológicas sejam do final da década de 1930 e década de 1940. Nessa época estavam envolvidos Lacan, Greimas e Althusser e mais tarde Foucault, Deleuze e Derrida. O pensamento desenvolvidos por todos é heterogêneo e as formulações destes e, de outros europeus, chegavam com atraso a Argentina. A palavra que marca este momento é *estrutura*, que acompanha a ideia de parentesco, poupando-lhes o percurso entre estrutura familiar e formações inconscientes da estrutura social.

A década de 1990 é considerada a Época do Acontecimento e sua marca é o esgotamento do termo *estrutura* e o início de uma nova crise. Os fatos começam a dar lugar ao questionamento: em que lugar se coloca o que se apresenta como novo e o que não tem lugar porque não se prevê?

O último período apresentado por Berenstein (2011) é denominado a Época da Alienação e corresponde ao período de 2000 a 2011 (ano do seu falecimento). Esta época é descrita como um momento difícil de caracterizar como um ponto no tempo e no espaço, pois constatam-se mudanças em si e nos outros. Mudanças que possibilitam novas concepções, conceitos e formas de descrever os fatos clínicos. Entretanto, destaca que não se trata de novas formas de pensar, pois as mudanças temporais apenas possibilitam novas denominações para o que já existia, ou seja, para este o que mudou foi que se começou a observar o que já existia e para tais formularam-se novas denominações.

Surge neste período a palavra e o conceito de *alienidade*. A alienidade consiste na relação entre a existência e a atribuição. O outro da tarefa da alienidade deverá ser internalizado e representado a partir de um registro prévio. É a partir do momento do registro do outro que há a possibilidade de constituição de um vínculo. É o vínculo que possibilita o eu aceitar o outro e quando o eu aceita o outro ambos se modificam. Assim, no caso do encontro do casal haverá sempre a necessidade de internalizar o diferente do outro para possibilitar a constituição de um vínculo.

Alienação não implica a semelhança, mas a diferença que há entre o eu e o outro. O alheio é aquilo que a diferença não modifica. E é justamente esta diferença que possibilita produzir o encontro e o vínculo que é diferente da identificação e da identificação projetiva. O eu nunca irá encontrar um outro igual a si, visto que, o outro representa um símbolo que fará com que o eu se complete. Desta forma, segundo Berenstein (2011) o vínculo é inaugurado por dois outros mesmo que defensivamente considerem-se separados. Quando o eu encontra o outro, o eu é diferente de quando está sozinho e este, por sua vez, modifica o outro, pois o que não é passível de identificação está destinado a permanecer alheio e, no entanto, modifica porque o outro impõe-se a mim.

Dentre as inúmeras questões deste período da produção sobre vincularidade na Argentina que será na tese melhor explicitada, surge a questão de quem autoriza que a emergência do outro tenha lugar. Para Berenstein (2011) as relações de amor nunca estão isentas de certa violência e assim como

nas revoluções parecem autorizar-se. Desta forma, a década de 1990 impôs caracterizar o evento que emergia referente a percepção de um sucedido exterior, sem registro na memória e sem a concepção de uma origem anterior.

Conclusões ou Considerações Finais

O tema do casal é recorrente na pesquisa contemporânea face a sua importância e necessidade de intervenção. A dinâmica do casal é amplamente tratada a partir de inúmeras questões, tais como: conflito, violência, sexualidade, alienação parental, divórcio, entre outros. Entretanto, pouco se pesquisa sobre a importância da construção da conjugalidade a partir do estabelecimento do vínculo tomando como referência a dinâmica do encontro, passando pela construção e solidificação do vínculo até a desconstrução do mesmo, que poderá culminar na separação.

A partir da defesa de que o vínculo é um processo construído inconsciente e conscientemente, ressalta-se que sua valorização em tempos modernos pode ser uma alternativa para tantos conflitos entre casais. Acreditamos que estudos que considerem a **construção da conjugalidade a partir do estabelecimento do vínculo, abordando e debatendo acerca das suas vicissitudes** podem contribuir para a intervenção em clínicas e instituições que tratem diretamente de questões ligadas ao casal, tais como as varas de família.

Fontes e Referências Bibliográficas

- BERENSTEIN, I. **Do ser ao fazer - curso sobre vincularidade**. São Paulo: Via Lettera, 2011. 158 p.
- _____. **El sujeto y sus vínculos: un mundo de posibilidades**. Conferência na Jornada Anual do Contemporâneo. Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade. Porto Alegre, agosto de 2006. <<http://www.revistacontemporanea.org.br>> Acesso em: 13 Ago. 2014.
- DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Editora Atlas, 2009. 216 p.
- PUGET, J. & BERENSTEIN, I. **Psicanálise do Casal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 170 p.
- WEISSMAN, L. **Famílias Monoparentais: um Olhar Psicanalítico**. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, no Núcleo de Método Psicanalítico e Formação da Cultura. 2008. Disponível em: <http://www.sapientia.pucsp.br/tde_arquivos>. Acesso em: 24 Set. 2014.
-

MCT 05: Desafios do trabalho com e em instituições**GRUPOS DE OFICINAS TEMÁTICAS EM CENTROS DE CONVIVÊNCIA: VÍNCULO E PROMOÇÃO EM SAÚDE MENTAL**

Autores: André Francisco Fonseca⁴⁶; Daniella Stellato Cataldo⁴⁷; Maria das Graças Saturnino de Lima⁴⁸,

RESUMO

O presente trabalho propõe-se a apresentar a experiência de estágio construída por dois graduandos de último semestre em Psicologia num Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO), que foram supervisionados na Universidade Anhembi Morumbi pela professora responsável pelo estágio em Psicologia da Saúde. O CECCO é uma unidade de saúde não assistencial, que visa promover através de atividades grupais a reinserção social, a integração de usuários com transtornos mentais, deficiências físicas, idosos, crianças e adolescentes em situação de risco social e pessoal. A partir da atuação em oficinas diferentes (pintura em tela jogo de futebol), serão relatadas experiências com o objetivo de discutir a questão vincular como elemento fundamental a ser observado e desenvolvido nas estratégias de promoção em saúde. Sob essa ótica, também serão apresentadas reflexões no âmbito da formação em Psicologia.

Palavras-chave: Oficinas; Promoção em Saúde; Formação em Psicologia

INTRODUÇÃO

Inicialmente, apresentaremos a proposta de trabalho dos Centros de Convivência e Cooperativas - CECCOS. Estes constituem-se como serviços de saúde da Prefeitura do Município de São Paulo, gerenciados pela Secretaria Municipal de Saúde. Idealizados no final da década de 80, tais equipamentos foram concebidos no modelo de atenção integral à saúde mental, pressupondo fazer parte de uma rede de serviços articulados, em um sistema de referência e contra-referência. Surgiram a partir da discussão e questionamento a respeito da política de saúde mental vigente na época e do modelo de atendimento ao paciente psiquiátrico, quando ainda era usual a internação em hospitais psiquiátricos, sem uma proposta estruturada para a reinserção social desses pacientes (BRASIL, 2007).

Atualmente, os CECCOS têm o objetivo de promover a inclusão social de pessoas em situação de vulnerabilidade, portadores de transtorno mental, portadores de necessidades especiais, crianças, idosos, população em situação de rua conjuntamente com a população em geral, evitando assim a formação de guetos. Abertos a todas as pessoas, mantém a proposta de favorecer a aproximação da população dita normal, dos diferentes, isto é, dos portadores de transtornos mentais, deficientes mentais, auditivos, físicos, idosos, crianças, adolescentes e adultos em situação de rua, etc, independentemente da condição econômica, social, cultural, de saúde, religiosa, étnica ou de gênero dos usuários. Constituem-se como uma forma de atenção primária à saúde, com foco no trabalho interdisciplinar e intersetorial de promoção à saúde. Nesse sentido, a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006), defende:

[...] um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida (p. 12).

⁴⁶ Universidade Anhembi Morumbi, E-mail: andre_ffonseca@hotmail.com

⁴⁷ Universidade Anhembi Morumbi, E-mail: danistellato@hotmail.com

⁴⁸ Universidade Anhembi Morumbi, E-mail: maria.lima@anhembimorumbi.edu.br

As oficinas são a ferramenta e o principal modo de expressão nos CECCOS. Essas compõem o eixo central do cotidiano institucional como um dispositivo que propicie construção de novas relações, de convivência entre sujeitos marcados por histórias de exclusão e marginalização, e destes com o restante da população. Através das oficinas, busca-se criar possibilidades de comunicação entre os usuários, com um olhar especial para o estabelecimento e fortalecimento de vínculos afetivos.

As atividades desenvolvidas nos CECCOS favorecem a produção de novos encontros e relações entre os usuários, que via realização de tarefas compartilhadas, podem caminhar para novos processos de subjetivação, compartilhando experiências. De acordo com Pichon, ao nos relacionarmos com uma pessoa ou objeto criamos um vínculo com significados particulares para cada indivíduo (PICHON, 2005).

Neste contexto de atuação do psicólogo com foco na promoção da saúde em centros de convivência, vamos destacar aspectos da formação e prática de estágio desse profissional.

Observamos que a expectativa para uma atuação em campo de estágio por parte de um graduando em Psicologia no final de curso é conhecer a prática clínica, reconhecer psicopatologias e sintomas, e intervir a partir do olhar para o patológico. Ao entrar em um CECCO para realização de estágio, o futuro profissional irá se deparar com uma experiência de atuação totalmente diferente dessa mencionada. Irá compartilhar os mesmos espaços de ação com profissionais de outras áreas, onde todos terão suas práticas voltadas para a não patologização. Onde o foco não será a observação do sintoma, e sim a facilitação da realização da atividade proposta na oficina, a partir do acolhimento e empoderamento dos usuários, com vistas ao fortalecimento de vínculos e à integração, potencializando saúde.

Assim, apresentaremos nesse trabalho a proposta de trabalho de duas oficinas diferentes realizadas no CECCO Vila Guarani, na cidade de São Paulo, destacando a participação de alunos do último ano de formação em Psicologia da Universidade Anhembi Morumbi, durante estágio supervisionado em Psicologia da Saúde.

METODOLOGIA

Relato de intervenção realizada em duas oficinas com usuários do CECCO Vila Guarani, envolvendo a participação de alunos do último ano de graduação em Psicologia durante estágio supervisionado da Disciplina de Psicologia da Saúde. As oficinas apresentadas serão: Oficina de Artesanato e Oficina de Jogo de Futebol.

RESULTADOS

A Oficina de Artesanato era conduzida pela por uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional, com frequência semanal e duração de uma hora e meia. Esse grupo de usuários era antigo na instituição, e no segundo semestre de 2014 foi feita uma proposta de inovação para a oficina, envolvendo pintura em tela e considerando a inserção da estagiária em Psicologia.

Inicialmente, a expectativa era simplesmente de que os usuários tivessem alguma agilidade com os pincéis e pudessem produzir algo em suas respectivas telas. A estagiária de Psicologia presente na oficina tinha experiência com pintura artística e usou de alguns ensinamentos de técnicas para auxiliar os usuários na confecção de suas telas. Inicialmente, os usuários não acreditavam que seriam capazes de realizar a atividade, mas a cada encontro se surpreendiam com a própria produção e vinham para a próxima oficina mais dispostos a empregar as técnicas de pintura que estavam conhecendo. Surgiu a manifestação de grande potencial criativo e isso foi muito desafiador para os usuários. A participação envolvente destes ao perceberem seus feitos fez com que as telas ao final se tornassem produções muito acima do esperado, o que surpreendeu a todos (profissionais e usuários).

Ao criar através da pintura e ao refletir sobre os processos e os trabalhos artísticos resultantes, os usuários puderam ampliar o conhecimento de si e dos outros, fortalecendo a própria auto estima e sensação de auto confiança.

A segunda oficina da qual falaremos diz respeito à Oficina de Futebol. Essa também tinha frequência semanal com duração aproximada de uma hora e meia. Era composta por usuários do sexo masculino e dela participavam um funcionário de cargo administrativo no CECCO e o estagiário em Psicologia como condutores da mesma. Os usuários demonstravam muita empolgação para com essa atividade. Percebendo essa energia de empolgação e empenho, o estagiário de Psicologia fez a proposta

de utilizar a atividade esportiva como instrumento de reinserção social. Sugeriu aos profissionais do CECCO a formação e inscrição do time em um evento, chamado Copa da Inclusão.

A Copa da Inclusão acontece desde 2002 e é um encontro esportivo, cultural e terapêutico. Está inserida no contexto da Reforma Psiquiátrica, da luta antimanicomial e do fortalecimento do SUS. É uma iniciativa que busca a integração, ressocialização e inclusão de usuários, profissionais, sociedade e familiares dos serviços de saúde mental.

Desta vez, o evento ocorreria no SESC Itaquera e seria composto por diversas modalidades esportivas e culturais voltadas para os usuários do serviço de saúde mental de São Paulo.

E então, deu-se início para a participação no campeonato. Primeiramente, foi feita a tentativa de ensinamento das regras do futebol para os usuários. Houveram muitas dificuldades nesse processo e foi observado que muitos deles repetiam as ações realizadas pelos jogadores com melhor desempenho, que eram os menos comprometidos fisicamente e psiquicamente. Então, os condutores da atividade decidiram conversar com esses jogadores que serviam de exemplos para o grupo para que orientassem seus companheiros sobre as regras corretas durante a partida, já que detinham essa habilidade. Esses sentiram-se potencializados e se empenharam nessa missão, e os condutores passaram a intervir no jogo e na interação entre os usuários somente quando era necessário.

Nas semanas seguintes, gradativamente todos os jogadores foram se adaptando às regras do jogo. Além disso, foi crescendo no grupo o respeito entre os usuários. Por exemplo, quando acontecia uma falta no jogo, o jogador que cometeu a falta pedia desculpas ao colega do time adversário, e essas atitudes eram incentivadas.

Nas vésperas, os usuários demonstraram-se muito confiantes perante a competição e vitória do campeonato. Eles acreditavam que ganhariam o campeonato e temendo que muitos teriam dificuldades importantes diante de possíveis frustrações, o time foi reunido para tratarmos deste assunto. Foi discutido com os usuários o real motivo de nossa participação, que tinha como objetivo eles se divertirem, conhecerem novas pessoas e fazerem novas amizades, e que o principal não era atingir a vitória e sim interagir com as outras pessoas.

Chegando ao local do campeonato, todos estavam ansiosos. No primeiro jogo o time foi vencedor, mas nas outras duas partidas perdeu e foi desclassificado, mas com direito de tentar a repescagem e voltar ao campeonato. Apesar da desclassificação, o time não se demonstrou abalado e os jogadores que estavam desanimados logo foram acolhidos pelos companheiros.

Durante a repescagem perderam mais dois jogos e foram desclassificados. Porém, o time estava animado, pois mesmo fora do campeonato conheceram outros times que quiseram jogar de forma amistosa, criando laços de amizade com outros jogadores. Como o campeonato ocorreu no SESC, outras atividades também foram realizadas pelos usuários, como visitas ao museu e à sala de computação, onde puderam ter contato com outras pessoas frequentadoras do SESC. Além disso, conheceram lá pessoas que jogavam tênis e com elas interagiram também participando de jogos nessa modalidade de esporte.

Enfim, essa foi uma proposta muito bem sucedida através da qual vislumbramos claramente a importância de todo o trabalho realizado, pois para os usuários essa vivência não foi apenas a de participar de um campeonato de futebol, e sim a oportunidade de saírem de suas casas e abrigos, sentirem-se capazes e potencializados, conhecerem e interagirem com outras pessoas, serem tratados com respeito e com dignidade pela sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De fato, a missão da promoção em saúde mental, empoderamento e reinserção social foi realizada em boa parte através dos projetos aqui apresentados. Claro que tudo isso não se esgota por aqui para esses usuários somente através desses projetos, mesmo porque essa missão de promover saúde é infinita. E ao promovermos saúde mental estamos lidando com potenciais humanos, e nesse sentido, defrontamos com potenciais infinitos.

Gostaríamos também de ressaltar aqui o potencial de jovens psicólogos em formação ao entrarem nas instituições. Esses movimentam, criam, depositam energia e alteram dinâmicas. Ao mesmo tempo em que aprendem muito, também oferecem muito. Enfim, estamos falando de trocas nas relações e de vínculos, satisfatórios para todos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASTI . Ministério da Saúde. *Política nacional de promoção da saúde*. Brasília. 2006.
BRASTI . Ministério da Saúde. *Saúde mental no SIUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção: Relatório de Gestão 2003-2006*. Brasília, 2007.
PICHON-RIVIÈRE, É. O processo grupal. Ed. 7. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

GRUPO OPERATIVO COM ADOLESCENTES EM UM NÚCLEO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL: A QUESTÃO DA IDENTIDADE DE GÊNERO⁴⁹

Liliana Scatena⁵⁰; Maria das Graças Carvalho Ferriani⁵¹; Manoel Antônio dos Santos⁵²

Resumo

Este estudo teve como objetivo compreender aspectos do vínculo terapêutico que emergiram no *setting* grupal, em uma experiência de grupos operativos com adolescentes em situação de vulnerabilidade social. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP. Foram realizados grupos operativos com adolescentes frequentadores de um Núcleo da Assistência Social da Secretaria da Assistência Social de um município do interior do Estado de São Paulo. Os participantes eram adolescentes na faixa etária de 10 a 15 anos, com perfis diferenciados quanto ao desempenho acadêmico e ao comportamento, expressos pela presença ou ausência de dificuldades de socialização. O grupo operativo era aberto e tinha como finalidade possibilitar aos participantes condições de refletir sobre os problemas encontrados em seu cotidiano, buscando estratégias mais apropriadas para obter as modificações necessárias para a resolução de seus dilemas. Os adolescentes foram atendidos em sessões com duração de 1h20 e frequência semanal, ao longo de 12 meses. O grupo foi composto por 10 adolescentes em média, de ambos os sexos, presentes em cada encontro. Observou-se que a identidade de gênero perpassa os conflitos emocionais que emergem dentro do espaço grupal. Uma adolescente não correspondia aos estereótipos de mulher frágil, porém apareceu no grupo a representação “as meninas são fortes, mas os homens são mais”. O processo de aprendizagem em grupo levou à adoção de condutas alternativas diante de obstáculos que se apresentaram no processo grupal, ensejando o rompimento de formas primitivas de comportamento apresentados no início dos encontros. O incremento da interação grupal permitiu pensar sobre os conflitos e as escolhas.

Palavras-chave: grupo operativo; adolescentes; vulnerabilidade social; identidade de gênero.

Introdução

Este estudo foi desenvolvido a partir da inserção da psicóloga na rede do Serviço Social a crianças e adolescentes em vulnerabilidade social, visando à prevenção de problemas de desenvolvimento e adaptação psicossocial.

Pichón-Rivière (1998) desenvolveu um estudo orientado às relações interpessoais, campo que ele denominou de psiquiatria do vínculo. Historicamente, a psicanálise se interessou por investigar as relações de objeto, de modo a compreender a maneira como cada indivíduo estabelece seus vínculos.

A tarefa empregada nas atividades grupais visa a promover a conscientização dos papéis sociais aprendidos e vivenciados pelos sujeitos. Tem-se em vista um processo de transformação pessoal e social, de tal modo que aquele que antes se colocava passiva e inconscientemente como reprodutor de papéis, demarcados pelo sistema vigente, encontraria um lugar próprio, responsabilizando-se pelo seu estar no mundo consciente e ativo (FERNANDES; SVARTMAN; FERNANDES; 2003).

Este estudo teve como objetivo compreender aspectos do vínculo terapêutico que emergiram no *setting* grupal, em uma experiência de grupos operativos com adolescentes em situação de vulnerabilidade social.

⁴⁹ Agência financiadora: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

⁵⁰ Psicóloga. Doutoranda em Ciências pelo Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Membro Efetivo da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo - SPAGESP. E-mail: lilis@usp.br

⁵¹ Enfermeira. Livre-docente em Saúde Pública - Saúde da Criança e do Adolescente. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. E-mail: caroline@eerp.usp.br

⁵² Professor Associado 3 do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Coordenador do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP-CNPq). São Paulo. Membro do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - GRATA (HC-FMRP-USP). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq Nível 1B. Membro Efetivo e Diretor Científico da SPAGESP. E-mail: masantos@ffclrp.usp.br

A aprendizagem centrada nos processos grupais coloca em evidência a possibilidade de uma nova elaboração de conhecimento, de integração e de questionamentos acerca de si e dos outros. Nesse sentido, aprender em grupo significa operar uma leitura crítica da realidade, uma abertura para as dúvidas e para as novas inquietações.

Método

Trata-se de um estudo de caso, considerando-se como “caso” o grupo operativo implementado. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP.

Foram realizados grupos operativos com adolescentes frequentadores de um Núcleo da Assistência Social da Secretaria da Assistência Social de um município do interior do Estado de São Paulo. O público alvo eram adolescentes moradores de um bairro da periferia, na faixa etária de 10 a 15 anos de idade.

Os participantes eram adolescentes de ambos os sexos, com idades entre 10 e 15 anos, com perfis diferenciados quanto ao desempenho acadêmico e aos comportamentos, expressos pela presença ou ausência de dificuldades de socialização.

Os grupos ocorriam com duração de 1h20min e frequência semanal. O grupo foi composto por uma média de 10 adolescentes. Os grupos ocorreram de novembro de 2013 a novembro de 2014.

O grupo operativo caracterizou-se pela sua condição institucional, era aberto e tinha como finalidade possibilitar aos participantes condições de identificar e refletir sobre os problemas encontrados pelos adolescentes em seu cotidiano, buscando estratégias mais apropriadas para obter as modificações necessárias para a resolução de seus dilemas.

A partir de encontros grupais pretendia-se explorar o desenvolvimento da rede vincular dos participantes, por meio do mapeamento das relações afetivas estabelecidas por eles dentro e fora do contexto grupal. Dessa maneira, seria possível instrumentar os integrantes do grupo para uma prática de transformação de si, do grupo e do contexto social em que estão inseridos.

Resultados e Discussão

No decorrer do processo grupal foram trabalhados temas transversais, tais como: habilidades de comunicação, estratégias para manutenção da saúde, relações nos ambientes sociais (como escola, instituição e família), violência, adolescência e sexualidade.

Como vinheta clínica será apresentado um trecho de relato de sessão em grupo, no qual emergiu a questão da identidade de gênero e a violência interpares.

Psicóloga: Como as meninas se comportam e como os meninos se comportam?

Yago: As meninas não correm atrás de pipa e os meninos correm atrás de pipa.

Fernando: Tem menina que é mais safada e tem meninos que não.

Psicóloga: Se tem umas meninas que são e outras que não são, então não dá pra generalizar, porque não são todas que são safadas.

Fernando: Não! Eu falei errado! Os meninos que são mais safados que as meninas!

Psicóloga: E o que você quer dizer com “mais safados”?

Fernando: Tipo: querer “Lepo, lepo, lepo, lepo”.

Yago: Tipo o Fernando, que pensa nisso todo dia, né, Fernando safadinho?

Psicóloga: Mas essa é só a visão do Fernando? O que mais?

Yago: Não sei mais.

Psicóloga: E você, Melina? O que é ser homem pra você?

Melina faz gestos, indicando que não sabe responder.

Fernando: O Joabson não é homem.

Psicóloga: Por que ele não é homem?

Fernando: Porque ele tem um jeito, sabe... meio assim... [fala quebrando a mão, “desmunhecando”]

Yago: Só porque ele não gosta de jogar bola, fazer as coisas...

Fernando: Mais ou menos, mais ou menos.

Psicóloga: O que é jeito de homem, então?

Fernando: O jeito que ele anda, sabe.

Psicóloga: Que jeito que homem tem que andar?

Yago: Homem tem que andar assim ó.

Psicóloga: O que mais? Quem ensinou pra vocês o que é ser homem e o que é ser mulher?

Yago: O mundo.

Melina: Mãe e pai.

Psicóloga: Em que momentos que a mulher pode ser discriminada? Por exemplo, as pessoas acham que a mulher tem força?

Yago: Não.

Fernando: Elas têm.

Psicóloga: Isso pode ser uma forma de discriminação? Pensar que não pode trocar o pneu de um carro, por exemplo?

Yago: A mulher é forte, mas o homem é mais forte.

Fernando: Tem umas que são mais fortes que eu, mas é só corpo, de força não tem nada. Tia, você sabia que a Ana Clara tomou um pau da Melina?

Yago: Tomou logo três socão na cara.

Melina não se manifesta a respeito.

Psicóloga: E quando o homem é discriminado?

Fernando: Tipo, quando uma menina chega no Yago, se ele não topa ficar com ela, mesmo que a menina é feia e tal, acham que ele é boiola.

Psicóloga: Ah, se ele não der em cima da menina, ele é discriminado, vão achar que ele é gay?

Yago: Aconteceu com o Leandro, ele foi forçado a ficar com uma menina que é mó feia.

Psicóloga: E então, isso é legal? Vocês acham que é legal ter que ficar com a menina se sentindo obrigado?

Melina: Os meninos são mais chatos.

Fernando: Não são, não!

Yago: O Fernando é!

Psicóloga: E a gente sabendo conviver com a diferença, qual seria o certo? Não ficar xingando porque o outro é diferente de mim? Você está se escondendo de mim, Joabson?

Depois do comentário de Fernando ele não participou mais da discussão da roda de conversa.

Melina: Ele está fazendo coisinhas.

Psicóloga: O que é uma pessoa bonita? O que é uma mulher bonita? O que é um homem bonito?

Os meninos riem.

Psicóloga: Os meninos não podem achar homem bonito?

Fernando: Não pode fazer isso, não. O cara até te mata de tanto te bater!

A formação da identidade de gênero ocorre em um contexto de progressivo relacionamento, desde que “as mães tendem a vivenciar suas filhas como mais parecidas com elas, e delas inseparáveis” (Gilligan, 1982a, p.150). Por isso mesmo, as meninas, ao se identificarem como femininas, sentem-se como suas mães, com isso fundindo a experiência de apego com o processo de formação da identidade. Por outro lado, “as mães vivenciam seus filhos como o contrário masculino”, e os meninos, ao se definirem como masculinos, separam suas mães de si mesmos, diminuindo assim “o seu amor primário e o senso de vínculo empático” (Gilligan, 1982b, 166-167).

Nancy Chodorow (1978) introduziu uma dimensão importante no debate feminista. A autora apontava a capacidade de materno como a mais importante distinção na educação de crianças do sexo feminino e masculino. Às meninas eram transmitidos os princípios da maternagem, do cuidar dos outros, como etapa preparatória de suas futuras funções maternas (MORAES, 2011, p. 418). A autora argumenta que, de acordo com as teorias psicanalíticas, as diferenças de sexo nas experiências iniciais de individuação e relacionamento “não significam que as mulheres tenham fronteiras do ego mais fracas que os homens, ou que sejam mais propensas à psicose. Pelo contrário, isso significa que “as meninas saem com uma base mais forte para sentir as necessidades ou sentimentos de outrem como seus próprios. Além do mais, as meninas não se definem em termos de negação dos modos relacionados à etapa pré-edípica no mesmo grau em que o fazem os meninos. Como são cuidadas por uma pessoa do mesmo gênero, as meninas sentem-se como menos diferenciadas do que os meninos, como mais contínuas e relacionadas com o mundo objetal externo, e também como diferentemente orientadas ao seu mundo objetal interior” (p. 167).

Para os meninos e homens, separação e individuação acham-se criticamente vinculadas à identidade de gênero, visto que a separação da mãe é essencial para o desenvolvimento da masculinidade. Uma vez que a masculinidade se define por meio da separação, enquanto que a feminilidade se define por meio do apego, a identidade de gênero masculina é ameaçada pela intimidade, ao passo que a identidade de gênero feminina é ameaçada pela separação. Assim é que os homens tendem a ter dificuldades com os relacionamentos, enquanto as mulheres tendem a ter problemas com a individuação. A incapacidade das mulheres de se separar torna-se assim, por definição, uma incapacidade de se desenvolver.

As teorias da psicologia desenvolvimental buscam esclarecer o desenvolvimento da criança no limiar da infância e adolescência. Piaget (1896-1980), citado por Gilligan (1982), sugere que a criança começa a descobrir por meio do pensamento um universo mais amplo de possibilidades. O momento da pré-adolescência é captado pela conjunção de pensamento operacional formal com uma descrição do eu ainda ancorado nos parâmetros factuais do seu mundo infantil. Segundo Erikson (1950-1987), também mencionado por Gilligan (1982), a aptidão da criança de pensar sobre o pensamento e raciocinar de um modo lógico a isenta da dependência da autoridade e permite-lhe achar por si mesma soluções para os problemas.

Kohlberg (1992), que foi professor na Universidade de Chicago e em Harvard, especializou-se na investigação em educação e argumentação moral, sendo mais conhecido pela sua teoria dos níveis de desenvolvimento moral. Muito influenciado pela teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget, o trabalho de Kohlberg refletiu e desenvolveu as ideias de seu predecessor, ao mesmo tempo criando um novo campo na psicologia: a teoria sobre o desenvolvimento do raciocínio moral. O autor se dedicou ao estudo da capacidade para aplicar a lógica dedutiva na solução de dilemas morais, diferenciar modalidade de lei e perceber que as leis podem conter enganos. Desse modo, aponta para a concepção de justiça elaborada sobre princípios, o que seria esperado na maturidade moral.

Sobre a suposta incapacidade de pensar por si mesma da menina, seguindo a lógica de pensamento do autor, Melina, adolescente que aparece no relato de sessão apresentado, provavelmente estaria considerando que a opinião dela poderia causar uma desestabilização do grupo, perturbando assim o relacionamento interpessoal. Kohlberg (1992) defende que a mulher procura atender às expectativas da sociedade e tende a preservar a “família”, aqui representada na voz dos meninos do grupo. Mas Melina não corresponde aos estereótipos de mulher frágil. Estes foram questionados por seus colegas, ao relatarem uma briga com outra menina e a demonstração de força física. Porém ela se absteve de trazer sua opinião sobre essa percepção dos garotos, o que corrobora a teoria de que a mulher prima pela preservação dos relacionamentos, pois se percebe pertencente a um mundo de relações humanas em vez de um sistema de regras.

Assim como o menino confia nas convenções da lógica para deduzir a solução desse dilema moral, presumindo que essas convenções são consensuais, a menina confia em um processo de comunicação, presumindo os laços afetivos e acreditando que sua voz será ouvida. Se considerados à luz da definição de Kohlberg dos estágios e sequências do desenvolvimento moral, os julgamentos morais nela parecem estar abaixo aos dos meninos. Parece que a mulher tem uma relutância em desafiar a autoridade ou examinar a lógica das verdades morais recebidas, ao considerar que a ação de confrontar a opinião dos meninos (“as meninas são fortes, mas os homens são mais”) seria uma solução violenta de conflito. Então a saída seria não confrontar a opinião de que ela sabe que é forte, mas não sem protestar: “os meninos são chatos”, então não vale a pena perder tempo em explicar isso a eles.

A crença restauradora da menina na atividade dos cuidados leva Melina a ver os atores do dilema não como adversários, mas como membros de uma rede de relacionamentos de cuja continuidade todos eles dependem. Seria para “o bem geral de todos” que a paz permanecesse reinando no grupo. A menina fica muito mais presa ao objetivo de fortalecimento em vez do rompimento dos laços afetivos.

Porém Gilligan (1982) refuta a teoria de Kohlberg ao dar o exemplo da pesquisa que coloca a suposta “fuga ao dilema” da menina pesquisada. Na verdade, segundo a autora, isso seria, em outros termos, um reconhecimento do problema e uma busca de solução mais adequada. Gilligan conclui dizendo que o pesquisador não vê o que a menina vê, pois as respostas femininas estão fora do domínio da moral. Ou seja, tanto as crianças do exemplo dado pelo autor, quanto as crianças do relato da sessão do grupo operativo, são inteligentes e perceptivas sobre a vida, embora de diferentes modos, o que exige diferentes modos de entendimentos da moral, diferentes modos de pensar sobre conflito e a escolha.

Considerações Finais

Na medida em que os adolescentes vivenciam o processo de aprendizagem em grupo, aprendem a conversar sobre suas vivências, fazem observações interessantes de seu cotidiano e debatem as relações com o grupo de pares. Nota-se a adoção de condutas alternativas diante de obstáculos que se apresentaram no processo grupal e uma tendência a reproduzir estereótipos de gênero.

Com a evolução do trabalho notou-se o gradual rompimento de formas estereotipadas de comportamento apresentadas no início dos encontros, acompanhada de um incremento da interação grupal.

Os integrantes do grupo se mostraram perspicazes e perceptivos em relação à vida, embora apresentassem diferentes modos de entendimento sobre o que é ser homem e o que é ser mulher, bem como diferentes modos de pensar sobre os conflitos e as escolhas.

Referências

- CHODOROW, N. **The reproduction of mothering**. Beverly: University of California Press, 1978.
- FERNANDES, W. J.; SVARTMAN, B.; FERNANDES, B. S. & colaboradores. **Grupos e configurações vinculares**. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- GILLIGAN, C. Imagens do relacionamento. In **Uma voz diferente: psicologia da diferença entre homens e mulheres da infância à idade adulta**. Tradução de Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1982a.
- GILLIGAN, C. O lugar da mulher na vida do homem. In **Uma voz diferente: psicologia da diferença entre homens e mulheres da infância à idade adulta**. Tradução de Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1982b.
- KOHLBERG, L. **Psicología del desarrollo moral**. Bilbao Spain: Desclée de Brouwer, 1992.
- MORAES, M. L. Q. A nova família e a ordem jurídica. **Cadernos Pagu**, n. 37, 2011, p. 407-425.
- PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
-

MCT 06: Transtornos Alimentares: Como atuar?**VÍNCULOS FAMILIARES E SEXUALIDADE NOS TRANSTORNOS ALIMENTARES: UM ESTUDO DE CASO⁵³**Carolina Leonidas⁵⁴; Manoel Antônio dos Santos⁵⁵**Resumo**

Este estudo teve como objetivo investigar a vivência da feminilidade e da sexualidade em uma adolescente de 20 anos com diagnóstico de Anorexia Nervosa, buscando estabelecer relações entre a dinâmica das relações familiares, o desenvolvimento da sexualidade e os sintomas que caracterizam o quadro psicopatológico. Participaram da pesquisa Ana Julia (nome fictício), que se encontrava em seguimento no Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP), e seus respectivos pais (entrevistados em separado), configurando a tríade de análise. Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados foram: roteiro de entrevista semiestruturada e diário de campo. Os resultados indicaram que a vida sexual de Ana Julia se resumia a duas experiências, sendo uma delas bastante traumática, “*monstruosa*”. O discurso dos participantes acerca da vida afetiva de Ana Julia envolvia expectativas mágicas, típicas dos contos de fadas, permeadas por termos como: “*príncipe*”, “*beijo do príncipe*”, “*desencantar*”, “*tudo que uma menina quer*”, “*boneca de porcelana*”, indicando dificuldade de reconhecer o crescimento psicosssexual da filha. Este estudo fornece pistas para o estabelecimento de hipóteses no que diz respeito à articulação entre as vivências relacionadas à sexualidade/feminilidade e os sintomas de TAs, favorecendo o aprimoramento da assistência.

Palavras-chave: transtornos alimentares, família, sexualidade, caso clínico.

Introdução

Adolescentes e jovens adultas acometidas por transtornos alimentares (TAs), sob a ótica da psicanálise, apresentam pouca capacidade de lidar com afetos potencialmente desestruturantes e por isso acabam fazendo uso de mecanismos defensivos arcaicos para evitar desestabilizações emocionais que ameacem escapar ao controle racional. Os afetos não podem ser simbolizados e, defensivamente, são ejetados do aparelho mental, sendo reduzidos à sua pura expressão somática (McDOUGALL, 1997).

A dificuldade de simbolização decorrente desse funcionamento psíquico resulta na impossibilidade da adolescente se individuar, mantendo-se psicologicamente fundida à mãe. A fusão psíquica gera angústia de separação em relação à figura materna, moldando as representações inconscientes da feminilidade. Assim, a irrupção da sexualidade na adolescência leva a menina a vivenciar um luto pela perda do corpo infantil que, assim como os pais da infância, está sendo deixado para trás (GASPAR, 2010). A insuficiência simbólica e os limites egóicos precariamente constituídos impedem que a adolescente elabore essas perdas e, conseqüentemente, o luto não é elaborado.

Levando-se em consideração esses pressupostos, este estudo teve como objetivo investigar a vivência da feminilidade e da sexualidade em uma adolescente de 20 anos com diagnóstico de Anorexia Nervosa, buscando estabelecer relações entre a dinâmica das relações familiares, o desenvolvimento da sexualidade e os sintomas que caracterizam o quadro psicopatológico.

⁵³ Agência de fomento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), número do processo 2012/23854-2.

⁵⁴ Psicóloga; Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP); membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP-CNPq) e do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA-HC-FMRP-USP). Bolsista de Doutorado da FAPESP. E-mail: cleonidas@usp.br

⁵⁵ Professor Associado 3 do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Psicólogo, Mestre e Doutor em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo. Livre-docente em Psicoterapia Psicanalítica pela FFCLRP-USP. Coordenador do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP-CNPq). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq, nível 1B. E-mail: masantos@ffclrp.usp.br

Método

Participaram da pesquisa Ana Julia (nome fictício), que se encontrava em seguimento no Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP), e seus respectivos pais (entrevistados em separado), configurando a tríade de análise.

Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados foram: roteiro de entrevista semiestruturada e diário de campo. As entrevistas foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra para análise de conteúdo temática.

Resultados e Discussão

Para a mãe, Antônia, o TA da filha teve início aos 15 anos de idade, após uma decepção amorosa que ela experienciou com o “*príncipe*” de sua festa de aniversário. Contou que fez uma festa de 15 anos para Ana Júlia “*com tudo o que uma menina quer*”. A qual menina estava se referindo? À filha, ou a menina que foi em seus próprios 15 anos, e que gostaria muito de ter tido uma festa para comemorar a idade que significava a entrada no “ser mulher”?

Antônia se referia ao “*príncipe*” com mágoa e ressentimento, demonstrando decepção por não ter havido o “*beijo do príncipe*”. Nota-se que se tratava de um desapontamento narcísico vivenciado não apenas pela filha, mas também - e talvez mais intensamente - pela mãe.

Cido, o pai, trabalhava fora e não percebeu quando Ana Júlia começou a emagrecer.

Então, cê sabe que isso até hoje eu me cobro? Eu não ‘anotei’, você vai me desculpar, mas eu não sei se... Aquele negócio de ‘boe-boe-boemia’, não sei nem falar essa palavra. [...] Bulimia, eu nem, eu não percebi, eu vi que naquela época começou a surgir essas conversas aí, foi mais divulgado, que existia, mas só que foi mais divulgado, aí que eu fui... Aí eu fui descobrir. (Cido)

Pode-se perceber que o pai apresentava dificuldades para compreender o que a filha estava vivenciado, em um sentido mais afetivo do que racional. Também foi possível notar que havia pouca intimidade entre pai e filha, sendo que o primeiro era responsável pelo sustento da família e por “dar a palavra final”. Segundo McDougall (1991; 1997), a consagração da mãe como única responsável pelo cuidado da filha instala a possibilidade de que esta última represente um papel de extensão narcísica da mãe, ou seja, de suprir suas necessidades libidinais e resolver seus problemas inconscientes.

Em relação à primeira relação sexual, Ana Julia relatou:

[...] Então, como eu tava tão apaixonada por ele, eu falei que a minha primeira vez ia ser com ele, e eu contei pra ele, morrendo de vergonha, mas eu contei. [...] Porque eu gostava tanto, eu gostava, amava tanto ele que eu queria que a minha primeira vez fosse com ele, e eu sempre, é assim, nos filmes, novela, livro... Fala que a primeira vez tem que ser com um cara que você realmente ama, então por ele eu suspirava, assim, e o coração já doía de tanto pensar nele, eu ficava 24 horas pensando nele, e daí eu contei pra ele que eu queria que a minha primeira vez fosse com ele. [...] Aí eu falei: “É porque eu quero mesmo, porque eu amo você, então tem que ser com você, porque se não depois eu não sei se eu vou amar outra pessoa do jeito que eu te amo.” (Ana Júlia)

Evidencia-se que Ana Julia vivia em uma realidade fantasiosa, permeada por conteúdos e expectativas mágicas, típicas dos contos de fadas. No entanto, em sua segunda experiência sexual, deparou-se com o “ser adulta” e com aspectos muito

primitivos e “animalescos” do ser humano, envolvidos no ato sexual. Caracterizou a experiência como “*monstruosa*”. Houve, portanto, uma quebra da realidade fantasiosa e protegida, onde era cuidada pelos pais e irmãos, e considerada a “*boneca de porcelana*”.

Considerações finais

O discurso dos pais acerca da vida afetiva de Ana Julia envolvia expectativas mágicas, típicas dos contos de fadas, permeadas por termos como: “*príncipe*”, “*beijo do príncipe*”, “*desencantar*”, “*tudo que uma menina quer*”, “*boneca de porcelana*”. Tais expectativas eram incompatíveis com a idade da filha, e o nível de independência emocional que esta deveria possuir para que pudesse ter um desenvolvimento psicosssexual saudável.

Os relatos sobre afetividade eram especialmente desprovidos de emoção, uma vez que falar sobre namoro e sexualidade implicava, necessariamente, em entrar em contato com o luto pelo corpo infantil e com a dificuldade de vivenciar o corpo feminino. As relações sexuais eram “*monstruosas*”, o que indica o quanto o acesso à genitalidade pode ser “*monstruoso*” para a jovem deste estudo. A dificuldade no acesso à genitalidade pode ser pensada como resistência ao desenvolvimento psicosssexual, que implicaria em abrir mão da realidade fantasiosa e da infância protegida da “*boneca de porcelana*”. Nesse sentido, a anorexia nervosa pode ser considerada como um investimento narcísico no corpo infantil e uma forma de manter os cuidados familiares.

Este estudo oferece conhecimentos relevantes para aperfeiçoar a prática clínica, fornecendo pistas para o estabelecimento de hipóteses no que diz respeito à articulação entre as vivências relacionadas à sexualidade/feminilidade e os sintomas de TAs, levando a uma compreensão mais abrangente dos aspectos psicológicos envolvidos nesses quadros por parte dos profissionais envolvidos na assistência, prevenção e promoção de saúde.

Referências

- GASPAR, F. L. *Anorexia e violência psíquica*. Curitiba, PR: Juruá, 2010.
- MCDUGALL, J. *Teatros do corpo* (P. H. B. Rondon, Trad.). São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- MCDUGALL, J. *As múltiplas faces de eros: uma exploração psicoanalítica da sexualidade humana* (P. H. B. Rondon, Trad.). São Paulo: Martins Fontes, 1997.
-

LIDANDO COM OS DESAFIOS DA PRÁTICA GRUPAL EM UM AMBULATÓRIO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES⁵⁶

Élide Dezoti Valdanha⁵⁷; Érika Arantes de Oliveira-Cardoso⁵⁸; Manoel Antônio dos Santos⁵⁹

Resumo

Os transtornos alimentares (TAs) são psicopatologias caracterizadas por grave perturbação do comportamento alimentar. Para o tratamento dessa condição há necessidade de acompanhamento multidisciplinar: psicólogo, psiquiatra, nutricionista e nutrólogo. As abordagens terapêuticas são as mais variadas e devem cuidar do paciente e de seus familiares, no âmbito individual e grupal. O objetivo do presente estudo é investigar a experiência de um grupo terapêutico a pessoas diagnosticadas com TAs. O grupo é uma das modalidades obrigatórias de atendimento aos pacientes e familiares do ambulatório do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA). As atividades são compostas por grupos aos familiares/acompanhantes - grupo psicoeducativo e de apoio psicológico; grupos aos pacientes - grupo informativo-nutricional e terapêutico; e atendimentos individuais com psiquiatra, psicólogo, nutrólogo e nutricionista. Observa-se que o grupo é um espaço que possibilita rica troca de experiências entre os pacientes. Os principais temas abordados são: sintomatologia (peso, compulsão, restrição, comportamentos compensatórios), dificuldades no relacionamento familiar, temores em relação ao tratamento e possibilidade de internação. Percebe-se que alguns pacientes têm dificuldade em aceitar o grupo como possibilidade terapêutica, mostrando-se resistentes ao contato direto com os membros do grupo. É necessário que a equipe, especialmente o coordenador do grupo, possa manejar a inserção de novos membros dentro do grupo, para que possam confiar gradativamente no potencial de ajuda dessa modalidade de tratamento. O coordenador também deve ter conhecimento e sensibilidade suficiente para ampliar os diálogos dos grupos, que muitas vezes giram em torno dos sintomas concretos, para aspectos emocionais mais profundos e relacionais, fortalecendo os recursos pessoais e suas estratégias de enfrentamento da doença.

Palavras-chave: transtornos da alimentação; equipe multiprofissional; grupo de apoio; psicoterapia de grupo.

Introdução

A literatura científica e a observação clínica sugerem que os TAs têm múltiplas causas. São considerados fatores desencadeadores e mantenedores do quadro psicopatológico: o meio sociocultural, a dinâmica familiar e aspectos da personalidade do indivíduo, o que caracteriza a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN) como transtornos mentais de etiologia multifatorial (OLIVEIRA; SANTOS, 2006).

É possível observar que muitos pacientes conseguem camuflar os sintomas iniciais de TA, de modo os membros do núcleo familiar podem demorar a perceber o desenvolvimento de comportamentos/pensamentos inadequados no paciente acometido. Assim, percebe-se uma significativa lacuna no período decorrido desde o início dos sintomas até o diagnóstico e tratamento adequados -

⁵⁶ Agência de fomento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), número do processo 2014/18615-4.

⁵⁷ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Membro do Núcleo de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP-CNPq). Membro do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - GRATA (HC-FMRP-USP). Bolsista de Doutorado da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP. E-mail: elide_dezoti@hotmail.com

⁵⁸ Doutora, psicóloga da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP-CNPq). Membro do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - GRATA (HC-FMRP-USP). E-mail: erikaa@ffclrp.usp.br

⁵⁹ Professor Associado 3 do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Coordenador do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP-CNPq). São Paulo. Membro do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - GRATA (HC-FMRP-USP). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq Nível 1B. E-mail: masantos@ffclrp.usp.br

médico, nutricional, psicológico - o que pode agravar o quadro clínico do paciente (ASSUMPÇÃO; CABRAL, 2002).

A psicoterapia de grupo começa, recentemente, a ser vista como uma alternativa interessante para o tratamento dos TA. A visão sustentada até há pouco tempo contraindicava grupo para pacientes que desenvolviam esses sintomas, pois acreditava-se que esses pacientes, em grupo, poderiam trocar informações danosas ao desenvolvimento de sintomas, como por exemplo práticas que facilitassem a autoindução de vômitos. Porém, esse comportamento não é relatado ou observado em grupos terapêuticos com essas características (SANTOS, 2006).

No início do tratamento, pacientes com TA tendem a rejeitar o tratamento psicológico, já que não percebem a forte vertente emocional de sua doença (SANTOS, 2006). O grupo pode contribuir para melhorar a condição emocional dos pacientes - resultante tanto das ações do terapeuta quanto dos demais participantes - agentes de mudança psíquica, pois o contato com pessoas que sofrem da mesma psicopatologia pode auxiliar na autopercepção.

O presente estudo tem como objetivo avaliar a experiência de um grupo terapêutico a pessoas diagnosticadas com TAs

Método

O presente estudo é um relato de experiência, e pretende colaborar com as discussões acerca do trabalho de grupos com pacientes diagnosticados com TAs. O delineamento metodológico proposto é o de estudo de caso, sendo o “caso” a ser investigado o grupo (YIN, 2005). Foram analisados relatos produzidos no contexto naturalístico do grupo. As sessões foram transcritas de memória pela coordenadora, logo após o término dos encontros grupais. Os dados coligidos foram organizados e submetidos à análise de conteúdo temática.

Esse grupo é aberto e composto por pessoas de ambos os sexos - com prevalência de mulheres - e de idades e camadas socioeconômicas diversificadas. É coordenado por uma psicóloga e co-coordenado por estagiário de Psicologia. Outro estagiário de Psicologia participa das sessões, na condição de observador silente. Para preservar o anonimato os participantes serão referidos como P1, P2, P3, e assim sucessivamente. A coordenadora do grupo será identificada pela letra C. Serão apresentados relatos dos pacientes, produzidos em diferentes grupos, de acordo com cada categoria temática.

Resultados e Discussão

Foram levantadas quatro categorias temáticas, de acordo com os relatos transcritos. A primeira é intitulada: “‘Eu tenho vontade de desistir de tudo’: recaída”. Ela versa sobre as aflições das pacientes referentes às evoluções e involuções ao longo do tratamento, que é longo e dispendioso. A segunda categoria é intitulada: “As relações familiares: como lidar com o cuidado?”, e fala sobre o jeito como as pacientes percebem os cuidados recebidos de seus pais, sentindo-os ora como excessivos, ora como negligentes. A terceira categoria também discorre sobre relações familiares, mas no sentido de quem será o familiar acompanhante no tratamento, já que é obrigatória a participação de um familiar nos dias de retorno, e é intitulada: “As relações familiares: quem deve me acompanhar no tratamento?”. A quarta e última categoria, “As percepções sobre o grupo”, apresenta relatos de como as participantes percebem o grupo terapêutico, e como se sentem em relação a ele.

(1) “Eu tenho vontade de desistir de tudo”: recaída

Em um grupo composto por quatro participantes, a paciente P1 fala de seu desânimo em relação ao tratamento, especialmente o incômodo com a “volta” do sentimento de medo em relação ao alimento e ao ganho de peso. P1 também está reticente em relação a sua possível volta ao trabalho, já que está afastada desde o agravamento dos sintomas.

P1: Eu estou muito cansada. Eu fico olhando as pessoas comendo e penso: ‘pra onde vai tudo isso?’, e aí eu não tenho mais vontade de comer. Ou se eu como, já coloco tudo pra fora. Já estou cansada dessa sensação, dá vontade de desistir de tudo. (paciente diagnosticada com AN, 34 anos).

Uma paciente, P2, que está há 20 anos em tratamento, e encontra-se em processo de alta, ou seja, não apresenta mais sintomas de TA e está em bom funcionamento biopsicossocial, responde à P1, contando de suas próprias experiências de recaída, e oferecendo-lhe uma valiosa informação pessoal, sobre o que a ajudou nesse processo.

P2: Eu sei muito bem como é isso, porque eu mesma já pensei em desistir várias vezes. Mas você precisa procurar outras coisas, não viver só a doença. Você precisa voltar a trabalhar, conversar com gente que não vai falar só de doença. Foi isso que me ajudou. (paciente em processo de alta, 45 anos).

(2) As relações familiares: como lidar com o cuidado?

P3, paciente jovem em início de tratamento, compartilha com o grupo questões relacionadas à superproteção de seus pais, preocupados com seu baixo peso e baixa qualidade em sua organização alimentar.

P3: O que eu acho pior, é que meu pai e minha mãe ficam me vigiando. Querem ver se eu comi, o quanto comi, quando comi... Eu tento driblar, mas é difícil (paciente diagnosticada com AN, 14 anos).

A coordenadora, com o objetivo de estimular as trocas entre as participantes do grupo, pede para que as demais dialoguem com P3 à respeito de suas experiências pessoais (MACKENZIE, 1997).

C: E as outras? Já vivenciaram uma situação parecida?

P4, também paciente nova no tratamento, compartilha sua experiência de sensação de abandono. A jovem chegou ao tratamento com desnutrição grave, mas em três meses teve uma surpreendente recuperação de peso.

P4: Comigo era assim... Eu estava muito magrinha, então meus pais ficavam preocupados, queriam de todo jeito que eu viesse para o tratamento. Agora que eu engordei, ninguém nem liga mais...(paciente diagnosticada com AN, 18 anos).

Pacientes com TAs vivenciam e relatam sensações intensas de desamparo e abandono, contrabalanceadas com vivências de intrusão. Percebem os cuidados recebidos sempre intensamente: tudo ou nada, invasão ou abandono (LANE, 2002).

(3) As relações familiares: quem deve me acompanhar do tratamento?

A presença de pelo menos um familiar é obrigatório em dia de retorno da paciente. Enquanto acontece o grupo terapêutico apresentado neste estudo, os familiares participam de um grupo, também de apoio psicológico, com todos os familiares presentes no dia. Uma paciente em início de tratamento, casada, mas que nunca levou seu marido como acompanhante, chega angustiada com a possível presença do mesmo, como solicitação da equipe.

P5: Alguém daqui ligou pro meu marido, pra chamar ele pra vir. Quem foi? Ele não vai vir, não. Quem me acompanha é o meu filho (paciente diagnosticada com BN, 45 anos).

A coordenadora pede que outras pessoas do grupo versem sobre o tema, com o objetivo de todas ouvirem a pluralidade de opiniões em relação à presença dos acompanhantes no tratamento.

C: Vamos abrir essa questão para o grupo? O que vocês pensam sobre trazer um acompanhante?

Outra paciente nova no tratamento mostra seu incômodo em ter que ir junto com a mãe, já que as duas pouco conversam, principalmente sobre a BN de P6, tema tabu dentro do grupo familiar.

P6: Eu não vejo sentido, por mim viria sozinha. Só trago minha mãe porque é obrigatório (paciente diagnosticada com BN, 25 anos).

Já P7, paciente com cerca de dois anos de tratamento, fala dos aspectos positivos da presença de seus pais no tratamento, e como esses aspectos ressoam em seu cotidiano.

P7: Eu achei muito bom quando meu pai e minha mãe começaram a vir. Hoje eu acho que eles entendem melhor o que acontece comigo, aí eles não ficam tentando me obrigar a comer, eles estão mais calmos (paciente diagnosticada com AN, 23 anos).

(4) As percepções sobre o grupo

Nessa categoria, serão apresentados duas falas referentes à maneira como as pacientes percebem o grupo e o que pensam sobre ele.

P8: Quando a gente fala aqui no grupo a gente se sente mais aliviado. As vezes as pessoas passam pelas mesmas coisas que a gente (paciente diagnosticada com AN, 18 anos)

P9: O grupo me ajuda muito, muito mesmo (...) você vai conversando com todas as meninas, daí cada uma acaba falando um pouquinho da sua vida, aí você pensa: 'Será que eu estou igual a ela?'. Porque você não se enxerga, mas você consegue enxergar os outros. Acho que foi vindo aqui no grupo que eu melhorei, eu lembro que quando meu cabelo começou a cair, eu falei pras meninas aqui no grupo, daí elas falaram que eu ainda tinha bastante cabelo e eu fiquei até mais sossegada. Eu chorava muito que o meu cabelo caía, daí as meninas me consolavam, falando pra eu ficar calma, que ia nascer de novo (paciente diagnosticada com AN, 17 anos)

P8 e P9 relatam como o grupo auxilia na autopercepção, na identificação dos sintomas, que não são sentidos enquanto patológicos no início do quadro (SANTOS, 2006).

Considerações Finais

As falas apresentadas evidenciam que as pacientes, mesmo com suas peculiares dificuldades de vinculação, sentem que o grupo pode ajudá-las no alívio de suas angústias, principalmente em seu sentimento de solidão, pois relatam que pensavam, antes do grupo, que mais ninguém passava pelos mesmos problemas que elas.

É interessante observar que as pacientes chegam buscando ajuda e a encontram, mas com o desenrolar do tratamento podem (e devem) ser empoderadas com o intuito de ajudar as novas participantes, que vivenciam angústias muito parecidas com elas em início de tratamento. O coordenador é quem deve auxiliar nesse processo, evidenciando os aspectos já fortalecidos.

Referências

ASSUMPTÃO, C. L.; CABRAL, M. D. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n. 3, 29-33, 2002.

LANE, R. C. Anorexia, masochism, self-mutilation and auto-erotism: the spider mother. **Psychoanalytic Review**, v. 89, n. 1, p. 101-123, 2002.

MACKENZIE, K.R. **Time-managed group psychotherapy: effective clinical applications**. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1997.

OLIVEIRA, E. A.; SANTOS, M. A. Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do Psicodiagnóstico. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, 353-360, 2006.

SANTOS, M. A. Sofrimento e esperança: grupo de apoio com pacientes com anorexia e bulimia nervosas. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 386-401, 2006.

A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NOS TRANSTORNOS ALIMENTARES: TECENDO SABERES QUE ARTICULAM FAZERES NA ÁREA DA SAÚDE⁶⁰

Élide Dezoti Valdanha⁶¹; Carolina Leonidas⁶²; Lilian Regiane de Souza Costa⁶³; Manoel Antônio dos Santos⁶⁴

Resumo

Os transtornos alimentares (TAs) são psicopatologias de etiopatogenia multifatorial, ou seja, são fatores predisponentes e mantenedores da doença: meio sociocultural, relações familiares e aspectos de personalidade. O cuidado oferecido a pessoas diagnosticadas com TAs deve abranger diversos aspectos: emocionais, familiares e orgânicos, possibilitado apenas pelo trabalho em equipe multidisciplinar. O trabalho em equipe é complexo e composto por várias vertentes. Estudos mostram que o trabalho em equipe pode aumentar a produtividade, promovendo a racionalização do cuidado. Na Psicologia são destacados os relacionamentos interpessoais, intraequipe e equipe-paciente, e os processos psíquicos envolvidos nessas relações. O presente estudo tem como objetivo avaliar a experiência de uma equipe multiprofissional especializada no cuidado de pessoas diagnosticadas com TAs e seus familiares. Fazem parte dessa equipe: psicólogos, psiquiatras, nutrólogos, nutricionistas, estagiários e residentes. As reuniões são semanais, e nela acontecem as discussões sobre os casos atendidos na semana anterior, bem como os casos a serem atendidos no dia, discussão de artigos científicos que podem nortear as intervenções. É possível observar dificuldades interpessoais dos membros nas tomadas de algumas decisões, especialmente quando as subequipes discordam em seus pontos de vista. Por outro lado, os trabalhos de cada subequipe se complementam, facilitando a instauração de um plano terapêutico para cada paciente, de acordo com sua necessidade. O trabalho em equipe deve configurar assistência integrada, com diminuição das dificuldades/diferenças individuais, e maior atenção aos pacientes.

Palavras-chave: transtornos da alimentação; equipe multiprofissional; tratamento.

Introdução

Os transtornos alimentares (TAs) estão ocupando um espaço cada vez maior no cenário mundial, ocupando atualmente um lugar central no imaginário social. São muitas vezes divulgados como psicopatologias típicas da era contemporânea, ignorando-se o fato de que quadros com sintomas de grave perturbação no comportamento alimentar são descritos e estudados há séculos (FUKS; POLLO, 2010).

⁶⁰ Agência de fomento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), número do processo 2014/18615-4.

⁶¹ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Membro do Núcleo de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP-CNPq). Membro do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - GRATA (HC-FMRP-USP). Bolsista de Doutorado da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP. E-mail: elide_dezoti@hotmail.com.

⁶² Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Membro do Núcleo de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP-CNPq). Membro do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - GRATA (HC-FMRP-USP). Bolsista de Doutorado da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP. E-mail: carol_leonidas@hotmail.com.

⁶³ Professora Substituta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, UFTM. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP-CNPq). Membro do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - GRATA (HC-FMRP-USP). E-mail: liliancostapsico@gmail.com

⁶⁴ Professor Associado 3 do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Coordenador do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP-CNPq). São Paulo. Membro do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - GRATA (HC-FMRP-USP). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq Nível 1B. E-mail: masantos@ffclrp.usp.br

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição - DSM-V (Associação Americana de Psiquiatria, 2013) aponta como principais TAs a anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN). Esses quadros têm em comum o comportamento alimentar gravemente perturbado, tentativa de controle excessivo do peso corporal por meios não apropriados e acentuada distorção da imagem corporal.

O quadro clínico pode cursar com alterações fisiológicas importantes, tais como distúrbios endócrinos (por exemplo, amenorréia nas mulheres), alterações gastrointestinais, cardiovasculares, hematológicas e metabólicas, que atuam também como mantenedores do transtorno, podendo, em casos extremos, levar à morte (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002; DUNKER; PHILIPPI, 2003).

Assim, a literatura científica evidencia que os TAs têm etiologia multifatorial, pois são diversos os fatores que atuam como disparadores e mantenedores dessas psicopatologias. Dentre esses aspectos, é possível citar o meio sociocultural (pressão por corpo magro e jovem), dinâmica familiar (considerada disfuncional, com fragilidade nos vínculos) e aspectos de personalidade (insatisfação, perfeccionismo) (OLIVEIRA; SANTOS, 2006).

A etiologia multifatorial sugere a necessidade de tratamento multidisciplinar, que utilize uma abordagem integrada, abrangendo aspectos orgânicos, emocionais e familiares. Os estudos apontam que a equipe especializada deve ser formada por psiquiatra, clínico geral, psicólogo e nutricionista (DOS SANTOS, 2006).

O presente estudo tem como objetivo avaliar a experiência de uma equipe multiprofissional especializada no cuidado de pessoas diagnosticadas com TAs e seus familiares.

Método

O presente estudo é um relato de experiência, e pretende colaborar com as discussões acerca de aspectos positivos e fragilidades no trabalho em equipe multiprofissional. O delineamento metodológico proposto é o de estudo de caso, sendo o “caso” a ser investigado a equipe multiprofissional (YIN, 2005). Foram analisadas vivências profissionais no contexto naturalístico das atividades da equipe.

Resultados e Discussão

A equipe: Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (GRATA-HC-FMRP). A equipe é composta atualmente por psicólogos: dois psicólogos coordenadores, três psicólogas responsáveis pela coordenação dos grupos e quatro estagiários; nutricionistas: uma nutricionista coordenadora, uma supervisora, duas responsáveis pelos atendimentos individuais, duas estagiárias; nutrólogos: uma nutróloga coordenadora e dois médicos residentes em nutriologia; uma psiquiatra coordenadora e dois residentes em psiquiatria.

As atividades do grupo acontecem uma vez por semana. No período da manhã é realizada a reunião entre todos os membros da equipe, com o objetivo de discutir os casos atendidos na semana anterior, assim como os casos que serão atendidos no dia. São discutidas as condutas a serem tomadas em relação a cada paciente/familiar atendido. Após a reunião, são iniciadas as atividades de grupo para pacientes e familiares. Por fim, são realizados os atendimentos individuais de pacientes, com todas as especialidades.

Percebe-se, durante a observação da rotina do ambulatório, que a dificuldade inicial está no espaço físico. São poucas salas disponíveis, e muitos profissionais e pacientes, o que dificulta o andamento das atividades.

Destaca-se também que a maioria dos profissionais atua como voluntário dentro da equipe, ou seja, é ínfimo o número de contratados dentro do serviço. Somado a isso, por tratar-se de um hospital-escola, existe um grande número de residentes e estagiários passando pelo serviço, fatos que resultam em alta rotatividade de profissionais. Essa rotatividade é sentida com sofrimento por esses pacientes, que são de difícil vinculação (SANTOS, 2006).

Os TAs são caracterizados por trazer à tona intensas emoções tanto nas pessoas que as sofrem quanto no cuidador, seja ele familiar ou profissional da equipe. Isto porque estão intimamente relacionadas à oposição vida/morte (MIRANDA, 2007). Assim, o atendimento desses pacientes pode gerar angústias e estresse na equipe, que deve ser cuidada também em seus aspectos subjetivos.

Considerações Finais

A partir das informações observadas na rotina ambulatorial, é possível pensar que se trata de um tema mobilizador e impactante, pois centra-se na alimentação, que é a essência, combustível e permissão para a vida, ao mesmo tempo em que nos leva a cenários de morte, dor, sofrimento e destrutividade. Assim, a equipe deve estar em constante processo de reflexão sobre as práticas adotadas. Além disso, sugere-se que os profissionais possam realizar psicoterapia pessoal, com o intuito de aprimorar e conhecer seu mundo emocional.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR.** Washington (DC), 2013.

DOS SANTOS, J. E. GRATA: Nossa história, trabalho e desafios. **Medicina** (Ribeirão Preto), v. 39, n. 3, 353-360, 2006.

DUNKER, K. L.; PHILLIPI, S. T. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. **Revista de Nutrição**, v. 16, n. 1, 51-60, 2003.

MIRANDA, R. M. Em busca das palavras perdidas: o corpo, carcereiro da mente, nos distúrbios alimentares. **Ide**, v. 30, n. 45, 28-34, 2007.

MORGAN, C. M.; VECCHIATTI, I. R.; NEGRÃO, A. B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n. 3, 18-23, 2002.

OLIVEIRA, E. A.; SANTOS, M. A. Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do Psicodiagnóstico. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, 353-360, 2006.

SANTOS, M. A. Sofrimento e esperança: grupo de apoio com pacientes com anorexia e bulimia nervosas. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 386-401, 2006.

ASPECTOS EMOCIONAIS DO PACIENTE E FORMAS DE INTERVENÇÃO NOS TRANSTORNOS ALIMENTARES⁶⁵

Manoel Antônio dos Santos⁶⁶; Lilian Regiane de Souza Costa⁶⁷; Carolina Leonidas⁶⁸; Élide Dezoti Valdanha⁶⁹; Adriana Inocenti Miasso⁷⁰

Resumo

Neste estudo buscamos articular os aspectos emocionais das pacientes com transtornos alimentares (TAs) e as formas de intervenção psicológica. A clínica dos TAs configura um campo de alta densidade da experiência vivida, dado o nível de comprometimento de áreas vitais implicadas. Além dos prejuízos físicos evidentes, as pacientes apresentam graves alterações do funcionamento psicossocial, que se expressam tanto no plano da personalidade quanto do comportamento. São traços característicos das pessoas diagnosticadas com esses transtornos o isolamento social, implicando na deterioração da qualidade e regularidade das relações sociais, o humor depressivo, a invasão dos afetos desorganizando o funcionamento intelectual, com prejuízos marcantes na adaptação e qualidade de vida. Não ser capaz de reconhecer no seu comportamento alimentar um traço patológico é o maior desafio terapêutico a ser vencido, na medida em que dificulta ou até mesmo inviabiliza o desenvolvimento de uma aliança terapêutica entre o profissional de saúde e paciente. Nesse sentido, a intervenção psicológica almeja levá-la, primordialmente, a uma condição de responsabilizar-se por seus sintomas e, em última instância, por sua própria vida.

Palavras-chave: Anorexia Nervosa; Bulimia Nervosa; transtornos alimentares; psicoterapia de grupo - apoio.

Introdução

Os transtornos alimentares (TAs) constituem quadros psicopatológicos que têm em comum a desorganização do comportamento alimentar e uma acentuada distorção da imagem corporal (MOURA; SANTOS; RIBEIRO, 2015; OLIVEIRA; SANTOS, 2006). A psicoterapia de grupo é uma indicação interessante para pacientes com TAs (GOULART; SANTOS, 2012; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2012), considerando que um dos traços característicos de pacientes com esses quadros psicopatológicos é o isolamento social (OLIVEIRA; SANTOS, 2006). Pacientes com anorexia e bulimia frequentemente tem sua rede de apoio social empobrecida, limitando-se basicamente ao círculo familiar (LEONIDAS; SANTOS, 2014), o que implica na deterioração da qualidade e regularidade das relações sociais. Também apresentam humor

⁶⁵ Apoio financeiro: Conselho Nacional Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

⁶⁶ Professor Associado 3 do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Coordenador do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP-CNPq). São Paulo. Membro do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - GRATA (HC-FMRP-USP). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq Nível 1B. E-mail: masantos@ffclrp.usp.br

⁶⁷ Professora Substituta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, UFTM. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP-CNPq). Membro do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - GRATA (HC-FMRP-USP). E-mail: liliancostapsico@gmail.com

⁶⁸ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Membro do Núcleo de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP-CNPq). Membro do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - GRATA (HC-FMRP-USP). Bolsista de Doutorado da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP. E-mail: elide_dezoti@hotmail.com.

⁶⁹ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Membro do Núcleo de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP-CNPq). Membro do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - GRATA (HC-FMRP-USP). Bolsista de Doutorado da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP. E-mail: elide_dezoti@hotmail.com

⁷⁰ Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo e orientadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq Nível 2. E-mail: amiasso@eerp.usp.br

depressivo, invasão dos afetos (que desorganiza o funcionamento intelectual) e prejuízos marcantes no processo adaptativo e na qualidade de vida.

Não ser capaz de reconhecer no seu comportamento alimentar um traço patológico é o maior desafio terapêutico a ser vencido, na medida em que dificulta ou até mesmo inviabiliza o desenvolvimento de uma aliança terapêutica entre o profissional de saúde e o paciente (GOULART; SANTOS, 2012). Nesse sentido, a intervenção psicológica almeja, primordialmente, levar as pacientes a se responsabilizarem pelo manejo de seus sintomas, de modo a reconhecerem que a vida necessita ser cuidada.

O processo terapêutico, individual, grupal ou familiar, é importante para potencializar a possibilidade de mudança. A almejada transformação da paciente advém da sua maior proximidade com seu mundo interno, bem como da ressignificação de valores, crenças e sentimentos relacionados ao próprio corpo e à mente, integrando-os no processo de autocuidado.

As táticas de intervenção utilizadas na psicoterapia nos TAs aproximam-se, em seus fundamentos técnicos, das estratégias descritas por Hector Fiorini (1984) no contexto das psicoterapias de apoio (ou de esclarecimento). As intervenções podem ser: explorativas, informativas e integrativas.

(1) *Explorativas*: correspondem às intervenções que buscam investigar o que a paciente conhece a respeito dos TAs e de seu tratamento. Incentiva-se a paciente a explicar livremente suas concepções, pensamentos e sentimentos, com atenção à maneira como cada um consegue subjetivar suas questões.

(2) *Informativas*: visam a proporcionar a disseminação de conhecimentos atualizados sobre o transtorno, mediante uma linguagem compatível e adaptada ao nível sociocultural do paciente.

(3) *Integrativas*: almejam o desenvolvimento de habilidades de elaboração das situações vivenciadas e privilegiam a aprendizagem por meio da experiência.

Enquanto a maior parte das pessoas sente medo da morte, nos TAs o que prevalece é o *medo da vida*. A condução de uma psicoterapia nesse contexto vai priorizar o restabelecimento do vínculo primordial com a vida, que se encontra comprometido nessas pacientes.

Uma advertência, principalmente para o psicoterapeuta mais afoito, é que o mais importante, nesses casos, é não cair na tentação de estabelecer um padrão-ouro para a assistência, mas saber respeitar o tempo e o ritmo das necessidades de cada paciente. Há momentos em que a paciente estará mais debilitada, com as defesas físicas e psíquicas desorganizadas, ao passo que, em outros, ela se mostrará mais integrada e receptiva à ajuda oferecida. Nesse caso é preciso esperar pacientemente o momento oportuno para intervenções de conteúdo interpretativo, entendendo que no plano psicológico, assim como ocorre na vida, tudo tem sua vez e sua hora.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado na metodologia do estudo de caso (PERES; SANTOS, 2005), considerando-se “caso” o Grupo Terapêutico de Pacientes com TAs, oferecido em contexto institucional.

Resultados e Discussão

Vinheta clínica

Uma paciente admitida havia pouco tempo no grupo terapêutico conta que já fez tratamento psicológico anteriormente e se recorda desse tempo, tecendo comparações entre as duas psicólogas. Ela diz que começou a desconfiar de uma delas, porque na sessão ela (a paciente) costumava falar muito e “ela nada”. Apesar de dizer que a profissional a ajudou muito, afirma que não gostava dela porque ela não aceitou o pedido de sua mãe, que desejava conversar com ela. O mesmo se repetiu com o pedido de uma amiga.

Na fala evidencia-se o movimento que a paciente faz para justificar sua desconfiança em relação às profissionais com as quais havia feito psicoterapia. O relato é pontuado pela posição ambivalente em relação à primeira profissional e ao tratamento realizado (“eu não sei se é bom ou se é ruim”). A ambivalência está patente nos relatos paradoxais: “eu não gostava dela”, depois de ter expresso: “mas valeu pra mim”, ou, em um outro momento: “eu falava muito, e ela nada”, ou ainda: “ela falou que não queria conversar com minha mãe” e “ela me ajudou a me conhecer muito”,

O movimento da terapeuta, ao não aceitar receber a mãe e a amiga da paciente, não foi entendido como uma tentativa de preservar o *setting* e a relação terapêutica contra possíveis invasões externas. A terapeuta passa a ser denegrada (“eu não gostava dela”) e o vínculo terapêutico seria logo rompido, com o abandono por parte da paciente.

Na sequência da sessão grupal outra paciente, Nilma, cerca de 10 anos mais velha do que Sílvia, manifestou-se compartilhando sua própria experiência de psicoterapia individual, trazendo a importância

da regra de sigilo. Para ela, o sigilo faz parte do contrato terapêutico: “acho que você não pode entrar numa terapia sem serem colocadas essas condições, de colocar todas as cartas na mesa, tudo direitinho, o quê que a gente vai fazer e o quê que eu pretendo fazer”. Ela conta da psicóloga que a atende atualmente e diz que teve “oportunidade de falar o tipo de terapia de que eu não gostava”, pois também havia tido uma experiência anterior que a deixara frustrada. “Eu já tinha uma terapeuta que só ficava me olhando e me perguntava: “E aí? E aí? E aí?”, e é isso que mata!”

Nilma, portanto, suplementa a fala de Silvia, trazendo um sentido diferente para a “recusa” da terapeuta de Silvia de receber a mãe e a amiga. Nilma sugere - embora não afirme categoricamente - que o compromisso com o sigilo profissional pode ter levado à terapeuta a tomar aquela atitude, atribuindo-lhe um significado de proteção em relação à paciente e à própria psicoterapia. Além disso, ao evocar que essa é uma regra acordada no início da terapia, aponta para o fato de que a relação terapêutica é um contexto especial da vida, discriminando-o de outros, como o círculo familiar e de amizades.

É interessante observar que essa paciente, Nilma, tinha um diagnóstico de Anorexia Nervosa do tipo restritiva. Era extremamente emagrecida, com um Índice de Massa Corporal (IMC) de 13,6, muito aquém do limite inferior da faixa de normalidade (18,5) e considerado de grande risco. De fato, Nilma era considerada pela equipe multidisciplinar um caso muito grave, embora estável, - por várias vezes chegou a ser considerada um “caso perdido”. Nessa paciente o TA assumiu um curso crônico, levando-a a abandonar o trabalho (no qual era reconhecida como uma profissional competente e dedicada) em virtude da debilidade física. A despeito desse quadro clínico refratário a mudanças no comportamento alimentar altamente restritivo e do prognóstico reservado, sua presença no grupo era de alguém que apoiava ativamente as demais participantes, auxiliando o coletivo a se engajar na tarefa terapêutica.

Nilma, provocada pela fala de Silvia que introduziu a palavra “desconfiança” para qualificar a relação terapêutica, salienta a importância de o psicoterapeuta “colocar todas as cartas na mesa, tudo direitinho”, e respeitar o “contrato de sigilo”. Em vez de reforçar a visão da outra integrante do grupo, que lança suspeitas sobre suas terapeutas anteriores, Nilma discorre sobre as condições que, no processo terapêutico, contribuem para fortalecer a relação de confiança do paciente no psicoterapeuta. Explicitar os limites é uma dessas condições: “o quê que a gente vai fazer e o quê que eu pretendo fazer, porque eu trabalho assim, assim e assado”. E traz à baila sua própria experiência, que em alguns aspectos faz um contraponto à experiência de Silvia: “porque essa psicóloga me conheceu, e eu comecei assim”. Nilma também conta que teve uma experiência anterior mal-sucedida, mas mostra que superou essa fase.

Na sequência da sessão do grupo terapêutico, outra paciente, Gislene, se manifesta, também refletindo sobre sua experiência. Ela conta que tinha uma psicóloga que ela sabia que não ia falar nada do que conversavam. Desse modo, Gislene traz a representação de uma psicóloga confiável, que ela percebia (“sabia”) que não iria comentar com terceiros nada do que conversavam na intimidade do consultório. No entanto, essa psicóloga tinha um comportamento errático, impulsivo, “era louca”, porque “batia a porta na minha cara”.

A imagem da psicóloga silenciosa é recorrente nas falas das integrantes desse grupo terapêutico. Parece ser uma representação comum a todas elas. O silêncio é vivido como algo “pesado”, no limite do insuportável. Pacientes com TAs têm insuficiência simbólica. Os recursos psíquicos são insuficientes para lidar com as fantasias persecutórias. O olhar do outro é cáustico, queima, atravessa, devassa. Olhar de Medusa que pode paralisar e petrificar. E a condição de indiferenciação em relação ao objeto fica mais presentificada quando não contam com uma muralha de palavras que as protegeriam do contato pele a pele com o outro. Sem uma distância segura, a simples presença do outro torna-se ameaçadora. Sentem-se aprisionadas (“pra mim é uma tortura”), a relação de cuidado (terapêutico) é subvertida, torna-se invasiva e mortífera. O clima persecutório se instala rapidamente (“eu não sabia o que esperar dela”) e o terapeuta é transformado em objeto persecutório, levando ao movimento defensivo - evadir-se, romper o contrato, pedir que a mãe ou uma amiga se intrometam no *setting*. Essas são tentativas defensivas de manter a frágil integridade egóica. Nota-se, assim, que o abandono da psicoterapia, passagem ao ato (*acting out*), é um movimento necessário para se recuperar da queda iminente no abismo. Fava e Peres (2011), em estudo que explorou o universo das comunidades virtuais pró-anorexia, mencionam o vazio mental e o vazio corporal. A manutenção da postura silenciosa do terapeuta, quando a paciente está *implorando*, na transferência, para ser encontrada, é entendida como uma indesculpável “falta de decoro”. Mais do que isso, é erro técnico, porque faz com que o intolerável vazio mental - de que a paciente tenta a todo custo se livrar, projetando na psicoterapeuta - ameace se plasmar no *setting*, paralisando as forças vitais que sofregamente caminharam para o encontro terapêutico. Desse modo, o

movimento expulsivo se impõe, para o triunfo da pulsão de morte, ameaçando o que resta de vida psíquica com a paralisia e a inação.

Nilma demonstra uma condição de pensar por um vértice diferente das demais integrantes do grupo, permitindo a integração dos aspectos cindidos. Ela lembra às demais que o silêncio também é parte da terapia. Como o silêncio também é parte da música, tanto que na pauta musical ele é assinalado com uma notação específica, a instruir o músico de que deve interromper a emissão das notas em determinados momentos da execução.

Sílvia revela que agora está conseguindo “ficar mais solta”, isto é, menos aprisionada (menos “fechada”) na relação com a psicóloga, a quem temia até há pouco tempo. A paciente reflete que a relação com a psicoterapeuta mudou ao longo do tempo, à medida que ela própria evoluiu (“eu me autoconheci também”... “eu cresci”).

Outra paciente, Dália, se manifesta, apontando para a possibilidade (e necessidade) de negociar com a profissional. Não apenas os aspectos do contrato (sigilo), mas, principalmente, o tipo de relacionamento que essas pacientes estão dispostas a estabelecer ou suportar. Tanto Nilma quanto Dália sentiram necessidade de explicitar com suas terapeutas as expectativas que tinham em relação à psicoterapia e, sobretudo, da posição que gostariam que elas, terapeutas, assumissem no espaço terapêutico. Uma posição mais passiva, de escuta não intrusiva, parece não funcionar para essas pacientes, ou melhor, funciona como um reforço do traço persecutório da personalidade delas. Essa é uma lição importante que podemos tirar desses diálogos terapêuticos vivenciados em um Grupo Terapêutico de Pacientes com TAs. Certas posturas clássicas em psicoterapia podem ter como efeito, se aplicadas na condução do processo nessas pacientes, um aguçamento da persecutoriedade, acirrando defesas arcaicas e instigando reações hostis. É como disse Sílvia, “porque eu fico brava, muito brava”, que era a resposta que ela conseguia oferecer quando se sentia acuada (“muito fechada, muito presa”) na relação com a psicóloga. Por conseguinte, deve-se estar atento para a necessidade de reorganizar o enquadre a cada etapa, de modo a oferecer a escuta sensível às necessidades peculiares a essas pessoas que, invariavelmente, apresentaram problemas nas relações iniciais estabelecidas com a mãe.

Por outro lado, tanto nas falas de Sílvia como de Nilma e Dália aparece a possibilidade de superação das resistências iniciais à abordagem psicoterapêutica. Na medida em que o vínculo se fortalece, a integração de aspectos cindidos se torna possível. O que contribui para essa transformação é sentir que pode ter uma conversa franca com a psicóloga, impor também certas condições - antídoto contra a posição de passividade, de quem só “recebe ordens” sem poder retrucar, sem se sentir livre para falar de seus desconfortos ou opinar sobre o que acha melhor para si mesma.

Considerações Finais

Considerando as três modalidades de intervenção possíveis, pode-se notar que predominam no Grupo Terapêutico de Pacientes com TAs as estratégias integrativas, que almejam o desenvolvimento de habilidades de elaboração das situações vivenciadas e privilegia a aprendizagem por meio da experiência, sendo que no grupo tem-se essa particularidade: aprende-se tanto com a própria experiência, como com a experiência do outro. Portanto, na perspectiva de Sílvia e Talita, estar expostas ao relato da experiência transformadora de Nilma e Dália pode ter tido um óbvio efeito terapêutico.

Por outro lado, também é parte do espírito das intervenções explorativas incentivar a paciente a explanar livremente suas concepções, pensamentos e sentimentos, com atenção à maneira como cada uma é capaz de subjetivar suas questões. Isso ficou claro na maneira como as pacientes puderam partilhar suas experiências com a psicoterapia individual, assumindo pouco a pouco uma posição de responsabilização por seus sintomas.

Este estudo evidencia a necessidade de reorganizar o enquadre terapêutico na qual as pacientes com TAs são acolhidas, para que se possa preservar o vínculo terapêutico e sustentar um espaço-ambiente vital para que as transformações desejadas aconteçam, gradualmente, conta a conta, como é próprio dessas pacientes.

Afinal, a vida necessita ser cuidada.

Referências

- FAVA, M. V.; PERES, R. S. Do vazio mental ao vazio corporal: um olhar psicanalítico sobre as comunidades virtuais pró-anorexia. *Paidéia*, v. 21, n. 50, 353-361, 2011.
- FIORINI, H. *Teoria e técnicas psicoterápicas*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1984.
- GOULART, D. M.; SANTOS, M. A. Corpo e palavra: grupo terapêutico para pessoas com transtornos alimentares. *Psicologia em Estudo (Maringá)*, v. 17, n. 4, 607-617, 2012.

LEONIDAS, C; SANTOS, M. A. Social support networks and eating disorders: an integrative review of the literature. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v. 10, n. 1, 915-927, 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S60735>

MOURA, F. E. G. A.; SANTOS, M. A.; RIBEIRO, R. P. (2015). A constituição do vínculo mãe-filha e sua relação com os transtornos alimentares. **Estudos de Psicologia**, Campinas.

OLIVEIRA, E. A.; SANTOS, M. A. Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do Psicodiagnóstico. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, 353-360, 2006.

PERES, R. S.; SANTOS, M. A. Considerações gerais e orientações práticas acerca do emprego de estudos de caso na pesquisa científica em psicologia. **Interações**, v. 10, n. 20, p. 109-126, 2005.

SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M. A. Psicoterapia como estratégia de tratamento dos transtornos alimentares: análise crítica do conhecimento produzido. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 29, sup., 851-863, 2012.

SANTOS, M. A.; SCORSOLINI-COMIN, F.; GAZIGNATO, E. C. S. Aconselhamento em saúde: fatores terapêuticos em grupo de apoio psicológico para transtornos alimentares. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 31, n. 3, 393-403, 2014.

MCT 07: Instituição: lugar de loucura ou de saúde?**ATUAÇÃO EM EQUIPES INTERDISCIPLINARES: CONSTRUÇÃO, POSSIBILIDADES E LIMITES DOS VÍNCULOS EM GRUPOS PROFISSIONAIS**Silvia Brasiliano⁷¹**RESUMO**

Como em nenhuma outra época, a drogadicção ocupa hoje um lugar central no imaginário social. A degradação do caráter geralmente associada a este quadro pode atingir as instituições de tratamento. A desconfiança com que os dependentes são vistos atinge também os profissionais, que frequentemente sofrem com as crises de confiança ou pelo que são ou pela sua atuação. A proposta deste trabalho é pensar a atuação das equipes interdisciplinares em saúde mental, partindo da experiência de uma equipe que atua com mulheres dependentes de substâncias psicoativas em um hospital público universitário. Reflete-se sobre o vínculo entre os profissionais e deste com as pacientes. Os eixos são a interdisciplinaridade como construção; a transferência e a maternagem; a estruturação de limites e possibilidades de atuação. O trabalho em equipe é um processo que vai se construindo, gestando-se cotidianamente na prática clínica. Enfrentar as fragilidades da atuação da equipe terapêutica permite assegurar um ambiente de coesão e segurança para que os pacientes possam deixar de ser vítimas de sua doença para tornarem-se sujeitos ativos em seu próprio drama.

Palavras chave: interdisciplinaridade; equipes de saúde mental; abuso de substâncias psicoativas.

INTRODUÇÃO

Como em nenhuma outra época, a drogadicção ocupa hoje um lugar central no imaginário social. Diariamente somos bombardeados com as mais diversas notícias sobre as drogas: apreensão de grandes quantidades de maconha, a violência do indivíduo drogado que assaltou e matou para obter dinheiro para sustentar o vício, a invenção de uma nova e milagrosa solução que cura os usuários de cocaína e outras semelhantes. Essas notícias geralmente falam de uma epidemia de drogas que estaria arruinando lares e famílias, ora atribuindo à droga a causa definitiva do ato de drogar-se (é emblemático o caso da modelo linda, que estaria “destruída” pelo crack), ora atribuindo ao dependente a culpa pela sua situação. De qualquer forma, este cenário justifica as medidas drásticas e repressivas que têm sido adotadas: a violência das instituições destinadas à segurança pública e a reafirmação por alguns setores da saúde que defendem a internação como cura de qualquer quadro de dependência de drogas. No fim do caminho legitima-se, seja pela prisão, seja pela abordagem do tratamento, a exclusão como solução definitiva. É neste panorama, de estigma, degradação e resolução imediata de problemas, que se inserem as instituições e os profissionais que se propõem a tratar os indivíduos que abusam de drogas. Como membros desta sociedade, os profissionais carregam em sua atuação os mesmos preconceitos que atingem a drogadicção. Logo que comecei a atuar nesta área (a princípio com alcoolismo) um velho e titulado professor da faculdade de medicina chamou-me para uma conversa dizendo: a senhora é uma moça jovem e dedicada, por que tratar com bêbados, alcoólatras? Troque de campo, vá trabalhar com os psicóticos! Naquele momento, tomei consciência dos conceitos que geralmente são associados aos transtornos mentais. Em linguagem popular: os psicóticos são filhos de Deus e os drogados, estes, são filhos do diabo!

⁷¹ Programa da Mulher Dependente Química (PROMUD) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Ipq - HC - FMUSP). Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 785, PROMUD, 05403-903, São Paulo, SP, Brasil, Fone: (11) 3082-1876. E-mail: brasili@netway.com.br

Nos anos 80, Bleger pontuava que as organizações tendem a ter a mesma estrutura do problema que se propõem a cuidar (BLEGER, 1993). Assim, a degradação do caráter associada à drogadicção pode atingir as instituições de tratamento. É o que acontece, por exemplo, nas clínicas que deixam os drogadictos em situação deplorável e utilizam a tortura como método de tratamento (GURFINKEL, 2014).

No mesmo sentido, a desconfiança com que os dependentes são vistos - são mentirosos, manipuladores, pouco confiáveis - atinge em cheio os profissionais, que frequentemente sofrem com as crises de confiança ou pelo que são ou pela sua atuação. Será que são mesmo profissionais? Psicanalistas? Bem formados? São muito ecléticos! Religiosos? Perversos? diz a sociedade. Que abordagem é esta que estou fazendo? Será que é ética? angustiam-se os profissionais. LIMA (2006) afirma que “a clínica da dependência de drogas exige do profissional que se atreve a trabalhar com ela um estado de resignação desencadeado por uma opção pelo árduo caminho de busca da sabedoria” (LIMA, 2006, p. 303).

A proposta deste trabalho é pensar a atuação das equipes interdisciplinares em saúde mental, partindo da experiência de uma equipe que atua com mulheres dependentes de substâncias psicoativas em um hospital público universitário.

O PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À MUHER DEPENDENTE QUÍMICA (PROMUD) E A INTERDISCIPLINAREIDADE

Foi neste cenário que em 1996, uma psiquiatra e eu fundamos o Programa da Mulher Dependente Química (PROMUD) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq - HC - FMUSP), O PROMUD nasceu um tanto desacreditado. Ninguém era contra, mas, de certa forma, éramos vistas como duas profissionais idealistas, já que: mulheres dependentes de álcool e drogas não querem se tratar, não vem buscar ajuda e se vem não ficam. Foi neste pano de fundo, e um tanto influenciadas por ele, que iniciamos a primeira triagem. Para nossa absoluta surpresa tínhamos 8 pacientes na sala de espera, a primeira dependente de dolantina! Ao final do mês, o grupo de psicoterapia já era frequentado por 15 pacientes e, na iminência de transformamos o espaço terapêutico em assembleia convocamos rapidamente outra psicóloga!

Se tínhamos a quem tratar, era importante também construir o lugar para o trabalho interdisciplinar em uma instituição predominantemente médica. Entendemos que um problema complexo e multifacetado como a dependência de substâncias psicoativas necessita de uma abordagem interdisciplinar, já que o conhecimento a ser usado está no entrecruzamento de saberes (LIMA, 2005)

Afinal, ineditamente eram duas mulheres, uma médica e uma não médica, coordenando um serviço em um grande hospital psiquiátrico! Com 2 anos de existência caminhávamos bem e já contávamos com certa credibilidade. Naquela época, a equipe se compunha de vários profissionais e, além do ambulatório, cuidávamos das pacientes dependentes internadas (em uma grande enfermaria psiquiátrica feminina, mista quanto às patologias). O atendimento era individual, sempre em trio (um médico, uma psicóloga e uma TO) e supervisionado semanalmente por duas médicas psiquiatras e eu. Neste momento, a psiquiatra fica grávida e o médico recomenda repouso. Coincidentemente, pouco tempo depois, a outra médica também engravida e se afasta da equipe. Repentinamente, eu me vi numa sala grande com cerca de 10 profissionais, três deles médicos recém formados, para supervisionar! Psicóloga e psicanalista de formação comecei a me defrontar com questões como: a paciente é alcoolista e está com o fígado gravemente comprometido. Deprimida e com tendência suicidas, a indicação é de medicação, mas esta é metabolizada pelo fígado; o que fazemos? Ou ainda, a paciente está internada há 15 dias e vê pequenas lagartixas andando na parede: abstinência protraída? Alucinose alcoólica? Quadro psicótico primário ou secundário? É claro que eu não tinha conhecimento suficiente para responder a estas questões! Em algumas reuniões (nas primeiras) o coordenador da enfermaria pode participar presencialmente, mas ele tinha muitas outras funções e o trato foi de que ele assumia as condutas, mas eu ficava a frente da equipe. Eu, pensei? Não havia celular, nem aplicativos e, toda semana, após a reunião, eu corria para o telefone e, ansiosamente contava o que tinha feito e perguntava para a psiquiatra: o que você acha? Fiz certo? Hoje sabemos que este momento só pode ser ultrapassado porque havia uma equipe, que se fortaleceu, e tal como fazia com as pacientes, pode ser continente e exercer a maternagem para acolher os meus medos e conflitos e as dificuldades de todos os membros. Nem todos entendíamos tudo o que outro falava: mecanismos de defesa? Cozinhar? Neuroléticos? Mas o que aprendemos é que se as particularidades de cada intervenção podiam ser buscadas nos livros, nos artigos, com outros profissionais mais experientes, o tratamento daquela paciente era uma articulação que podia ser feita pela equipe!

As mulheres dependentes de álcool e drogas chegam ao nosso serviço geralmente solitárias, angustiadas e ambivalentes quanto ao tratamento. A maternagem exercida pela equipe permite que elas se

aproximem para poder construir no futuro o seu próprio lugar de cuidado. A equipe sofre com a transferência maciça, já que se torna depositária das fantasias, dos conflitos e dos sentimentos das pacientes. É a equipe quem vai sustentar a demanda pelo tratamento no primeiro momento (PAULO; VIEIRA, 1992; BRASILIANO, 2007). Pacientes dependentes costumam procurar ajuda só quando algo da ordem do fracasso instalou-se na sua relação com as drogas. Aderidas aos objetos de consumo e fortemente identificadas com ele nomeiam-se a partir da satisfação do encontro com o objeto: eu sou dependente! (GROSSI; NOGUEIRA, 1997). Seu sofrimento e sua queixa referem-se a um ato, abusar de drogas, com o qual não se implicam, mas que não podem controlar.

Para que as pacientes dependentes consigam se tratar transferem sua dependência para o programa de atendimento e sua equipe. É no PROMUD, então, que se dá a sua vida, seus relacionamentos, seus amores e seus ódios. Assim, para cada qual temos o profissional bonzinho e o malzinho; aquele com ela divide seus sentimentos e o outro para quem ela mostra como está bem e “recuperada”. A roda das drogas, os amigos do bar passam a ser os profissionais e as outras pacientes do PROMUD.

Para que esta situação seja sustentada é necessário a construção de limites. Desde o começo do trabalho estabelecemos algumas pautas de funcionamento, sendo a principal a que garante o lugar de cuidado. Para isso, elaboramos um contrato de trabalho (revisado, modificado e reestruturado ao longo dos anos) que fixa, entre outros itens, que a paciente que falta a qualquer atendimento (1 falta para a consulta médica e para a abordagem nutricional e 3 faltas para a psicoterapia) sem aviso prévio será convocada por um dos membros da equipe. São 3 convocações sequenciais. Se a paciente não se manifestar entendemos que ela não quer mais se tratar naquele momento. Ela pode voltar para o programa, mas para isso terá que retomar o processo desde o início (entrar na lista de espera, passar pela triagem, e definir o seu plano terapêutico). Em outra regra, instituímos certas condições que se não forem observadas implicam em alta administrativa. As principais são: entrar no ambulatório com qualquer droga (álcool também), usar, oferecer ou vender dentro do perímetro hospitalar; portar armas; trocar remédios ou receitas com outras pacientes.

Estes limites funcionam como delimitação do espaço terapêutico. Entendemos que não respeitá-los é reproduzir neste espaço a mesma estrutura da drogadicção. Permitir a entrada e saída do tratamento sem qualquer condição é muito similar à não tolerância a frustração e a busca imediata de satisfação, características fundamentais do quadro das dependências. É preciso pensar ainda que se a transgressão é vital na existência do drogadicto, onde não há leis esta não pode ser atuada, mas, por outro lado, sem leis não há espaço para o cuidado que pode modificar a vivência (BRASILIANO, 2007). Afinal, um programa de tratamento nada mais é do que um dispositivo de continência estruturado em função da situação que observamos em um dado momento (CESARINO, 1989).

Similar e simultaneamente, a instituição de regras também se colocou para a equipe. Noventa por cento da equipe do PROMUD é composta por profissionais colaboradores, ou seja, que trabalham em caráter voluntário. Quando se fala em voluntários logo se pensa em trabalho gratuito e descompromissado. No entanto, a implicação com a abordagem e com as pacientes é exigência fundamental para estar no PROMUD. Da mesma forma que com as pacientes temos regras para as faltas, com os profissionais também há limites para as ausências. Nossas férias procuram ser escalonadas. Temos horários para entrar e sair, para a supervisão e para a reunião de equipe. Respeitamos a individualidade dos membros, mas todos se comprometem com o programa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho em equipe não é uma decorrência natural da presença de vários profissionais em um mesmo espaço trabalhando com a mesma patologia. É um processo que vai se construindo, gestando-se no seu fazer cotidiano. Neste processo conta tanto a intuição, a sensibilidade e a criatividade, quanto a possibilidade de elaborar dificuldades e conflitos,

Na verdade, a equipe é só um grupo de pessoas. O espaço terapêutico é constituído na relação destas pessoas com outras pessoas, os pacientes, em um movimento contínuo de inter-relação. Enfrentar as fragilidades e limites da nossa atuação permite assegurar um ambiente de coesão e segurança para que os pacientes possam deixar de ser vítimas de sua doença para tornarem-se sujeitos ativos em seu próprio drama.

REFERÊNCIAS

- BLEGER, J. *Temas de psicologia: entrevista e grupos*. São Paulo (SP): Martins Fontes; 1993. 113 p.
- BRASILIANO, S. Psicanálise de grupo com drogaditos: construção de novos dispositivos para a realidade institucional. *Revista SPAGESP*, Ribeirão Preto, v. 8, n, 2, dez. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902006000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 mar. 2015.
- GROSSI, F. T.; NOGUEIRA, C. S. P. Novas considerações sobre a abordagem psicanalítica no tratamento da toxicomania. In: INEM, C.; BAPTISTA, M. (Org.). *Toxicomanias: uma abordagem clínica*. Rio de Janeiro: NEPAD/UERJ, 1997. p. 151-158.
- GURFINKEL, D. *Adições: paixão e vício*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014. 470 p.
- CESARINO, A. C. Hospital-dia “A Casa”: conversando sobre dez anos de experiência. In: LANCETTI, A. (Ed.). *SaúdeLoucura* Número 1. São Paulo. Editora Hucitec, 1989. p. 33-45.
- LIMA, S. A. Montando um serviço de assistência. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (Org.). *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. p. 297-304.
- PAULO, L. F.; VIEIRA, T. M. S. Convivência com portadores de AIDS e dependentes de drogas: uma clínica da solidariedade. In: LANCETTI, A. (Ed.). *SaúdeLoucura* 3. São Paulo: Editora Hucitec, 1992. p. 55–62.
-

A medicalização da vida escolar: contribuições da Psicanálise

Mayara Karolina Alvarenga Recaldes Gomes Coutinho⁷²

RESUMO

Este texto busca aprofundar os estudos sobre a medicalização do processo ensino-aprendizagem a partir do referencial teórico da Psicanálise e é parte do processo de pesquisa do curso de mestrado em Educação. O objetivo deste trabalho é identificar os autores e a explicação psicanalítica para o fenômeno da medicalização, especialmente no que tange à crescente demanda por diagnóstico de queixas escolares. A metodologia empregada foi a revisão bibliográfica numa perspectiva qualitativa. Inicialmente apresentamos a definição dos conceitos de medicalização e queixa escolar e o modo como a medicalização serve ao silenciamento do sujeito patologizado e medicalizado, apontando as consequências deste processo na vida dos envolvidos: criança, família e educadores. Em seguida apontamos a Psicanálise como possibilidade de recuperar a voz dos sujeitos por meio de seu método. Por fim, recorreremos aos estudos de psicanalistas brasileiros acerca da medicalização problematizando este fenômeno a partir da compreensão deste enquanto fantasia inconsciente difundida socialmente e das implicações de prática pedagógica analiticamente orientada em que o professor se encontre implicado com a formação subjetiva do aluno prescindindo de explicações medicalizantes para o processo ensino-aprendizagem.

Palavras-chave: Medicalização. Queixa Escolar. Psicanálise.

Introdução

Este estudo apresenta os resultados de uma revisão bibliográfica acerca da medicalização da vida escolar. O interesse pelo tema surgiu a partir da experiência como psicóloga clínica e supervisora de estágio obrigatório supervisionado na clínica-escola de psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, quando, diante da queixa-escolar, especialmente daquela nomeada como Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), se observava uma negação da historicidade do sujeito e de seu sintoma em função do provável diagnóstico. Assim, eram constantes falas da família e da escola que reduziam o sujeito ao diagnóstico ou à sintomatologia como: “age assim porque é TDAH”, “não tem nota em matemática porque é hiperativo” - falas de coordenadora pedagógica durante entrevista escolar.

A medicalização do processo ensino-aprendizagem, segundo Collares e Moysés (2011), se insere no processo de biologização da vida, isto é, na transformação de questões sociais em questões biológicas, com respaldo numa ciência de matriz positivista. Com isso, o processo saúde-doença se reduz a questões de funcionamento biológico do corpo e os conflitos decorrentes dos contextos histórico, cultural e social em que os sujeitos estão inseridos são silenciados, enquanto estes sujeitos são culpabilizados pela própria condição de vida. Na escola, este fenômeno é observado na busca das causas do fracasso escolar e das dificuldades do processo de escolarização em características inerentes aos alunos deslocando “o eixo de uma discussão político-pedagógica para causas e soluções pretensamente médicas, portanto, inacessíveis à Educação” (COLLARES; MOYSÉS, 2011, p. 197).

A medicalização da vida, e do processo ensino-aprendizagem, não é recente, e foi estudada por vários autores, como Illich (1975) e Foucault (1980) citados por Collares e Moysés (2011). Apropriamo-nos das discussões de Corrêa (1994) para compreender a definição de medicalização por Foucault. Segundo a autora, a medicalização social perpassa o controle dos problemas de saúde coletiva, mas não se restringe às doenças, pois busca a normalização do modo de vida das pessoas pela medicina e saberes correlatos, e interfere nas representações sobre o corpo, a saúde, a doença e demais processos vitais, sendo assim uma estratégia do biopoder.

⁷² Mestranda do programa de pós-graduação em Educação da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Paranaíba, MS. Psicóloga Clínica. Psicóloga da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus de Paranaíba. Contato: mayara.coutinho@ufms.br

Fernandes e Resmini (200?) definem o biopoder como um dispositivo de controle das populações em que a vida é o bem máximo a ser produzido e reproduzido por meio da ênfase na proteção da vida, na regulação do corpo e na proteção de outras tecnologias. Neste sentido, a medicalização agrega à função de cura da medicina uma função política de criar e transmitir normas, sendo este o elo com a normalização, assim, uma norma é criada e difundida como o padrão ideal a ser seguido.

De acordo com Corrêa (1994), enquanto estratégia do biopoder, a medicalização se apresenta, dentre outras formas, pela criação de preceitos generalizantes apoiados na medicina e no controle reprodutivo das populações, isto é, cria e fomenta a distinção normal *versus* patológico. Neste modelo, a relativa autonomia do indivíduo é secundária à lógica reprodutiva da vida, como exemplo podemos citar o controle do indivíduo e populações por meio da normatização dos comportamentos esperados na escola, criando um ideal de aluno.

A queixa escolar é o campo em que, frequentemente, a medicalização é materializada, refere-se à demanda por uma resposta às dificuldades envolvidas no processo de ensino e de aprendizagem que podem culminar no fracasso escolar (Souza, 2013). Conforme a autora, é crescente a busca por diagnósticos sobre o não-aprender ou sobre o aprender com dificuldades.

O objetivo deste trabalho foi identificar os autores e a explicação psicanalítica para o fenômeno da medicalização, especialmente no que tange à crescente demanda por diagnóstico de queixas escolares. Diante disso, recorreremos à metodologia de pesquisa bibliográfica, revisando artigos científicos disponíveis na plataforma *Scielo*, livros e capítulos de livro selecionados segundo os descritores medicalização, queixa escolar e psicanálise.

Resultados e Discussão

O psicanalista Joel Birman (2014), referenciado no pensamento de Foucault (1988, 2001, 2005, 2011), afirma que a medicalização implica a normalização como forma de constituição da sociedade moderna. Para o autor, a normalização é tributária do movimento de perda de autoridade da lei simbólica que era outorgada pelo teocentrismo que delimitava um processo de interdição absoluta dos sujeitos até o final do século XVIII. Até então, havia uma relação de obrigação entre os sujeitos em relação à lei religiosa, a partir da denominada “morte de Deus”, que caracteriza a modernidade, a relação com o sagrado e com o transcendente é perdida, levando à transgressão, frente a qual se erige um sistema de normas:

Somos levados a uma espécie de expansão de nós mesmos, uma espécie de vertigem de si em função dessa ausência de limites que a lei religiosa, sagrada, nos outorgava, e somos fadados à transgressão. É face a essa transgressão que se coloca, efetivamente, como forma de regulação social, a criação de um sistema de normas propriamente ditas (BIRMAN, 2014, p. 45).

Segundo Birman (2014) a normalização é médica, uma vez que a Medicina delimita o que é normal, anormal e patológico, e é também uma normalização pedagógica, pois a escola normalizante é um de seus agentes. Destarte, o mal-estar individual e coletivo frente à ausência de interdição, consequência do vazio gerado pela quebra da lei religiosa, é tamponado pela produção permanente de normas. A estratégia da normalização é a produção de anormais e as práticas de normalização dos anormais, um exemplo disso é o aumento constante de patologias e psicopatologias observado nas sucessivas edições do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), editado pela Associação Americana de Psiquiatria.

Conforme Fendrik (2011) e Izaguirre (2011) o DSM é editado periodicamente e nas duas primeiras versões (1918 e 1952) contava com a contribuição de psicanalistas e se constituiu como um instrumento de referências diagnósticas confiáveis e compartilhado entre os profissionais de saúde. Paulatinamente, as contribuições da Psicanálise deram lugar às referências da ciência do comportamento (behaviorismo), que enfatiza o estudo do comportamento observável. Assim, na terceira edição do DSM o critério nosográfico, que apresentava uma etiologia para os sintomas utilizando o conceito de doença mental, foi substituído pelo critério estatístico, transformando o DSM em um manual classificatório de transtornos mentais. O conceito de transtorno substituiu o conceito de doença mental porque o manual oferece uma classificação baseada em sinais observáveis, classificados empiricamente o que implica a desconsideração de diferentes referenciais teóricos buscando um suposto consenso entre os especialistas usuários do DSM. De acordo com Fendrik (2011), uma consequência direta desta mudança conceitual, aliada à associação da psiquiatria com a medicina baseada em evidências e à neurobiologia, foi a

proliferação de transtornos mentais, como pode ser observado no salto de número páginas a cada nova edição do manual: 150 páginas na segunda edição (1952), 500 páginas na terceira (1974), cerca de 900 páginas na quarta (1994) e 992 na quinta edição apresentada em 2013.

Dentre as críticas apresentadas ao manual encontra-se a ausência de um referencial teórico que embasa o conceito de normalidade, pois o DSM pretende-se a-teórico num sistema de classificação baseado na realidade do observado e na neutralidade do observador. Para Fendrik (2011), em quem encontramos esta crítica, o conceito de transtorno subjacente às classificações do DSM aponta um desvio em relação ao modo de vida americano, sistema de valores impostos ao Ocidente pelos Estados Unidos da América depois da segunda guerra mundial. Neste sentido, a norma que refenda o processo de normalização subjacente à medicalização da vida é o modo de vida americano.

Observamos a ancoragem da medicalização da vida escolar no DSM ao lermos a definição do Conselho Federal de Psicologia para medicalização: “processo que transforma questões de ordem social, política, cultural em ‘distúrbios’, ‘transtornos’, atribuindo ao indivíduo uma série de dificuldades que o inserem no campo das patologias, dos rótulos, das classificações psiquiátricas” (CFP, 2012, p. 6). Para o campo educacional, a medicalização se apresenta na patologização do processo ensino-aprendizagem e, assim:

[...]ter dificuldade de leitura e escrita não mais questiona a escola, o método, as condições de aprendizagem e de escolarização. Mas sim, busca na criança, em áreas de seu cérebro, em seu comportamento manifesto as causas das dificuldades de leitura, escrita, cálculo e acompanhamento dos conteúdos escolares. A criança com dificuldades em leitura e escrita é diagnosticada, procuram-se as causas, apresenta-se o diagnóstico e em seguida a medicação ou o acompanhamento terapêutico. (CFP, 2012, p. 7).

Nota-se, assim, a apropriação de conceitos oriundos das ciências médicas e da psicologia pelo contexto escolar, consoantes com a racionalidade científica moderna que postula uma visão naturalista, ou seja, mecanicista e organicista do homem e da sociedade para, pretensamente, explicar a razão do não aprender (WERNER JÚNIOR, 2007, p. 70). Entretanto, o deslocamento de questões relacionadas ao cotidiano escolar para conceitos médicos traz consigo a desresponsabilização da instituição escolar, pois a explicação médica apõe sobre o indivíduo a razão da dificuldade de aprendizagem, negando os conflitos inerentes à sociedade, que levam a uma dificuldade de escolarização.

A pronta adesão às descrições reducionistas dos alunos, materializada nos laudos psicológicos, segundo Silva (2009) “[...]põe em relevo não só a hipervalorização do diagnóstico, mas - de forma paradoxal - a inutilidade do mesmo para a árdua tarefa de educar”. A Psicanálise procura questionar este movimento de busca desenfreada pela nomeação do desconhecido em um diagnóstico e, conforme Silva (2009), conclui que:

Somos cada vez mais atraídos por uma relação medicamentosa e não como interlocutores de nosso sofrimento. A vida, enquanto enigma a ser desvendado e reinventado por cada um de nós, tem sido patologizada. O paradigma contemporâneo obtura a *interrogação* frente ao sofrimento ao propor a *intervenção* rápida, eficiente e sem dor (SILVA, 2009, grifos da autora).

Tal reflexão remete a uma cultura do imediatismo das soluções onde o sofrimento e a angústia, inerentes à existência humana, são vistos como algo a ser evitado a todo custo ou extinto. Neste ensejo, a medicalização coloca o foco sobre a doença, sobre aquilo que não vai bem com o corpo dos sujeitos. Ampliando a discussão para queixa escolar, se observa que as avaliações psicológicas e psicopedagógicas tradicionais, calcadas num modelo biomédico, referendam este posicionamento, pois colocam a causa das dificuldades na escolarização sobre os sujeitos, buscando neles as causas do não aprender ou do aprender com dificuldade exigindo, conseqüentemente, intervenções em nível individual. A centralização na doença, conseqüência direta do processo de medicalização, tira do sujeito a possibilidade de vida, pois o desautoriza diante das vicissitudes das vivências e impede a transformação que advém da resignificação da qualidade de vida, das possibilidades de inclusão social e escolar (CARNEIRO, 2014).

A Psicanálise pode se constituir como alternativa a este processo, pois tem como proposta a escuta do sujeito, consolidada no tripé da investigação do inconsciente através da associação livre de ideias por parte do analisando e escuta uniformemente flutuante do analista; da técnica psicoterápica

realizada por meio da interpretação dos resultados desta investigação do inconsciente; e da formulação de teorias que expliquem o funcionamento inconsciente (FREUD, 1923/1996). De acordo com Mezan (2002), podemos estender o método psicanalítico para a análise de produções culturais a partir da psicanálise aplicada, para tanto, é preciso “ler nas maiúsculas da cultura, coisas que podem ter validade também nas minúsculas da vida psíquica individual” (MEZAN, 2002, p. 319).

Destarte, podemos abordar a medicalização como uma produção cultural, pois está forjada numa “cultura do excesso”, conforme Gomes (2009) citado por Silva (2014) que tampona o mal-estar de existir pela relação da subjetividade com os objetos artificiais, como é o caso de medicamentos. É neste sentido que nos apropriamos das discussões de Figueiredo (2014) quando este define a medicalização como uma fantasia inconsciente socialmente difundida. Para o autor, a fantasia da medicalização permite ao sujeito a crença de que determinado objeto tem efeitos onipotentes e mágicos, vindo a fetichizar este objeto como pode ser observado com a hipervalorização da tecnologia de produção de medicamentos. Assim, a fantasia da medicalização pode ser comparada às fantasias de negação, que para Figueiredo (2014, p. 37), se contrapõe “à capacidade do indivíduo de sofrer, e modular o sofrimento com seus recursos psíquicos - parte indispensável da saúde”.

Tentando unir o postulado de Mezan (2002) com o pensamento de Figueiredo (2014), notamos no plano social e cultural reflexos de um desenvolvimento psíquico paralisado pelo tamponamento do sofrimento que é inerente à vida humana. Nota-se a difusão da fantasia de negação do sofrimento humano no tecido social, que retroalimenta esta fantasia por meio da medicalização e normalização, estratégias do biopoder o qual pressupõe a total valorização da vida e o desenvolvimento de biotecnologias que prometem uma longevidade cada vez maior. Observa-se, assim, a produção de medicamentos sofisticados em larga escala, deixados à disposição dos sujeitos com a promessa de solução de todas as angústias do existir, sem espaço para o desenvolvimento individual, que se paralisa, pois o sujeito não faz uso dos próprios recursos psíquicos para enfrentar os conflitos internos ou externos.

Ao trazermos estas reflexões para o campo educacional é preciso apontar que uma das contribuições da psicanálise a este campo refere-se aos estudos sobre a relação transferencial existente entre professor e aluno e entre estes e o conhecimento. De acordo com Kupfer (1989), para a Psicanálise, aprender pressupõe a existência de um outro - o professor - colocado numa posição determinada não pelos conteúdos a serem transmitidos aos alunos, mas por um campo que se estabelece entre o professor e o aluno, ou seja, é o campo transferencial que propicia as condições para aprender quaisquer que forem os conteúdos. Por meio da transferência, é atribuído um sentido especial a uma figura determinada pelo desejo, neste caso, ao professor. O aluno, então, “escuta” o que quer que o professor diga a partir deste lugar em que o coloca de modo que a fala do professor “deixa de ser inteiramente objetiva, mas é escutada através desta especial posição que ocupa no inconsciente do sujeito” (KUPFER, 1989, p. 92).

Ainda de acordo com Kupfer (1989), estar neste lugar de transferência é uma tarefa incômoda para o professor, pois significa permitir que seu sentido enquanto pessoa seja esvaziado para dar lugar a outro sentido, desconhecido pelo professor. Ampliando a discussão, é incômodo porque implica ainda, reconhecer a função repressora da escola e manter uma atitude ambígua frente a esta função, abrindo espaço de um modo criativo para a manifestação e sublimação de algumas paixões (BACHA, 1999).

Considerações Finais

A prática pedagógica analiticamente orientada pressupõe que o professor se encontre implicado com a formação subjetiva do aluno prescindindo de explicações medicalizantes para o processo ensino-aprendizagem. Assim, implica também a responsabilidade pelo desejo de ensinar, algo que ultrapassa a transmissão de conteúdos previamente determinados pelo currículo ou uso de uma metodologia determinada por estudos que apontem como estimular esta ou aquela região cerebral para a correta aprendizagem. Acompanhar o estudante na apreensão e internalização da cultura exige a implicação do professor e da instituição escolar no processo de formação cultural do sujeito. Conforme nossos estudos, a medicalização da vida leva justamente ao processo oposto, à desimplicação do sujeito frente ao próprio desejo, agora tamponado por uma explicação médica e, muitas vezes, por uma intervenção medicamentosa, que está presente também na crescente demanda por explicações desta ordem frente às dificuldades de aprendizagem e escolarização de crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR* TM texto revisado. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BACHA, Marcia Neder Simões. Escola Moderna, purgatório das paixões. In: *Percurso*. v.22, n.1, 1999. Disponível em: <http://revistapercurso.uol.com.br/pdfs/p22_texto05.pdf> Acesso em 28 jul. 2014.
- BIRMAN, JOEL. Medicalização e sociedade: efeitos de cultura, efeitos de sujeito. In: MENEZES, Lucianne Sant'Anna de; ARMANDO, Gisela Giglio; VIEIRA, Patrícia (Org.). *Medicação ou medicalização?* São Paulo: Primavera Editorial, 2014, p. 41-55
- CARNEIRO, Pedro Carlos. Novas práticas em saúde mental: caminhando para uma clínica do sujeito na reforma psiquiátrica brasileira. In: MENEZES, Lucianne Sant'Anna de; ARMANDO, Gisela Giglio; VIEIRA, Patrícia (Org.). *Medicação ou medicalização?* São Paulo: Primavera Editorial, 2014, p. 13-23.
- COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. Preconceitos no cotidiano escolar: a medicalização do processo ensino-aprendizagem. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO; GRUPO INTERINSTITUCIONAL QUEIXA ESCOLAR. *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011, p. 193-213.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; XV PLENÁRIO; GESTÃO 2011-2013. *Subsídios para a campanha não à medicalização da vida: medicalização da educação*. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf> Acesso em: 10 abr. 2014.
- CORRÊA, Marilene. Medicalização social e a construção da sexualidade. In.: LOYOLA, M.A. *et. al.* (Org.) *Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas*. Rio de Janeiro: Relumoe-Dumará: UERJ, 1994. 141-159.
- FENDRIK, Silvia. O DSM-IV, uma metafísica comportamental? In: JERUSALINSKY, Alfredo; FENDRIK, Silvia (Org.). *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. São Paulo: Via Lettera, 2011, p. 29-37.
- FERNANDES, D.; RESMINI, G. *Biopolítica*. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/e-psico/subjetivacao/espaco/biopolitica.html>. Acesso em: 10 nov. 2014.
- FIGUEIREDO, Luís Cláudio Mendonça. A fantasia de medicalização: suas origens, sua força e suas implicações. In: MENEZES, Lucianne Sant'Anna de; ARMANDO, Gisela Giglio; VIEIRA, Patrícia (Org.). *Medicação ou medicalização?* São Paulo: Primavera Editorial, 2014, p. 25-40.
- FREUD, Sigmund. Dois verbetes de enciclopédia (1923). In: _____ *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira -v. XVIII*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 251-274.
- IZAGUIRRE, Guilherme. Elogio do DSM-IV. In: JERUSALINSKY, Alfredo; FENDRIK, Silvia (orgs) *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. São Paulo: Via Lettera, 2011. p. 13-22.
- KUPFER, Maria Cristina. *Freud e a educação: o mestre do impossível*. São Paulo: Editora Scipione, 1989. (Série Pensamento e ação no magistério - mestres da educação.)
- MEZAN, Renato. Psicanálise e cultura, psicanálise na cultura. In: _____. *Interfaces da psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002, p. 317-391.
- SILVA, Ede Oliveira. Medicalização da existência e subjetivação. In: MENEZES, Lucianne Sant'Anna de; ARMANDO, Gisela Giglio; VIEIRA, Patrícia (Org.). *Medicação ou medicalização?* São Paulo: Primavera Editorial, 2014, p.65-76.
- SILVA, Kelly Cristina Brandão da. TGD, TID, TDAH, TDO, TOC... será que educamos melhor com os diagnósticos? In: Colóquio LEPSI IP/USP, 7, 2009, São Paulo. *Anais eletrônicos...* São Paulo: IP/USP, 2009. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000032008000100044&script=sci_arttext>. Acesso em 29 mar. 2014.
- SOUZA, Beatriz de Paula (Org.). *Orientação à queixa escolar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.
- WERNER JÚNIOR, Jairo. A medicalização da vida do deficiente como barreira para a inclusão social. In: TUNES, Elizabeth; BARTHOLLO, Roberto. *Nos limites da ação: preconceito, inclusão e deficiência*. São Carlos: EdUFSCar, 2007, p.69-78.

MCT 08: A infância em risco**SOBREVIVÊNCIA FÍSICA E PSÍQUICA NA TENTATIVA DE ABORTO: RELATO DE UM CASO A PARTIR DA EXPERIÊNCIA VÍNCULAR.**

Fernanda Carvalho de Sousa⁷³; Maria das Graças Saturnino de Lima⁷⁴

RESUMO

O presente trabalho pretende abordar a vivência emocional na relação terapêutica, experienciada pela terapeuta e sua paciente, como um dos elementos principais que favoreceu o estabelecimento de um vínculo terapêutico qualitativamente reparador para a paciente, e intenso para a terapeuta. Trata-se do atendimento clínico de uma menina com idade atual de dez anos, que nasceu aos cinco meses de gestação, sobrevivendo a uma tentativa de aborto que a deixou com muitas sequelas físicas e psicológicas. O caso foi atendido em caráter de estágio de graduação em Psicologia no Ambulatório de Pediatria do Serviço de Psicologia de um hospital geral de nível terciário em São Paulo, e supervisionado na Universidade Anhembi Morumbi pela professora responsável pela disciplina de Psicologia da Saúde. Pretende-se também relatar a experiência vivenciada no grupo de supervisão a partir do impacto do relato de vida da história da paciente e da análise do material clínico discutido à luz da Psicanálise, considerando-se aspectos relevantes da formação de futuros psicólogos.

Palavras-chave: Vínculo; Relação Terapêutica; Formação em Psicologia

INTRODUÇÃO

O atendimento psicoterapêutico com crianças nos faz deparar com questões intrínsecas dessa particularidade. No presente trabalho discutiremos, a partir de um relato de caso, um dos desafios mais importantes nesse contexto: o estabelecimento e o rompimento do vínculo entre criança e terapeuta. Para além dessa questão primordial, acrescentaremos à discussão alguns elementos problematizadores, sendo que o caso em questão foi atendido por uma terapeuta em formação e a experiência vivida foi compartilhada e orientada em um grupo de supervisão de psicólogos também em formação. A forma em que se emprega o brincar nas sessões terapêuticas, intensas vivências transferenciais e contra transferenciais, bem como o manejo da intervenção perante um caso de difícil condução, reúnem aspectos a serem profundamente discutidos em um grupo de supervisão de alunos do último ano da graduação durante estágio prático em Psicologia da Saúde.

Alguns desafios trazidos pela terapeuta para a discussão foram questionamentos sobre como favorecer o estabelecimento do vínculo terapêutico com uma criança em seu primeiro contato? Qual o significado do brincar da criança e seu valor terapêutico? Como deve ser a inserção da figura do terapeuta nas brincadeiras ou nos objetos lúdicos apresentados pela própria criança?

Todos esses questionamentos muito naturais e pertinentes para um psicólogo em formação eram potencializados pela situação realística do caso em si. O atendimento clínico em um contexto de ambulatório de hospital geral de atendimento terciário vinculado ao SUS, já traz algumas especificidades diferentes do universo do atendimento psicológico em clínica escola. Para além das diferenças do *setting* dos ambientes da clínica e do hospital, o ambulatório em questão reúne pacientes portadores de doenças graves, geralmente inseridos em contexto sócio econômico prejudicado, colocando à mostra uma realidade chocante, distante do universo vivencial dos alunos que ali praticam estágio, fato esse que intensifica profundamente as questões contra transferenciais vividas por esses jovens psicólogos, potencializando as angústias a serem manejadas no grupo de supervisão.

⁷³ Universidade Anhembi Morumbi, E-mail: carvalho_fernanda@ymail.com

⁷⁴ Universidade Anhembi Morumbi, E-mail: maria.lima@anhembimorumbi.edu.br

O caso em questão ilustra de maneira especial todos esses aspectos, uma vez que a criança em atendimento nasceu ao quinto mês de gestação a partir de uma tentativa de aborto provocada domesticamente pela mãe. A criança sobreviveu a essa tentativa e cresceu com importantes sequelas orgânicas. Para além do sofrimento trazido no próprio corpo decorrente dessa rejeição, as sequelas psicológicas também eram claramente evidenciadas nos atendimentos psicológicos.

O relato da primeira entrevista com a mãe da criança foi de grande impacto no grupo de supervisão, pois a terapeuta estava muito mobilizada com a história da criança e com sentimentos muito negativos com relação à mãe.

A partir de então, a supervisão do caso seguiu o percurso de discutir teoricamente aspectos da relação mãe e filho e os pressupostos de maternagem segundo Winnicott, a importância qualitativa da brincadeira no atendimento psicológico, o uso do Procedimento Desenho-Estória de Walter Trinka como técnica expressiva, os aspectos vinculares segundo Bowlby, sempre considerando de forma muito cuidadosa os aspectos transferenciais e contra transferências observados que ocuparam grande “espaço emocional” no grupo de supervisão.

Para Winnicott (2005), a relação afetiva entre a mãe e seu bebê é primordial e necessária para a constituição do sujeito, sendo que tal relação começa a configurar-se desde a gestação. Winnicott explica à luz do conceito de *preocupação materna primária*, que a relação mãe e filho é considerada um elemento de proteção e segurança para a criança, que posteriormente constituirá a base para a formação de outros relacionamentos, contribuindo ou não para uma vida psíquica saudável como adolescente e adulto. Quando o ambiente familiar deixa de proporcionar as características essenciais para o bom desenvolvimento emocional da criança, esta sofrerá as consequências da privação afetiva vivenciada no início da vida.

Para Bowlby (2002), que desenvolveu a Teoria do Apego a partir do estudo e da observação da formação de vínculos, é essencial que para o bom desenvolvimento da saúde mental a criança pequena possa experimentar um relacionamento afetivo, carinhoso, íntimo e contínuo com a mãe (ou substituta), no qual ambos encontrem satisfação e prazer.

Para ambos os autores mencionados, o processo psicoterapêutico, no caso de criança ou adulto que tenham enfrentado privações afetivas importantes no início da vida, constitui uma oportunidade para que o resgate de uma experiência relacional positiva seja possível, sobretudo através de um *setting* terapêutico acolhedor e uma experiência vincular capaz de propiciar amparo psíquico e confiança.

Assim, no que se refere ao *setting* terapêutico é importante mencionarmos que para que se estabeleça um bom vínculo entre o paciente e o terapeuta, é necessário que este último desperte no paciente a sensação de confiança, através do reconhecimento e acolhimento de suas necessidades mais primitivas, praticando o *holding*, ou seja, a sustentação emocional que favorece a integração psíquica. A técnica deve ser direcionada à criação de um ambiente constante e confiável, permitindo a espontaneidade da criança da forma mais completa possível.

Segundo Winnicott (1975), é na elaboração do brincar que a criança se permite expressar a criatividade e explorar o seu próprio *self*. E também, é a partir do brincar que se pode estabelecer o início de uma comunicação entre o terapeuta e o paciente. Winnicott considera que abordagem psicanalítica é uma “forma altamente especializada do brincar, a serviço da comunicação consigo mesmo e com os outros” (WINNICOTT, 1975, p. 63). Ressalta ainda que, quando o paciente não consegue ser capaz de brincar, é necessário que o terapeuta tenha como objetivo levar a criança a conseguir brincar. Assim, Winnicott recomenda ao terapeuta de crianças que o *setting* de brincar tenha mais relevância do que as “argutas interpretações”.

Ressaltaremos aqui também a ideia do conceito de *holding* para além da relação terapêutica, transportando-a para o aspecto da supervisão dos jovens psicólogos. Assim como se faz necessária a criação de um ambiente acolhedor para a criança em atendimento, uma necessidade muito parecida se apresenta num grupo de supervisão assim composto, que mobilizado por angústias decorrentes do impacto contra transferencial vivido no estágio, associadas ainda à condição de inexperiência clínica, demandam do supervisor uma certa função de maternagem para que possam se desenvolver de maneira mais integrada enquanto profissionais, sustentando emocionalmente seus primeiros pacientes.

METODOLOGIA

Relato de caso atendido em caráter de estágio de graduação em Psicologia, no Ambulatório de Pediatria do Serviço de Psicologia de um hospital geral de nível terciário em São Paulo, e supervisionado na Universidade Anhembi Morumbi pela professora responsável pela Disciplina de Psicologia da Saúde.

RESULTADOS

Paciente Bia (nome fictício), sexo feminino, dez anos, veio para atendimento psicológico através de encaminhamento da equipe da Genética, por apresentar comportamentos de agitação e ser “seletiva nos seus laços de amizade”. Apresenta diagnóstico de Trombose de Veia Porta; Varizes; Plaquetopenia e Baço Aumentado, conforme o relato da mãe e confirmado em prontuário médico, conseqüente às tentativas de aborto durante a gestação.

O processo incluindo avaliação psicológica e seguimento teve duração de um semestre. Os atendimentos incluíram entrevistas com a mãe separadamente da criança, atendimentos individuais com a criança, e atendimentos conjuntos com a mãe e criança. Com esta última, além do material lúdico usual, foram utilizados Desenho Livre, como técnica de expressão, o Jogo do Rabisco, segundo Winnicott e o Procedimento Desenho-Estória (D-E) Walter Trinka.

Mãe, a quem chamaremos de Clara, traz um histórico de vida bastante difícil. Filha de uma prole de três meninas que foram criadas pelos avós maternos, pois a mãe teve depressão pós parto. Originária de família humilde na região do Espírito Santo, veio para São Paulo em busca de melhores condições de vida aos 18 anos. Passados dois meses da chegada na metrópole, descobriu que estava grávida, o que foi motivo de muito desespero e sensação de desamparo. Essa gravidez era fruto de uma relação casual com um rapaz na sua cidade de origem. Quando da confirmação, comunicou ao genitor, mas esse não quis assumir o ato de ser pai desde o princípio. Nessa época, trabalhava como caixa em supermercado e morava sozinha. Todo o seu relato assume claramente a ideia de muita rejeição durante a gravidez e conseqüentes tentativas de aborto. Em uma dessas tentativas, a criança nasceu viva aos cinco meses de gestação, permanecendo em UTI Neonatal por 3 meses. Nesse período, Clara não tinha o desejo de ver a filha, mas o fazia por solicitação da equipe de saúde. Queria deixá-la no hospital, mas uma médica lhe presenteou com um livro sobre depressão pós-parto, o que fez com que Clara mudasse de ideia. Cuidou da filha prematuramente nascida com ajuda de uma vizinha, e logo nos primeiros quinze dias já retornou ao trabalho, pois era muito difícil estar com sua bebê. O choro de Bia lhe provocava muita frustração, não amamentou e logo de início introduziu comida sólida. O Conselho Tutelar chegou a visitar Carla e Bia a chamado dos vizinhos.

Para os atendimentos, Bia vinha de forma simpática, meiga e retraída. Gostava de ler, desenhar e brincar. Falava que tinha um livro especial chamado “como ser uma boa mãe”. Gostava desse livro, pois o mesmo tratava sobre o “carinho da mãe pela filha”(SIC). Certo dia, Bia trouxe esse material para o atendimento e compartilhou-o com a terapeuta.

Era uma menina muito carismática. Aproveitava muito bem as sessões, manifestava um potencial criativo e simbólico imenso. Ao mesmo tempo em que notávamos em Bia um apelo por ser amada, uma força de vida muito intensa também se fazia presente nela. Sua produção gráfica e suas associações tocavam nossos corações na supervisão por apresentar conteúdos tão profundos, sofridos e a caminho de uma elaboração favorável através do vínculo com a terapeuta.

O atendimento de Bia foi interrompido, sem que tivéssemos sugerido isso. A mãe de Bia, por questões manifestas de logística, interrompeu o acompanhamento. Mas nos avisando, nos deu a oportunidade de fazermos o desligamento de Bia com mais cuidado, com a esperança de deixá-la mais confiante nos vínculos que poderá estabelecer ao longo da vida.

Certamente, essa foi uma experiência significativa para todos nós.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse caso poderia ser discutido sob várias óticas, mas o fizemos a partir das considerações teóricas sobre vínculo e potencial criativo expresso no brincar de crianças em atendimento, uma vez que esse recorte foi o escolhido para discussão acadêmica. Pretendemos aproximar a discussão clínica e a formação, valorizando as questões técnicas, vinculares e vivenciais envolvidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENHAIM, M. **O Materno e a Delinquência**. *Ágora: Estudo em Teoria Psicanalítica*, Vol. 11, n. 1. Rio de Janeiro, jan./jun. 2008.

BOWLBY, J. Grief and Mourning in Infancy and Early Childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*. V15: 9-52, 1960.

_____. **Cuidados Maternos e Saúde Mental**. Ed. 5. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

WINNICOTT, D. W. **O Brincar e a Realidade**. Rio de Janeiro: Imago Editora LTDA, 1975.

_____. O Jogo do Rabisco. In: Winnicott, Claire. Et al. (Org.) **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1994.

_____. **Tudo Começa em Casa**. Ed. 4. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

MELANIE KLEIN: UM OLHAR SOBRE O DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL

Alexandre dos Santos⁷⁵; Giovanna de Carvalho Bianchi⁷⁶; Marcus Vinicius Rodrigues Peixoto⁷⁷

Resumo

Partindo do pressuposto de que o ser humano está em constante processo de desenvolvimento, torna-se evidente que o mesmo encontra-se suscetível a variáveis inatas e ambientais. Deste modo a teoria de Melanie Klein visa abordar os aspectos relevantes no que se diz respeito ao desenvolvimento emocional do indivíduo, tendo em vista que estes processos e vínculos muitas vezes não são bem desenvolvidos e podem ocasionar ao indivíduo uma provável psicopatologia. Esta pesquisa tem como objetivo tornar possível uma identificação básica de tais conceitos e ao mesmo tempo compreender os aspectos inseridos na teoria do desenvolvimento emocional segundo Klein. Este estudo utiliza-se de uma revisão da literatura e dados bibliográficos, os quais são de extrema importância para uma profunda investigação analítica referente à psicoterapia, pois, é por seu intermédio que se identificam características próprias de fixações em uma das duas posições Kleinianas, sendo elas esquizo-paranóide e posição depressiva, e também outros aspectos encontrados no processo de desenvolvimento da primeira infância. Em virtude dos fatos mencionados, pode-se ressaltar que a teoria de Melanie Klein, teve grande contribuição para uma compreensão mais profunda dos aspectos referentes ao desenvolvimento emocional do indivíduo nos primeiros momentos de vida.

Palavras-chave: Desenvolvimento Emocional; Mãe e Bebê; Indivíduo.

Introdução

Partindo do pressuposto de que o ser humano está em constante processo de desenvolvimento, torna-se evidente que o mesmo encontra-se suscetível a variáveis inatas e ambientais. Deste modo a teoria de Melanie Klein visa abordar os aspectos relevantes no que diz respeito ao desenvolvimento emocional do indivíduo e seus desdobramentos, tendo em vista que estes processos e vínculos muitas vezes não são bem desenvolvidos, e podem ocasionar ao indivíduo uma provável psicopatologia.

Durante a gestação, a mãe vive por meio de sensações e ações a presença do feto em seu ventre, assim nos primeiros minutos da vida extra uterina, é visível demonstrações de sentimentos e emoções por parte do recém nascido. Segundo Melanie Klein citada por Segal (1997), logo após o nascimento o psiquismo da criança é formado por um mundo interno repleto de ansiedades e também percepções do mundo externo.

Para Klein (1932), a primeira relação emocional do bebê é com o seio materno. Portanto, ao nascer o bebê não deseja da mãe somente alimento, mas sim conforto, afeto e compreensão. Desde modo o seio materno, se torna o primeiro objeto de relação da criança com o mundo externo.

O seio é cindido pela criança logo após o nascimento, caracterizando uma das primeiras fases descritas por Klein (1997) assim o seio da mãe no ponto de vista do bebê é separado por “seio bom” quando o mesmo é amamentado e “seio mau” quando não é alimentado na hora que deseja. Logo, os dois primeiros registros que a criança terá, serão os destes dois conceitos, pois é impossível satisfazer todos os desejos do recém-nascido.

Neste contexto conforme afirma M. Klein (1948) o recém-nascido vive a presença de dois sentimentos antagônicos, o amor e o ódio. Estes dois sentimentos primitivos se tornam a primeira experiência emocional da criança, onde o mesmo ama o “seio bom” e odeia o “seio mau”.

A percepção da criança nos primeiros três meses de vida é fragmentada por estes dois sentimentos. Sendo assim, ela introjeta sentimentos bons e satisfatórios quando amamentada e projeta sentimentos de ódio quando não satisfeita na hora que deseja.

⁷⁵ Professor de Psicologia da Fundação de Educação e Cultura Santa Fé do Sul, SP (FUNEC/FISA) - alepsicologo@yahoo.com.br

⁷⁶ Discente do 5º ano do curso de Psicologia (FUNEC/FISA) - giovanna.bianchi@outlook.com

⁷⁷ Discente do 5º ano do curso de Psicologia (FUNEC/FISA) - marcus_sfs@hotmail.com

A projeção e a introjeção fazem parte da vida do bebê desde o início da vida como algumas das primeiras atividades do ego. O termo introjeção implica em afirmar que as experiências e situações vivenciadas pelo mesmo são levadas para dentro do self, fazendo então parte da sua vida interior. Já o termo projeção, implica em afirmar que todos os indivíduos, sendo criança ou adulto, têm a capacidade de projetar nas outras pessoas sentimentos predominantes de amor e ódio. Melanie Klein (1932)

O medo de morrer de fome e ser aniquilado pelo “seio mau” gera na criança o que Klein chamou de ansiedade persecutória. Este estágio é descrito por Klein (1948) como posição esquizo paranoide, nela prevalece o temor da vingança do objeto, sendo caracterizada assim, por: dissociação, idealização, negação, identificação projetiva entre outros. A posição esquizo paranoide é uma estrutura que organiza a vida mental nos primeiros três meses de vida.

No decorrer do desenvolvimento, o bebê percebe que o mesmo objeto que ele odeia “seio mau” é o mesmo que ele ama “seio bom”. Ele reconhece que os dois objetos fazem parte de uma mesma pessoa, a mãe. Desde modo a criança sente medo de perder o objeto por ter projetado no “seio mau” seu ódio e assim tê-lo destruído. (Klein, 1932/1997)

Klein (1975) caracterizou esse temor da perda do objeto bom como ansiedade depressiva, esta sendo pertencente à segunda posição descrita: posição depressiva. Nesta posição, a libido predomina a agressão, neste estágio o bebê consegue reconhecer que sua mãe é o objeto que tanto gratifica quanto frustra, assim ele reconhece sua agressão voltada para sua própria mãe.

Melanie Klein (1948) postulou que o psiquismo funcionava a partir da dinâmica entre as duas posições, esquizo paranoide e posição depressiva. Consequentemente, desenvolvimento humano é baseado no funcionamento destes dois estágios, os quais se iniciam com o nascimento e terminam com a morte.

Os transtornos e problemas emocionais como neuroses, depressão e esquizofrenia, são analisados a partir das relações entre essas duas posições. Em uma análise kleiniana se trabalha com a somatória resultante das ansiedades persecutórias e ansiedades depressivas, não apenas conteúdos reprimidos. É necessário que nessa análise o paciente perceba que o mundo não tem seu funcionamento em preto e branco, e que é possível amar e odiar o mesmo objeto, sem medo de perdê-lo e destruí-lo.

Sintetizando, não adianta tratar somente o sintoma (neurose) como sendo único, é de extrema importância o tratamento dos processos que levaram a aparição do mesmo, e em muitos casos as raízes destes problemas estão localizadas nos primórdios da vida.

Metodologia

Este estudo utiliza-se de uma revisão literária e dados bibliográficos, sendo o mesmo de cunho explicativo, onde por meio de fatos, busca uma reflexão e uma interpretação dos fenômenos e variáveis nele contido.

Resultados e Discussão

Por meio desta revisão bibliográfica, torna-se possível uma compreensão e identificação básica dos conceitos inseridos na teoria do desenvolvimento emocional segundo Melanie Klein. É válido salientar a importância das duas posições Kleinianas na construção dos vínculos e determinantes emocionais, presentes na relação mãe e bebê descritas por Klein.

Ao atentar sobre esta teoria, constatou-se que, quando os vínculos e desdobramentos emocionais, resultantes de variáveis inatas e ambientais não são bem desenvolvidos, podem ocasionar ao indivíduo uma provável psicopatologia.

Considerações Finais

Em virtude dos fatos mencionados, pode-se ressaltar que a teoria de Melanie Klein, teve grande contribuição para uma compreensão mais profunda dos aspectos referentes ao desenvolvimento emocional do indivíduo nos primeiros momentos de vida, levando em consideração que o desenvolvimento origina-se a partir da relação entre mãe e bebê.

Referências

- KLEIN, M. (1932). *A psicanálise de crianças*. Tradução Liana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: Imago, 1997.
- KLEIN, Melanie et al. “Sobre a teoria da ansiedade e da culpa” (1948). In: *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.
- SEGAL, H. *Introdução à obra de Melanie Klein*. Tradução Júlio Castañon Guimarães. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- SEGAL, H. *Melanie Klein: amor culpa e reparação e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

MCT 09: Clínica Nesme: Desdobramentos investigativos.

O COMPLEXO DIÁLOGO ENTRE UMA INSTITUIÇÃO RELIGIOSA, UM GRUPO E SEUS SUJEITOS

Maria Ondina da Silva Peruzzo⁷⁸; Maria de Fátima Rolim Rosa⁷⁹.

Instituição: Nesme - Núcleo de Estudos em Saúde Mental e Psicanálise das Configurações Vinculares.

Resumo

Trabalho grupal desenvolvido com seis jovens, entre 20 e 30 anos, pertencentes a uma congregação religiosa da Igreja Católica. A proposta chega através do formador como representante da instituição. O objetivo por ele almejado é promover a integração do grupo de formandos e restabelecer os vínculos que, naquele momento, se encontravam impossibilitados por falhas na comunicação. Solicitou que o trabalho fosse realizado em grupo. Acolhemos a empreitada e oferecemos a modalidade de Grupo Psicanalítico de Reflexão coordenado em coterapia, sessões de uma hora e meia e frequência semanal. A experiência já dura dois anos. Inicialmente, deparamo-nos com fortes resistências do grupo de formandos que defendiam a inviabilidade de se colocar na presença do outro, o tema central girava em torno da desconfiança mútua, em relação às terapeutas e aos propósitos da instituição. No decorrer do processo o grau de confiança entre eles e deles em relação às terapeutas foi se fortalecendo. O medo da delação transformou-se na tarefa compartilhada de realizar, no espaço do Grupo Psicanalítico de Reflexão, a interavaliação anual solicitada pela equipe formativa. Esta, até então, havia representado a principal fonte de angústia vivida por cada sujeito e compartilhada por todos: medo da exclusão por parte da instituição.

Palavras-chave: instituição; grupo; sujeito; grupo psicanalítico de reflexão.

Introdução

O grupo é composto por jovens seminaristas que fazem parte de uma congregação religiosa. As congregações são geralmente compostas por pessoas do mesmo sexo que têm por objetivo a vivência de um propósito com fundamentação bíblica, que é o carisma congregacional, dedicando-se a um tipo de missão como: educacional, hospitalar, trabalho junto aos pobres, etc. A organização é hierárquica, havendo superiores, coordenadores de setores e de comunidades. Para ingressar nas congregações há um período chamado de formação inicial composto de etapas, abrangendo um período de vários anos. Em cada uma delas existe uma equipe ou pessoa responsável que os acompanha e os avalia no processo. O formando pode sair durante esse período por discernimento pessoal ou ser convidado a deixar a congregação. Apesar de ser um grupo hierárquico, busca-se vivenciar nas comunidades a circularidade, ou seja, a coparticipação, dividindo tarefas e responsabilidades.

A demanda da presente experiência nos foi apresentada pelo responsável por uma casa de formação inicial. A solicitação foi que através da psicoterapia grupal fossem trabalhados e restabelecidos os vínculos fraternos que se encontravam impossibilitados pela falha na comunicação entre os formandos. O formador justificava sua escolha pela abordagem de grupo por ter observado, ao longo de sua experiência, que o resultado da psicoterapia individual oferecida aos formandos anteriores nem sempre se traduzia em benefício do crescimento da qualidade dos vínculos comunitários e institucionais. Segundo ele, ao término da terapia, cada formando saía fortalecido em termos subjetivos, mas, nem sempre, disposto a investir na melhoria da convivência.

O interesse do formador vem ao encontro de nossa crença no dispositivo de grupo, em especial para essa clientela que tem como opção a vida em comunidade. Partimos da premissa que a experiência de terapia de grupo amplia a compreensão dos fenômenos da intra, inter e transsubjetividade dentro e

⁷⁸ Psicóloga. Especialista em Psicoterapia de Grupos (NESME), Membro efetivo do NESME, Membro efetivo do Instituto Acolher - ITA. E-mail: ondina.peruzzo@gmail.com

⁷⁹ Psicóloga. Membro efetivo do NESME, Membro efetivo do Instituto Acolher - ITA. E-mail: rolimrosa@yahoo.com.br

fora do espaço terapêutico e, conseqüentemente, promove melhoria nos vínculos comunitários e institucionais.

O formador solicitou terapia de grupo e nós, as coordenadoras, optamos por oferecer Grupo Psicanalítico de Reflexão, em função das características específicas da demanda. Pretendíamos com essa experiência verificar qual o alcance e validade dessa modalidade para uma clientela que reside em comunidade e tem como meta melhorar a comunicação e os vínculos, tendo em vista uma comunhão maior entre os membros. Como o grupo psicanalítico de reflexão, assim como os grupos terapêuticos, não trabalha com tema pré-fixado, facilitou as projeções e construção do tema pelos próprios integrantes. A desconfiança no sigilo (deles entre si, deles em relação às terapeutas e de cada uma das partes em relação à instituição) alimentava a fantasia grupal de “vazamento dos segredos”. Outra fantasia era a da homogeneização, não havia espaço para as diferenças. O grupo apresentava-se cindido: por um lado os que temiam a expulsão e por outro os possíveis delatores. A tensão era grande. Um integrante de cada um dos lados protagonizava, como porta voz, o drama grupal. A intervenção interpretativa com foco nos fenômenos grupais foi possibilitando a sobrevivência do grupo e favorecendo também importantes discernimentos subjetivos, resultando em fortalecimento ou redefinições vocacionais.

O objetivo desse trabalho foi melhorar a comunicação e promover a integração entre os membros do grupo e, em um âmbito mais ambicioso, preparar esses sujeitos para, no futuro, serem líderes melhor capacitados na escuta e tolerância às diferenças a serviço da instituição de que fazem parte e que foi a contratante.

Metodologia

O método utilizado foi o Grupo Psicanalítico de Reflexão. O objeto do presente estudo foi um grupo fechado composto por seis jovens do sexo masculino com idade entre 20 e 30 anos. Jovens integrantes da comunidade formativa de uma congregação da Igreja Católica. A coordenação do grupo de reflexão foi realizada por duas psicólogas em coterapia, com frequência semanal de uma hora e meia de duração. O registro se deu através de transcrição de memória realizada pelas psicoterapeutas após cada sessão.

No Grupo Psicanalítico de Reflexão as interpretações e intervenções são dirigidas ao grupo em suas ansiedades comuns, evita-se a intervenção individual, estas se dão exclusivamente nos casos em que determinado integrante esteja funcionando como porta-voz ou bode expiatório. Historicamente, os grupos de reflexão foram e são utilizados no contexto ensino-aprendizagem e mais especificamente nas áreas psi. (Fernandes, W. 2003 p.205 a 212)

O que tem isso a ver com o grupo de formandos para a vida religiosa? Eles não são estudantes de psicologia ou psiquiatria, estudam filosofia e teologia. Qual o sentido de fazer grupo psicanalítico de reflexão para pessoas que convivem quase vinte e quatro horas por dia em todas as principais atividades cotidianas como: rezar, comer, estudar, lazer, etc.. Submetem-se a um regime hierárquico: são coordenados por um mestre formador, que é submetido à constante avaliação de uma equipe formativa e de um conselho provincial que têm como última palavra a do superior provincial, que por sua vez responde às exigências do conselho geral do instituto; que em última instância está sob as diretrizes da Igreja Católica. Estes jovens que hoje frequentam o grupo de reflexão amanhã serão formadores, conselheiros ou superiores, além de educadores, padres, diretores de instituições diversas e dependendo do discernimento vocacional poderão optar por serem “chefes” de família.

Por que a escolha da modalidade de grupo psicanalítico de reflexão? Não seria mais adequado o grupo terapêutico? Talvez, mas como abordar situações pessoais profundas na presença de pessoas com as quais se vive, nem sempre se confia, e que se pretende de alguma forma conviver por toda a vida? A abordagem de comunidades formativas como essa poderia se aproximar do modelo de psicoterapia familiar?

O foco de nossa abordagem é o grupo de formandos em primeiro lugar e a instituição no sentido profílató, uma vez que a experiência nos aponta efeitos terapêuticos pessoais profundos que, na melhor das hipóteses, repercutirão nas futuras experiências comunitárias. No grupo em questão, importantes discernimentos subjetivos ocorreram. Dos seis candidatos, dois discerniram pela vida conjugal; um terceiro, que vivia muito pressionado pela incompatibilidade entre seus desejos e as normas institucionais, também deixou a instituição. Dos três que ficaram, dois parecem seguros de sua opção pela vida religiosa, o terceiro viveu momento crítico de identificação como bode expiatório, o manejo adequado do fenômeno grupal permitiu sua continuidade e aceitação por parte do grupo. A

primeira vista pode parecer que o trabalho do grupo de reflexão resultou em prejuízo para a instituição contratante, afinal, perderam três vocações! Ou foi um ganho?

Na primeira sessão foram apresentadas as regras de funcionamento do grupo de reflexão: lugar, horário, duração das sessões, férias, etc. Foram também apresentados outros pontos que organizam o trabalho grupal, sendo fundamental o sigilo, ou seja, tudo o que for dito no âmbito grupal deverá permanecer dentro do grupo; e o da restituição, tudo o que for falado fora do grupo e que tenha sido mobilizado em sessão, deverá retornar ao grupo. (Kaës, R. 2011 p. 80)

Resultados e Discussão

O clima do grupo que recebemos era condizente com o que nos foi apresentado pelo formador. A principal fantasia grupal era de que aquilo que fosse dito no grupo “vazaria”, com o objetivo de prejudicar e, na pior das hipóteses, até mesmo provocar a expulsão de um ou outro por parte da instituição. O nível de desconfiança no sigilo, entre eles e as terapeutas, entre eles mesmos e de cada um com a instituição era paralisante. Brigas ocorriam entre duplas, um foco estava nas diferenças, o outro, na desconfiança da delação. Progressivamente, o grupo foi se apropriando daquilo que antes parecia particularidade de uma dupla ou pessoa e foi compreendendo que esses (dupla ou pessoa) eram porta-vozes da tensão grupal e não causadores. Se não eram causadores, então não faria sentido sua expulsão para expurgar o grupo. Gradativamente, o foco foi se deslocando dos sujeitos para os conflitos grupais e as relações foram crescendo em confiança e solidariedade. A comunicação foi aos poucos restaurada, as diferenças passaram a ser mais respeitadas, com a compreensão de que sempre existirão e que isto em si não é ruim, ruim é que não tenham oportunidade de serem expressas e trabalhadas. Diferenças são inevitáveis, faz parte do ser humano. Observamos momentos importantes de união do grupo em prol de interesses comuns e até mesmo pela causa individual de um ou outro quando se fazia necessário.

Um importante ganho nesses quase dois anos de processo, para cada um dos participantes em particular, e para o grupo como um todo, foi descobrir que as angústias muitas vezes vividas isoladamente, na verdade são comuns. Assim se deu, por exemplo, em relação ao processo de avaliação, tarefa comum na comunidade formativa, porém causadora de fortes tensões e angústias. Todos tinham o mesmo sentimento de desconforto em relação à tarefa de avaliar e ser avaliado, foram apresentadas questões como: Como posso avaliar o outro em aspectos que eu mesmo me sinto limitado? Como posso avaliar sem provocar danos muitas vezes irreversíveis nos vínculos? Tenho coisas a dizer, mas não gostaria de ser mal interpretado. Estas eram questões comuns. Nesse clima de confiança/desconfiança e compartilhamento foi se construindo o desejo de avaliar no grupo de reflexão este grupo de formandos.

A tarefa de avaliação surgiu como uma questão difícil para o grupo e tornou-se um fato terapêutico. Foram várias sessões de trabalho conjunto, desde a apresentação do problema, compartilhamento das dúvidas e dificuldades e finalmente tentativa de elaboração escrita para compartilhar com a comunidade formativa. Reconhecemos que a aridez da síntese produzida não pôde carregar a fecundidade da tarefa realizada. A equipe formativa questionou o método, sentiu-se invadida e apresentou argumentos em suas constituições para justificar a invalidade da avaliação da forma grupal como foi apresentada pelos formandos. Como resultado em relação ao grupo de formandos obtivemos: a satisfação por terem se fortalecido enquanto grupo na tarefa da avaliação, diminuindo o temor existente no início da tarefa, o aumento do conhecimento de si favorecido pelo *feedback* dos outros: maior aceitação das diferenças e maior consciência e valorização da força do grupo.

Conclusões

O solicitante nos apresentou um grupo com dificuldades de comunicação: não se escutavam, apresentavam problemas de intolerância às diferenças, não havia confiança mútua. Sua percepção estava correta.

Nesses quase dois anos de trabalho o grupo cresceu em relação a todos os aspectos apresentados na queixa inicial. Foram muitos os indícios de que o olhar e atenção para com o outro e para o grupo foi encontrando espaço na vivência deles, enquanto membros do grupo psicanalítico de reflexão e, conseqüentemente, enquanto membros daquela comunidade formativa.

São muitas as evidências a esse respeito, muitas vezes presenciamos o grupo unido na tentativa de ajudar aquele que apresentasse um conflito pessoal. Conflitos surgidos entre eles na comunidade foram trazidos pelos próprios protagonistas para elaboração no grupo. Houve um crescimento expressivo

na confiança e respeito pelas diferenças. A proposta deles de trabalhar nesse espaço, de forma aberta e transparente, a auto e interavaliação com propósitos de crescimento pessoal e grupal, além de atender à solicitação da equipe formativa foi o ápice desse processo de construção grupal.

Encontramos um grupo paranóico, perseguido, com muito medo da expulsão provocado pela delação. Qual era a crença inicial? Para pertencer a essa comunidade tenho que me submeter, anular a minha subjetividade.

Como poderíamos ajudá-los? Com interpretações e intervenções dirigidas ao grupo e aos vínculos, identificando papéis, como porta-voz e bode expiatório; e fenômenos grupais, como projeções, identificações, transferências, etc.

O espaço grupal tornou-se um espaço de continência, de confiança; tornou-se algo vital. Ali aprenderam a respirar mais livremente. Um dos integrantes do grupo afirmava que naquele momento eles podiam constatar as diferenças e respeitá-las, considerando o processo individual e grupal. O desejo idealista de uma unificação foi agraciado pela diversidade na unidade. Havia sorrisos, busca de compreensão e respeito em relação às diferentes opções.

As diferenças agora podem ser manifestadas, pois há respeito pela singularidade. Pode-se falar o que está sentindo e pode-se captar e transformar dentro de si para sua singularidade.

Cada um pode tirar para si, através do aparelho psíquico grupal, o que é próprio para si. Uns optaram por permanecer na congregação, outros optaram sair e buscar outro estado de vida. Houve respeito pela diversidade das opções e puderam falar com clareza desses aspectos.

O principal objetivo da proposta do formador solicitante era que se realizasse uma modalidade de terapia que repercutisse positivamente nas relações posteriores no âmbito institucional. Pois bem, os conflitos apresentados foram trabalhados de forma profunda, tendo como foco principal as vicissitudes próprias à vida comunitária. Com isso, acreditamos na ampliação dessa experiência para as etapas futuras no processo institucional.

Referências

- 1) Fernandes, W. J.; Svartman, B; Fernandes B. S. *Grupos e Configurações Vinculares*. Porto Alegre: Artmed, 2003.
 - 2) Kaës, R. *Um Singular Plural*. São Paulo: Loyola, 2011.
 - 3) Pichon-Rivière. *O Processo Grupal*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
-

P 01: Os grupos e a formação profissional

A INFLUÊNCIA DO GRUPO DE REFLEXÃO NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Diana Pontes Ferreira da Silva⁸⁰; Juan Adolfo Brandt⁸¹

Resumo

Relato da vivência grupal desenvolvida com estudantes de Psicologia. O objetivo foi conhecer e compreender as angústias na formação profissional dos estudantes que estavam no penúltimo e último semestre da graduação de seus estágios supervisionados numa faculdade privada. A atividade permitiu aos alunos vivenciarem seus conflitos e tensões à luz da teoria pichoniana através da metodologia de Alejo Dellarossa. A experiência compartilhada no grupo permitiu novos aprendizados e novos vínculos através da identificação dos participantes.

Palavras-chaves: Grupo de reflexão; formação profissional; experiências; vínculos.

Introdução

Os indivíduos são marcados por experiências de vida e os anos que são dedicados à formação de novos saberes também propiciam novas marcas com percepções variadas. Neste tempo de convivência numa instituição são construídos relacionamentos com colegas e professores e destas relações podem surgir experiências, sejam elas conflituosas ou não, como também elaborações formadas a partir de novos esquemas psíquicos e projeções, podendo emergir tensões outrora adormecidas. Ademais, tensões relativas à dinâmica da academia que vêm à tona com o passar dos semestres; com incertezas de qual a “melhor” escolha no mercado de trabalho, como profissional recém-formado.

Para refletir sobre essas tensões, Alejo Dellarossa introduziu o nome “grupo de reflexão” com o qual, a partir do conhecimento do participante numa vivência grupal que reflete sobre as tensões originadas do processo de ensino-aprendizagem, facilita as construções e respectivas projeções através da palavra circulada (FERNANDES; SVARTMAN; FERNANDES, 2003).

O grupo de reflexão tem suas origens no grupo operativo criado por Pichon-Rivière (2009), que é voltado para ação (mobilização de estruturas estereotipadas, nas dificuldades de aprendizagem e comunicação e ansiedades). Através do esclarecimento da ansiogênese do grupo, resulta num novo esquema referencial para os participantes. Para Fernandes (2003), o grupo de reflexão enfatiza a reflexão, averiguando as tensões vindas do processo de ensino-aprendizagem por meio de uma vivência grupal.

Fernandes (2003, p.209) afirma que “essa atividade permite aos participantes tomarem contato com as diferentes ansiedades surgidas no decorrer de sua formação, inclusive aquelas muito primitivas”. Neste sentido, o grupo psicanalítico de reflexão é um compartilhar de experiências com indivíduos que estão construindo o saber profissional por meio da vivência grupal, permitindo aos participantes vivenciarem através da fala, que por vezes carregadas de angústias, possam elaborar, em associação

⁸⁰ Graduanda em Psicologia do Centro Universitário IESB - email: psi.dianapontes@gmail.com

⁸¹ Professor Doutor do Centro Universitário IESB - email: juanbrandt.psi@gmail.com

livre e, desta forma, minimizar seus conflitos e tensões gerados no dia a dia da formação profissional. Deste modo, as vivências adquiridas no grupo de reflexão possibilitam uma recriação de novos posicionamentos frente ao sofrimento, face ao vínculo estabelecido na identificação que faz o participante na fala do outro que possui sofrimentos semelhantes e, dessa forma, constrói e ressignifica a sua vida.

O presente trabalho procurou conhecer e compreender as angústias na formação profissional dos estudantes de Psicologia que estavam no penúltimo e último período da graduação, estágios supervisionados, permitindo aos alunos vivenciarem a experiência de serem membros de um grupo de reflexão, e assim, conhecerem seus conflitos inconscientes e adaptação nessa fase de suas vidas.

Metodologia

O grupo de reflexão foi conduzido no Centro Universitário IESB - DF, com supervisão em comum aos 12 participantes do penúltimo e último semestre de graduação em Psicologia, sendo eles: 4 participantes do estágio supervisionado I e 8 participantes do estágio supervisionado II. Teve a duração total de um semestre com encontros semanais de uma hora. Todos se posicionavam em círculo e a “fala” era o objeto principal. Ao final de cada reunião alguém se disponibilizava em fazer uma síntese do que foi abordado e encaminhar via e-mail aos participantes do grupo.

Resultados e Discussão

A experiência em participar de um grupo de reflexão proporcionou uma vivência grupal com estudantes que estavam finalizando sua graduação, pois estavam no penúltimo e último semestre, o que permitiu a construção de novas posturas acadêmicas e reflexões mais claras sobre os desafios que surgem após finalizarem a graduação. Inicialmente, o grupo se mostrou ansioso e tenso, sobretudo porque nem todos eram do mesmo período. Entretanto, com o passar do tempo essas angústias foram identificadas em outros participantes, o que diminuiu a tensão e a ansiedade. A construção deste espaço teve função terapêutica através das reflexões e identificação nas tensões semelhantes que eram vivenciadas pelos participantes. Segundo Fernandes (2003), a interação do grupo permite esclarecer dúvidas e possibilita o aprendizado das questões refletidas, reparando arestas. Já Silva (1991 apud FERNANDES; SVARTMAN; FERNANDES, 2003, p.207) entende que o grupo de reflexão é “o fenômeno mais próximo da vivência de um grupo terapêutico... espaço catalisador desse processo (de formação), um processo que faz pensar em mudança, (...)”.

O grupo foi mediado por um coordenador, bom ouvinte e confiável de todos, supervisor em comum destes grupos, que lidou com as diferenças dos participantes e facilitou a integração e confiança do grupo. Deste modo, ampliou o crescimento de todos através das suas pontuações, o que demonstrou está atento à dinâmica do grupo. Ao dar sentido às questões apresentadas na fala dos participantes foi promovida a construção de novos significados para o grupo, como também o fortalecimento do vínculo entre os estagiários.

Considerações Finais

O grupo construiu um forte vínculo, mesmo entre aqueles que ainda não se conheciam, pois a palavra circulava sem constrangimentos ou desconfiança. Também os conflitos e incertezas que no início do grupo se mostravam constantes, aos poucos foram sendo elaborados e a questão trazida às reflexões iniciais proporcionou aos alunos se apropriarem das experiências durante a vivência no grupo psicanalítico de reflexão. A experiência pessoal foi rica, pois possibilitou aprendizados a partir das vivências no grupo, bem como teve importante relevância para a vida dos outros alunos, no qual foi demonstrado através da fala dos próprios participantes ao final do semestre.

Referências

- FERNANDES, W. J. Grupos de reflexão e grupos de discussão. In: FERNANDES, W. J.; SVARTMAN, B.; FERNANDES, B. S. (Cols). **Grupos e configurações vinculares**. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. Tradução Marco Aurélio Fernandes Velloso e Maria Stela Gonçalves. 8. ed. São Paulo: WMF Martins fontes, 2009.
-

A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL PARA ATUAÇÃO EM GRUPOS EM DIFERENTES CONTEXTOS

Beatriz Fernandes⁸², Rose P. de Toledo⁸², Ana A. U. Ornellas⁸², Celso Lima⁸², Ruze Robelli V. Oliveira⁸², Edson Rufino⁸², Maria de Fátima R. Rosa⁸², Liomar Q. de Andrade⁸², Cyntia H. R. Pinheiro⁸², Rachel C. R. G. Leal⁸².

Resumo

Este relato de experiência visa compartilhar a dinâmica grupal no decorrer de cinco encontros organizados para o curso “Grupos em diferentes contextos”. Entremeando teoria e práticas grupais, foi possível experimentar as possibilidades para a aplicação de técnicas que incluíam o psicodrama, a utilização de objetos mediadores como o uso de imagens e textos, expressão da arte pelo indivíduo e pelo coletivo. A partir da análise do discurso dos relatos de experiência dos participantes do curso, verificou-se o sentimento de pertença, cooperação e pertinência na execução das tarefas propostas, assim como momentos nos quais se observou conflitos considerados importantes no processo de aprendizagem coletiva. Percebeu-se a riqueza de possibilidades de aplicação das práticas grupais e sua importância como recurso catalizador dos processos individuais.

Palavras-chave: grupos operativos, dinâmicas grupais, práticas grupais, formação.

Introdução

O poder de transformação e o impacto que a experiência em grupo provoca em seus participantes chama a atenção não só de diferentes pensadores e pesquisadores em saúde mental, mas também de empresários, profissionais da comunicação e diretores de vários tipos serviços.

Desde a década de 40, quando surgiram os “grupos-T”, com o objetivo de lidar com conflitos étnicos do estado de Connecticut, considerados os ancestrais da psicoterapia de grupo, e da década de 60, em que Bion publicou sua “Experiência com Grupos” utilizando vivências com soldados da Segunda Guerra Mundial, a técnica grupal vem ampliando sua teoria e seu campo de ação. Hoje em dia, as diferentes modalidades de grupos realizadas são incomensuráveis. As especialidades hospitalares há tempos já adotam atividades em grupo como espaços de reflexão para pacientes em suas enfermarias, os grupos de família são importantes ferramentas na abordagem multidisciplinar dos CAPS, a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e de gravidez não planejada vem tendo como importante aliado o encontro de adolescentes na modalidade de grupo de discussão e informação.

A partir do conceito de grupo de Pichon Riviere, 1940, o fundamental da tarefa grupal é a resolução de situações estereotipadas e a obtenção de mudanças. O grupo tem uma tarefa externa (objeto consciente) e uma tarefa interna (trabalhar as angústias e defesas na rede grupal). A partir de seu “esquema conceitual - referencial - operativo” (ECRO), Pichon aprofundou o estudo de fenômenos que surgem no campo dos grupos e que se instituem para finalidade não de terapia, mas sim a de operar numa tarefa objetiva.

Importante ressaltar que no conceito de tarefa, proposto por Pichon-Rivière, existe um modo subjetivo (pensar, sentir e agir) próprio e central a cada grupo que os indivíduos participam. Esse modo quando o grupo está em tarefa antagoniza com o modo em pré-tarefa onde opera e prevalece as resistências à mudança, cristalização de papéis e medos básicos (ansiedades paranoide e persecutória). Dentro deste contexto podemos encontrar os grupos de ensino-aprendizagem por exemplo.

O ser humano é gregário e, portanto somente subsiste pelos inter-relacionamentos grupais. Segundo Zimerman (1997), “o individual e o social não existem separadamente, pelo contrário, eles se diluem, interpenetram, complementam e confundem entre si.” Os participantes do grupo desempenham diferentes papéis. Este fato é muito importante, pois cada um está executando os mesmos papéis de desempenho no grupo que acontecem nas diversas áreas de sua vida. Fernandes (2003) nos assinala que “no grupo as resistências fragmentam-se e diluem-se, permitindo certa elaboração e alguma reestruturação grupal, configurando-se como um meio eficaz de aprendizagem”.

A dinâmica do grupo se comporta como um processo ou uma estrutura que ultrapassa a soma de seus componentes; como por exemplo: a soma das notas musicais ultrapassam seus limites e compõem um arranjo; ou os pontos, as linhas, as cores e o linho ultrapassam sua estrutura e compõem um bordado.

A tarefa vai depender do campo operativo. Num grupo ensino-aprendizagem, a tarefa será “a resolução das ansiedades ligadas à aprendizagem de determinada disciplina.” Segundo Yanice B. Fiscmann (1997),

O grupo operativo age de forma a fornecer aos participantes, através da técnica operativa, a possibilidade de se darem conta e explorar suas fantasias básicas, criando condições de mobilizar e compor suas estruturas estereotipadas.

O papel do coordenador de um grupo operativo deve ser ativo, atender ao que acontece no grupo, para que o grupo se mantenha na tarefa, e fazer com que os reais objetivos do grupo sejam alcançados. Para Zimerman (1999), o coordenador deve ter alguns atributos indispensáveis: amor às verdades, coerência, senso ético, respeito, paciência, ser continente e ter boa comunicação, empatia, síntese e integração entre outras características.

O objetivo deste trabalho foi o de analisar no discurso dos participantes do curso “Grupos em diferentes contextos” os núcleos de sentido que expressassem a vivência grupal nesse processo de ensino-aprendizagem.

Metodologia

O curso deu-se em cinco módulos, na sede do NESME, com encontros mensais divididos em duas partes de 1h e 45min, sendo a primeira com aulas expositivas e dialogadas, com leitura de textos e experiências práticas, seguidas, na segunda parte, por um grupo de discussão no qual se vivenciava a experiência de grupo.

A partir das vivências em grupo oferecidas pelo curso, cada integrante redigiu um relato da experiência. O método utilizado para a análise desses relatos foi o sugerido por Bardin (2010) para a análise do conteúdo do discurso, que se ocupa em encontrar significados das palavras. Trabalha com frases, enunciados e associação de ideias. Por essa razão, se utilizam de descritores ou indicadores, termos que possibilitam a organização deste conteúdo e a sua análise, que se organiza em três etapas. A primeira se inicia pela leitura flutuante, permitindo-se ser tocado por seu conteúdo. Somente após essa etapa é que aos poucos a leitura poderá se tornar mais objetiva, mais precisa, com a elaboração dos indicadores e a escolha das unidades de registro que fundamentem o tratamento e validação dos resultados, que constitui a última etapa (BARDIN, 2010).

No critério de escolha das palavras ou frases que irão compor os eixos de análise do discurso não se devem esquecer aquelas que são recorrentes, explícita e implicitamente. Deve-se descobrir o que Bardin (2010, p.131) denominou “núcleos de sentido”, cuja presença e frequência são indícios que devem ser considerados na análise dos resultados.

Resultados e Discussão

A partir da leitura flutuante dos relatos de experiência dos participantes do curso verificou-se que havia congruência nos discursos. Realizou-se nova leitura, mas procurando agrupar termos ou conjunto de palavras que revelavam o mesmo sentido. Assim, elas foram organizadas como segue:

- Vivência grupal/ trabalhos em conjunto/ compartilhar/aprendizagem coletiva/ satisfação do convívio grupal/ o grupo como entidade/ tendência à grupalização/ além da soma dos componentes de um grupo
- Diferentes aplicações da prática grupal/ aplicabilidade/ recurso catalizador
- A prática fundamentada na teoria/ aplicação de diferentes técnicas grupais/ a primazia da prática vivencial sobre a intelectual
- Diversidade de objetivos/ conviver com as diferenças/ relacionar-se de forma inclusiva/ respeito às individualidades/ a preservação da diversidade no grupo

- Empatia/ vínculos/ acolhimento e inclusão/ participação e integração/ interação afetiva/ pertença
- Papel da coordenação na coesão do grupo
- Fenômenos transferenciais, resistências, fantasias, ansiedades e identificações.

Como resultado dessa categorização, surgiram os núcleos de sentido:

- Vivência grupal
- Diferentes aplicações da prática grupal
- Teoria e prática grupal
- A diversidade no grupo
- Empatia
- O papel da coordenação no grupo
- Fenômenos grupais

Trechos dos relatos foram então organizados segundo esses núcleos de sentido:

- Vivência grupal

“O reforço da aprendizagem ocorre também na própria experiência que vivemos em nosso grupo durante o curso... o aprendizado acontece na sutileza daquilo que acontece entre as pessoas durante os encontros daquelas pessoas que formaram aquele grupo, naquele espaço/tempo” (ER)

“logo me senti integrada e participativa... Recordo-me que após um dos encontros saboreei internamente a satisfação que gera um convívio grupal.” (MFRR)

“Como grupo, constituímos uma nova entidade e, como pessoa, a identidade específica de cada um mantinha-se preservada na sua diversidade.” (MFRR)

“a constatação que é imanente no ser humano a tendência à grupalização que vai além da soma dos componentes de um grupo.” (MFRR)

“ter a vivência do que ocorre em uma atividade grupal, suas ressonâncias em nosso interior e a parte do relacionamento interpessoal.” (RR)

“pessoas diferentes e desconhecidas tornaram-se próximas e até amigas.” (RR)

“Destaca-se, dentre as vivências que tivemos, alguns trabalhos realizados em conjunto (...)” (RG)

“as relações entre os participantes desses grupos podem relacionar-se de uma forma mais suave e inclusiva, permitindo respeitar-se as individualidades mesmo no grupo.” (CL)

“As experiências facilitaram que cada um participasse do mundo do outro. A aprendizagem vem deste convívio de tolerância e respeito com as diferenças, cada um contribuindo com o seu saber/conhecimento e compartilhando seu mundo pessoal com o outro.” (LQA)

“Foi incrível, sem que nos conhecêssemos ainda, pensarmos e agirmos juntos, diante do desafio posto: equilibrar o marshmallow! Desempenhávamos diferentes papéis, maravilhosamente afinados entre si.” (CP)

- Diferentes aplicações da prática grupal

“a escolha pelo curso GRUPOS EM DIFERENTES CONTEXTOS foi uma busca para encontrar formas de intervenções diferenciadas com grupos em empresas, que é o local onde trabalho” (ER)

“Participar do curso Grupos em diferentes contextos foi muito proveitoso para mim. Estou iniciando um trabalho com adolescentes e pensei em fazer um curso para preparar-me com antecedência.” (RR)

“a todo momento checavam se todos estavam assimilando as informações e podendo encontrar aplicabilidade para suas situações particulares - no trabalho ou na vida pessoal.” (RG)

“ter contato com as atividades apresentadas no curso e que promovem a interação e integração de grupos em contextos vários, me proporciona insights para aperfeiçoar minha atuação nas várias modalidades de coaching em grupo e coaching de equipe” (CL)

“Meu interesse pelo curso era o de buscar teoria e prática de grupos que eu pudesse aplicar no projeto de orientação profissional que eu estava desenvolvendo para adolescentes de uma escola pública”. (CP)

- Teoria e prática grupal

“Sentir, Pensar e Agir são verbos, palavras evocadas por Pichon-Rivière e que marcam ou se modificam a partir da experiência grupal... A experiência do grupo pode mudar o Sentir, Agir e Pensar para o Sentir, Pensar e Agir. Ações e intervenções que contribuam para a mudança na sequência destas palavras faz toda diferença, e a experiência grupal produz este efeito” (ER)

“Em destaque, as vivências deram um sabor especial ao curso. Não mais o aspecto intelectual se destacava, mas abria-se a possibilidade da criação de novos vínculos.” (MFRR)

“Penso que para realizar um trabalho com grupos é necessário conhecer uma parte teórica sobre o assunto que possa subsidiar este trabalho e também é importante participar de um grupo, para vivenciar o que se teoriza” (RR)

“Interessei-me especialmente pelos textos relacionados à grupoterapia de crianças e adolescentes e trabalho de grupo em escolas. Acrescidos das atividades práticas proporcionadas pelo curso, fui me inspirando para os encontros com os adolescentes.”(CP)

- A diversidade no grupo

“As formações acadêmicas e pessoais desses sujeitos eram diversas, assim como o objetivo de cada um nessa atividade.”

- Empatia

“pude perceber uma preocupação genuína e permanente do grupo com meu acolhimento e inclusão” (CL)

“Todos os trabalhos realizados em conjunto, assim como as discussões dos temas, até mesmo as saídas para almoço, o momento do cafezinho serviram como experiências para fortalecer o vínculo entre os participantes.” (LQA)

- O papel da coordenação no grupo

“Foi possível perceber a atuação do terapeuta/coordenador e o relacionamento deste com o grupo” (RR)

“Como preparação para a coordenação de um grupo, foi importante perceber que a flexibilidade e a abertura para o novo, são indispensáveis.” (RR)

“condução dos instrutores, sempre buscando a integração entre indivíduos tão diferentes” (CL)

- Fenômenos grupais

“Esse sabor que degustei era decorrente também de uma interação afetiva onde gravitava fenômenos transferenciais, resistências, fantasias, ansiedades, identificações...” (MFRR)

Evidenciou-se nos relatos a vivência grupal como componente relevante, uma satisfação de estar junto realizando algo, como inerente e imanente ao humano. Parece haver um prazer na convivência grupal, confirmando a necessidade básica à qual Zimerman (1997) se refere: de convivência, de dependência e de ser reconhecido pelos outros.

Os fenômenos grupais, as ansiedades, os mecanismos de defesa, os desejos, as identificações também puderam ser observados e estiveram presentes no discurso, como Zimerman (1997) já havia assinalado como essencial aos grupos em geral.

Aspectos teóricos marcantes foram revelados no discurso, porque eles foram vivenciados durante o curso. “Pensar, sentir e agir” que compõem o conceito de tarefa proposto por Pichon-Rivière, foi vivenciado invertido, subvertido, experimentado, sentido e agido antes de pensar. Provavelmente isso tenha ocorrido graças ao fato de sentir-se em ambiente seguro, acolhedor, proporcionado pela coordenação do grupo, que possibilitou a empatia, o vínculo entre seus participantes. Isso não quer dizer que não houve momentos difíceis para o grupo, estereotípias, resistências, medos, que caracterizam ansiedades, vivenciados em pré-tarefa. A diversidade de objetivos e expectativas de seus integrantes pode ter sido determinante, além, é claro, das características de personalidade individuais e formações acadêmicas.

Um dos pontos marcantes revelados pelos discursos foi a preponderância da prática grupal, como estratégia de ensino-aprendizagem. Dessa forma, para aprender a trabalhar com grupos, cada qual no seu contexto profissional, foi necessário antes viver esse processo, e perceber como os aspectos teóricos se descortinam naturalmente. Assim, a leitura dos textos e seus pressupostos teóricos ganharam outra dimensão, outra compreensão.

As práticas grupais propostas pela coordenação possibilitaram aos participantes desempenhar papéis, que ao observador pode ter revelado as dinâmicas e cristalizações individuais, repetições das práticas cotidianas de cada um, porém num contexto diferente. Essa vivência ofereceu a oportunidade de perceber-se como nota dissonante que pode sempre ser afinada para compor uma nova melodia, um novo aprendizado, como mencionado por Fernandes (2003).

Considerações Finais

A dinâmica grupal vivenciada, bem como a fundamentação teórica, possibilitou a tomada de consciência da pessoa como indivíduo, a apropriação do impacto que a experiência grupal provoca no todo e em cada um na sua singularidade. Colhemos os frutos através da interseção da prática com a teoria acontecida no curso. Também nos sentimos tocados e modificados pela presença do outro, pela construção do conhecimento juntos. Aliás, graças a esses aspectos, pudemos ampliar a percepção de nós mesmos, que se deu através de toda uma articulação criada no nosso meio.

Integramos prática com teoria; vidas com vida; saboreamos os frutos.

Referências

- BARDIN, L. *A análise do conteúdo*. Lisboa/Portugal: Edições 70, Lda. 2010. Traduzido de *L'Analyse du contenu*, Presses Universitaires de France, 1977, por Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro.
- FERNANDES, W. J.; SVARTMAN, B; FERNANDES B. S. **Grupos e Configurações Vinculares** . Porto Alegre: Artmed, 2003.
- FISCMANN, J. Como agem os grupos operativos? In: Zimerman D. E; Osório, L. C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artmed, 1997. p 100.
- PICHON-RIVIÈRE, E. A noção de tarefa em psiquiatria. In: E.Pichon-Rivière, **O Processo Grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- ZIMERMAN D. E. Fundamentos Teóricos. In: Zimerman D. E.; Osório, L. C. **Como trabalhamos com grupos**, Porto Alegre: Artmed, 1997, p 23-31.
- ZIMERMAN, D. E. Atributos desejáveis para um coordenador de grupo In: Zimerman, D. E. **Fundamentos Psicanalíticos**. Porto Alegre: Artmed, 1999. p 451-457.

O CUIDADO COM O CUIDADOR: GRUPO DE REFLEXÃO COM FUNCIONÁRIOS DE UMA ONG

Camila Tatiana Soares da Silva⁸³; Fabíola da Fonseca Weber⁸³; Paulo Henrique dos Santos de Sousa⁸³; Wilma Magaldi Henriques⁸⁴.

RESUMO

O presente trabalho foi realizado por estudantes do nono período do curso de Psicologia de uma universidade do Alto Tietê com um grupo de dez funcionários de uma ONG, localizada no Alto Tietê, responsável por acolher jovens em situação de vulnerabilidade social. Ocorreram onze encontros supervisionados semanalmente, com duração de noventa minutos cada, nos quais foram feitas intervenções, buscando identificação de cargos e funções, expressão do que pensavam de si e do outro, autoconhecimento, dentre outros elementos apresentados no decorrer do processo. Para isso, fez-se uso do grupo de reflexão, no qual se tinha como disparador o uso de desenhos, dramatizações e dinâmicas. No início do processo, os participantes se revelaram resistentes, mostrando o quanto era difícil sair do lugar de cuidadores para se deixarem cuidar. Observou-se, como resultado das intervenções, a diminuição da resistência entre os membros do grupo, o que permitiu maior autoconhecimento e harmonia no convívio entre eles. No semestre seguinte, o grupo de funcionários se negou a dar continuidade à intervenção, o que permitiu pensar que o grupo de estagiários e o grupo de funcionários apresentaram percepções distintas do processo pelo qual passaram, o que poderia caracterizar ilusão grupal, por parte do grupo de estagiários.

Palavras-chave: grupo de reflexão; cuidadores; vulnerabilidade social; ilusão grupal.

1. Introdução

O presente trabalho foi elaborado a partir da experiência vivida por estudantes do nono semestre do curso de Psicologia de uma universidade da região do Alto Tietê, na disciplina de Estágio em Modalidade Grupal I. Durante esse processo, foram realizadas intervenções semanais com o grupo de funcionários de uma ONG, localizada no Alto Tietê, que atuam como cuidadores de jovens em situação de vulnerabilidade social da comunidade, com objetivo de promover a educação, cultura, esporte, lazer e iniciação profissional entre crianças e adolescentes de seis à dezessete anos.

Com base nas intervenções realizadas, os estagiários se questionaram sobre como se dá essa troca de papéis e aceitação dos cuidadores de poder falar de si, expressar suas emoções e se deixar ser cuidado pelo outro num grupo de reflexão.

É bastante amplo o leque de possíveis conceitos para o termo grupo, mas para que se possa ficar claro do que se trata, vale retornar às fontes etimológicas da palavra. O autor Tschiedel (1998) *apud* Zanella e Pereira (2001) apresenta duas origens dessa mesma palavra, sendo que a origem provençal *grop*, significa nó e a origem germânica *Kruppa*, significa forma arredondada. Ambas as fontes explicitam a necessidade de haver grande envolvimento entre os membros de um grupo para que o mesmo seja considerado, de fato, um grupo. Zimmerman (1997) reforça este conceito alegando que considera-se um agrupamento o conjunto de pessoas que partilham o mesmo espaço e se mantêm juntas somente por isso, já o conceito de grupo exige que essas pessoas estejam envolvidas numa tarefa ou tenham um objetivo em comum.

Ainda segundo Zimmerman (1997), existem dois tipos de grupos: grupos operativos (no qual os participantes estão focados na operação de alguma tarefa) e grupos terapêuticos (uma forma de psicoterapia na qual, inclusive, os membros podem entrar em contato com seus conteúdos latentes através de *insights*). Entre os grupos operativos ainda existem mais quatro subdivisões, que são os grupos de aprendizagem, comunitários, institucionais e terapêuticos. Dentro dos grupos de aprendizagem existem ainda outras especificações sobre tipos de grupos, como o grupo de reflexão. Fez-se uso desse último modelo grupal, pois segundo o autor Fernandes (2003), quando esta modalidade é realizada com os cuidados necessários, pode proporcionar experiências emocionais dos indivíduos com seus vínculos, de

⁸³ Estagiários de Psicologia de uma universidade da região do Alto Tietê. fah.weber29@gmail.com (autora para correspondência);

⁸⁴ Professora doutora orientadora de estágio em Psicologia de uma universidade da região do Alto Tietê. wilmahenriques@hotmail.com (autora para correspondência).

maneira geral, e também com os problemas institucionais. A organização pode reduzir as “conversas de corredor”, as urdiduras de bastidores - um veneno institucional difícil de lidar. Assim, o grupo de reflexão tem se mostrado um dispositivo importante, sobretudo no esclarecimento de mal entendidos e ocorrências institucionais que, geralmente, em um primeiro momento são captados sem elaboração.

Zimerman (1997) descreve alguns fenômenos que perpassam no campo grupal e vão resignificando o grupo como unidade e também cada membro como indivíduo. O autor apresenta seis fenômenos: ressonância (a fala trazida por um membro do grupo ressoa no outro), espelho (ocorre a identificação quando um pode se ver no outro e pelo outro), função de continente (grupo atua como continente como o que outro traz), pertencência (se sentir parte do grupo e ser reconhecido como tal), discriminação (diferenciar o que é real e o que é fantasioso) e comunicação (verbalmente ou não, é a forma como o grupo pode se comunicar). Além desses fenômenos explorados por Zimerman, Bastos (2010) explicita que dentro do campo grupal os membros do grupo podem apresentar resistências devido ao medo e à ansiedade presentes ao se deparar com algo novo, algo que desperte a perda das convicções que tinham como certeza sobre si mesmo e sobre o mundo.

A partir da observação do movimento grupal, este trabalho tem como objetivo identificar como se dá o processo de aceitação, ou não, de se deixar cuidar e de ser cuidado pelo outro.

2. Metodologia

2.1 Participantes: O grupo de participantes foi composto por dez funcionários de uma ONG, localizada no Alto Tietê, sendo eles: R. (coordenadora pedagógica), V. (auxiliar de limpeza), C. e M. (cozinheira e ajudante de cozinha, respectivamente), Ma., Cr., Ci. e T. (educadoras), G. (auxiliar administrativa) e P. (assistente social).

2.2 Procedimento: Foram realizados onze encontros semanais com duração de 90 minutos cada, sendo que os temas a serem discutidos em cada intervenção eram planejados antecipadamente com base no histórico do grupo. Durante os encontros os estagiários dividiram-se em dois coordenadores e dois observadores de grupo, funções que circulavam entre os estudantes estagiários. Os coordenadores eram aqueles que articulavam todo o encontro juntamente com o grupo, coordenando as atividades propostas. Já os observadores se mantinham fora do grupo e, nos últimos minutos de cada encontro, tinham a palavra para assinalarem o latente percebido no movimento grupal e, assim, encerravam o encontro.

3. Resultados

A intervenção realizada com os funcionários da ONG gerou algumas mudanças no grupo e também nas pessoas. Em um dos encontros, a fala de P. pode exemplificar tal afirmativa: “Gostei bastante destes encontros porque aqui descobri mais sobre mim como pessoa, como P.” (SIC).

No decorrer do processo grupal os funcionários foram convocados a sair da zona de conforto em que habitavam a maior parte do tempo. Assim, encontravam-se num lugar que os levassem a pensar sobre si, lugar propício para serem cuidados pelo grupo, por eles mesmos e também pelas pessoas com quem conviviam diariamente.

No início, foi bastante custoso e as resistências encontradas no manejo do grupo comprovaram como fora difícil para os funcionários se colocarem nessa posição de inversão de papéis, na qual eles, cuidadores, deveriam ser cuidados. A negação de T. em diversas atividades como, por exemplo, em um momento em que o grupo foi incentivado a falar ela cochichou com colegas que “eu não vou falar nada, cê tá louco, vou falar nada não, num quero nem saber” (SIC).

Falas de V. como “não quero ninguém navegando no meu barco” (SIC), relatos da educadora M. que dizia “só estou aqui em respeito a R.” (SIC) e Cr. que sempre negava o pertencimento ao grupo e a realização da maior parte das atividades, mostram que existira grande resistência ao processo.

Ao passar dos encontros, os membros do grupo foram se permitindo vivenciar essa nova experiência. Puderam conhecer mais sobre si e sobre o outro (tanto como pessoa, quanto como parte do grupo), identificar suas próprias qualidades e defeitos e enxergar essas características no outro.

Em atividades relacionadas à identificação de si mesmo, foi possível observar que os participantes apresentavam dificuldade em reconhecer a si mesmos, como exemplifica a fala de V. “não tenho qualidade não, só tenho defeito. Se eu tiver que colocar qualidade aqui, vou mentir então. Mas defeito, se eu for colocar todos, vou precisar de umas dez folhas” (SIC), o que, no decorrer dos encontros, pôde ser trabalhado, apresentando assim um afrouxamento das resistências.

Com isso, o grupo pôde perceber que os pontos positivos também são reconhecidos e apreciados pelo outro, o que gerou grande emoção entre os membros do grupo.

Também puderam experimentar situações que lhes pareciam conflitantes dentro do grupo, dramatizando essas situações complicadas do dia-a-dia e também dramatizando a resolução de tais problemas, ao vivenciar a troca de papéis, que lhes ofereceu a compreensão da imagem de si e do outro.

Inicialmente, a dinâmica entre o grupo de estagiários de psicologia também foi marcada por algumas resistências. Os estudantes tiveram que lidar com o manejo do próprio grupo além do grupo de reflexão dos funcionários da ONG. Conforme estes alunos se constituíam como um grupo, baixando as resistências, conhecendo mais a si próprio e ao outro, puderam realizar as intervenções de forma mais coesa e efetiva.

De forma geral, foram encontros marcados pela mudança de postura dos membros do grupo no que se refere à sua função na ONG, bem como em seus relacionamentos interpessoais. É importante destacar também a postura de alguns integrantes do grupo quanto ao apoio aos encontros, como R. em "você perde muito quando você se nega!"(SIC) em relação à participação nas atividades.

4. In-conclusões

O presente trabalho teve como intuito apresentar o processo de intervenções de modalidade grupal aplicada a um grupo de funcionários de uma ONG.

Os participantes deste grupo têm como papel, no dia a dia, cuidar e acolher o outro da forma que esse se apresenta. Apesar disso, inicialmente, o movimento grupal existente entre os funcionários da ONG parecia ser diferente, pois demonstravam não saber acolher as diferenças e até mesmo as semelhanças dos companheiros de trabalho. Foram encontros marcados por resistências e percebia-se a dificuldade de poder se mostrar e de saber olhar o outro com cuidado e respeito.

Ao passar dos encontros, os estagiários observaram que as resistências foram minimizadas e os membros do grupo puderam vivenciar uma nova forma de coexistir, possibilitando prosseguir com a participação de todos os seus membros, resultando em um grupo com abertura para poder caminhar de outra forma, juntos, numa mesma direção. Será que tais observações corresponderiam à realidade vivida pelos participantes do grupo de reflexão?

Apesar desse movimento grupal apresentado ao término do processo de intervenção, no semestre seguinte os funcionários se negaram a dar continuidade ao processo. Pensando nisso, podemos levantar a possibilidade de que o grupo de funcionários, bem como o grupo de estagiários vivenciaram percepções distintas, o que poderia caracterizar ilusão grupal por parte do grupo de estagiários. Dentro desta perspectiva, podemos aqui compartilhar essa experiência e, a partir de uma "reflexão coletiva insana", resignificá-la.

REFERÊNCIAS

BASTOS, Alice Beatriz B. Iziq. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. **Psicólogo Informação**, 2010.

FERNANDES, Waldemar José; SVARTMAN, Betty; FERNANDES; Beatriz Silverio. **Grupos e configurações vinculares**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ZANELLA, Andreia Vieira; PEREIRA, Renata Susan. Constituir-se enquanto grupo: a ação de sujeitos na produção do coletivo. **Estudos de Psicologia**, 2001.

ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

O PSICÓLOGO COMO AGENTE TRANSFORMADOR NA COMUNIDADE: O DESAFIO DA CONSTRUÇÃO DE VÍNCULO (IN)SANO COM ADOLESCENTES

Luana Góes Peres Leal⁸⁵; Maiara de Souza Benedito⁸⁶; Wilma Magaldi Henriques⁸⁷

Resumo

O presente trabalho é o relato da experiência de estagiárias do 9º semestre do curso de Psicologia acerca de um grupo de adolescentes, numa ONG localizada em um bairro de alta vulnerabilidade de um município do Alto Tietê. Trata-se de uma reflexão sobre a prática do psicólogo dentro dos grupos e os desafios que permeiam essa modalidade de atendimento. Os encontros aconteceram semanalmente, por onze semanas e tiveram duração de uma hora e meia cada. O referido grupo era aberto e foi composto por quinze adolescentes, entre doze e dezessete anos. Durante toda essa experiência observaram-se as dificuldades para o estabelecimento de vínculo junto ao grupo, apresentadas na forma de resistências, tais como: negação das tarefas propostas, dificuldade em manter-se em sala durante as atividades, brincadeiras e agressões entre os membros do grupo. As estagiárias analisaram que as dificuldades encontradas resultaram no enfraquecimento do trabalho realizado, sendo assim, considerou-se a ação como pouco transformadora. Entretanto, a apresentação deste relato possibilitaria a análise e reflexão diante do insucesso. Deste modo, propõe-se uma discussão sobre as dificuldades deste tipo de trabalho, seus obstáculos e quais as possíveis ações para quebrar os estereótipos e a distância existente entre o psicólogo e a comunidade.

Palavras chave: adolescentes; comunidade; dificuldades; vínculo.

Introdução

O interesse pelo tema proposto surgiu a partir da inquietação que se instala nas autoras frente o papel que o psicólogo ocupa na comunidade. Pensando na formação do psicólogo, que deve abarcar os aspectos históricos, sociais, econômicos e políticos, este estudo propõe o relato da experiência de estagiárias de psicologia, em estágio realizado com grupo de adolescentes de uma Instituição de Mogi das Cruzes, no Alto Tietê, e reflexão crítica em relação ao lugar que psicólogos ocupam diante do processo de transformação e/ou cristalização de suas ações na comunidade.

A Psicologia constitui-se numa ciência que exerce, de forma reconhecida, uma função social de extrema relevância, seja na área do conhecimento ou nos diferentes campos de atuação. É possível perceber que, mesmo com o desenvolvimento tecnológico e científico transformando cada vez mais a estrutura do mundo e das relações humanas, ainda há grupos que vivem situações de miséria, exclusão social, violência, limitado acesso à saúde e à qualidade de vida, desemprego, preconceito e falta de perspectivas existenciais. Para Antunes (2007), estas e outras tantas problemáticas sociais não só ainda existem como apresentam uma forte tendência de crescimento.

Na literatura sobre grupos, há várias propostas de classificação das modalidades de intervenção. De modo geral, as classificações sugerem duas modalidades básicas de estratégias grupais: as estratégias denominadas como grupos operativos terapêuticos, grupos de apoio ou de suporte e os grupos psicoterápicos ou elaborativos (ZIMERMAN, 1997).

Para Zimerman (1997), o primeiro é adequado a circunstâncias em que os fenômenos psíquicos grupais devem permanecer em estado latente. Além disso, admite um *setting* mais flexível e pode funcionar normalmente em regime aberto, com a alternância de integrantes de um encontro para outro. Já o segundo, aplica-se a situações em que se faz necessária a emergência de ansiedades, resistências, transferências, para que possam ser interpretadas e assim trabalhadas.

⁸⁵ Luana Góes Peres Leal- Estagiária de Psicologia de uma Universidade do Alto Tietê. luaperes.leal@gmail.com

⁸⁶ Maiara de Souza Benedito- Estagiária de Psicologia de uma Universidade do Alto Tietê. maiarabenedito@ymail.com

⁸⁷ Wilma Henriques Magaldi- Professora Doutora de uma Universidade do Alto Tietê. wilmahenriques@hotmail.com

O grupo de adolescentes pode ser classificado como operativo, já que operou a realização de tarefas durante o período em que as estagiárias estiveram presentes. Os grupos operativos podem fazer parte de quatro campos, são eles: ensino-aprendizagem, comunitários, terapêuticos e institucionais.

Levando em consideração que, neste tipo de grupo o coordenador deve centrar-se na tarefa e não interpretar os fatores inconscientes, as estagiárias pautaram sua atuação nessa perspectiva. Além disso, buscaram desenvolver os atributos desejáveis a um coordenador, já que essa figura é fundamental para o desenvolvimento do grupo e da tarefa (ZIMERMAN, 1997). Para Fernandes (2003), trabalhar com adolescentes, requer clareza quanto ao papel que exerce. Assim, o terapeuta não é um amigo adolescente, um representante dos pais ou um professor, mas um profissional interessado em compreendê-los de forma respeitosa com o cuidado de não frear nem dirigir, mas apenas ajudar.

Como a questão que norteia este trabalho é o espaço em que o psicólogo, ora atua como agente transformador, a partir de suas ações, ora se cristaliza diante da prática cotidiana. É importante pensar a relação que a psicologia apresenta acerca do sentido e do valor de seu trabalho. Bendassolli (2006) explica que há várias teorias para compreender esta relação, a primeira delas valoriza a questão do sentido, ou seja, assim como qualquer atividade humana, é necessário que haja um significado para aquele que pratica a ação. Segundo o autor, este sentido se dá tanto no plano social como no plano individual, já que de um lado está a sociedade, com sua cultura e práticas, e de outro, o indivíduo que também faz parte desta sociedade e estando em contato com o outro e consigo mesmo constrói sua subjetividade e identidade.

A segunda teoria se distancia dessa perspectiva compreensiva do trabalho e parece tomar a premissa de que a relação entre indivíduo, organização e trabalho pode ser de alguma forma melhorada ou aprimorada.

Por fim, a terceira linha apresentada por Bendassolli (2006), diz respeito à linha psicodinâmica, que de acordo com o autor, é uma abordagem relativamente recente, de origem europeia e que compreende a relação entre homem e trabalho, de uma forma muito mais ampla, abarcando aspectos de ordem simbólica, política, psíquica, histórica e biológica. Para o autor, esta linha tem como foco a transformação - e não, prioritariamente, a melhora do desempenho daquele que trabalha - buscando que o indivíduo, compreendido aqui como ser de palavra, cognição e afeto, engaje-se em ações políticas e sociais.

O presente trabalho tem como objetivo refletir a prática do psicólogo dentro de grupos e o desafio da construção de vínculos. Para tanto relata a experiência com o grupo, caracteriza o grupo e alguns movimentos grupais, elenca algumas dificuldades para estabelecer vínculo com o grupo, discute a atuação do psicólogo na comunidade e sugere formas de atuação dentro dos grupos que busquem ultrapassar os desafios encontrados.

Metodologia

Participantes

Os participantes do presente estudo foram 15 adolescentes entre 12 e 17 anos de ambos os sexos.

Procedimento

estágio foi realizado na disciplina Modalidades Grupais I, como parte da grade curricular do 9º período do curso de Psicologia da Universidade de Mogi das Cruzes numa instituição não governamental. O grupo foi composto por quatro estagiárias de Psicologia; as quais realizaram encontros semanais pelo período de uma hora e meia, onde eram feitas observações e intervenções (mapeamento de conceitos, dinâmicas, dramatizações e jogos) a partir da demanda trazida pelos jovens presentes nos encontros.

Durante o encontro, duas estagiárias silenciosamente observavam o movimento grupal, procurando detectar o latente e nos cinco minutos finais tinham a palavra, devolvendo aos participantes, em poucas palavras, o movimento tecido no grupo, finalizando assim aquele encontro.

Em supervisão, semanalmente discutiu-se o ocorrido a cada encontro e planejou-se o encontro seguinte.

Resultados e Discussões

Frente à imensa gama de fenômenos ocorridos durante os encontros com o referido grupo, analisamos aqui três deles a serem analisados, de acordo com o objetivo deste trabalho, que são: a caracterização do grupo e alguns movimentos grupais, analisar algumas dificuldades no estabelecimento de vínculos e discutir a atuação do psicólogo na comunidade.

O referido grupo tratava-se de um grupo aberto, o critério era ser jovem com idade entre 12 e 17 anos e participar das atividades da instituição.

Observou-se que muitas foram as resistências apresentadas, como por exemplo: a dificuldade em manter-se em sala durante todo o encontro, as brincadeiras durante as atividades, as agressões aos colegas e a negação a participar das atividades propostas. Os boicotes pareciam constituir um desafio para parte do grupo durante quase todos os encontros.

As dificuldades para a construção do vínculo com o grupo também foram encontradas nas tentativas de burlar o *setting*, através das recusas para entrar no local destinado às atividades, muita conversa paralela durante os encontros e a constante vontade apresentada por alguns adolescentes de se retirarem da sala. As regras construídas junto ao grupo no primeiro encontro não foram seguidas pelo mesmo, pois estes faltavam com respeito uns com os outros e se agrediam verbalmente e, algumas vezes, fisicamente.

Também houve dificuldade para encontrar uma linguagem comum com o grupo, considerando que havia muito uso de gírias e expressões até então desconhecidas pelas estagiárias, que sempre pediam que o grupo lhes explicasse os seus significados. Existia ainda a preocupação das estagiárias em usar uma linguagem clara e de fácil compreensão para todos, que não soasse em nenhum momento como imperativa e detentora do saber.

As atividades propostas pelas estagiárias tiveram baixa participação do grupo, pois esse sempre apresentava muita resistência para fazer diversos tipos de tarefas. Logo nos primeiros encontros foi possível perceber que os adolescentes não gostavam de fazer nada que necessitasse escrever e quando o fizeram, apresentaram muita dificuldade. Quando a proposta era discutir algum tema com o grupo, os adolescentes, na maioria das vezes, não sabia como fazê-lo e quando faziam, eram a minoria, já que muitos participantes diziam que não tinham nada para falar, além de frases como “legal” ou “não sei”. Para muitos era difícil ter que se expor e dar opiniões. Os exercícios que consistiram em dramatizações, encenações e exposições geravam muita resistência do grupo em participar, pois muitos consideravam como causadores de constrangimentos, ou como os próprios diziam “mico”. As estagiárias puderam sentir ainda que era muito difícil para o grupo, quando trabalharam nos níveis simbólico e imaginário, pois os adolescentes demonstravam ter pouco repertório para tal discussão.

A assiduidade também se apresentou como uma dificuldade encontrada, pois o grupo foi bastante rotativo. Poucos adolescentes participaram de todos os encontros, pois muitos deles faltavam muito.

Discutindo a atuação do psicólogo na comunidade, percebeu-se que há pouco conhecimento sobre o papel do psicólogo, ainda prevalecendo o estigma de que este profissional é apenas para “loucos”.

Inconclusões

Diante da análise realizada inconcluimos que o trabalho realizado nesta comunidade não pôde ser transformador, conforme idealizavam as estagiárias. Por vezes, o trabalho foi fonte de frustração e, acreditamos que a sequência de insucesso e impotência, contribuiu para o enfraquecimento da ação voluntária de ser um agente transformador. No entanto, pensamos também que resistências e obstáculos apresentados aqui fazem parte do processo de transformação, afinal é uma comunidade endurecida, graças à difícil realidade em que vive. Assim, é necessário quebrar este estereótipo quanto ao profissional de psicologia e também a distância existente entre profissionais e comunidade, visando um trabalho contínuo, que garanta o estabelecimento de vínculos para que assim tenham tempo suficiente para trabalhar as resistências e os “*actings*”. Não basta observar, é preciso pensar, planejar, executar, avaliar e criar ações que possam ser significativas e transformadoras em longo prazo, mostrando para ambos os lados que o saber é efetivo na construção de uma sociedade melhor. Como fechamento deste ciclo, aprendemos o quão importante é não esmaecermos diante do aparente fracasso e acreditarmos que uma transformação pode ser possível se continuada com persistência. A própria ação de reflexão desta prática para apresentação neste congresso já se constitui em mais uma possibilidade de elaboração da experiência, bem como contribui para a abertura de perspectivas de outros modos de agir em tal realidade, buscando a tão desejada ação transformadora.

Referências

ANTUNES, M. A. M. **A psicologia no Brasil; leitura histórica sobre sua constituição.** 5 ed. São Paulo: Unimarco educ editora, 2007.

BENDASSOLLI, Pedro Fernando. **Os ethos do trabalho. Sobre a insegurança ontológica na experiência atual com o trabalho.** 2006. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

FERNANDES, W. J.; SVARTMAN, B.; FERNANDES, W. J. **Grupos e configurações vinculares.** Porto Alegre: Artmed, 2003. 300p

ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. **Como trabalhamos com grupos.** Porto Alegre: Artmed, 1997.

PLANTÃO PSICOLÓGICO: POSSIBILIDADES NA PREVENÇÃO NO USO DE DROGAS

Fernanda Maria Donato Gomes⁸⁸; Natalia do Prado Catalano⁸⁹; Tamiris C Faustino Canalli⁹⁰

Resumo:

O Plantão Psicológico é fundamentado na Abordagem Centrada na Pessoa, que propõe uma relação terapêutica baseada na escuta atenta, empática, com ênfase na experiência que o paciente apresenta. O objetivo do Plantão Psicológico é o de acolher as demandas das pessoas, no exato momento em que elas necessitam. Desta forma, este serviço pode: atender a demanda dos usuários do serviço em um momento de crise; encaminhar para um serviço adequado; aumentar a tolerância do paciente na espera de um atendimento psicológico convencional. O presente trabalho tem por objetivo pensar o Plantão também como um dispositivo na prevenção ao uso de drogas. Para tanto as autoras pretendem fazer uma reflexão desta modalidade de atendimento a partir do relato de um grupo atendido no estágio supervisionado de Plantão Psicológico do curso de graduação em psicologia da Universidade Paulista Campus São Jose do Rio Pardo

Palavras-chave: Plantão Psicológico; Saúde Mental; Prevenção no uso de drogas.

Introdução:

Vários autores tem tido como objeto de estudo: as relações entre as mudanças estruturais na sociedade moderna e as transformações subjetivas. Freud (1908,p.1250) analisando possíveis causas do aumento de manifestações neuróticas, já alertava para a relação entre a doença e a as exigências provocadas pela vida moderna: “Simultaneamente em todas as classes aumentam, as necessidades individuais e a ânsia de prazeres materiais... Tudo é pressa e agitação. A vida urbana torna-se cada vez mais sofisticada e intranquila.” (tradução nossa)

Lasch (1984, p.9) destaca que a importância dada ao individuo, nesta época, acaba por revelar uma “preocupação com a sobrevivência psíquica”. Enfatiza a existência de uma cultura narcisista e ao contrário do aparente hedonismo, a subjetividade está cada vez mais próxima de uma personalidade frágil. Refere-se a um “eu ameaçado com a desintegração e por um sentimento de vazio interior”.

Wacquant (2002) também reitera como o estilo de vida da modernidade, está associado a uma grande miséria e a desmoralização coletiva e individual da ética, que acarreta a criminalidade violenta e patologias psíquicas, como: alcoolismo, drogadicção, suicídio ou ainda, as doenças psicossomáticas.

O individuo diante da realidade fica exposto ao sofrimento, não só o inerente ao viver, mas o causado por uma existência penosa, com traço significativo de declínio do sentimento de pertença a um grupo ou coletividade e sua saúde mental ameaçada.

Para Moffatt a concepção de saúde e enfermidade pode ser interpretada como: “a vida é a história de um diálogo” e a doença entraria em cena, quando este diálogo é interrompido e o objeto de amor transforma-se em objeto de ódio e rejeição. (MOFFATT, 1986, p .234).

Partindo dessa visão de saúde e doença, o autor acima citado, propõe um atendimento psicológico no momento de crise. Seu objetivo é tanto atender a pessoa que está em sofrimento, como também que maiores camadas da população possam ser atendidas, preventivamente.

O presente trabalho tem por objetivo pensar o Plantão Psicológico também como um dispositivo na prevenção ao uso de drogas. Para tanto as autoras pretendem fazer uma reflexão desta modalidade de atendimento a partir do relato de um grupo atendido no estágio supervisionado de Plantão Psicológico do curso de graduação em psicologia da Universidade Paulista Campus São Jose do Rio Pardo.

⁸⁸ Psicóloga, terapeuta familiar, especialista em Saúde Mental, docente da Universidade Paulista - Campus São José do Rio Pardo, membro efetivo e docente da SPAGESP, gomesfm@uol.com.br

⁸⁹ graduanda do curso de Psicologia - 2014 da Universidade Paulista -Campus São José do Rio Pardo, nataliadoprado@gmail.com

⁹⁰ graduanda do curso de Psicologia - 2014 da Universidade Paulista -Campus São José do Rio Pardo, tata_canalli@hotmail.com

Metodologia

O estágio Plantão Psicológico da Universidade Paulista - UNIP - Campus São José do Rio Pardo, funciona em uma escola municipal de ensino fundamental, em um bairro periférico, com altos índices de violência, homicídios e tráfico de drogas. A maioria dos residentes pertence à classe de baixa renda da cidade e a escola representa uma referência para os moradores, sendo um dos únicos aparatos sociais do local.

A população atendida é composta pela comunidade escolar (professores, funcionários, pais e alunos), bem como o entorno da instituição (vizinhos e parentes deste grupo). A procura se dá de forma espontânea ou por encaminhamentos, seja da orientadora pedagógica, seja dos professores da escola.

Os atendimentos em esquema de Plantão Psicológico ocorrem uma vez por semana, e é realizado por alunos do 9º e 10º períodos, do curso de Psicologia. Os estagiários ficam disponíveis para a pessoa que procurar o atendimento. Este, ocorre no momento da procura e dura de 30 a 40 minutos.

Durante as supervisões que ocorrem no mesmo local e horário, é discutido o encontro e a necessidade ou não de marcar um retorno. Nesse caso, o paciente pode procurar o Plantão de uma a quatro vezes consecutivas.

Resultados e Discussão

Nos encontros do estágio Plantão Psicológico / UNIP São José do Rio Pardo, o usuário do Plantão é estimulado a discorrer sobre suas aflições e preocupações. O estagiário o ajuda através de perguntas a refletir sobre os assuntos que o afligem. O objetivo é oferecer uma possibilidade de olhar de outros ângulos e perceber outros aspectos sobre a situação que a pessoa está vivendo.

Mahfoud (2004) explica que o objetivo do Plantão é o de acolher as demandas das pessoas, no exato momento em que elas necessitam. Desta forma, este serviço pode: atender a demanda das pessoas em um momento de crise; encaminhar para um serviço adequado; aumentar a tolerância do paciente na espera de um atendimento psicológico convencional. Tais características desta modalidade de atendimento revelam sua plasticidade de possibilidades, além disso, tem-se como facilitador, o acesso das pessoas ao Plantão, o fato de residirem no próprio bairro onde vivem, como também o horário dos atendimentos, no final da tarde, após o trabalho.

Nesta medida o Plantão Psicológico apresenta também um caráter de prevenção. A pessoa é atendida quando está em sofrimento; nesse momento, a intervenção pode ter uma eficácia terapêutica imediata, mas também pode se evitar que tais conflitos possam se tornar maiores no futuro (ROSENTHAL, 2004).

Bellak e Small (1969) defendem essa característica preventiva da psicoterapia de emergência, na medida em que podem evitar que um problema específico possa gerar uma desordem psíquica mais intensa; ou ainda que uma situação de crise dentro de um quadro de doença já instalada, possa se intensificar, causando uma debilidade maior e definitiva.

Para introduzir o relato da experiência neste caso pensamos em registrar o significado da palavra prevenção segundo o dicionário Houaiss, Ação ou resultado de prevenir (-se); Conjunto de medidas ou reparação antecipada que visa prevenir.

Atendemos em uma escola que fica em uma praça. No fim das atividades várias crianças ficam jogando bola no local. Esta mesma praça à noite é ponto de venda e uso de drogas.

Certo dia fomos surpreendidos por um menino, por volta dos 9 anos, que veio para “passar” (sic) com a psicóloga. Veio por conta própria porque o amigo fez um atendimento e achou muito legal.

No encontro revela que está muito preocupado e triste pois o primo de 13 anos está usando drogas. Emociona-se ao dizer que se sente muito impotente, pois não sabe o que fazer e teme por este primo.

Na semana seguinte volta ao Plantão. Desta vez acompanhado de seu irmão, que também deseja conversar com a psicóloga. O irmão é atendido por outra estagiária relata as mesmas aflições em relação ao primo. Acrescenta que também sofre muito com a ausência do pai que está separado da mãe e mora em outra cidade.

No outro encontro mais surpresas. Desta vez não só os irmãos compareceram, mas vieram acompanhados de um grupo de amigos todos com o pedido de ver o psicólogo. Sugiro fazermos um grupo e todos aceitam prontamente.

Explicamos o funcionamento do Plantão e seus objetivos: Falar sobre os nossos sentimentos e preocupações. Participa quem quer e outras crianças também poderiam participar.

Neste encontro cada um se apresentou e contou um pouco de suas aflições.

Os temas recorrentes foram o uso de drogas por parentes próximos, e os sentimentos de medo e impotência diante deste sofrimento.

Nos encontros seguintes íamos organizando junto com eles as atividades que faríamos.

Pediram para assistir um filme. Passamos um desenho “Astros do desenho animado contra as drogas” .

O filme aborda vários temas relacionados às drogas: O desejo de ser aceito pelo grupo; a curiosidade de experimentar algo diferente e as dificuldades nas relações familiares. A atividade serviu como um disparador para o grupo compartilhar suas experiências. Nas discussões fizeram vários paralelos com suas vidas, situações semelhantes que o afligiam.

Neste encontro um dos meninos mostrou-se muito inquieto, agitado. Tinha a intenção de atrapalhar a conversa. Perguntamos a ele se já havia vivido alguma situação parecida e este revelou uma história muito sofrida e violenta em relação ao primo.

Acreditamos que este menino encenava a inquietação do restante do grupo. Ao darmos voz a tais inquietações os outros também puderam falar. A possibilidade do diálogo cria espaço para a troca e compartilhamento de experiências. Ouvir o outro permite que a pessoa também possa ouvir-se e descobrir sentimentos e pensamentos até então desconhecidos.

Percebemos que o grupo foi crescendo. Observamos a importância destes encontros para cada uma daquelas crianças, algumas vezes o grupo chegava antes dos estagiários e já se organizava, sentados nas mesinhas da sala de espera. No último dia quiseram fazer um teatro que seria apresentado para as mães, contando as experiências que viveram no grupo.

Considerações Finais

Retomando o significado da palavra prevenção como um conjunto de medidas ou ação antecipada com o objetivo de prevenir, podemos entender que o Plantão Psicológico pode abarcar esta dimensão preventiva, priorizando o atendimento no momento em que a pessoa está precisando de ajuda, o que pode significar que os conflitos que a levaram a buscar ajuda podem ser vividos com menor intensidade. Ou ainda que ao encontrar um espaço de escuta a pessoa possa reorganizar-se naquele mesmo momento.

No Plantão Psicológico todos os casos são atendidos, a prioridade é fazer um acolhimento do usuário do serviço e que este primeiro encontro com o profissional de psicologia possa ser significativo para a pessoa que busca ajuda; facilitando o olhar para si mesmo e para o momento que está vivendo de outra perspectiva.

Por esta mesma razão ,ou seja, o pronto atendimento, é que foi possível criar e manter este grupo de crianças.

Referências

- BELLAK, L. & SMALL, L. In: Sterian, *A Emergências Psiquiátricas: Uma abordagem psicanalítica*. São Paulo: casa do psicólogo, 2003.
- FREUD, S. *Obras Completas*. Moral sexual civilizada e doença neurótica moderna. Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, Tomo II, 1973.
- LASCH, Christopher. *O mínimo eu: Sobrevivência psíquica em tempos difíceis*. São Paulo: Brasiliense, 1984
- MAFOUD, M. (org) *Plantão Psicológico: novos horizontes*. São Paulo: editora CI, 2004, p.11- p.14.
- MOFFATT, A. *Terapia de crise: teoria temporal do psiquismo*. 2ª. Ed. São Paulo: Cortez Editora, 1983.
- ROSENTHAL, R. W. Plantão de Psicólogos no Instituto Sedes Sapiential: uma proposta de atendimento aberto á comunidade. In Mahfoud Miguel (org). *Plantão Psicológico: novos horizontes*. - São Paulo: Editora C.I, 2004
- WACQUANT, Loïc. The Zone. In LINS, Daniel (Org). *Cultura e subjetividade*. São Paulo: Papyrus, 2002.
- WHO - *World Health Organization*. Página oficial da Instituição, 2003. Disponível em: <http://www.who.int/>. Acesso em 26/03/2015.

P 02: Mulheres e mães: questões a partir do feminino**TRANSMISSÃO TRANSGERACIONAL DO ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM FAMILIAS DE MULHERES DEPENDENTES DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Livia Penteado Pinheiro⁹¹; Júlia Fernanda Gampietro⁹¹; Felipe Alckmin Carvalho⁹¹; Livia Maria Amaral Brito⁹¹; Patrícia Hochgraf⁹¹ e Silvia Brasiliano⁹¹.

RESUMO

A transmissão transgeracional do abuso de substâncias psicoativas é tema de estudo frequente na literatura. A família desempenha papel fundamental na constituição do sujeito, sendo ambiente de trocas de mensagens conscientes e inconscientes. Quando o que urge transmitir é da ordem do traumático, do impossível de elaborar, representar ou pensar, os sintomas psíquicos desempenham papel relevante. O objetivo deste estudo foi avaliar a presença de abuso de substâncias nos pais e irmãos de mulheres dependentes químicas para verificar a perpetuação da drogadição nas gerações. Foram analisados dados de 196 mulheres dependentes químicas, com média de idade de 39,8 anos (DP=11,3), atendidas entre 1996 e 2012, no PROMUD. Nesta amostra, 136 (70%) mulheres possuem aos menos outro membro da família nuclear que abusa de algum tipo de substância psicoativa, sendo: 30,8% pacientes cujo pai foi relatado como abusador de substâncias; 5,14% somente a mãe; 20,5% somente irmãos; 2,2% progenitores; 30,9% mãe ou pai e irmãos e 10,3% mãe, pai e irmãos. Conclui-se que o abuso de substâncias psicoativas na família nuclear é fator de risco para o abuso em outros membros. O tratamento de pais abusadores de substâncias pode constituir uma forma de prevenção em programas de políticas públicas no Brasil.

Palavras-chave: Transgeracionalidade; família; abuso de substâncias psicoativas; mulheres.

INTRODUÇÃO

O fenômeno da transmissão transgeracional do abuso de substâncias psicoativas tem chamado a atenção da comunidade científica que estuda e oferece cuidados a essa população. Nos centros de tratamento há uma crescente constatação de casos que demandam um olhar “a mais” para as dinâmicas familiares das mulheres, principalmente em função de suas graves condições psicossociais. Tais condições podem funcionar como fatores de risco para o surgimento da drogadição, assim como para a manutenção e transmissão desse padrão de comportamento para as próximas gerações (Guimarães, Hochgraf, Brasiliano; Ingberman, 2009).

É consenso entre os estudiosos que o conjunto dos fatores biopsicossociais influenciam direta e indiretamente no quadro da drogadição, afetando-se mutuamente e constituindo-se num fenômeno complexo, em que vários elementos de análises convergem para seu surgimento e sustentação. Nesse processo a família é um sistema operante que se configura como uma das principais fontes de proteção, mas também de risco nos estágios de desenvolvimento psíquico do sujeito (Orth; Morel, 2008).

⁹¹ PROMUD - Programa da Mulher Dependente Química do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo IPq- HC- FMUSP. Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 785, PROMUD, 05403-903, São Paulo, SP, Brasil, Fone: (11) 3082-1876. E-mail: brasili@netway.com.br

Não são todas as famílias de pacientes dependentes químicos que não atendem as necessidades fundamentais de seus membros, mas em muitas delas ocorre um processo de circularidade, em que a não-funcionalidade e o abuso de drogas se reforçam mutuamente, mantendo assim, a homeostase familiar, que sustenta a presença da drogadição nas relações familiares. Sendo protetora ou conflituosa, não significa que a estrutura familiar por si só seja a única responsável pelo aparecimento da toxicomania.

A família é um sistema aberto que transmite seus valores e suas crenças através das gerações, mas sempre dentro do contexto sócio-cultural em que está inserida. Comparecem nesse cenário o preconceito moral, em forma de estigma vivido de forma contundente pela mulher dependente, que é julgada e condenada por comprometer seu papel de mãe e esposa exemplar. Além disso, as crenças religiosas transmitidas na família, muitas vezes interferem através de explicações para o surgimento ou “cura” da dependência.

Em termos de dinâmica psíquica, a família funciona como um ambiente profícuo de trocas constantes de mensagens conscientes e inconscientes. Quando os conteúdos transmitidos são da ordem do traumático, do que até então não havia sido possível para as gerações anteriores elaborar, representar ou pensar, se transmitem por meio de significantes brutos, que podem se manifestar na forma de sintomas cuja concretude se revela em atuações ou no corpo (Mandelbaum, 2008).

Silveira Filho (1995) concebe a dependência como um modo de sobrevivência calcado na ilusão frente à percepção de uma realidade insuportável, e uma forma, pelo menos temporária, de desaparecimento de rupturas. Trata-se de uma tentativa fracassada de remendo para essa fragilidade dos vínculos do sujeito com seus familiares e, conseqüentemente, com os outros que atravessam sua vida. Nessa direção pesquisadores apontam que um dos objetivos do tratamento deve ser criar condições para a construção de vínculos sustentáveis, que permitam a emergência da angústia para o trabalho de elaboração psíquica (Trinca et al., 2013).

Frente à angústia de desintegração, de ausência de unidade, de despersonalização, as condutas aditivas representariam uma espécie de cimento que completaria as fendas e um espelho partido, refazendo essa efêmera imagem de um ego não fragmentado (Oliveinstein, 1989). Mas essa conduta não passa de um engodo, já que essa imagem sem fendas passa tão rápido quanto o efeito da substância utilizada.

A ideia de que há influência da família no desenvolvimento da drogadição feminina é frequentemente constatada pelos profissionais que acolhem essa população em suas práticas de intervenção nos diversos dispositivos de tratamento. No caso específico das mulheres, pesquisas recentes já apontam a importância da transmissão transgeracional do alcoolismo. Além do fator genético, verifica-se uma transmissão do comportamento, da violência e dos conflitos familiares através das gerações. A maioria das mulheres alcoolistas, além de apresentarem uma relação conflituosa com as mães e avós, reproduzem o mesmo comportamento com suas filhas, ou seja, mantém ativa a rede de transmissão sintomática (Guimarães et al, 2009).

O mesmo se confirma entre as mulheres dependentes de outras drogas que participaram desta pesquisa. Seus relatos revelam que elas mantêm com suas mães uma relação de rivalidade, vendo-as como figuras autoritárias e superprotetoras, cujo laço de dependência estabelecido enseja uma aliança fomentadora da sintomatologia da dependência química. Percebe-se que em momentos de melhora sintomática, algumas delas, movidas por sentimentos de culpa e angústia em relação às mães em função da mudança ocorrida, se redirecionam às drogas. Já os pais, na maioria alcoolistas, são caracterizados como indulgentes, distantes e agressivos.

O objetivo do presente estudo foi avaliar a presença de transtornos de abuso de substâncias psicoativas nos pais, mães e irmãos das mulheres que buscaram atendimento ambulatorial, para constatar a perpetuação da drogadição nas gerações, os efeitos dessa cadeia de fenômenos na família e no tratamento dessas mulheres. Procuramos também verificar a hipótese inicial da alta prevalência de abusadores de álcool e outras drogas entre esses familiares das mulheres que participaram do estudo.

METODOLOGIA

Na coleta dos dados da pesquisa foi utilizada a versão traduzida e validada da *Addiction Severity Index* (ASI - versão 6). Essa escala foi criada com o objetivo de traçar o perfil sócio-demográfico e comportamental das pacientes e é utilizada a fim de aperfeiçoar o atendimento e acompanhar a evolução das mesmas no serviço, contemplando suas demandas e particularidades. A aplicação, que dura em média uma hora e trinta minutos, foi realizada por um dos membros da equipe treinado, mas não-diretamente associado ao tratamento das mulheres.

A amostra foi composta por 196 mulheres dependentes de variadas substâncias psicoativas, com média de idade de 39,8 anos (DP=11,3), que estiveram em atendimento ambulatorial entre 1996 e 2012 no Programa da Mulher Dependente Química (PROMUD), do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Ipq-HC-FMUSP).

A compreensão desses dados foi realizada a partir da teoria psicanalítica, levando em conta aspectos teóricos da dinâmica familiar e também da teoria vincular.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na amostra de mulheres analisada, 136 (70%) possuem aos menos outro membro da família nuclear (mãe, pai ou irmãos) que também abusa de algum tipo de substância psicoativa. Desta porcentagem, 30,8% corresponde a pacientes cujo pai apenas foi relatado como abusador de substâncias psicoativas; 5,14% somente a mãe; 20,5% somente irmãos; 2,2% ambos os progenitores; 4,4% corresponde a abusos por parte da mãe e de irmãos; 26,5% por parte do pai e de irmãos. O abuso por parte da mãe, pai e irmãos equivale a um total de 10,3% da amostra de 136 mulheres.

O relato das pacientes revela que, além da droga, outros sintomas são transmitidos como comportamentos patológicos, como a violência (física e psicológica), o abuso sexual, o abandono parental, entre outros. No caso dos pais, o alcoolismo geralmente acompanha esses comportamentos. Já as mães das pacientes, apesar de apresentarem um índice inferior ao de pais em relação ao abuso de drogas, são as que mais aparecem nos relatos quando as pacientes se referem aos conflitos vividos em família, quer seja pelo pai estar ausente, seja pela intensificação dos laços maternos ou ambos. As pacientes estabelecem com suas mães uma relação de co-dependência, confusão de papéis e, em muitos casos, de indiferenciação egóica.

Os índices da amostra desta pesquisa revelam que a drogradição se trata de uma problemática da teia familiar e não unicamente de um membro específico. Ela atinge, na maioria das vezes, várias pessoas da mesma família nuclear, o que parece ir ao encontro da hipótese proposta, sugerindo que para além de uma questão genética, existem outros fatores ligados à transmissão transgeracional. Além do abuso das drogas, o ambiente de co-dependência familiar, de confusão de papéis e indiferenciação egóica devem ser considerados como sintomas que também se deslocam através das gerações, alterando o funcionamento dessa dinâmica familiar e influenciando de algum modo o abuso de drogas na família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados colhidos, pode-se concluir que ter abusadores de substâncias psicoativas no ambiente familiar constitui fator de risco para o abuso em outros membros da família nuclear. Desse modo, o tratamento de pais que abusam de substâncias pode ser uma abordagem muito importante na recuperação de mulheres dependentes químicas. Mais além pode-se pensar que uma das formas de prevenção desse desfecho entre os filhos, a ser incluída como uma medida em programas de políticas públicas no Brasil é a intervenção familiar (educativa ou não).

Diante desse complexo cenário ainda a ser desbravado, é necessário investir em estudos mais

detalhados para mapear outros aspectos da família reconhecidamente relevantes para o desenvolvimento, manutenção e perpetuação da dependência de substâncias psicoativas através das gerações dessas mulheres. Essas análises podem vir a contribuir no aperfeiçoamento de estratégias nos programas já existentes e possibilitar a criação de novos modelos de tratamento que atendam as necessidades dessas mulheres e seus familiares.

REFERÊNCIAS

- GUIMARÃES, A.B.P. et al. Revista de Psiquiatria Clínica. 2009;36(2):69-74
- MANDELBAUM, B. Psicanálise da Família. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.
- OLIVENSTEIN, C. A clínica do toxicômano, Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- ORTH, A.P.S.; MORÉ, C.L.O.O. Funcionamento de famílias com membros dependentes de substâncias psicoativas. Psicologia Argumento; out./dez. 2008, 26(55), pp. 293-303.
- SILVEIRA FILHO, D. Drogas: uma compreensão dinâmica da fãrmaco dependência. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.
- Trinca, R. T., Sanches, M. V., Carvalho, F. A., Hochgraf, P. B., Ely, P., & Brasiliano, S. (2013). Antropofagia e sustentabilidade: vínculos em mulheres dependentes de substâncias psicoativas. *Vínculo*, 10(1), 14-21.
-

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E VÍNCULOS FAMILIARES

Amanda Carvalho Dias⁹²; Mary Yoko Okamoto⁹³

Resumo

Este trabalho foi elaborado como requisito para a disciplina “Pesquisa e Intervenção em Psicologia II/Estágio Básico II: Pesquisa sobre Família e Intergeracionalidade”. Teve como objetivo investigar na história familiar de adolescentes gestantes elementos para compreender o desejo da gestação; como se deu a maternidade de sua mãe; seus desejos/projeções para essa família; o lugar que esse filho ocupará e sua expectativa para com o pai da criança. Foram entrevistadas quatro adolescentes gestantes em uma Unidade Básica de Saúde no município de Assis/SP. Essas adolescentes carregam histórias de vínculos enfraquecidos e quase nenhuma presença paterna. Sabemos que toda gestação é cercada por sentimentos ambivalentes - medos e fantasias. Como a adolescência por si só já é um período de crise, a gravidez pode tornar-se ainda mais conflituosa. É comum encontrarmos histórias que se repetem, como a idade gestacional, os cuidados maternos e os modelos de educação que elas pretendem oferecer a seus filhos. Levando em consideração que as histórias familiares marcam a formação da subjetividade do sujeito, o lugar ocupado por essas adolescentes na família mostram as expectativas familiares e a forma como elas se relacionavam com sua família nos diz sobre as escolhas feitas durante suas vidas.

Palavras-chave: Gestação; Adolescência; Gestação na adolescência; Maternidade

Introdução

Atualmente, a gravidez é algo tido como natural após a idade adulta. Porém, no século passado meninas entre doze e catorze anos já eram consideradas aptas a casar e procriar e passada essa idade já poderiam ser consideradas um problema para a família se não tivessem um companheiro, pois a partir de então estariam velhas para gestar um filho (Schoen-Ferreira & Aznar-Farias, 2010).

Essa mudança no conceito de período ideal gestacional se deu a partir da evolução da concepção de adolescência, modificada de acordo com os fatores socioeconômicos vigentes. Hoje em dia, a adolescência é considerada uma terceira infância, a qual precede a idade adulta. Foi somente nos séculos XIX e XX que acontecimentos sociais, demográficos e culturais parecem ter propiciado o desenvolvimento da adolescência como um período distinto do desenvolvimento humano (Kimmel & Weiner, 1998).

Atualmente, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (1965), o Ministério da Saúde do Brasil (Brasil, 2007a) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil, 2007b), a adolescência compreende o período dos 10 aos 20 anos e é um período biopsicossocial. Já para o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 2007c) esse período abrange dos 12 aos 18 anos.

A princípio, a adolescência é vinculada à idade do indivíduo, referindo-se à ordem biológica. Porém, há fatores menos visíveis que constituem essa mudança, tais como alterações cognitivas, sociais e de perspectivas sobre a vida para que essa criança consiga atingir a maturidade da vida adulta (Martins, Trindade & Almeida, 2003; Santos, 2005). As formas como esse período da vida será vivido depende de uma inserção histórica e cultural, que leva em consideração fatores como gênero, grupo social e geração (Martins & cols., 2003). De acordo com Serra (1997) “há diversos mundos e diversas formas de ser adolescente” (p. 29).

Portanto, para entender a adolescência é necessário entender a criança e, sobretudo, a formação da subjetividade do sujeito.

Partindo do ponto de vista da teoria familiar psicanalítica, a constituição da subjetividade do indivíduo é dada a partir de dois tipos de transmissão psíquica: a transgeracional e a intergeracional (Zornig, 2009). A primeira se realiza em um sentido decrescente, entre gerações que provavelmente nunca se encontrarão no mesmo tempo/espço e é passada através dos discursos. A segunda se dá entre gerações do mesmo tempo/espço e é bidirecional - crianças modificam seus cuidadores e vice-versa. Toda transmissão psíquica deve ser investigada como possibilidade simbólica de atribuir lugar à criança mesmo antes de seu nascimento. De acordo com Winnicott *apud* Zornig (2009), o psiquismo do bebê é estabelecido a partir dos cuidados maternos e dos espaços transgeracionais que faz parte desta relação.

⁹² Graduanda do curso de Psicologia da Faculdade de Ciências e Letras “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP.

⁹³ Docente do Departamento de Psicologia Clínica e responsável pela disciplina “Pesquisa e Intervenção em Psicologia I: Pesquisa sobre Família e Intergeracionalidade” – UNESP – Câmpus de Assis

A transmissão é importante também para compreender o desejo da gestação. Para Aulagnier (1975/1979), o desejo de ter filhos se dá através da transmissão materna, mas somente após a dissolução do complexo de Édipo esse desejo será acessado ou não. Ela prossegue dizendo que o termo mãe deve referir-se a uma mulher cuja sexualidade infantil está bem recalcada. Hornstein (1991) complementa: 'o desejo da maternidade é o desejo de repetir em forma especular sua relação com a mãe' (p. 367). (Violante, 2007)

O nascimento de um filho traz consigo reproduções de determinadas experiências da infância dos pais, tais como brincadeiras, cantigas etc. feitas por seus pais. Essa nova organização familiar trará consigo sentimentos ambivalentes. Os fantasmas infantis dos pais serão reativados e trarão de volta o bebê que outrora foram. Ao mesmo tempo em que o nascimento do filho traz esperança de reparação dos erros parentais passados, traz também à tona os conflitos edípicos vividos pelos pais.

Embora muitos acreditem que o desejo de ser mãe é instintivo, Bydlowski (1989) nos mostra que a gravidez pode ser apenas o desejo de experimentar o sentimento de potência e plenitude que este momento causa na mulher. O desejo de ter um filho tem duplo significado - um ligado à perpetuação da espécie, portanto, um desejo consciente e outro relacionado à elaboração da feminilidade, ao lugar que se destina ao filho no inconsciente dos pais.

Além disso, a gestação produz o sentimento conflituoso entre o desejo da maternidade e o sentimento de rejeição (LANGER, 1986). A rejeição baseia-se em evidências persecutórias que se devem à elaboração do conflito edípico. Para que esse conflito seja resolvido, a negação - mecanismo de defesa inconsciente - é ativada.

O objetivo da presente pesquisa foi verificar na história familiar de gestantes adolescentes os elementos associados ao desejo da gestação neste determinado período de vida numa perspectiva da psicanálise vincular.

Metodologia

Na presente pesquisa foi utilizada metodologia qualitativa, com uso da entrevista semi-aberta. Para atingir os objetivos propostos foram investigados aspectos da vida familiar da gestante, como a maternidade de suas mães, os projetos e projeções das gestantes para a família, o papel do filho para elas e as expectativas no seu relacionamento com o pai da criança.

A amostra utilizada nesta entrevista foi proposital e por variedade de tipos. Foram entrevistadas 4 gestantes que tiveram sua primeira gestação entre os 14 e os 18 anos. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e os nomes utilizados são fictícios para preservar a identidade das participantes.

As entrevistadas foram: Izabel, 20 anos, engravidou pela primeira vez aos 17 anos e sua mãe entre 20 e 23 anos; Jéssica, 21 anos, ela e sua mãe engravidaram pela primeira vez aos 16 anos; Maria, 19 anos, engravidou pela primeira vez aos 16 anos e sua mãe aos 19 e Sofia, 18 anos, grávida do primeiro filho e sua mãe engravidou aos 14 anos.

Resultados e Discussão

A literatura aponta que a constituição do sujeito não é dada apenas pelos ditos, mas também pelos não ditos e tudo aquilo que preexiste a sua vida. Esse "banho de linguagem" indicará o lugar que esse filho ocupará na família e formará a base de seu inconsciente. O indivíduo irá negociar esse banho de linguagem e estabelecer arranjos com seu próprio talento para constituir sua existência (Szejer & Stewart, 1997). Esse arranjo que poderá "determinar" se o sujeito irá seguir o caminho traçado pelos seus antecessores ou criar um novo futuro para si.

As gestantes entrevistadas apresentam uma noção do que é exercer a função materna como o dever de dar conselhos e não deixar os filhos faltarem da escola. Para elas, para conseguir que o filho alcance um futuro diferente daquele que elas atingiram, só é necessário que elas não os deixem faltar da escola. Porém, elas também expressam o desejo de que os filhos trabalhem. É impossível diferenciar claramente o que realmente apresenta maior importância na vida dessas gestantes, se é o estudo ou o trabalho do filho para ajudar no sustento da casa.

O projeto das gestantes para seus filhos - estudar e trabalhar - coincidem com os que suas mães tinham para com elas. Tal projeto não pôde ser realizado e a gestação surgiu como um dos motivos para o seu não cumprimento. "*(Ela queria) que eu não casasse cedo, né?! Estudasse, fizesse uma faculdade*" (Maria). Afinal, após a gravidez, nenhuma delas retornou aos estudos. Possivelmente devido à não-realização de tal projeto em suas vidas, algumas gestantes demonstram mais entusiasmo, enquanto outras demonstram temores com relação ao projeto de futuro que possuem para seus filhos. Cabe ressaltar que todas as avós também não chegaram a concluir o ensino médio.

Três das quatro gestantes entrevistadas apresentaram imagens extremamente idealizadas de suas mães e desejam ser iguais a elas. . *“Tudo na minha mãe é bom, tudo. A bondade. Nossa, tudo. A calma que eu não tenho ‘que nem’ ela. Ela é muito calma. Muita paciência”* (Maria). Devido a tal idealização, as gestantes delegam os cuidados dos filhos às avós maternas, revelando a fragilidade e o desamparo delas mesmas como uma figura materna, sentem-se incapazes de cuidar de seus filhos e se definem como explosivas e sem paciência, ao contrário de suas mães, concebidas como figuras pacientes, calmas e carinhosas.

Ao contrário, Isabel dizia não desejar repetir nada do que sua mãe fez no quesito educação, mas referiu-se à mãe com admiração e diz que passaram a se relacionar bem depois que esta aceitou sua segunda gravidez.

Embora não tenha sido investigada a relação das gestantes com seus pais, fica evidente a existência da falta da figura paterna em todos os casos e a não presença destes na educação delas enquanto filhas. *“Minha mãe não deixava (ele interferir na nossa briga). Na verdade ele tinha medo da minha mãe”* (Isabel). Sofia relata não ter conhecido seu pai biológico, visto que este era usuário de drogas e, quando a mãe aceitou leva-la para conhecer o pai, ele já havia falecido.

Para a Psicanálise, é de grande importância a presença de alguém que exerça a lei na vida da criança, além de ser imprescindível na resolução do complexo edípico. Segundo Nascimento (2002), um bebê pode chegar para preencher essa falta da figura parental.

Com relação ao planejamento e desejo pela gravidez, apenas Sofia nos diz que não planejou a gravidez. O “não desejo” da gestação pode ser explicado pela psicanálise, já que o desejo é da ordem do inconsciente e nem sempre consciente e inconsciente se articulam. *“Nunca pensei nisso. Eu nunca nem gostei muito de criança”* (Sofia). Porém, para os psicanalistas se há fecundação é porque o desejo de ter filhos existiu e se manifestou através de atos-falhos - um preservativo mal colocado, uma pílula esquecida (Szejer & Stewart, 1997). As demais entrevistadas relataram que desejaram a gravidez nesse momento da vida apesar de saber das responsabilidades que a acompanhariam, aparecendo, inclusive, como desejo de que o filho chegue para preencher a sensação de solidão e desamparo presentes na vida de tais adolescentes. *“(Imaginei) que ia ter alguém pra cuidar, ficar pertinho(...). Assim, pra não ficar sozinha também”* (Jéssica).

Todas as gestantes entrevistadas co-habitavam com o pai de seus filhos, porém estes na maioria das vezes são vistos apenas como o provedor financeiro da casa. *“Ele (companheiro) me ajuda, tudo. Ele trabalha”* (Jéssica). Jéssica foi a única que criticou a educação dada por seu companheiro a seu filho mais velho. *“Ah, eu não concordo muito não (com a educação dada pelo meu companheiro). Porque ele bate muito nele (risos). Ele fala que tem que educar batendo nele e eu acho que não é assim não”* (Jéssica).

O companheiro de Sofia reagiu mal diante da notícia da gravidez e ela sentiu que ele queria depositar toda a “culpa” nela. *“Ele ficou muito bravo. Nossa, ele ficou muito bravo. Como se a culpa fosse só minha também, né?! Na hora ficou muito bravo. Principalmente quando ele descobriu que era uma menina. Ele queria muito um menino. Ele aceitou, né?! Ficou bravo na hora, mas depois ele aceitou”* (Sofia). Maria é a única que relata que o marido a ajuda a cuidar de sua primeira filha e a ajuda durante a segunda gravidez, demonstrando que ele colabora na educação dos filhos e não é visto apenas como aquele que sustenta financeiramente a casa. *“Ah, ele me ajuda bastante. Me ajuda a olhar a Maria Julia. Agora na minha gravidez que eu tenho que ficar de repouso absoluto ele me ajuda”* (Maria).

Considerações Finais

Como pudemos perceber, as avós maternas tinham planos educacionais e profissionais depositado nas filhas e com o não cumprimento de tal projeto as gestantes passaram a depositar esse ideal no filho que gestaram. Um dos fatores que pode ter levado essas adolescentes ao desejo em constituir uma família ainda na adolescência pode ser uma tentativa de suprir a falta da figura paterna em suas vidas. O fato de possuir um filho, uma casa e um marido para cuidar, provavelmente gera nas adolescentes a sensação de amparo e proteção vincular, principalmente diante da fragilidade ou mesmo ausência da figura paterna.

Porém, em todos os casos, os cuidados desses filhos são delegados às avós, visto que as adolescentes se sentem inferiores e incapazes de oferecer uma educação tão boa quanto a que receberam de suas mães. Com isso, as sensações de desamparo e de vínculos fragilizados permanecem, criando a expectativa de que o próximo filho será capaz de preencher o vazio.

Contudo, essa pesquisa nos leva a refletir a respeito do projeto que existe para os filhos concebidos pelas adolescentes entrevistadas. Fica evidente a situação de desamparo das mães, e tal vazio parece

ter sido preenchido com a concepção de filhos e o marido. Porém, com esse lugar reservado aos filhos e diante da fragilidade de suas mães para exercer o cuidado, nos perguntamos como essas crianças conseguirão trilhar o caminho de estudos e sucesso idealizados por suas mães e inclusive por suas avós e romper com esse caminho de repetição intergeracional percebida nessas histórias.

Referências

- KIMMEL, D. C.; WEINER, I. B. *La adolescencia: una transición Del desarrollo*. Barcelona: Ariel, 1998
- MARTINS, P. O.; TRINDADE, Z. A.; ALMEIDA, A. M. O. (2003). O ter e o ser: representações sociais da adolescência entre adolescentes de inserção urbana e rural. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16, 555-568.
- NASCIMENTO, E. M. V. *Maternidade, desejo e gravidez na adolescência*. Salvador: EDUFBA, 2002.
- SANTOS, K. D. *Um estudo psicanalítico sobre a maternidade na adolescência: histórias de abandono, violência e esperança na trajetória de três jovens mães*. Universidade de São Paulo - Instituto de psicologia. 2011.
- SERRA, E. *Adolescência: perspectiva evolutiva*. In: *Anais do VII Congreso INFAD*. Oviedo (Espanha), 1997.
- SCHOEN-FERREIRA, T. H.; AZNAR-FARIAS, M. & SILVARES, E. F. M. (2010). Adolescência através dos séculos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(2),227-234.
- SZEJER, M. & STWARD, R. *Nove meses na vida de uma mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes, 2003
- VIOLANTE, M, L, V. Desejo de ter filhos ou desejo de maternidade ou paternidade. In: *Jornal de psicanálise*, v. 40 - n. 42. São Paulo. Jun. 2007.
- ZORNIG, S. M. A. Transmissão psíquica: uma via de mão dupla? In: FÉRES-CARNEIRO, T. (Org). *Casal e família: permanências e rupturas*. Rio de Janeiro: Casa do Psicólogo, 2009. p. 25-39.
-

TDAH: UM OLHAR PARA AS RELAÇÕES INICIAIS ENTRE A MÃE E O BEBÊ

Amanda Scarpelli Caroni⁹⁴; Mary Yoko Okamoto⁹⁵

Resumo

Essa pesquisa propõe o estudo das relações iniciais mãe-bebê em crianças com queixa e/ou diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), através da compreensão dos vínculos iniciais estabelecidos entre mãe-bebê, buscando entender a importância de tais vínculos e suas possíveis relações com o desenvolvimento de sintomas do TDAH. A amostra, proposital e por saturação, é composta por 4 mães de crianças com idade escolar, entre 6 e 9 anos, com queixas e/ou diagnóstico de TDAH, no município de Assis-SP. A técnica para a coleta de dados é a entrevista semidirigida, enfocando as relações e o papel desempenhado pela mãe nos cuidados oferecidos ao seu filho diante de comportamentos apresentados pelo mesmo no primeiro ano de vida e no contexto atual, tais como sono, fome, choro, agitação, dentre outros. A análise dos resultados foi realizada através da análise de conteúdo, utilizando a psicanálise, com base em estudos da relação inicial entre a mãe e o bebê e sua configuração subjetiva.

Palavras-chave: TDAH; criança; relação mãe-bebê; psicanálise.

Introdução

De acordo com a teoria psicanalítica, os pais são os modelos de identificação, transmissores de princípios éticos e morais, portadores de normas, detentores do poder de proibir e primeiros objetos de amor e ódio dos filhos. Suas ações têm um poder estruturante em relação ao psiquismo infantil, uma vez que facilitam os estágios iniciais dos processos de desenvolvimento psicológico. Tal caráter ocorre a partir da projeção realizada pelos pais de seus próprios desejos, identificações e ideais na figura filial. Dessa forma a família cumpriria a função de apresentar o mundo para a criança, o qual facilitaria o processo de simbolização, sendo a figura materna responsável por grande parte das relações de prazer e desprazer que o filho vivenciará, criando assim, um contexto para a humanização da criança (WINNICOTT, 2006).

As novas subjetividades presentes nas famílias atuais podem ser pensadas a partir de subsídios oferecidos pela cultura. “A família, como reflexo deste período pós-moderno, nos dá mostras de falta de intimidade, onde a correria e o borramento de limites se fazem constantes. (...) limite é a consequência posterior ao estabelecimento de um vínculo afetivo, que muitas vezes se encontra tênue; deve-se levar em conta que as crianças respondem ao afeto e não às regras” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICANÁLISE, 2007, p.29). Com os vínculos fragilizados, as funções paterna e materna de autoridade e limites ficam prejudicadas.

Dentre os motivos escolares que levam os pais a procurar ajuda terapêutica para seus filhos, a inadequação escolar aparece como um dos principais. Porém, é preciso distinguir nas crianças, as possibilidades de aprender, referentes às capacidades físicas e mentais, e o desejo de aprender, que depende da motivação que ela tem para se dedicar àquela atividade. “A inadaptação da escola frente às estruturas sociais atuais deve ser levada em conta na avaliação da inadaptação escola-criança antes de declarar esta última ‘inadaptada’” (MARCELLI, 2010, p.431).

Em uma sociedade na qual predomina a lógica do mercado capitalista e mecanismos de exclusão, são poucos os grupos e instituições que conseguem oferecer às crianças um parâmetro de referência ou proteção. Elas se veem desamparadas e ameaçadas pelo grupo social e criam laços frágeis em suas relações, o que favorece o aparecimento de perturbações. Além disso, o fator “imediatez” pode culminar em certas formas de impulsividade derivada da tendência a não postergar o prazer.

⁹⁴ Graduanda do curso de Psicologia da Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP. Pesquisa de Iniciação Científica financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP.

⁹⁵ Docente do Departamento de Psicologia do curso de Psicologia da Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP.

Da mesma maneira que as funções do Ego (inteligência, memória, pensamento, juízo e atenção) não se dissociam da emoção e do afeto, no que se refere à constituição de um sujeito, as várias condições que envolvem o âmbito familiar e social também não podem ser separadas. As formas subjetivas (impulsividade, hiperatividade) que configuram determinadas psicopatologias, devem ser compreendidas dentro de um contexto e não isoladamente, já que o indivíduo pertence a um meio composto por diversos fatores (condição sexual, fator social, atividade neurológica).

Os rápidos fluxos de informação aos quais as crianças ficam expostas dificultam a construção de um processo secundário, que permitiria o reconhecimento e o uso das palavras, além da separação do mundo interno (aparelho psíquico do bebê) e externo (meio social). Não há mais fluxos de tempo contínuos, mas momentos pontuais de conexões, o que seria uma das causas possíveis para o surgimento de crianças hiperativas.

O TDAH tem sido diagnosticado por especialistas da área médica, principalmente a partir de encaminhamentos propostos pelas escolas. Problemas que os alunos manifestam no processo de escolarização tem sido interpretados como característicos de transtorno de aprendizagem e comportamento. A quantidade de diagnósticos aumenta a cada dia, assim como a consequente medicalização dessas crianças.

Os dois sistemas classificatórios vigentes, CID-10 e DSM-IV, propõem que transtornos de atenção e hiperatividade-impulsividade estejam associados. Em resumo, a atenção seria “baixa capacidade de se concentrar, de se fixar em uma tarefa, de organizar e depois concluir um trabalho, mas também as atividades lúdicas e culturais; mudança frequente de atividade; grande distração” (MARCELLI, 2010, p.374). Já a hiperatividade, consistiria em uma atividade motriz exagerada, agitação constante; crianças que mexem em tudo, se chacoalham, são incapazes de permanecerem sentadas. Por fim, a impulsividade seria a dificuldade de respeitar as regras, ou seja, crianças que se impõe sem respeito aos outros e se arriscam em atividades perigosas, sem pensar nas consequências.

Visamos por meio desta pesquisa, estudar o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, analisando a história precoce da criança e a relação inicial mãe-bebê, buscando compreender as relações entre os cuidados iniciais da mãe e o estabelecimento do quadro de TDAH. Pretendemos levantar, na história precoce da criança, elementos que possam apontar para a importância dos cuidados iniciais para a compreensão do TDAH, compreender as particularidades da história de vida da criança identificada com sintomas do transtorno e buscar maneiras de intervenção que não partam da medicalização e favoreçam o estabelecimento de vínculos prazerosos na história de tais crianças.

Metodologia

A pesquisa qualitativa é o norteador desse trabalho, já que nessa metodologia não se busca estudar o fenômeno em si, mas sim o que ele representa para a vida das pessoas (TURATO, 2005).

A amostra é do tipo proposital, intencional ou deliberada (TURATO, 2003), composta por indivíduos representantes de uma subpopulação que vivencia o problema em foco. A técnica utilizada para a coleta de dados é a entrevista semidirigida com mães, composta por questões semiabertas, que permite um roteiro flexível para a atividade de campo, que evolui segundo os fenômenos emergentes no setting em estudo (TURATO, 2003). O roteiro de entrevistas investigou os comportamentos apresentados pela criança durante os primeiros anos de vida e os cuidados oferecidos pela mãe diante de comportamentos, tais como choro, fome, agitação, sono dentre outros.

A pesquisa ainda está em andamento e no momento, a amostra é composta por 4 mães de crianças com idade entre 6 a 9 anos, de ambos os sexos (masculino e/ou feminino), e que foram encaminhados pela escola ou por médicos com queixa e/ou diagnóstico de TDAH.

Ana, 36 anos, é mãe de Antônio, 8 anos, que está no 3º ano do ensino fundamental. Com um quadro de muita agitação desde o maternal, já foi medicado com Fluoxetina, Ritalina e Toflanil, mas como não obteve resultados satisfatórios, hoje está sem nenhuma medicação. Patrícia, 24 anos, mãe de Gisele, que hoje está com 8 anos, aos 16, e passou por uma gravidez muito difícil, de muita negação e rejeição. A filha, hoje no 2º ano da escola, que está sendo realizado pela segunda vez, nasceu com 6 meses e nunca mamou no peito. Teve convulsão do primeiro ao sexto ano de vida e toma um remédio pra isso até hoje. Ficou em casa com a mãe até os 4 anos e quando foi pra escola teve a agitação e o nervosismo bastante aumentados.

Mara, 60 anos, é avó de Leonardo, 9 anos, mas tem a guarda provisória da criança desde os 3 anos e é chamada de mãe. Ele sofreu muitos maus-tratos quando bebê e foi rejeitado não só pela mãe, mas também por uma, que o criou até que a avó conseguisse pegá-lo. Nunca mamou na mãe e desde que foi para a casa de Mara, e até hoje, só dorme com mamadeira, chupeta e paninho. Tem tido episódios de convulsão há 6 meses e há 2 começou a fazer tratamento medicamentoso com ansiolítico para cuidar das

crises. Rosa, 52 anos é mãe adotiva de Lúcio, 7 anos, está no 2º ano da escola. Foi adotado com um 1 ano e 2 meses, em uma situação em que os pais adotivos foram surpreendidos com uma criança doada. Assim como Leonardo, foi muito mau tratado, inclusive convivendo com a sujeira e com a falta de alimento. Também nunca mamou no peito e até hoje manifesta um desespero muito grande por comida, explicitando as marcas que guarda da primeira infância. Quando chegou na nova família, não andava, não falava e só chorava, mas uma semana depois, já vinculado aos pais, teve seu desenvolvimento desabrochado, andando, falando e dormindo bem.

O campo escolhido para que ocorressem as entrevistas foi a cidade de Assis-SP, na qual há uma grande quantidade de crianças encaminhadas, no SER - Serviço Especial de Reabilitação, no município de - Assis/SP.

A análise das entrevistas foi realizada pela análise de conteúdo, levando em consideração a compreensão do TDAH e os vínculos afetivos estabelecidos precocemente na relação inicial mãe-bebê, buscando compreender a partir de tais vínculos elementos que possam apontar para a compreensão dos sinais de TDAH, sobretudo a atenção, a hiperatividade, o controle pulsional e a impulsividade.

Por fim, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências e Letras - UNESP/ Câmpus de Assis e aprovado sob o protocolo 40710114.8.0000.5401. Ademais, foi entregue aos sujeitos da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, no qual estão contemplados: a participação voluntária, a garantia da privacidade, os riscos da pesquisa bem como os objetivos da pesquisa.

Resultados e Discussão

As quatro crianças apresentam em comum alguns pontos muito importantes no que se relaciona aos aspectos típicos do TDAH. Todas apresentam agitação psicomotora, quase sempre incontrolável, que pode ser vista não só nos movimentos corporais, mas também na fala rápida e no sono perturbado, na maioria delas, desde idade precoce. Outra questão primordial é o comportamento agressivo, com si mesmas ou com os outros, que surge em situações de dificuldade em se relacionar socialmente, principalmente na escola. O ambiente escolar, tão disparador de questões, também aparece na questão da aprendizagem, pois todas apresentam importante dificuldade em aprender, que se alia à falta de concentração e à atenção multifocal. As mães relatam que esse comportamento se repete em casa e em todas as tarefas que as crianças pretendem realizar. Desse modo, tudo acaba ficando pela metade ou feito à pressas. As mães, quando estão calmas, se sentem capazes de acalmar e controlar os impulsos dos filhos, mas isso é uma conquista apenas momentânea. Porém, de acordo com o discurso das mães, esse modo de tentar acalmar os filhos é recente. No geral, elas apontam que não conseguiam acalmar seis filhos quando bebês. Elas demonstram muita preocupação, mas se sentem impotentes, cansadas e sem respostas aos comportamentos apresentados pelos filhos.

A atenção pressupõe um investimento em um objeto, atribuindo-lhe valor psíquico. Portanto, o primeiro passo para dirigir a atenção para o mundo é conseguir diferenciar o interno do externo. Há crianças que retiram seus investimentos do mundo (desatentas) e outras que nunca investiram (hiperativas), respondendo aos estímulos por meio da fuga. Em segundo lugar, o investimento só se dá a partir de um processo de identificação com um outro, que libidinizava o mundo externo, dando sentido a ele. Tal aspecto relaciona-se à função materna, pois um dos seus objetivos é transmitir um olhar de desejo a objetos alheios ao bebê, para que além de seu corpo e suas sensações, o mundo também seja desejável.

Do conjunto de estímulos oferecidos pelo mundo, o ego seleciona apenas alguns, por meio do processo de identificação primária, no qual ele se funde com o objeto (mãe) de que ele não se diferenciou. Se as representações oferecidas pelos pais forem caóticas, a criança terá dificuldade em se organizar e dar sentido às sensações internas. Considerando o fracasso desse processo de identificação primária, cada vez que a criança falhar corre o risco de sentir-se vazia, com a sensação de um fracasso absoluto e que o mundo não lhe oferece nada de bom.

Os adultos se sentem tão vulneráveis, que, ao invés de se mostrarem aos filhos como autoridades, detentoras de poder, possibilitam a inversão de papéis, fazendo com que as crianças vivenciem a onipotência infantil como realidade. Dessa maneira, a criança torna-se independente em um momento que precisa de cuidado, proteção e amparo. Isso aprisiona as crianças em uma “falsa infância”, que, por conta da ausência de um contexto protetor, nunca foram crianças de fato, mas sempre serão. (JANIN, 2011).

Considerações Finais

O material apresentado constitui-se em uma análise preliminar, uma vez que a pesquisa ainda está em andamento. Porém, é possível perceber a importância da constituição do objeto para o controle da impulsividade da criança. Falamos de crianças que, por razões variadas, não tiveram uma contenção materna capaz de dar a segurança e a proteção necessárias para um desenvolvimento saudável. Essas crianças, que, desde bebês, nunca foram acalmadas de fato, demonstram hoje o sofrimento de não conseguir controlar os próprios impulsos, as próprias pulsões.

De modo algum, objetivamos culpabilizar as mães por esse processo, pois acreditamos que as mudanças na família, não só estruturais, mas principalmente em relação aos papéis desempenhados por cada membro, afetam a formação de vínculos e as relações, de modo geral. As crianças vivenciam vácuos deixados pelos pais, em suas funções materna e paterna, e não sendo contidas em suas angústias, extravasam em forma de choro, agitação, impulsividade, agressividade e tudo o mais que demonstre a falta de controle que não tiveram sobre ela e agora ela não consegue ter por si só.

Referências

- JANIN, Beatriz. *El sufrimiento psíquico em los niños: psicopatología infantil y constitución subjetiva*. 1ª Ed. - Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2011.
- MARCELLI, Daniel; COHEN, David. *Infância e Psicopatologia*. 8ª Ed. - Porto Alegre: Artmed, 2010.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICANÁLISE DE SÃO PAULO. *Jornal de Psicanálise/Instituto de Psicanálise "Durval Marcondes". A família em (des)ordem*. Vol. 40, n. 72; São Paulo: SBPSP, 2007.
- TURATO, Egberto Ribeiro. *Métodos Qualitativos e Quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa*. *Revista Saúde Pública*, 2005;39(3):507-14.
- TURATO, Egberto Ribeiro. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 2ª Ed. - Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
- WINNICOTT, Donald. *Os bebês e suas mães*. 3ª Ed. - São Paulo: Martins Fontes, 2006.
-

P 03: A Clínica como paradigma**CONCEITUAÇÃO E DECORRÊNCIA DA POSIÇÃO ESQUIZO-PARANÓIDE À LUZ DE MELANIE KLEIN**Alexandre dos Santos⁹⁶; Bárbara Castro Pecinelli⁹⁷; Beatriz Vicenti Gasques⁹⁸**Resumo**

Na posição esquizo-paranóide, segundo Melanie Klein, o ego se encontra fragmentado à procura de um objeto gratificador. Tal desintegração do ego ocorre por sua estrutura, composta por uma quantidade excessiva de frustrações, trazendo ao mesmo uma sensação de aniquilação e baixo índice de recompensas. Objetivou-se caracterizar a posição esquizo-paranóide de acordo com a teoria de Melanie Klein e identificar as possíveis consequências para o indivíduo adulto. Realizou-se pesquisa descritiva bibliográfica, constatando que a fixação na posição esquizo-paranóide conduz a alguns transtornos psicóticos, como: estados de confusão, transtorno delirante, hipocondríase, lutos patológicos e excesso de defesas maníacas. Contudo, o psiquismo humano possui um funcionamento dinâmico entre as duas posições, esquizo-paranóide e a depressiva, as quais tem início no nascimento e término com a morte. Índícios de neuroses, esquizofrenia e depressão podem ser analisados a partir de tais posições denotadas. Desse modo, faz-se necessário analisar os sintomas e relacioná-los aos processos que levaram ao seu surgimento, os quais envolvem ansiedades do tipo persecutória e depressiva. Logo, a permanência na posição esquizo-paranóide pode ocasionar sérios danos à vida do sujeito, o que acarretará perturbações de nível psicológico, cognitivo e social.

Palavras-chave: Esquizo-paranóide; Melanie Klein; Consequências.

Introdução

O termo *posição* para Melanie Klein refere-se a *estágio*, pois enfatiza a perspectiva da criança sobre suas relações objetais. A posição esquizo-paranóide e a posição depressiva iniciam-se, concomitantemente na primeira e segunda metades, respectivamente, do primeiro ano de vida. Podendo também estender-se em futuros estágios do ciclo vital, por meio de manifestações como constelações defensivas, além de estarem envolvidas na problemática relacionada a todos os níveis psicosssexuais (NICOLAU, 2003).

Segundo os preceitos conceituais da posição esquizo-paranóide, Oliveira (2007, p.82) disserta que:

Uma das principais contribuições da teorização kleiniana são os conceitos de *posição esquizo-paranóide* e *posição depressiva*. Estes são períodos normais do desenvolvimento que perpassam a vida de todas as crianças, tais como as fases do desenvolvimento psicosssexual criadas por Freud (1905-1969). Contudo, são mais maleáveis do que estas fases, devido ao fato de instalarem-se por necessidade, e não por maturação biológica. O bebê nasce imerso na posição esquizo-paranóide, cujas principais características são: a fragmentação do ego; a divisão do objeto externo (a mãe), ou mais particularmente de seu seio; a agressividade; e a realização de ataques sádicos dirigidos à figura materna.

⁹⁶ Psicólogo Docente do Curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul, SP (FUNEC). E-mail: alepsicologo@yahoo.com.br

⁹⁷ Acadêmica do Curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul, SP (FUNEC). E-mail: barbarapsico@outlook.com.

⁹⁸ Acadêmica do Curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul, SP (FUNEC). E-mail: girl_bia_lindinha@hotmail.com.

Discorrido pela explanação de Feitosa (2009), o bebê enxerga o seio da mãe como objeto primário. Em se tratando da posição esquizo-paranóide, tal objeto se mostra mais frustrador do que gratificador, gerando uma ansiedade extrema por algo que seja bom, porém todos os objetos introjetados pelo bebê são maus, e isso é externalizado. Ao passo em que ele projeta no seio sua frustração, responsabilizando-o, tem fantasias agressivas de arranhões, mordidas e rejeições a este seio. Todavia, o excesso de gratificação também não se mostra positivo, pois pode fortalecer a fantasia onipotente do bebê, o que se torna perigoso.

Por conseguinte, Nicolau (2003), expressa que a posição esquizo-paranóide traz características fundamentadas em idealização, negação, identificação projetiva, dissociação e relações de objetos parciais, além de uma preocupação básica ou ansiedade persecutória (medo de ser destruído pelo *objeto* vivido como um perseguidor) sobre a sobrevivência do self.

(...) Os impulsos destrutivos onipotentes, a ansiedade persecutória e a cisão predominam nos primeiros três meses de vida; Klein descreveu essa combinação sendo a *posição esquizo-paranóide*. Os correlatos dos sentimentos destrutivos são de grande importância nesse estágio inicial. A voracidade e a inveja são destacadas aqui como fatores perturbadores, primeiramente em relação com a mãe, mais tarde com outros membros da família. A voracidade varia de um bebê para o outro, há bebês que nunca podem estar satisfeitos porque sua voracidade excede tudo o que possam receber. Ela é incrementada pela ansiedade. O bebê que é tão voraz por amor e atenção é também inseguro sobre sua própria capacidade de amar, e todas essas ansiedades reforçam a voracidade. (MANENTE, 2012, p.2).

Entende-se por medos persecutórios, os impulsos oral-sádico (devorar o seio e o corpo materno) e anal-sádico (ataque com excrementos) projetados. Quando tais medos não se mostram intensos, a posição esquizo-paranóide sede lugar à posição depressiva, no segundo semestre de vida. No entanto, se a agressão inata se mostra nitidamente extrema, onde se predominam maus introjetos, a dissociação secundária dos mesmos pode levar a uma projeção sobre muitos objetos externos, o que resulta em vários perseguidores do meio. Essa desagregação poderá persistir e provocar fragmentações de experiências afetivas, o que leva a uma superficialidade do afeto ou até uma despersonalização, interferindo também na percepção acurada, conduzindo a uma negação da realidade (NICOLAU, 2003).

Considerando Moraes (2008), Melanie Klein enfoca a organização subjetiva, define a posição esquizo-paranóide como o que há de peculiar no indivíduo, além de partir do princípio de que existe um núcleo psicótico em todos os sujeitos, e assim, representa a relação sujeito-objeto através dos seus processos de introjeção e projeção.

Na sua teorização, Klein define que a criança está tão intimamente relacionada ao objeto materno que esta interação promove futuras consequências comportamentais. Em casos mais doentios, a posição elicia a parte psicótica do indivíduo, possibilitando o alavanque de uma esquizofrenia ou de sérios distúrbios mentais (MORAES, 2008).

Estudar tal condição é de extrema relevância a psicologia, pois possibilita ampliar o conhecimento da comunidade acadêmica por meio da identificação do conceito e de seus possíveis efeitos prejudiciais, visa com uma ação facilitadora, posteriores estudos, futuros diagnósticos e tratamentos.

A pesquisa incitada objetivou caracterizar a posição esquizo-paranóide de acordo com a fundamentação teórica de Melanie Klein, bem como identificar as prováveis consequências para o indivíduo ao atingir a maturidade.

Metodologia

Metodologia nada mais é do que uma etapa específica a qual procede de uma posição teórica e epistemológica, para a seleção de técnicas concretas de investigação. Conquanto, a mesma depende dos postulados que o investigador acredita serem válidos, já que a ação metodológica será a sua ferramenta para analisar a realidade estudada. (CONCEITO.DE, 2014).

O presente estudo foi respaldado em uma pesquisa bibliográfica descritiva.

Conforme a explanação de Noronha e Ferreira (2000, p. 191 *apud* MOREIRA, 2004) nesta pesquisa verifica-se uma revisão literária em determinada área temática, dentro de um recorte de tempo, fornecendo uma visão geral (ampliada) ou um relatório sobre um tópico particular. Além disso, evidencia novas ideias, métodos e subtemas que têm recebido maior ou menor ênfase na ciência selecionada. Trata-se, portanto, de um texto particular que reúne e discute informações produzidas na área de estudo, compondo um trabalho integral ou apenas uma publicação.

Resultados e Discussão

Executada a pesquisa bibliográfica, verificou-se que ao fixar-se numa posição esquizo-paranóide, tendo atingido a maturidade, o indivíduo poderá manifestar traços de caráter psicopatológico. O surgimento de transtornos psicóticos, autismo, estado de confusão, transtorno delirante e hipocondríase, por exemplo, podem ser citados como traços relevantes a vida social.

Por considerar e encontrar manifestações de hostilidade em quaisquer sujeitos, às personalidades esquizóides tendem a se retrair de toda situação que envolva interação. Contudo, concomitantemente, na posição depressiva, nota-se o surgimento de defesas maníacas e/ou luto patológico.

Tendo por base dados de conceituação, comprova-se também, que tais fatos ocorrem devido à fragmentação e a procura do ego por gratificação, ou seja, uma desintegração do mesmo, o qual é composto pelo excesso de frustrações, aniquilação e pouco ou nenhum nível de recompensas.

Ao passo que a definição e decorrência completam-se e caminham juntas, pode-se sustentar que os dados citados na pesquisa são de extrema importância aos conhecimentos acadêmicos, pois facilitam no que diz respeito ao estudo da referida posição.

Conclusão

Considerando, é viável compreender que algumas conseqüências oriundas da posição esquizo-paranóide são tipicamente de caráter psicopatológico e intensamente severas no contexto real do indivíduo, onde sua fixação conduz a alguns transtornos psicóticos, nos quais em geral negam a realidade, usam projeção extensamente e engajam-se em dissociação. Escape para um objeto interno idealizado conduz a estados exaltados, autistas; dissociação generalizada e reintrojeção de objetos fragmentados múltiplos levam a estados de confusão. Medo predominante de perseguidores externos é a marca registrada do transtorno delirante; projeção de perseguidores sobre o próprio corpo resulta em hipocondríase. Conquanto, os indivíduos com transtorno de personalidade esquizóide são emocionalmente superficiais e intolerantes à culpa, tendem a experimentar os outros como hostis e retraem-se das relações de objeto. A perduração na posição depressiva traz como característica central um luto patológico (depressão), ou o desenvolvimento excessivo de defesas maníacas.

Assim sendo, pode-se concluir que a retenção em tal posição (esquizo-paranóide) provoca no sujeito adulto um total estado de negação, pessimismo e desconfiança, no qual nada que lhe pertence é bom ou faz bem. Fazendo com que o mesmo sinta-se incapaz de alcançar todo e qualquer objetivo próprio.

Referências

- CONCEITO.DE. **Conceito de metodologia**. 2014. Disponível em: <<http://conceito.de/metodologia>>. Acesso em: 26 out. 2014.
- FEITOSA, M. **Posição esquizo-paranóide**. 2009. Disponível em: <<http://olhares-psi.blogspot.com.br/2009/07/posicao-esquizo-paranoide.html>>. Acesso em: 25 set. 2014.
- MANENTE, G. F. **Teoria das posições de Melanie Klein**. 2012. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAfZÉgAD/teoria-das-psicoes-melanie-klein>>. Acesso em 25 set. 2014.
- MORAES, M. **Análise do filme: duas vidas**. 2008. Disponível em: <<http://www.zemoleza.com.br/trabalho-academico/sociais-aplicadas/psicologia/analise-do-filme-duas-vidas/>>. Acesso em: 25 set. 2014.
- NICOLAU, P. F. M.; ROCHA, C. A. M. N. **Psiquiatria geral**. 2003. Disponível em: <<http://www.psiquiatriageral.com.br/psicoterapia/melanie.html>>. Acesso em: 25 set. 2014.
- NORONHA, D. P.; FERREIRA, S. M. S. P. **Fontes de informação para pesquisadores e profissionais**. Belo Horizonte: UFMG, 2000, p. 191 *apud* MOREIRA, W. **Revisão de literatura e desenvolvimento científico: conceitos e estratégias para confecção**. 2008, p. 22. Disponível em: <www.fatea.br/seer/index.php/janus/article/download/1/1>. Acesso em: 26 out. 2014.
- OLIVEIRA, M. P. **Melanie Klein e as fantasias inconscientes**. 2007. Disponível em: <http://www.centrowinnicott.com.br/winnicott_eprint/uploads/c93494c5-7d8f-1374.pdf>. Acesso em: 25 set. 2014.
- RAHIM, M. A. A. **Teoria das posições**. 2013. Disponível em: <<http://www.trabalhosfeitos.com/ensaios/Teoria-Das-Posi%C3%A7%C3%B5es/43449454.html>>. Acesso em: 25 set. 2014.

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NA SAÚDE MENTAL INFANTIL: ALGUMAS REFLEXÕES

Autora: Léa Santana Souza⁹⁹

Resumo:

No artigo atual se discute a noção de criança apresentada ao longo da história. A saúde mental infantil no Brasil em sua intervenção, cuidado e estudo não teve nada estruturado antes do século XIX, as crianças consideradas insanas nas classes sociais desfavoráveis eram tratadas nos manicômios adultos, pois pouco se estudava sobre as especificidades das doenças mentais infantis. Diante disso, nos interrogamos sobre a atual atuação pública e intervenção psicológica no atendimento à saúde mental infantil, e como se configura suas práticas, a partir de uma vivência em um CAPS i II. As reflexões levantadas parte dessa vivência e discute os atravessamentos e estrutura do campo da psicologia na instituição.

Palavras-chave: criança; saúde mental; e intervenção psicológica.

Introdução:

A atual pesquisa visa levantar algumas reflexões realizadas no cotidiano do estágio em um CAPS infanto juvenil; e que diz sobre a intervenção psicológica na saúde mental e seus desdobramentos. Essas reflexões não esgotam a discussão sobre a intervenção psicológica nas instituições públicas e sua atuação na clínica ampliada. As escolhas desses tópicos ocorreram de ordem particular e resultante no contato da autora com o campo. A pesquisa também se delimita a discutir a clínica da infância e quando possível relatar a clínica da adolescência, considerando que ambos os campos têm intervenções diferentes e amplos, não sendo possível abarcar nesse momento.

O artigo, como dito, corresponde as atividades de estágio de psicologia desenvolvidas em um CAPS infanto juvenil II na cidade de São Paulo. Localizado em uma região composta de três distritos com número de população média, relativo a outros distritos e IDH elevado. O CAPSi conta com a seguinte rede de saúde: 5 UBS, 4 CAPS (AD; adulto, infantil II e III) e 6 Abrigos. No levantamento bibliográfico foi possível constatar a escassez de trabalhos que relatassem sobre a atuação do psicólogo em CAPSi, como suporte clínico. A grande maioria de cadernos e trabalhos acadêmicos respondem a parâmetros e diretrizes gerais sobre o trabalho do psicólogo nas instituições públicas. Menezes (2014) relata sobre essa dificuldade e constata a demanda não somente advinda do psicólogo na sua atuação, mas de um campo emergente a ser investigado e reconhecido que a clínica da infância não se confunde com a do adulto.

O reconhecimento da singularidade do campo implica diretamente na possibilidade de uma efetiva atenção integral da população infanto-juvenil.

Objetivo da atual pesquisa é discutir sobre a intervenção da psicologia na saúde mental a partir de alguns pontos reflexivos.

Método

A pesquisa atual é de caráter teórico, a fim de aprofundar algumas reflexões, realizada no campo de estágio em uma instituição pública. Os pontos levantados fazem parte de uma observação não estruturada, que visa a elucidação do campo de forma geral, não sistemática. Mas, a partir de constatações particulares, expandindo e dialogando com as teorias e discussões acadêmicas.

A teoria psicanalítica embasa e norteia o atual trabalho, com contribuições principalmente relativas à atuação do psicólogo.

⁹⁹ Graduanda em Psicologia na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Email: leasantanas@hotmail.com

Apontamentos e discussão

Ressaltamos que os pilares da saúde mental pública da criança e do adolescente são: "o estabelecimento de diretrizes para articulação intersetorial da saúde mental com outros setores públicos" (lidando com prejuízos pontuais) e a "implementação de CAPSi" (para atendimento de transtornos mentais com prejuízos severos e persistentes).

Institucional

A quem atende? O CAPS é um dispositivo que surgiu em decorrência da reforma psiquiátrica constituindo-se de um atendimento extra-hospitalar de assistência pública aos problemas de saúde mental. Podem existir CAPS I, II, e III, de acordo com a população do território.

O CAPSi tem como função coordenar a política de saúde mental da criança e do adolescente no seu território, servindo como referência (BRASIL, 2012 input Menezes), além de atender as pessoas nos seus variados processos psíquicos de sofrimento psíquico. (SAMPAIO & BARROSO, 1994)

Os casos tratados em CAPS configuram-se transtornos que clinicamente são conhecidos como doença mental. Transtorno é uma terminologia psiquiátrica que nos dicionários do século XIX já conotava "alteração da personalidade". (Rezende, 2008)

Além disso, o CAPS tem como objetivo favorecer os vínculos sociais dos seus usuários, prevenindo o alheamento, desamparo e hospitalismo; indo de contra a rotulação, a estigmatização, e a cronificação. Redimensionar as relações familiares, afetivas, de trabalho, da vizinhança, e política. E sem deixar de articular e promover essas dimensões no território, em apoio a cidadania e a construção coletiva da qualidade de vida. (SAMPAIO & BARROSO, 1994)

Público: população de até 18 anos de idade.

Equipe multiprofissional e interdisciplinar

Rede. O CAPS está integrado dentro e fora da rede de saúde pública brasileira. Isso significa que a instituição está articulada com outras áreas além da saúde, nesta está interligado aos sistemas primários e secundários de atenção, mas não apenas recebe e encaminha os casos de UBS, de serviços ambulatoriais e hospitalares, como também de escolas e abrigos da região.

Afinado as políticas sociais e de acessibilidade local, confere atendimento as carências sociais, desde nutrição, educação, emprego, etc a cultura, associatividade, etc; revogando os direitos universal e de equidade da população.

O trabalho em equipe visa uma prática multiprofissional interdisciplinar que custa a seus integrantes favorecer a formação contínua dos trabalhadores, uma revisão constante da hierarquia assistente e assistido, o cuidado para evitar as manipulações ideológicas, morais e de saberes. A partir de reuniões, diálogos e supervisões; e na busca de romper as barreiras de intolerância e ampliar o campo das experiências e compartilhamento de espaços. (ALVES & FRANCISCO, 2009)

Atuação da psicologia na saúde mental

Relações familiares: "O problema da criança é a mãe?" Vicentin (2006) lança o olhar para os transtornos da infância como aquele que tem a potência de desafiar permanentemente o mundo do adulto, conferindo a estes seja no papel de rede familiar ou institucional rever seu posicionamento.

O sofrimento e posterior tratamento da criança dentro de um CAPSi não é entendido apenas como sendo dela. É comum em uma reunião de equipe ouvir as relações familiares como núcleo da discussão de um caso, e perceber como as queixas dos técnicos são dirigidas as famílias, especialmente às mães. Dificilmente, em um caso não se comenta sobre a figura materna, esta muitas vezes portadora das relações familiares é identificada como fator desajustado.

Será que sempre o é? Ou pelo menos em sua maioria? Em procedimentos técnicos, a presença da mãe na avaliação da criança é inevitavelmente exigida, seja para informar dados de desenvolvimento que só ela saberá, seja pelas relações implicadas com a criança. Em poucos casos, o pai comparece sozinho ou junto a mãe. Socialmente, investimos nessa a figura a posição de cuidado e responsabilidade pela criança. E configuramos os procedimentos como tal.

O que tratamos? - a limitação da técnica- O desafio do olhar integral para um sujeito que não está dividido em partes é presente tanto na articulação entre os profissionais, quanto na rede. Fica claro, que não tratamos qualquer coisa, e constatamos que não atendemos a todos os problemas do sujeito. Estamos cerceados por um saber, que tem uma noção de homem e uma fonte de conhecimento que bebe da prática, mas que é limitado. Saber disso não é estagnar, pelo contrário, podemos ampliar nosso olhar, no sentido de interrogar, afinal, o que é atender promovendo a integralidade?

Taralli e Thomé (2005a) diz que as relações da rede de saúde estar articulado, mapeando junto à comunidade e os serviços os problemas de saúde mental e compreender as condições associados, constitui-se uma atitude necessária para um planejamento de ações integrais. Além disso, é preciso que os serviços estejam articulados entre si. (input AGNES & col, 2013)

Vicentin (2006) fomenta um modelo que seja de atenção biopsicossocial, interdisciplinar e intersetorial, integrando os profissionais e seus afazeres. À equipe cabe o partilhamento e problematização das situações emergentes das suas experiências. (ALVES & FRANCISCO, 2009)

Vínculo: na dinâmica do atendimento multiprofissional. Jorge & col. (2011): “*Etimologicamente, vínculo é um vocábulo de origem latina, e significa algo que ata ou liga pessoas*” traduzindo-se na relação paciente e profissional “[...] *interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromissos dos profissionais com os pacientes e vice-versa*”.

O vínculo segundo o autor citado “favorece outros sentidos para a integralidade da atenção à saúde”. Dependendo do movimento dos usuários e equipe para sua constituição. E é tido como uma ferramenta para a realização de atos terapêuticos moldados às sutilezas do coletivo e de cada indivíduo. No entanto, a construção do vínculo no serviço depende como os trabalhadores de saúde se responsabilizam pela saúde dos usuários e se comprometem pelo processo de cuidar nas singularidades do sujeito (Jorge & col., 2011).

Essa responsabilidade e comprometimento pode se tornar impessoal em uma equipe que se configura multiprofissional. O empenho do terapeuta em se aproximar dos casos, denotando o encargo para si, não é compor uma equipe. Ao mesmo tempo em que tornar cada paciente vinculado a todos os profissionais tornar-se inviável.

O papel dos trabalhadores da saúde mental é responder as demandas do sujeito que também evoca ampliação para o crescimento pessoal; Winnicott (AGNES & col, 2013 input 2005) coloca isso como “cuidar/curar”. Falcone (1999, ALVES & FRANCISCO, 2009) diz que a empatia é um atributo necessário ao psicoterapeuta para favorecer o vínculo terapêutico e a adesão ao tratamento.

Diagnóstico: utilização do CID. A utilização pelo psicólogo de uma classificação internacional das doenças psiquiátricas nas instituições de saúde, como instrumento para seu diagnóstico é ponto para diversos olhares e discussões.

Considerando pontos a favor do uso do CID, há defesas por uma linguagem comum com outros profissionais, mas desde que seja usado como recurso auxiliar no diagnóstico. Além disso, tal ferramenta proporcionaria uma codificação da patologia, necessária para preservação do paciente e sigilo profissional. (Site CRP)

Os argumentos contra incluem não formação acadêmica do psicólogo para utilização de tal instrumento. E a consideração da visão da psicologia sobre a psicopatologia bem diferente da visão psiquiátrica, e que questiona o tratamento medicamentoso dessas patologias mentais. (Site CRP)

Para além do ser permitido a utilização de tal ferramenta ao psicólogo, o questionamento também se constitui sobre a construção de tal ferramenta, por quem é criado e a serviço de quem.

Em muitos casos, o diagnóstico não é fechado por uma classificação. E ter um CID não significa saber o que se trata, pode se configurar apenas como um “jeito” que é vestido no sujeito para saber como tratá-lo. Nem sempre a complexidade e o peso do estigma que um CID carrega é levada em conta por alguns profissionais, ou mesmo pelos pais. O que se traduz na urgência em saber o “diagnóstico” da criança é depositá-la a um modo de ser.

Clínica Ampliada: A subjetividade a partir dos anos 80 passa a ser contextualizada nos aspectos políticos, sociais, culturais e econômicos. Isso significa sair da dicotomia saúde e doença para uma concepção dialógica, onde o psicólogo possibilita que o sujeito se construa e reinvente-se no seu modo de estar no social: família, instituições, política, etc. (ALVES & FRANCISCO (2009)

Intervir significa contextualizar a realidade, questionar as ações e possibilitar a conscientização do sujeito. A intervenção psicossocial respalda-se no diálogo, para construção de sentidos, em oposição a

opressão e coisificação do sujeito. Considerando um sujeito ativo, em condições para articular e reinventar o instituído. (ALVES & FRANCISCO (2009)

Isso se faz na construção de um espaço que favoreça a interação, o vínculo, e a escuta de diversas possibilidades de discurso e seus significantes; estas são ferramentas importantes para a o fazer clínica na abordagem psicossocial. E que de fato contribua para a busca da população de seus direitos e deveres, das suas singularidades, projetos, conquista de espaços sociais, convivência saudável, e relações socialmente éticas e justas. (ALVES & FRANCISCO (2009)

Considerações finais

O CAPS i é um dispositivo que sustenta a proposta de reforma psiquiátrica, abarcando uma atuação diferente dos moldes tradicionais. A psicologia no campo não é diferente, esta é repensada e experienciada com novos aspectos e posicionamentos.

A clínica ampliada e pensada na perspectiva psicossocial compartilha do desejo na busca pela totalidade do sujeito, incluindo o aspecto social. Este fator faz repensar não só a noção de homem, como também o tipo de atendimento que a psicologia oferece, comprometendo essa a contribuir para a garantia dos direitos humanos e ampliando suas possibilidades de intervenção.

O campo da saúde mental infantil tardiamente reconhecido em relação ao adulto, traz na sua luta a discussão sobre a noção de criança sustentada socialmente, e que apenas no século anterior foi vista como sujeito de direitos; delegando-a um espaço social.

Considerando que não é possível pensar a criança sem o cuidado do adulto seja na instituição, no contexto familiar, escolar, etc; precisamos cultivar e propiciar que as políticas sociais e as práticas efetivem as necessidades dessa população.

Além disso, a própria psicologia tem com o que contribuir na sua atuação. Seja incluindo e ampliando o olhar para um sujeito integral, apesar do desafio, já que isto pode ser confundido com dar conta de todas as questões do sujeito. Também ter uma visão crítica sobre o diagnóstico e suas ferramentas, ou repensar uma atuação próximo à comunidade social, e dispendo de atendimentos grupais.

As reflexões surgidas a partir de várias inquietações e observações no cotidiano de um estágio em CAPS não visou expor em todos os detalhes as dinâmicas existentes, nem responder a todas as demandas surgidas, mas se propôs a questionar e colocar alguns caminhos para serem refletidos.

Referências bibliográficas

- ALVES, E. dos S. & FRANCISCO, A. L. Ação Psicológica em Saúde Mental: Uma Abordagem Psicossocial. *PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO*, 2009, 29 (4), 768-779.
- ANGNES, N.R.; ROMIO, C. M.; ZUCHETTO, G.; DIAS, H. Z. J. Conceitos Winnicottianos integrados na clínica ampliada: um olhar sobre os tratamentos do transtorno mental grave na infância. *REV. ESTUDOS E PESQUISAS EM PSICOLOGIA*. V.13. n. 3. 2013.
- Conversando com o psicólogo - CID-10. ferramenta auxiliar no trabalho do psicólogo. Disponível em: <http://www.crdsp.org.br/portal/comunicacao/jornal_crp/143/frames/fr_conversando_psicologo.aspx> Acesso em Março de 2015
- COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira Psiquiatria*, São Paulo, v. 30, n.4, 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n4/a15v30n4.pdf>>.
- JORGE, M. S. B.; PINTO, D. M.; OUINDERÉ, P. H. D.; PINTO, A. G. A.; SOUSA, F. S. P. de; MENDONÇA, C. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Cavalcante. Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7):3051-3060, 2011
- MENEZES, L. A. F. Clínica da criatividade: considerações acerca do trabalho em um CAPS Infante Juvenil. 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/laura_alves_fernandes_de_menezes.pdf> Acesso em Março de 2015.
- RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL INFANTIL: A CRIANÇA BRASILEIRA DA COLÔNIA À REPÚBLICA VELHA. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 1, p. 29-38, jan./abr. 2006
- SAMPAIO, J. J. C. & BARROSO, C. M. C. Manual de organização do Centro de Atenção Psicossocial de Quixadá-1994. Disponível em:<<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/itinerancia/fortaleza/Carcaps.pdf>> Acesso em Março de 2015.
- VICENTIN, M. C. G. Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 17, n. 1, p. 10-17, jan./abr. 2006.

PSICANÁLISE DE FAMÍLIAS E PSICODIAGNÓSTICO INFANTIL: ARTICULAÇÕES POSSÍVEIS?

Thassia Souza Emidio¹⁰⁰

Resumo: Este trabalho objetiva estudar a questão da transmissão psíquica familiar e refletir sobre as possibilidades de articulação com o psicodiagnóstico infantil. No cenário atual, do processo de medicalização da sociedade e da busca de um diagnóstico individual, este trabalho visa discutir como os conceitos da psicanálise de famílias podem contribuir para as reflexões sobre a prática do psicodiagnóstico infantil. Trata-se de uma pesquisa teórico - reflexiva de referencial psicanalítico. Desenvolvemos uma reflexão sobre a busca de diagnóstico para as crianças e o processo de medicalização destas, e destacamos a necessidade de um olhar mais abrangente que considere o grupo familiar e o contexto social no qual está inserida. Discutimos sobre como o olhar para o sujeito e seu grupo familiar pode contribuir para a compreensão da queixa apresentada e consideramos que os conceitos da psicanálise de famílias podem contribuir para mudanças na realização desse processo. Acreditamos que o psicodiagnóstico infantil deve ser repensado, discutindo as etapas de execução e o olhar dirigido ao sujeito como sintoma familiar, buscando possibilidades de atuação que permitam um olhar mais abrangente para a questão.

Palavras-chave: psicanálise de família, psicodiagnóstico infantil, filiação, transmissão psíquica familiar.

Introdução

Diante do cenário em que vivemos, do processo de medicalização da sociedade e da busca de um diagnóstico centrado no indivíduo, nosso trabalho visa discutir como os conceitos e formulações do campo da psicanálise de famílias podem contribuir para as discussões e reflexões acerca da atuação do psicólogo no contexto do psicodiagnóstico infantil.

Rosenberg(1994) coloca que a família, no processo de constituição do indivíduo, exerce uma grande influência sendo esta promotora de saúde entre seus membros como também de perturbações; suas crises, transformações, disfunções podem levar a formação de sintomas em seus integrantes. A autora coloca que quando a linguagem verbal não consegue comunicar algo, os comportamentos podem assumir essa comunicação e os sintomas podem emergir como uma forma de comunicar que algo não vai bem, que algo não elaborado pelo grupo familiar, produzindo uma transformação na dinâmica da família.

Nesse sentido, quando a doença da família emerge via sintoma da criança, a dimensão familiar se torna um ponto importante e de grande relevância tanto no trabalho do psicodiagnóstico quanto no trabalho terapêutico, sendo importante reconhecer a ligação entre a criança e seus cuidadores procurando compreender a delimitação do espaço e a ligação estabelecida entre o sintoma da criança e as questões familiares.

Nesse sentido, este trabalho teve como objetivo estudar a questão da transmissão psíquica familiar e da filiação buscando refletir sobre as possibilidades de articulação com a o psicodiagnóstico infantil. Buscamos refletir sobre os conceitos de transmissão psíquica e filiação, visando o aprofundamento teórico sobre a temática para compreendermos a relação entre estes com a demanda trazida pelos pais. Visamos problematizar esse campo de investigação, em busca de pensar possibilidades de atuação dentro do psicodiagnóstico infantil onde esses saberes possam se articular, trazendo contribuições para a prática do psicólogo.

Metodologia

Esta pesquisa de caráter teórico-reflexivo foi desenvolvida em duas etapas:

- 1- Pesquisa em bases de dados: Foram feitas pesquisas em bases de dados, catálogos nacionais utilizando os termos principais que compõem a temática da presente pesquisa. Os termos foram: psicodiagnóstico infantil; transmissão psíquica familiar; filiação. A pesquisa se norteou pelas produções nos últimos 5 anos. As bases de dados pesquisadas foram: BVS-Psi Ulapsi Brasil, Pepsic, Lilacs, Scielo e o Portal Capes, foram pesquisados periódicos, livros e teses, cadastrados

¹⁰⁰ Departamento de Psicologia Clínica, UNESP_ FCL - Assis, emidioth@hotmail.com

nas bases citadas acima. No campo psicodiagnóstico infantil, nos ativemos apenas às produções que utilizam o referencial psicanalítico.

- 2- Reflexões e articulações: Esta etapa consistiu em um trabalho de aprofundamento na temática e apresentação das pesquisas mais recentes realizadas e publicadas e a construção de reflexões sobre a possibilidade de articulação entre a questão da transmissão psíquica familiar e dos conceitos de filiação e afiliação com o psicodiagnóstico infantil.

Resultados

Ao realizarmos a pesquisa nas bases de dados nacionais, pudemos observar que são poucas as produções tanto quando utilizamos o termo Psicodiagnóstico Infantil, quanto quando utilizamos os termos: transmissão psíquica familiar; filiação. A pesquisa se norteou pelas produções do período entre o ano de 2006 até o ano de 2014.

As produções sobre o psicodiagnóstico infantil que pretendem discutir o processo em si na perspectiva da Psicanálise se concentra nos trabalhos desenvolvidos por Barbieri(2007) sobre o Psicodiagnóstico Intenventivo, que discute a prática do psicodiagnóstico pensando novas possibilidades de atuação. As demais produções ainda são pautadas na discussão do uso dos testes e dos procedimentos de validação dos instrumentos, poucos são os trabalhos que visam a reflexão sobre o psicodiagnóstico no contexto da clínica com crianças nos dias atuais.

Com relação à pesquisa sobre transmissão psíquica familiar; filiação, também encontramos poucas produções sobre o tema, os trabalhos encontrados sobre a temática se relacionam mais com discussões de casos clínicos, porém poucos que se dedicam a discussão da prática clínica no atendimento com crianças.

Transmissão Psíquica Familiar, Filiação e Psicodiagnóstico Infantil

Ao tomarmos estes conceitos como objetos de investigação, torna-se necessário retomar os escritos freudianos, uma vez que neles já existem algumas referências ao campo da intersubjetividade. O autor em textos como *Totem e Tabu* (1913), *Sobre o narcisismo: uma introdução*(1914) e *Psicologia e Grupo e Análise do Ego* (1921), nos coloca sobre a importância de nos atentarmos a estes conteúdos que fazem parte da constituição subjetiva.

Em *Totem e Tabu*, Freud (1913), discute a questão da herança da humanidade e coloca esta por meio da ideia da culpa e dos interditos que são transmitidos a partir da organização dos primeiros tabus. Os tabus e os interditos que regem as relações sociais são colocados como algo transmitido à humanidade desde tempos primevos.

Posteriormente em 1914, na obra *Sobre o narcisismo: uma introdução*, o autor discute a existência de algo que nos precede quando coloca que o sujeito vai apoiar-se no narcisismo da geração que o precede. Nesta obra, Freud(1914) pontua que no projeto do filho, os pais retomam antigos desejos e que estes compõem o lugar prescrito para este na história familiar, os anseios, desejos, projetos realizados pelos pais vão posteriormente permear os processos de constituição do indivíduo. A criança, desde sua concepção é inscrita no espaço e no imaginário familiar, é requerida para compartilhar os enunciados dos ancestrais como forma de assegurar a continuidade da família e de sua identidade.

Em *Psicologia de Grupo e Análise do Ego* Freud(1921), a partir das acepções que vinha construindo com o desenvolvimento de seus estudos sobre o aparelho psíquico individual, abordou alguns pontos que o levaram a discutir questões que se relacionavam não apenas a estrutura psíquica individual, mas a existência de uma intersubjetividade constitutiva. A partir das ideias de Freud, podemos considerar que o sujeito tem uma herança que o precede e que o inscreve, antes mesmo de nascer, em um registro familiar. Desta forma, é a partir dessa herança que ele deverá subjetivar-se, dando sentido ao seu próprio desejo e assumindo o seu lugar.

O lugar no qual o filho é inscrito no imaginário familiar se relaciona diretamente ao que Benghozi(2010) denomina de vínculo de filiação, remetendo em nível vertical e diacrônico, aos pais, avós, filhos e netos que compõe o grupo e a história familiar. Esse vínculo de filiação insere-se numa malhagem que estabelece as ligações entre os membros de uma mesma família e entre a família e os grupos sociais (escola, trabalho, amigos, vizinhos, etc). É essa malhagem que, segundo o referido autor, permite a integridade e a manutenção dos continentes destas relações, ela consiste em uma rede de vínculos envolta por conteúdos que circulam e são transmitidos psiquicamente.

Kaës (2001, p. 14) coloca: "o inconsciente de cada indivíduo leva a marca, na sua estrutura e nos seus conteúdos, do inconsciente de um outro, e, mais precisamente, de mais de um outro". Estas

considerações nos apontam para a ideia de que o inconsciente não é determinado apenas pelo que se opera no espaço intrapsíquico, mas também por sua ligação pelo campo de intersubjetividade, pelo grupo que o precede. O autor ainda considera que o material da vida psíquica é algo que pode ser transmitido e essa transmissão pode ocorrer de algumas formas: por um processo intrapsíquico ou intersubjetivo. A transmissão intrapsíquica se relaciona aqueles conteúdos que são transportados de uma instância a outra do aparelho psíquico. Já a transmissão intersubjetiva possui como espaço originário o grupo familiar, o grupo que o precede, abrangendo relações de diferença e complementaridade entre os sujeitos. Tanto o movimento intrapsíquico quanto o intersubjetivo determinam a constituição do sujeito do inconsciente.

Kaës (2001) aponta para a importância da retomada da história familiar e do contexto social na compreensão daquilo que é transmitido, do que é herdado e enfatiza que nosso destino é sermos herdeiros da humanidade, dos grupos que nos precedem. Para o referido autor somos precedidos por determinações culturais, lingüísticas e corporais, transmitidas de geração em geração, das quais nos apropriamos, e que o autor denomina *transmissão intergeracional*. E também, são transmitidos conteúdos que habitam o inconsciente, e que muitas vezes levam nossa vida a tomar direções influenciadas por conteúdos anônimos e inacessíveis ao controle, a *transmissão transgeracional*.

A família, segundo Ruiz- Correa(2007), é um espaço intersubjetivo compartilhado que possibilita a transmissão dos conteúdos entre as gerações. Essa transmissão pode ocorrer de diversas formas, sendo permeado por uma contínua evolução, na qual o que é transmitido pode ser transformado pelos acontecimentos do grupo e pelos diversos momentos de crise e transformação que o este passa, como por exemplo: os nascimentos, casamentos, mortes, separações, etc.

Ao pensarmos nas possíveis articulações entre os conceitos acima discutidos com a prática do psicodiagnóstico infantil, torna-se necessário primeiramente discutir o papel da família no contexto do psicodiagnóstico infantil.

No psicodiagnóstico infantil, a família, especificamente os pais, tem um papel de grande importância. Na maioria das vezes são os pais quem trazem seus filhos, e vem a procura de ajuda para compreender o que está acontecendo com estes. Trinca(1984) coloca que no psicodiagnóstico o psicólogo deve buscar também a compreensão da dinâmica de relações do grupo familiar, uma vez que nestes operam forças e conjuntos de forças que incidem sobre o paciente, provocando tanto aspectos que propiciam o desenvolvimento quanto aspectos patológicos.

Ao falarmos da importância da família no processo psicodiagnóstico, percebemos que muitas vezes a referência para o estudo destas relações está focada na relação pais- filhos, e no olhar para o sintoma apresentado pela criança. Mesmo que as considerações sejam feitas levando em conta a dinâmica do grupo familiar, percebemos nos trabalhos publicados, tanto nos referentes ao período de 2006-2014, quanto nos que se configuram como trabalhos “clássicos” nesse campo de estudo, que o olhar se volta para o grupo familiar, mas ainda partindo de um sintoma individual.

Discussão

Consideramos a partir de nossas reflexões que apesar da dimensão familiar no psicodiagnóstico infantil ser valorizada dentro do processo, essa ainda é pautada em um olhar individual, onde uma criança adoce, e mesmo este sintoma sendo algo do grupo familiar, ainda é para esta que é buscado o tratamento e pensado alternativas de intervenção. Partindo desse pressuposto, em todo o nosso trabalho, foi colocado como ponto fundamental, e também disparador de nossas indagações: a necessidade de um olhar mais abrangente que considere o grupo familiar e o contexto social no qual a criança está inserida.

Buscamos desenvolver nossa pesquisa a partir de um olhar para o sujeito e seu grupo familiar, como um todo, pensando em como esse olhar pode contribuir para a compreensão dos sintomas e queixas apresentados pelos pais ao procurar o psicodiagnóstico para seus filhos. Consideramos então, que os conceitos desenvolvidos e discutidos dentro do campo da psicanálise de famílias podem contribuir para mudanças na realização do processo de psicodiagnóstico infantil trazendo justamente esse olhar mais abrangente para a compreensão do caso, pautado em um olhar para o sujeito do grupo, aquele que se constitui no campo da intersubjetividade.

A partir de nossas pesquisas, acreditamos que embora a questão do psicodiagnóstico seja constantemente alvo de discussões, surgindo novas técnicas para o desenvolvimento deste processo, este continua sendo um trabalho pautado por um olhar individual. Acreditamos que os sintomas e queixas apresentados fazem parte de um contexto maior que envolve tanto a família quanto a sociedade e que estes devem ser considerados na realização desse processo. Acreditamos também, que o psicodiagnóstico

infantil deve ser repensado enquanto prática, discutindo as etapas de execução e o olhar dirigido ao sujeito como porta-sintoma familiar, buscando outras possibilidades de atuação que permitam um olhar mais abrangente para a questão apresentada.

Conclusão

Nossa pesquisa buscou a partir de uma reflexão crítica pensar possibilidades que colaborem para a desconstrução da ideia de um diagnóstico puramente individual e que se reflita sobre possibilidades de nós psicólogos nos posicionarmos, em nossa prática profissional cotidiana, de forma resistente a essa onda de medicalização da infância, buscando alternativas, articulando saberes que nos possibilitem repensar nossa prática.

Consideramos também que nossa pesquisa é um primeiro ensaio, onde a partir do descontentamento ao olhar e refletir sobre o papel do psicólogo como legitimador do diagnóstico individual, muitas vezes dando subsídios que justificassem a medicalização das crianças, a partir da prática do psicodiagnóstico, começamos a pensar possibilidades, que levaram ao interesse no desenvolvimento da presente pesquisa, para o aprofundamento na temática e para a busca de uma reflexão que propicie novos questionamentos, novas ideias, que os saberes circulem e se articulem e que isso, possa se refletir no campo de ação, na prática profissional do psicólogo e que possamos assim nos posicionarmos veementemente contra a medicalização da nossa sociedade e nesse caso, de nossas crianças, sendo promotores de um outro olhar para o sujeito e para a saúde e não legitimadores do olhar individualizante presente na atualidade. Esperamos que as considerações que tecemos nesta pesquisa possam contribuir para os estudos e discussões sobre o psicodiagnóstico infantil, a psicanálise de famílias, para a prática e atuação do psicólogo, bem como para o olhar e a escuta clínica.

Referências

- BARBIERI, V., JACQUEMIN, A.; ALVES, Z.M.M.B. O Psicodiagnóstico Interventivo como método terapêutico no tratamento infantil: fundamentos teóricos e prática clínica. *Revista Psico*, Porto Alegre, PUCRS, v. 38, n.2, p. 174-181, maio/ago. 2007.
- BENGHOZI, P. *Malhagem, filiação e afiliação*. São Paulo: Vetor, 2010.
- FREUD, S. *Obras Completas*. Imago, 2ª Ed. Rio de Janeiro, 1989.
- GRANJON, E. A elaboração do tempo genealógico no espaço do tratamento de terapia familiar psicanalítica. In: RUIZ CORREA, O. B. *Os avatares da transmissão psíquica geracional*. São Paulo: Escuta, 2000.
- KAËS, R. *Transmissão da vida psíquica entre as gerações*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- ROSENBERG, A. M. S. A constituição do sujeito e o lugar dos pais na análise de crianças. In: _____. *O lugar dos pais na psicanálise de crianças*. São Paulo: Escuta, 1994.
- RUIZ CORREA, O. B. *Grupo familiar e psicanálise: ressonâncias clínicas*. São Paulo: Vetor, 2007.
- TRINCA, W. Referenciais teóricos do processo psicodiagnóstico do tipo compreensivo. In: _____. *Diagnóstico psicológico: a prática clínica*. São Paulo: EPU, 1984 (Temas Básicos de Psicologia; v. 10).

P 04: Experiência em Grupos em diversos contextos e condições**DISPOSITIVO GRUPAL DE ORIENTAÇÃO PSICODINÂMICA EM PACIENTES COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR**

Autores: Marina Smith Eberlein¹⁰¹; Norma Lottenberg Semer¹⁰²; Cyntia Helena Ravena Pinheiro¹⁰³.

Resumo:

Essa experiência com grupo faz parte de um projeto que visa à investigação acerca do processo psicoterápico em pacientes com queixa de dor relacionada à Disfunção Temporomandibular (DTM). Pretende-se pesquisar de que forma o dispositivo grupal de orientação psicodinâmica promoveria mudanças na maneira como o paciente se relaciona com a dor, e conseqüentemente consigo mesmos, como o contato com as experiências emocionais possibilitaria um incremento na capacidade de simbolização dos afetos, ou seja, uma maior conscientização dos estados internos. Pretende-se observar se há uma ampliação no repertório de respostas ao estresse, tanto ambiental, quanto psíquico, favorecendo outras expressões além do canal corporal. Propõe-se ainda a investigação das trocas grupais em seu caráter de apoio em uma rede de sustentação social que possibilite a experiência de escutar o outro e compartilhar vivências. Os pacientes participantes deste projeto são provenientes do Ambulatório de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial do Departamento de Morfologia e Genética, do HU/HSP da UNIFESP e do Instituto da Cabeça.

Palavras-chave: psicoterapia, grupos, disfunção temporomandibular.

Introdução:

A experiência da dor em sua concepção mais ampla abarca uma compreensão do indivíduo em sua dimensão corporal, psíquica e social.

Em um estudo de revisão bibliográfica Keefe et al. (2004) salientam a crescente importância que se tem atribuído aos fatores psicológicos na experiência de dor crônica. Os autores consideram como mais relevante a “catastrofização”, definida como dificuldade de adaptação psicológica que leva a uma experiência de amplificação da dor, a ansiedade, o medo e o desamparo.

Fleming (2003) ao tratar da dor em sua dimensão de experiência humana, discute que, apesar de ser legítimo entendê-la em sua função defensiva e útil ao organismo, muitas vezes esta acaba por constituir-se em uma doença em si que exige alívio e tratamento. A dor desprovida de sentido, segundo esta autora, remete o indivíduo às vivências de desamparo e desespero, atingindo sua autoestima e tornando a vida intolerável. A dor não estaria apenas restrita ao organismo fisiológico, mas atingiria o indivíduo em sua totalidade.

Para uma compreensão mais ampla dos aspectos psicossomáticos envolvidos na experiência de dor, a contribuição de Joyce McDougall (2000), na perspectiva da psicanálise, descreve o adoecimento do corpo envolvendo aspectos variados de organização da personalidade do indivíduo. Esta autora situa dois aspectos que favorecem as somatizações: o aspecto interno, quando as condições psíquicas para enfrentar e manejar frustrações e tensões são insuficientes, e o aspecto externo, quando experiências traumáticas geram um grande impacto na vida do indivíduo, não podendo ser elaboradas (metabolizadas) psiquicamente.

A disfunção temporomandibular (DTM) afeta o sistema estomatognático, em especial a articulação da mandíbula (ATM). De acordo com o RDC (Research Diagnostic Criteria - Dworkin, LeResche, 1992) e a AAOP (The American Academy of Orofacial Pain - Orofacial Pain, 2008), o diagnóstico de DTM deve conduzir a dois tipos de afecção: articular e muscular. Seus sintomas são dores musculares, articulares, limitação na abertura da boca, ruídos articulares, acompanhados por vezes de zumbidos no ouvido,

¹⁰¹ Psicóloga do Ambulatório de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial do Departamento de Morfologia e Genética da UNIFESP. Pesquisadora e colaboradora do Núcleo de Atendimento e Pesquisa em Psicanálise e Dor (NAPPED) do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP.

¹⁰² Professora Afiliada Doutora e Coordenadora do NAPPED do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP.

¹⁰³ Graduanda de Psicologia da Universidade Presbiteriana Mackenzie. Professora Doutora em Ciências.

cefaleia, dor de ouvido. Sua etiologia é multifatorial, e sabe-se que componentes emocionais, tais como o estresse, ansiedade e a depressão, têm uma importante influência no estabelecimento dos sintomas.

Boscato (2013) e Kino (2001), em seus estudos, observaram a influência da ansiedade no estabelecimento da Disfunção Temporomandibular (DTM), como um fator de predisposição e agravamento dos sintomas. Seger (1998) refere que o estresse, quando não pode ser superado de forma eficaz, conduz à tensão muscular que afeta esses pacientes. Para esta autora o impacto de experiências traumáticas, tanto físicas, como emocionais, é relevante no estabelecimento dos sintomas da DTM. Neste sentido, o tratamento da DTM precisa ser compreendido em seu âmbito multiprofissional, no qual uma atenção aos fatores emocionais se faz necessária para uma melhor evolução dos casos.

A intervenção psicológica realizada através de um dispositivo grupal permite a criação de um espaço de continência para que o paciente possa entrar em contato e ter a consciência dos aspectos emocionais envolvidos na sua dor. Para Mello Filho (apud Zimerman, 2000) o grupo amplia a possibilidade de simbolização e comunicação das experiências internas que até então se expressavam apenas pelo canal corporal.

Zimerman (2000) ao falar de grupos operativos traz os conceitos de Pichon Rivière de formação de papéis (porta-voz, bode expiatório, sabotador, líder, etc.), de verticalidade (referente à história individual), de horizontalidade (história do grupo), de depositante, depositado e depositário das ansiedades básicas como importantes ferramentas na compreensão do processo grupal.

Bion (1975) distingue dois tipos de funcionamento grupal: os “grupos de trabalho”, no qual haveria um funcionamento saudável voltado para a solução de um problema baseando em uma atividade mental realista, e os grupos baseados nos “pressupostos básicos” com dinâmicas baseadas nos aspectos mais regredidos do funcionamento mental (dependência, acasalamento e ataque e fuga). Esses pressupostos básicos podem variar em um mesmo grupo e até mesmo, dentro de uma mesma sessão.

O presente estudo propôs realizar uma investigação acerca do processo psicoterápico grupal em pacientes com queixa de dor relacionada à Disfunção Temporomandibular (DTM). Pretendeu-se pesquisar de que forma o dispositivo grupal de orientação psicodinâmica promoveria mudanças na maneira como o paciente se relaciona com a dor, e conseqüentemente consigo mesmo, como o contato com as experiências emocionais possibilitariam um incremento na capacidade de simbolização dos afetos, ou seja, uma maior conscientização dos estados internos. Procurou-se observar ainda se há uma ampliação no repertório de respostas ao estresse, tanto ambiental, quando psíquico, favorecendo outras expressões além do canal corporal. Objetivou ainda a investigação das trocas grupais em seu caráter de apoio em uma rede de sustentação social que possibilite a experiência de escutar o outro e compartilhar vivências.

Metodologia

Este é um projeto piloto, que está sendo implantado no Ambulatório de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial do Departamento de Morfologia e Genética, do HU/HSP da UNIFESP e do Instituto da Cabeça.

Os pacientes participantes são provenientes do Ambulatório de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial do Departamento de Morfologia e Genética, do HU/HSP da UNIFESP e do Instituto da Cabeça. Esses foram encaminhados à psicóloga quando se observaram dificuldades na melhora dos sintomas da DTM em decorrência de questões emocionais presentes ou quando solicitaram espontaneamente o seu atendimento. A escala HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) é aplicada pelos dentistas em todos os pacientes a fim de auxiliar o profissional a identificar os níveis de ansiedade e depressão presentes.

A triagem foi feita por uma psicóloga por meio de entrevista psicológica. Neste encontro, avaliou-se o comprometimento que a dor tem na vida pessoal, familiar e profissional do paciente, a maneira como este lida com a dor e aspectos de sua história de vida que poderiam ser relevantes para a compreensão do sintoma. A presença de uma demanda por atendimento psicológico também foi observada. Os critérios de exclusão foram pacientes com sintomas psicóticos e demência.

O projeto foi configurado nos moldes de um grupo psicoterápico breve fechado, ou seja, não se admitiu novos membros após o início dos encontros. Foi composto inicialmente por 11 pacientes, todos do sexo feminino. As idades variaram de 39 a 65 anos. Três pacientes desistiram logo no início dos encontros, sendo que uma delas não chegou a comparecer a nenhum deles.

O atendimento teve duração limitada de 12 sessões, com frequência semanal com 1 hora e 15 minutos de duração. O grupo foi coordenado por uma psicóloga e acompanhado por uma estagiária em psicologia.

O grupo teve uma orientação psicodinâmica de base psicanalítica, sendo predominantemente verbal, utilizando-se de recursos intermediários em alguns momentos tais como narrativas escritas,

histórias, figuras para associação, com o intuito de facilitar e propiciar a expressão das questões emocionais de cada participante. As sessões foram registradas por ambas as profissionais e transcritas.

Resultados e Discussão

O grupo revelou-se como um espaço de troca entre as participantes, que faziam intervenções horizontais (de paciente para paciente), muitas vezes prescindindo da figura da terapeuta.

No início houve um momento de conflito e impasse que estava impedindo que o grupo funcionasse como um grupo de trabalho. Uma integrante expressou que se sentia julgada e menosprezada em seus problemas por algumas participantes do grupo. Havia se configurado uma situação em que algumas pacientes tentavam hierarquizar o sofrimento dentro do grupo, como se houvesse experiências de dores emocionais mais legítimas que outras. Também, neste contexto, havia uma tentativa de “resolver” o problema da colega, muitas vezes de forma simplista, sem considerar o sentido que este tinha em sua vida. Foi importante para o grupo que esta participante que se sentira atingida, pudesse expressar seu desconforto e revelar assim, uma dinâmica grupal que estava tornando-se persecutória, tendendo a depositar os conflitos em um integrante do grupo, o “elo fraco” (bode expiatório), impossibilitando que as fragilidades pudessem ser compartilhadas.

Nesta ocasião a intervenção da terapeuta se fez necessária para garantir que o espaço de trocas se constituísse dentro de um clima de confiança para que as participantes pudessem sentir-se à vontade para compartilhar suas vivências. A terapeuta salientou que não havia problemas “piores” ou “melhores”, e que para cada uma delas as dores da vida tinham uma dimensão singular. Foi sugerido que falassem mais de suas próprias vivências dolorosas, pensando que talvez esse movimento pudesse auxiliar o grupo a projetar menos em uma só pessoa e apropriar-se de suas experiências. Esta intervenção teve um efeito interessante no sentido de acolher e devolver ao grupo a possibilidade de funcionar de forma menos regredida. Ao longo do processo, a dinâmica de trocas entre as pacientes mudou, sendo possível construir um espaço de continência para as diferentes experiências de vida. Vale salientar que a integrante mais rígida no início do grupo, que pregava sermões religiosos para “auxiliar” suas colegas, pode, ela própria, mudar sua relação com um “Deus” que não tinha mais a resposta para tudo, fazendo um movimento em direção a si própria, reconhecendo seus desejos e mudando sua forma de relacionar-se consigo mesma e com sua família.

A dimensão corporal esteve presente o tempo todo, principalmente em “negativo”, através das faltas das pacientes. Apenas uma paciente esteve presente nos 12 encontros. As demais justificaram suas ausências ou pelas dores no corpo que impossibilitavam seu deslocamento, ou por consultas médicas. A queixa somática permeou os encontros, mas não foi tema central em nenhum deles. Fez-se presente na ausência.

Alguns eixos temáticos atravessaram os discursos nas sessões, repetindo-se de várias maneiras como conteúdos emergentes da dinâmica deste grupo. O primeiro deles e mais significativo girou em torno da relação com o pai. A figura paterna surgiu de várias formas: pai violento abusivo, pai ausente, pai que rejeita, pai/marido que sofre com a perda do filho, o Deus-pai poderoso e covarde ao mesmo tempo.

Outra temática importante esteve relacionada com as questões ligadas à agressividade, que surgia ora projetada no outro, ora através da raiva diante de uma situação de impotência, ora no movimento de autopunição e “sacrifício” diante da vida. A baixa autoestima vivida desde a infância foi recorrente nos discursos, assim como as relações conflituosas dessas mulheres com seus filhos. Elas revelaram histórias familiares que se repetem, de mães que não conseguem cuidar dos filhos, que os deixam desamparados. A sexualidade também surgiu, com maior evidência nos últimos encontros, trazendo a dimensão do prazer e da feminilidade que puderam se expressar quando o grupo estava se sentindo mais seguro em suas relações. O corpo que sente dor também pode ser o corpo que deseja.

Ao aproximar-se das últimas sessões, a questão da separação ficou mais explicitada e pode-se falar das outras separações vividas ao longo da vida.

Considerando que este atendimento psicológico se encontra em fase piloto, têm sido importantes também as discussões para avaliação do seu andamento na perspectiva dos demais profissionais envolvidos, dentistas, muito interessados na utilização das escalas validadas para processos de dor crônica. A consolidação do projeto pressupõe essa integração, a sinergia das ações e acompanhamento do quadro dos pacientes atendidos ao longo do processo. A melhora do quadro de dor é observada na maioria dos casos, decorrente do próprio tratamento da equipe especialista em DTM. Entretanto, o grande potencial do trabalho psicoterapêutico está no incremento da adesão ao tratamento, bem como na redução dos casos recidivos.

Considerações Finais

Assim, percebeu-se que o grupo pode se constituir em um espaço de continência para as questões emocionais das pacientes, que puderam fazer circular outros sentidos para suas dores, para além da sua dimensão fisiológica. Foi possível observar que as trocas entre as pacientes possibilitaram a construção gradativa de uma rede de sustentação social. Algumas pacientes (5) manifestaram interesse em continuar o processo psicoterapêutico, mostrando um interesse maior por sua vida psíquica. Foram encaminhadas ao serviço de psicoterapia do Departamento de Psiquiatria ao Núcleo de Atendimento e Pesquisa em Psicanálise e Dor (NAPPED).

Referências

BION, W.R. **Experiência com Grupos**. Rio de Janeiro: Imago. Editora da Universidade de São Paulo. 1975.

BOSCATO, N.; ALMEIDA, R.C.; KOLLER, C.D.; PRESTA, A.A.; GOETTEMES, M.L. Influence of anxiety on temporomandibular disorders - epidemiological survey with elders and adults in Southern Brazil. **J Oral Rehab**. 2013; 40(9):643-9.

BOTEGA, N.J.; BIO, M.R.; ZOMIGNANI, M.A.; GARCIA Jr, C.; PEREIRA, W.A.B. Transtorno de humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**. 1995. 29(5): 355-63.

DWORKIN, S.F.; LERESCHE, L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. **J Craniomandib Disord**. 1992. 6:301-355.

FLEMING, M. **Dor sem Nome: Pensar o Sofrimento**. Porto: Edições Afrontamento. 2003.

KEEFE, F.J.; RUMBLE, M.E.; SCIPIO, C.D.; GIODANO, L.A.; PERRI, L.C. Psychological aspects of persistent pain: current state of the Science. **The Journal of Pain**. 2004;4: 195-211.

KINO, K. Preliminary psychologic survey of orofacial outpatients. Part 1: Predictors of anxiety or depression. **J Oral Rehab**. 2001. 15: 235-244.

MCDUGALL, J. **Teatros do corpo - o psicossoma em psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes. 2000.

The American Academy of Orofacial Pain. **Orofacial Pain**. Guidelines for assessment, diagnosis, and management. 4th ed. de Leeuw R, ed.. Chicago (IL): Quintessence Publishing Co, Inc, 2008:153-157.

SEGER, L. **Psicologia e Odontologia - uma abordagem integradora**. São Paulo: Livraria Santos Editora. 1998.

ZIMERMAN, D.E. **Fundamentos Básicos das Grupoterapias**. Porto Alegre: Artmed editora. 2000.

A IMPORTÂNCIA DO GRUPO NA REABILITAÇÃO COGNITIVA DE ADOLESCENTES

Autores: Jacqueline Ribeiro Lucas¹; Maria Carla Borges Sorbello²

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo observar o grupo como instrumento auxiliar relevante na reabilitação cognitiva de adolescentes com queixa de dificuldade escolar. Foi constituído por dois adolescentes de ambos os sexos, de 13 e 14 anos estudantes do ensino fundamental. A reabilitação cognitiva objetiva intervenções nas áreas de atenção, memória e linguagem visando a melhora e/ou superação das dificuldades, tanto no plano cognitivo como no comportamental. O método de pesquisa utilizado foi a qualitativa seguindo procedimento de observação participante. Desempenharam-se atividades que estimulam de forma lúdica, as habilidades de raciocínio lógico, memória, atenção, fluência verbal e dilemas morais. Foi realizado no Núcleo de Estudos Aplicados à Psicologia (NEAP) no prédio da UNIFAE, na cidade de São João da Boa Vista - SP. No estudo, observou-se que a recuperação cognitiva deve ser exercitada ininterruptamente, principalmente se tratando de adolescentes, porque estão em constante mudança, seja no âmbito corporal, seja no social e também cognitivo. O grupo de psicopedagogia auxiliou para que os adolescentes praticassem e refletissem sobre suas condutas, seus ensejos e em suas possíveis recuperações despertando neles estimulações para que continuem com o processo de recuperação.

Palavras-chave: Reabilitação Cognitiva; Trabalho em grupo; Adolescência.

INTRODUÇÃO

A reabilitação abrange várias dimensões, envolve o uso de técnicas e ações interdisciplinares, é um processo que vai além da recuperação das funções perdidas ou alteradas. Trata-se de uma especialidade na área da saúde, a qual aborda o indivíduo em constante interação com a sociedade e tem como objetivo a melhora e/ou reabilitação de funções diminuídas ou perdidas para preservar a capacidade de viver (FARO, 2006).

Costa et al. (2008) afirmam que a Reabilitação Cognitiva é aplicada em pessoas que tiveram suas funções cognitivas comprometidas, da qual as principais incluem percepção, atenção, memória, raciocínio e linguagem. A recuperação dessas funções cognitivas necessita de processos terapêuticos chamados de processos de reabilitação cognitiva (RC).

A adolescência é um período de passagem da infância a vida adulta, geralmente é marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial. Emergem, nessa fase, diversas características, como as transformações biológicas ocorridas neles próprios em decorrência da puberdade, a mudança na afinidade de dependência da família para o grupo de pares, a execução de novos papéis sociais, além da escolha de um plano de vida (ARAUJO et al., 2008).

Barros et. al. (2007) entendem o grupo operativo, assim como o precursor, Enrique Pichon-Revère, como sendo uma técnica realizada com determinado grupo de pessoas em que todas tenham objetivos comuns, o que Pichón denomina vínculo.

Segundo Zimerman (1997) o termo “grupo” é uma definição vaga e imprecisa devido às conceituações muito dispersas diante de um leque de definições. Desse modo, a palavra grupo pode ser definido como um conjunto de três pessoas, embora alguns autores afirmem que uma relação bipessoal já configure um grupo, como também uma família, uma turma, um grupo de sala de aula ou um grupo terapêutico, etc.

Aprendizagem em grupo é excepcional para o desenvolvimento e a prática de habilidades intelectuais, pois a partir daí o acesso para uma promoção no que diz respeito a conceituação e compreensão fica mais fácil. Desta forma, potencializam-se os insights que individualmente seriam impossíveis durante a aprendizagem individual, criando oportunidades de discussões e argumentações, além de vivenciarem situações conflituosas já ocorridas ou que ainda não de acontecer (BARROS et. al., 2007).

Rossi (2009) afirma que os adolescentes trazem consigo sintomas que transbordam seu “eu”, esses sintomas advêm das demandas das relações familiares, instituição-escola, etc., e ficam implícitos e quase que insuportável para que ocorra uma relação plausível. O autor reflete que este sintoma é social, sendo então, impossível tratá-lo de modo individual desconectado do plano coletivo. A maneira de desestabilizar esse sintoma é fortalecendo uma ética do coletivo para que o grupo possa funcionar como um ambiente, no qual eles se manifestem. Esse ambiente necessita de um acolhimento que possibilite a sustentação de limites, desconsiderando questões prontas como a TV, o vídeo game, DVD, pois os adolescentes têm que ser vistos sem os pré-julgamentos vindos de seus educadores e ou diagnósticos empíricos.

O objetivo geral deste trabalho foi observar o grupo como instrumento auxiliar relevante na reabilitação cognitiva em adolescentes participantes de um grupo de psicopedagogia desenvolvido em uma clínica escola.

METODOLOGIA

Participaram do estudo J. adolescente do sexo masculino com 13 anos de idade, com queixa de dificuldade de aprendizagem e com baixo desempenho escolar, cursando a sexta série do Ensino Fundamental de uma escola da rede municipal e C. uma adolescente do sexo feminino com 14 anos de idade, com queixa de dificuldades sociais na escola cursando a oitava série do Ensino Fundamental de uma escola de rede pública, ambas situadas em São João da Boa Vista-SP. O estudo foi realizado no NEAP - Núcleo de Estudos e Atendimentos em Psicologia, situado no Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino - UNIFAE em São João da Boa Vista-SP.

O método utilizado foi a pesquisa qualitativa seguindo procedimento da observação participante. Os instrumentos foram: Termo de Compromisso Livre e Esclarecido; entrevista semiestruturada de anamnese psicológica; Escala de Inteligência Weschsler para Crianças - WISC-III; as dinâmicas de grupo, atividades lúdicas e a escuta ativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dados da queixa em entrevista de anamnese realizada com a progenitora de A. esta afirma que a filha sempre teve dificuldades de se socializar desde criança e que em casa realizava pequenos furtos para poder comprar balas e pirulitos para dividir com seus colegas, apresenta queixas freqüentes da escola quanto ao seu comportamento social, envolve-se em brigas e não acata ordens. Ao realizar o WISC-III obteve uma inteligência geral que a situa na média inferior quando comparada com sujeitos da mesma faixa etária.

Na entrevista realizada com a progenitora de B. , esta afirma que sempre foi retraído, mantém contato mais com a mãe, não faz muito amigos e gosta de brincar sozinho. Segundo resultados da Escala de Inteligência WISC-III, B. foi classificado na média, quando comparado com sujeitos da mesma faixa etária.

Os resultados das observações realizadas no grupo foram apresentados no formato de categoria de análise, as observações que evidenciaram um sentido coerente para o grupo foram agrupadas em: *dificuldade de socialização, funções cognitivas na reabilitação e a moralidade.*

No que se diz respeito a socialização, B. apresentou-se tímido, com dificuldade em se expressar oralmente, com retraimento na postura corporal e dificuldade em desenvolver um diálogo coerente, abstenho-se dos assuntos. A outra participante A. apresentou-se desinibida, articulada, impaciente, impulsiva ao falar, expondo suas idéias sem respeitar o tempo do outro. De acordo com alguns relatos ditos por ela, esta afirmava ser briguenta, porque sempre que se depara com alguma situação embaraçosa, sem receio, toma a iniciativa e tenta resolver o assunto do seu jeito, sem avaliar as conseqüências das suas atitudes. Houve dificuldade em dialogarem e um distanciamento corporal, mesmo que as dinâmicas os sensibilizassem para essa aproximação.

Nas atividades realizadas para estimulação das funções cognitivas, de acordo com cada uma das funções os resultados foram diferenciados. As áreas mais significativas foram da atenção e linguagem. Quanto a atenção ambos apresentavam dificuldade em manter a atenção : A. ao mesmo tempo em que fazia uma atividade, respondia em seu celular as mensagens recebidas, com B. era necessário falar com ele por mais de uma vez, pois não estava atento as questões solicitadas. Na *linguagem*, observando como cada um se comunicava percebeu-se uma discrepância significativa entre A. e B., pois enquanto ela era ativa, com iniciativa, informada e gostava sempre de estar em primeiro lugar ao falar, B. era inibido,

quase não falava, não escrevia corretamente e seu corpo se expressava retraído para fazer algum gesto direcionado a algo ou alguém.

Outra subcategoria abordada foi a *Moralidade*. Foram realizadas leituras de alguns dilemas morais dos quais eram transpassadas as situações para suas próprias vidas e foi possível perceber que ambos fazem aquilo que para eles é certo, mesmo não o sendo legalmente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho pesquisou a observação da dinâmica grupal entre adolescentes com queixa de dificuldade escolar. Propôs a reflexão da importância do grupo como um instrumento de apoio vital para reabilitação cognitiva.

Conclui-se que a recuperação cognitiva deve ser exercitada ininterruptamente, principalmente se tratando de adolescentes, porque estão em constante mudança, seja no âmbito corporal, seja no social e também cognitivo. E os fatores que levam a perda de um bom desempenho cognitivo necessitam ser analisados constantemente pelos profissionais da área, e também pela equipe multiprofissional.

Dessa forma o grupo de psicopedagogia auxiliou para que os adolescentes praticassem e refletissem sobre suas condutas, seus ensejos e em suas possíveis recuperações despertando neles estimulações para que continuem com o processo de recuperação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, A.; ROCHA, RL.; ARMOND, CL. O Grupo de Adolescentes na Escola: a Percepção dos Participantes. *Reme: Revista Mineira de enfermagem*, vol: 12.2. Minas Gerais, 2008. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/259>. Acessado em: setembro de 2014.

BARROS, M. A.; LABURÚ, C. E.; ROCHA, Z. F. D. C. Análise do Vínculo entre Grupo e Professora numa aula de Ciências do Ensino Fundamental. *Ciência e Educação*. Vol. 13, no.2, p. 2-3. Bauru, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151673132007000200007. Acessado em setembro de 2014.

COSTA, R. M. E. M.; NASCIMENTO, D. B. & CARVALHO, G. F. J. *ReabRA: Reabilitação Cognitiva através de uma aplicação de Realidade Aumentada*. Rio de Janeiro. 2008. Disponível em: <http://www2.fc.unesp.br/wrva/artigos/50466.pdf>. Acessado em agosto de 2014.

FARO, A. C. M. *Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber*. Ver. Esc. Enferm. USP, 2006; 40 n.1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a18v40n1.pdf>. Acessado em: outubro de 2014.

ROSSI, E. *Psicologia Social e Políticas de Existência: Fronteiras e conflitos*. *Trabalhos Completos do XV Encontro Nacional da ABRAPSO*. p.5, 2009. Disponível em: http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/507.%20grupo%20terap%CAutico%20de%20crian%C7as%20%20ampliando%20o%20contexto%20da%20interven%C7%C3o.pdf. Acessado em setembro de 2014.

ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L.C. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. Cap.1, p. 26-29.

EXPERIÊNCIA DE ATENDIMENTO DE CASAL EM UMA CLÍNICA-ESCOLA

Jeniffer Branco Silva¹⁰⁴

Resumo

Este trabalho refere-se ao atendimento de um casal na clínica-escola de um centro universitário de Brasília. Nos últimos tempos, observa-se que o interesse pelo tema psicoterapia de casal tem aumentado, porém, quando comparada à procura por atendimento individual, a busca por terapia de casal ainda é bastante restrita. Com o intuito de contribuir com a temática, este trabalho teve como objetivo trazer a experiência de um atendimento clínico de casal realizado no estágio da graduação de Psicologia. O atendimento ocorreu uma vez por semana, durante aproximadamente três meses, no período do Estágio Supervisionado II. Foi feito atendimento por um casal terapêutico na abordagem psicanalítica aplicada aos vínculos. Concomitante ao atendimento de casal, o marido iniciou psicoterapia individual com psicoterapeuta diferente e a mulher também teve indicação para atendimento individual, porém não foi cumprido. Foi possível observar uma quebra de padrões rígidos de comportamento que levavam aos conflitos. Prognóstico positivo.

Palavras-chave: Psicoterapia de casal; psicanálise vincular; conflito conjugal.

Introdução

O interesse dos profissionais da psicologia sobre o tema família e casal tem aumentado nos últimos tempos, gerando mais publicações e encontros para discussão (RAMOS, 2012). Não é por acaso, portanto, que este trabalho traz o estudo sobre atendimento de casal. Todavia, a procura por esse tipo de atendimento ainda é restrita, como observa Ramos (2012), ao comparar com a demanda por atendimento individual.

Esta autora aponta que, para entender essa baixa taxa pela busca por atendimento de casal, quando contrastada com o atendimento individual, é importante considerar a resistência, em que esta acaba sendo maior quando se trata de um casal, visto que a vontade tem de ser de ambas as partes.

Laplanche e Pontalis (2001, p. 458) conceituam resistência da seguinte forma:

Chama-se resistência a tudo o que nos atos e palavras do analisando, durante o tratamento psicanalítico, se opõe ao acesso deste ao seu inconsciente. Por extensão, Freud falou da resistência à psicanálise para designar uma atitude de oposição às suas descobertas na medida em que elas revelam os desejos inconscientes e infligiam ao homem um “vexame psicológico”. (grifo do autor).

Assim, na terapia de casal a resistência aumenta ao passo que são duas pessoas, ao invés de apenas uma, em processo de oposição ao acesso do inconsciente.

Ramos (2012, p. 119) ainda traz essa comparação entre atendimento individual e de casal ao afirmar que “No caso do trabalho individual, a escolha é mais fácil, visto que a iniciativa do tratamento cabe a uma só pessoa. Quando se trata de um casal, são os dois que têm de manifestar uma demanda no mesmo momento.”.

Como contribuição à temática “atendimento de casal”, considerando a restrita busca pelos pacientes por esse tipo de atendimento, e com a proposta de instigar a discussão do tema a partir de uma leitura psicanalítica, este estudo teve como objetivo trazer a experiência de um atendimento clínico de casal realizado no período do Estágio Supervisionado II, ocorrido na clínica-escola de uma instituição de ensino superior privada em Brasília.

Metodologia

Casal sexagenário, com mais de 45 anos de casamento, filhos adultos e netos. Foram atendidos na clínica-escola João Cláudio Todorov do Centro Universitário IESB em Brasília. Para preservar o anonimato, o casal recebeu um nome fictício de Francisco (aposentado, porém trabalhava em outro tipo de serviço) e Raimunda (do lar).

Eles participaram do processo de triagem na clínica-escola e, após a triagem, foi indicado o atendimento clínico de casal para ambos, conduzido por um casal terapêutico (terapeuta e coterapeuta), estagiários do décimo semestre da graduação de Psicologia, na abordagem psicanalítica aplicada aos

¹⁰⁴ Psicóloga graduada pelo Centro Universitário IESB, e-mail: jenibranco@gmail.com

vínculos. Ressalta-se que tanto a triagem quanto os atendimentos foram realizados pelo mesmo par terapêutico.

Os atendimentos ocorreram semanalmente por aproximadamente três meses, dentro do período letivo do estágio, com o total de dez sessões, excluindo-se do cômputo a triagem.

Concomitante ao atendimento de casal, Francisco iniciou psicoterapia individual de base analítica com psicoterapeuta diferente e Raimunda também teve indicação para atendimento individual, porém não foi cumprido.

Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no momento da triagem. E por meio de interpretações, pontuações e esclarecimentos, as sessões foram guiadas.

Resultados e Discussão

O casal atendido foi Francisco e Raimunda, sexagenários, com mais de 45 anos de casamento.

A queixa de Raimunda era o ciúme exagerado do marido para com ela, nervosismo dele bem como o modo agitado de ser. Francisco discordava de ser ciumento e agitado. Como demanda, foi observado o problema de comunicação entre eles, pois apresentavam importantes divergências marcadas pelo convívio a partir da idade avançada, como as queixas de um não entender o outro. Na maior parte, a questão envolvida nesse não entendimento era o problema de audição devido à idade. E a primeira divergência já apareceu na triagem, em que ambos discordavam do motivo que os levava à terapia.

O problema da comunicação foi observado não somente nos relatos do casal, mas dentro do próprio *setting* terapêutico, em que ambos falavam concomitantemente, cada um elegendo um terapeuta para se reportar. Por meio de pontuações e interpretações dos psicoterapeutas, o casal foi se percebendo no *setting* terapêutico para poder entender o funcionamento fora dele. Além disso, a sala de atendimento era o momento em que cada um tinha para ouvir o outro, à medida que aprenderam a se escutar dentro do espaço da clínica.

O primeiro contato para o atendimento foi feito por telefone e a filha mais velha do casal quem marcou a triagem e quem se mostrou ativa para agendar a consulta, informando que os atendimentos poderiam ser agendados diretamente com ela. Também, no decorrer das sessões, a indicação do contato telefônico dado pelo casal foi o número da filha. Ademais, nos atendimentos ficou clara a influência que esta filha exercia no casal, ao marcar este e outros compromissos para os pais sem antes confirmar se eles de fato desejariam o compromisso. Mesmo sem essa confirmação, o casal relatou participar dos eventos que a filha programava.

Nessa situação, pode-se observar o considerável papel que esta filha exercia na vida do casal. Moguillansky e Nussbaum (2011) falam dos três tipos de constituição familiar com dificuldades em sua constituição narcísica (sagradas, dogmáticas e messiânicas). Não é o intuito deste trabalho tratar cada uma delas, mas sim estabelecer uma relação entre a família de Francisco e Raimunda e o tipo “família messiânica”, visto que a filha exercia grande influência no casal. Estes autores afirmam que “na família messiânica o lugar do filho é central. Não apenas nos filhos presentes, mas em algum - ou alguém - que está para chegar, ou nas produções futuras dos que já existem.” (MOGUILLANSKY; NUSSBAUM, 2011, p. 245).

Ao considerar este tipo de família messiânica, pode-se perceber o lugar em que o casal colocou os psicoterapeutas. Francisco e Raimunda, como casal sexagenário, encontraram dois terapeutas jovens, na faixa dos vinte anos de idade. A relação transferencial entre o casal e os terapeutas ficou clara, em que estes foram colocados pelo casal como filhos, talvez estes “novos” filhos passaram a ocupar o lugar central na vida deste casal, “um messias que poderá erradicar todos os males”. (MOGUILLANSKY; NUSSBAUM, 2011, p. 246). Ao notar a transferência e o vínculo estabelecido no *setting* terapêutico, a interpretação foi feita a nível transferencial para que Francisco e Raimunda pudessem perceber a influência que os filhos exerciam em suas vidas.

Raimunda se reportava ao marido como a pessoa com problema, sempre apontando o motivo, definido por ela, que os levou à terapia: o marido. Ela buscava em sua fala apoio principalmente nos filhos, afirmando que estes também relatavam os problemas de Francisco. Nesse caso, pode-se observar a figura do “bode expiatório” ocupada por Francisco, sendo este o depositário das tensões e conflitos. (PICHON-RIVIÈRE, 1998). A partir de apontamentos pelos terapeutas, houve uma mudança de percepção de Raimunda, em que esta começou a perceber que não era apenas o marido quem tinha problemas, mas que ela também poderia melhorar alguns aspectos para o relacionamento e isso foi relatado por Raimunda após algumas sessões.

Também é importante mencionar sobre a contratransferência ocorrida nesse atendimento. Segundo Laplanche e Pontalis (2001, p. 102), a contratransferência é compreendida como “o conjunto das reações inconscientes do analista à pessoa do analisando e, mais particularmente, à transferência

deste”. Este conceito refere-se, portanto, às emoções, sentimentos e/ou reações do psicanalista que ocorrem no *setting* terapêutico em relação ao paciente, todavia, tais emoções e sentimentos que provocam as referidas reações do profissional em sua atuação vêm à tona devido às questões pessoais do analista. A contratransferência nesse atendimento de casal foi percebida nas supervisões de estágio, onde o supervisor pode mostrar a ocorrência desse fenômeno. Um dos psicoterapeutas, ao relatar o caso em supervisão, mencionava o sentimento de angústia e frustração frente à sensação de lentidão do caso. Observa-se que este sentimento não era partilhado por ambos os psicoterapeutas, mas apenas um. Neste caso, esse sentimento de lentidão era conteúdo do terapeuta, visto que este encontrou uma dificuldade em aceitar no início o tempo dos pacientes, querendo impor o seu próprio tempo.

Durante o atendimento, foi feita indicação de terapia individual de base analítica para Francisco, devido à queixa relatada pela esposa de situações de exposição e nervosismo do marido por conta do ciúme e para tratar questões que possivelmente não seriam trazidas por ele no *setting* de terapia de casal acerca dos seus traços obsessivo-compulsivos. Indicação de atendimento individual à Raimunda também foi feita, tanto para atender a sua demanda pessoal quanto para minimizar a atribuição ao marido como o portador do problema, porém não foi cumprida.

Considerações Finais

Foi possível observar uma quebra de padrões rígidos de comportamento que levavam aos conflitos. Entretanto, devido ao limitador cronológico temporal do semestre de estágio, por ter sido um atendimento realizado em uma clínica-escola, o período de atendimento de aproximadamente três meses não traz a clareza de uma efetiva melhora no relacionamento conjugal, uma vez que também não houve possibilidade de retorno para avaliação.

Na tentativa de melhor acompanhar e avaliar o caso, foi sugerida continuidade dos atendimentos para o semestre seguinte pela abordagem psicanalítica aplicada aos vínculos.

Referências

- LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. Vocabulário da psicanálise. In: **Vocabulário da psicanálise**. Direção de Daniel Lagache. Tradução de Pedro Tamen. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- MOGUILLANSKY, Rodolfo; NUSSBAUM, Silvia Liliana. **Psicanálise vincular: teoria e clínica**. Tradução de Sandra M. Dolinsky e Marta D. Claudino. São Paulo: Zagodoni, 2011. v. 1.
- PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **O processo grupal**. Tradução de Marco Aurélio Fernandes Velloso. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- RAMOS, Magdalena. “Sobre o enquadre com casais e famílias.”. In: GOMES, Isabel Cristina; FERNANDES, Maria Inês Assumpção; LEVISKY, Ruth Blay (Org.). **Diálogos Psicanalíticos Sobre Família e Casal**. São Paulo: Zagodoni, 2012. p. 118-125.
-

PSICOLOGIA EDUCACIONAL: Enfoque na participação dos pais na vida escolar dos filhos

Autores: Letícia Milan¹⁰⁵; Maria Carla Borges Sorbello¹⁰⁶

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi identificar o conhecimento que os pais têm sobre a importância que há em sua participação na vida escolar de seus filhos. Participaram deste estudo 30 pais com filhos matriculados no 2° e 3° anos, do ensino fundamental I de uma escola pública de Vargem Grande do Sul, SP. O instrumento utilizado para coleta de dados junto aos pais foi uma entrevista semi estruturada com doze questões. Este estudo demonstrou que os pais entendem a importância de sua participação na vida escolar de seus filhos, porém pouco contribuem para que esta participação seja realmente efetiva na vida escolar dos filhos e da instituição escolar. A falta de tempo ou ainda a dificuldade em auxiliar os filhos com os afazeres da escola dificultam esta participação e ainda há o fator de que não existem atividades na instituição que possam acolher estes pais, além das reuniões de pais e mestres realizadas semestralmente.

Palavras-chave: Participação dos pais; Crianças; Desempenho acadêmico.

INTRODUÇÃO

A Psicologia Educacional pode ser considerada como uma subárea da psicologia, o que pressupõe esta última como área de conhecimento. Entende-se área de conhecimento como corpus sistemático e organizado de saberes produzidos de acordo com procedimentos definidos, referentes a determinados fenômenos ou conjunto de fenômenos constituintes da realidade, fundamentado em concepções ontológicas, epistemológicas, metodológicas e éticas determinadas. Faz-se necessário, porém, considerar a diversidade de concepções, abordagens e sistemas teóricos que constituem as várias produções de conhecimento, particularmente no âmbito das ciências humanas, das quais a psicologia faz parte. Assim, a Psicologia da Educação pode ser entendida como subárea de conhecimento, que tem como vocação a produção de saberes relativos ao fenômeno psicológico constituinte do processo educativo. (ANTUNES, 2008)

Segundo Guzzo e Tizzei (2007, p. 42), "A família representa um ambiente extremamente importante para o desenvolvimento da criança, porque é o primeiro sistema em que o ser humano se insere na sociedade, por meio do qual começa a estabelecer seu vínculo com o mundo".

Pesquisas realizadas apontam algumas considerações sobre a necessidade de compreender as inter-relações entre escola e família, visando facilitar a aprendizagem e desenvolvimento humano. Afirmam que a família e a escola constituem os dois principais ambientes de desenvolvimento humano nas sociedades ocidentais contemporâneas. Destacam que é fundamental que sejam implementadas políticas que assegurem a aproximação entre os dois contextos, de maneira a reconhecer suas peculiaridades e também similaridades, sobretudo no tocante aos processos de desenvolvimento e aprendizagem, não só em relação ao aluno, mas também a todas as pessoas envolvidas (DESSE, M. A.; POLONIA, A.C; 2007).

As mesmas autoras em outro artigo teórico apresentam algumas reflexões sobre o envolvimento da família com a escola e seu impacto sobre a aprendizagem e o desenvolvimento do aluno. Os benefícios de uma boa integração relacionam-se a possíveis transformações evolutivas nos níveis cognitivos, afetivos, sociais e de personalidade dos alunos. Destacam que os pais devem participar ativamente da educação de seus filhos, tanto em casa quanto na escola, e devem envolver-se nas tomadas de decisão e em atividades voluntárias, sejam esporádicas ou permanentes, dependendo de sua disponibilidade. Afirmam que cada escola, em conjunto com os pais, deve encontrar formas peculiares de relacionamento que sejam compatíveis com a realidade de pais, professores, alunos e direção, a fim de tornar este espaço físico e psicológico um fator de crescimento e de real envolvimento entre todos os segmentos, respeitando as peculiaridades de cada um (DESSE, M. A. ; POLONIA, A.C; 2005).

Com o objetivo de estudar o impacto da qualidade do relacionamento entre pai e filho sobre o desempenho acadêmico de crianças escolares, o estudo observou que quanto maior a frequência de comunicações entre pai e filho e quanto maior o envolvimento dos pais nas atividades escolares,

¹⁰⁵ Psicóloga graduada pela UNIFAE - e-mail: leticia.milan@hotmail.com.

¹⁰⁶ Psicóloga, Mestre pela PUC-Campinas, Docente da UNIFAE e-mail: carlasbpsico@hotmail.com

culturais e de lazer do filho, melhor o desempenho acadêmico das crianças. Tais resultados demonstram a importância do pai para o desempenho acadêmico dos filhos e apontam para a necessidade de educar os homens para conhecerem as muitas ações que podem melhorar seu desempenho enquanto pais sugerem ser necessário trazer subsídios para embasar a elaboração de intervenções com pais que trabalham, para criar estratégias e conciliar as demandas do trabalho com as da família (CIA,F.et al, 2004).

Alguns fatores parecem dificultar que os pais participem ativamente da vida escolar de seus filhos. Dentre eles, pode-se citar: as mudanças nas práticas de ensino; o desconhecimento dos assuntos trabalhados na escola; a falta de tempo, em especial para pais que trabalham fora; o nível de dificuldade de aprendizagem apresentado pelos filhos; o tipo de avaliação feita pela escola; os comportamentos gerais dos profissionais da escola em relação aos pais e às crianças; o desconhecimento de como proceder para enfrentar problemas relacionados à vida acadêmica dos filhos etc. (MARINHO, M.L et al 2004).

A prática tem nos mostrado que a crítica aos pais tende a ser ineficaz em termos do trabalho pedagógico ou psicopedagógico com seus filhos. A proposta é conhecê-los para melhor compreender as crianças, procurando transformar as informações trazidas por eles em possibilidades de atuação. É importante ter os pais como aliados durante todo o processo, conquistando sua confiança e paciência em relação ao trabalho e também procurando mostrar-lhes alternativas para modificar as relações com as crianças. Um aspecto que contribui para o envolvimento da família no processo de aprendizagem é a apresentação da proposta de trabalho para que cada vez mais participem do processo de transformação de seus filhos. Eles podem não conhecer novas formas de ensino, nem compreender seu valor e, por isso, podemos convidá-los a acompanhar e participar das eventuais mudanças que estão acontecendo, atuando em dois níveis: informação sobre questões pedagógicas e apresentação de resultados. A família, tal qual a criança, também precisa de compreensão e apoio. Respeito à atenção as suas queixas são passos a serem dados para conseguir esta parceria (MACEDO, L.et al, 2000).

O objetivo deste trabalho foi identificar o conhecimento que os pais têm sobre a importância que há em sua participação na vida escolar de seus filhos.

METODOLOGIA

Fizeram parte deste estudo voluntariamente trinta pais de crianças estudantes do ensino fundamental I, de ambos os sexos, de faixa etária entre 30 e 50 anos de idade.

A pesquisa foi realizada numa escola, localizada no município de Vargem Grande do Sul, estado de São Paulo. Utilizou-se o método qualitativo e o método quantitativo, buscando envolver a interpretação e a utilização de dados descritivos, assim como, entender os fenômenos, baseado na perspectiva dos participantes da situação estudada e depois interpretar os fenômenos estudados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram obtidos a partir dos dados coletados nas entrevistas semi-estruturadas realizadas individualmente com os pais, visando relacionar a estrutura dos achados, visualizando as divergências e convergências que se apresentaram, passíveis de serem compreendidas dentro deste estudo.

Os dados mais significativos tendo em vista os objetivos da pesquisa foram: na questão que avalia o grau de escolaridade dos pais e quantidade de filhos, 34% dos pais cursaram o ensino médio, 33% curso superior, 22,% ensino fundamental até o 9° ano e 11% o ensino fundamental até o 4° ano.

A questão que identifica quais as dificuldades que os pais encontram em ajudar os filhos com as tarefas de casa, a maioria 67% dos pais afirma que a maior dificuldade é já terem terminado a escola há muito tempo e não saberem orientar os filhos devido a muita coisa já ter mudado ou então não entenderem o que se é pedido nas tarefas, 22% relataram não ter dificuldade em ajudar os filhos e 11% afirmaram que a teimosia dos filhos interfere na ajuda e falta paciência em explicar muitas vezes a mesma tarefa.

Autores como MARINHO, M.L et al (2004) destacaram alguns fatores relevantes para as dificuldades encontradas pelos pais, “mudanças nas práticas de ensino; o desconhecimento dos assuntos trabalhados na escola; a falta de tempo, em especial para pais que trabalham fora; o nível de dificuldade de aprendizagem apresentado pelos filhos; o tipo de avaliação feita pela escola; os comportamentos gerais dos profissionais da escola em relação aos pais e às crianças; o desconhecimento de como proceder para enfrentar problemas relacionados a vida acadêmica dos filhos etc.”.

A questão que avalia sobre o conhecimento que os pais possuem sobre os problemas existentes na escola e qual o interesse em colaborar na resolução destes problemas, a maioria 67% relata não saber sobre os problemas existentes e também não ter interesse em buscar saber sobre os problemas e as soluções, 33% afirmam não ter conhecimento sobre os problemas, mais teriam interesse em ajudar na resolução dos mesmos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo demonstrou que os pais entendem a importância de sua participação na vida escolar de seus filhos, porém poucos contribuem para que esta participação seja realmente efetiva na vida escolar dos filhos e da instituição escolar. A falta de tempo ou ainda a dificuldade em auxiliar os filhos com os afazeres da escola dificultam esta participação e ainda há o fator de que não existem atividades na instituição que possam acolher estes pais, além das reuniões de pais e mestres realizadas semestralmente.

Quanto ao diagnóstico, pode-se ressaltar a importância dos profissionais envolvidos nesta avaliação, compreendendo as dificuldades dos pais em aceitar esta problemática. Como demonstra neste estudo, os pais compreendem a necessidade de sua participação na vida escolar de seus filhos, porém nada fazem para tornar isso eficaz, não buscam entender os problemas que ocorrem dentro da instituição escolar e quando entendem não se interessam em ajudar na resolução destes problemas.

Salienta-se ainda que os dados deste estudo não são significativos por ser uma amostra pequena, porém indica-se ser de fundamental importância que outros pesquisadores interessados pelo assunto, prossigam com uma investigação mais profunda e uma amostra maior. Talvez pesquisar mais sobre os sentimentos que surgem da participação dos pais na vida escolar dos filhos, ou ainda como a falta de participação dos mesmos pode ou não interferir no desempenho escolar das crianças.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, M. A. M. **Psicologia escolar e educacional: história, compromissos e perspectivas**. Psicologia Escolar e Educacional, vol.12,n.2 Campinas Dec. 2008.
- CIA,F., D’AFFONSECA,S.M.e BARHAN,E.J. **A relação entre o envolvimento paterno e o desempenho acadêmico dos filhos**. Universidade Federal de São Carlos-SP. Paidéia, 2004, 14(29), 277-286.
- DESSEN, M.A e POLONIA, A.C (2005). **Em busca de uma compreensão das relações entre família e escola**. Psicologia Escolar e Educacional, 2005,v. 9,n. 2,p. 303-312.
- DESSEN, M.A e POLONIA, A.C (2007). **A Família e a Escola como contextos de desenvolvimento humano**. Universidade de Brasília - DF. Paidéia, 2007, 17(36), 21-32.
- GUZZO, R. S. L e TIZZEI, R. P. **Olhar sobre a criança: perspectiva de pais sobre o desenvolvimento**. In: GUZZO R. S.L, *et al*. **Desenvolvimento infantil: família, proteção e risco**. Campinas, SP: Alínea, 2007.p.35-57.
- MARINHO, M.L, SOUZA, S. R e SOARES, M.R.Z. **Envolvimento dos pais: Incentivo à habilidade de estudo em crianças**. Estudos de Psicologia, Campinas, v.21, n.3, p.253-260, Setembro-Dezembro, 2004.
- MACEDO, L., PETTY, A.L e PASSOS, N.C. (2000). **Aprender com jogos e situações - problema**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
-

OBESIDADE: UM DESAFIO MULTIFATORIAL

Elinton Adami Chaim¹⁰⁷; Ada Maria Riberti¹⁰⁸; Natalia Luciane Amorin¹⁰⁹; Felipe David Mendonça Chaim¹¹⁰

Resumo

A obesidade é uma doença de etiologia multifatorial. Considerada epidemia mundial, sendo necessária abordagem terapêutica interdisciplinar, foi criado o GRUPO GESTO (Grupo Educacional em Saúde e Tratamento da Obesidade), oferecido gratuitamente pelo setor público, onde os pacientes são atendidos em único espaço físico, em sistema rotatório dos profissionais envolvidos. Os objetivos são a conscientização da população quanto às mudanças no estilo de vida e nos hábitos alimentares para o bem estar físico e mental, verificando os efeitos da terapia de longo prazo sobre mudanças no estilo de vida. Os pacientes são submetidos à anamnese clínica, coleta de dados psicológicos e antropométricos. Participam semanalmente de palestras médicas, nutricionais e psicológicas, dinâmicas de grupos e conscientização corporal. Desde a implantação do grupo foram assistidos 4.200 indivíduos, sendo estudados 164 homens e 423 mulheres com idade entre 16 a 70 anos e IMC médio de 37,3kg/m² e 93,3% estavam dispostas a mudar seu comportamento em relação à comida. A terapia interdisciplinar permite reduzir acentuadamente a obesidade, obtendo resultados satisfatórios nos quesitos antropométricos e psicológicos, principalmente nas questões de impulsividade e ansiedade, propiciando melhor adesão ao tratamento e possibilitando a melhoria da qualidade de vida.

Palavras-chave: obesidade; ansiedade; depressão

Introdução

Nas últimas décadas, o Brasil acompanhou uma transição nutricional, da grande prevalência de desnutridos de outrora para uma sociedade com sobrepeso e obesidade, estando atualmente mais da metade da população acima do peso ideal. A obesidade é definida como doença crônica e de difícil tratamento, apresentando-se como importante problema de saúde pública, com constante aumento de sua prevalência. Diretamente associado ao sobrepeso e obesidade estão diversas doenças, dentre elas hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, apnéia do sono, artropatias, colecistopatias, câncer e distúrbios psicológicos, com considerável morbimortalidade. Devido sua causa multifatorial, seu tratamento apresenta-se como um desafio, sendo a abordagem interdisciplinar a que tem se mostrado o método em longo prazo mais efetivo no controle do sobrepeso e obesidade, associado à cirurgia bariátrica quando necessário. Porém, para o sucesso cirúrgico, tão importante quanto à compensação das comorbidades clínicas é o adequado acompanhamento psicológico.

Nota-se que a alimentação inadequada e o sedentarismo têm sido uns dos principais fatores desta situação. Com o passar dos anos a alimentação saudável vem sendo substituída por alimentos de alto valor calórico e com pouco valor nutricional juntamente com mudanças nos hábitos de vida atual como excesso de trabalho, estresse, poucas atividades relacionadas ao lazer, que colaboram para a adoção de um estilo de vida ruim. O acúmulo excessivo de gordura no tecido adiposo ocorre normalmente por um desequilíbrio entre a ingestão de alimentos e o dispêndio energético.

Além dos prejuízos físicos e aumentos significativos dos custos com o tratamento, a obesidade também pode causar alterações comportamentais. Pessoas com excesso de peso são alvos de discriminação e preconceito, contribuindo para a manifestação de distúrbios psicossociais, citado como exemplo o transtorno de compulsão alimentar periódica, que consiste em ingerir grandes quantidades de alimentos em um curto período de tempo, acompanhado do sentimento de perda do controle e de culpa. O comer compulsivo pode estar ligado a outros transtornos psiquiátricos, sendo os mais frequentes, a ansiedade e a depressão.

¹⁰⁷ Docente e Coordenador do Serviço de Cirurgia Bariátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas; E-mail: chaim@hc.unicamp.br

¹⁰⁸ Psicóloga Clínica da Prefeitura Municipal de Águas de Lindóia e Prefeitura Municipal de Serra Negra, Coordenadora do Grupo Educacional em Saúde e Tratamento da Obesidade - GESTO; E-mail: adariberti@uol.com.br

¹⁰⁹ Nutricionista Clínica e Pós-graduanda da Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo - Cirurgia Bariátrica da Universidade Estadual de Campinas; E-mail: nlamorin_1@yahoo.com.br

¹¹⁰ Médico Cirurgião Geral do Hospital Estadual de Sumaré HES/HC UNICAMP, Mestre em Ciências da Saúde; E-mail: felipechaim@hotmail.com

Diferente de outras doenças, a obesidade tem incidência semelhante em diferentes idades, classes sociais e raças, sendo sua etiologia multifatorial, em que se pode destacar a genética, a ausência de atividades físicas, além de componentes psicológicos e sociais como fatores determinantes de sua ocorrência.

Os estudos relatam a necessidade de acompanhamento e tratamento desses pacientes, com visitas freqüentes, permitindo maior adesão ao tratamento e melhor resultado. Assim, faz-se necessária terapêutica interdisciplinar para exploração de assuntos quanto à importância da alimentação equilibrada, a prática de atividades físicas para adoção de um estilo de vida melhor, o acompanhamento e tratamento de transtornos psicológicos como a ansiedade, a depressão, e a inserção do indivíduo ao meio social, sendo estes realizados em único espaço físico com os profissionais envolvidos. Quando de indicação cirúrgica, este receberá as orientações quanto aos critérios pré-estabelecidos pelo nosso Serviço de Referência - UNICAMP, que após tratamento em sua própria cidade, será encaminhado para realização da mesma. É estabelecida uma meta de redução ponderal que varia de 5% a 10% do peso atual para este indivíduo, e esse compromisso é assumido por ambas as partes perante todo o grupo. São desenvolvidas atividades interativas, nas quais aborda a obesidade e seu tratamento, cirurgia bariátrica com suas indicações, contra-indicações, modalidades, complicações imediatas e tardias e resultados reais. Além de tudo isso, que todos os participantes tornem-se multiplicadores desta informação para conhecidos e familiares.

Em 2009 foi criado o GRUPO *GESTO* (Grupo Educacional em Saúde e Tratamento da Obesidade), oferecido gratuitamente pelo setor público em duas cidades da Estância Hidromineral do interior de São Paulo e interior de Minas Gerais, com equipe constituída atualmente por 15 profissionais da saúde, sendo 1 médico cirurgião geral, 1 médico cardiologista, 1 psicólogo, 1 nutricionista, 1 fisioterapeuta, 1 educadora física, 2 enfermeiros e 7 técnicos de enfermagem e contando ainda, com a participação de profissionais convidados, que voluntariamente contribuem com o trabalho.

O objetivo principal do grupo educacional interdisciplinar é conscientizar a população quanto às mudanças no estilo de vida e nos hábitos alimentares para a promoção à saúde aos portadores de sobrepeso e obesidade com ou sem co-morbidades associadas. Não restringindo a participação de indivíduos sadios que queiram apenas aprender a se alimentar de forma balanceada e melhorar o convívio social. Sendo assim, verificar a adesão ao tratamento e os efeitos da terapia de longo prazo sobre a qualidade de vida para o bem-estar físico e mental.

Metodologia

O Grupo *GESTO* é acessível a toda população das duas cidades da Estância Hidromineral, com idade entre 16 e 70 anos de ambos os sexos. O cadastro dos interessados é realizado mensalmente em dia pré-estabelecido, sendo a inclusão dos pacientes no grupo por indicações médicas, agentes comunitários de saúde, ambulatórios de especialidades, postos de saúde da família e demanda espontânea, onde a triagem é realizada pela equipe multidisciplinar.

São submetidos à anamnese clínica (médica, nutricional e psicológica) e realizado coleta de dados psicológicos e antropométricos como peso, altura, circunferência de pescoço, braço, cintura, abdômen e quadril.

Após o cadastro, classificam-se os participantes em dois grupos, os que têm indicação para cirurgia bariátrica seguindo os critérios do Ministério da Saúde para seleção, onde atualmente o obeso precisa ter um Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou superior a 35 kg/m² e apresentar doenças associadas como o diabetes ou a hipertensão arterial ou um IMC superior a 40 kg/m² (GRUPO A) e o grupo de reeducação alimentar (GRUPO B).

É aplicado posteriormente Escala Beck: inventário de depressão (BDI) e inventário de ansiedade (BAI) pela psicóloga e um questionário de freqüência alimentar pela nutricionista. Após a coleta inicial dos dados pertinentes ao tratamento, o paciente participa de encontros semanais, com média de duração de 3 horas por encontro, onde são registrados perda de peso, IMC e pressão arterial. Os grupos com indicação cirúrgica e reeducação alimentar acontecem simultaneamente.

Os integrantes participam de forma ativa de palestras das áreas médicas, nutricionais e psicológicas, além de palestras extras com convidados voluntários, dinâmicas de grupos, oficinas de culinária, exercícios de alongamentos, exercícios de conscientização corporal, e recebem planos alimentares elaborados para cada fim.

Resultados e Discussão

O Grupo GESTO tem como banco de dados até Dezembro de 2014, 587 pacientes ativos. Desde a implantação do programa, foram assistidos 4.200, com a média de 840 pacientes anuais.

Foram realizadas ao longo de seis anos de trabalho, 30 cirurgias bariátricas, estas encaminhadas ao serviço de referência na cidade de Campinas. A redução de peso anual por pessoa é em média 10,23% e a diminuição do IMC (Índice de Massa Corporal) por pessoa é de 5,05 pontos. Cada indivíduo perde por mês a média de 1,250kg, num total de aproximadamente 15kg ao ano.

Foram estudados 164 homens e 463 mulheres com idade entre 16 a 70 anos e IMC médio de 37,3kg/m² (obesidade grau II). O nível de escolaridade predominante foi o ensino médio completo representando 62% da população estudada e, 86,7% tinham emprego fixo.

Em relação ao uso de substâncias químicas, 72% já haviam usado algum tipo de droga antidepressiva, sendo entre estas com maior frequência a fluoxetina, uso de sibutramina em 61,5% e femproporex em 28,3%. Foi observado uso de laxantes em 43,5% da população como alternativa para emagrecer, e outras fórmulas alternativas de nomes não identificados pelos participantes em 63,2%.

Quanto ao desejo para mudança, 93,3% estavam dispostas a mudar o seu comportamento em relação à comida, sendo este dado definido na entrevista inicial.

Nos resultados deste trabalho, foi verificada ao longo dos encontros, uma melhora significativa quanto às escolhas de alimentos mais saudáveis, aumento na procura de algum tipo de atividade física, estes refletindo diretamente nos níveis de motivação pessoal.

Verificou-se que com a diminuição do isolamento social os indivíduos apresentaram uma disposição para participação em atividades sociais como caminhadas e passeios.

Muitos integrantes do grupo passaram a preencher de forma espontânea seu diário alimentar e começaram a contribuir com depoimentos frente ao demais participantes, alguns se tornando voluntários da equipe.

Observou-se também um aumento na motivação, e melhora significativa quanto à expressão dos afetos.

O obeso geralmente enfrenta algum tipo de preconceito ao longo da sua vida afetiva e da sua carreira profissional. Estes acontecimentos podem contribuir de forma significativa para o isolamento social, a baixa auto-estima, a ansiedade os sintomas depressivos e conseqüentemente para o uso de alimentos, geralmente hipercalóricos, como forma compensatória.

Quanto às mudanças ocorridas nos sintomas de depressão e na compulsão alimentar, os resultados mostraram uma diferença significativa na reavaliação após a frequência de seis meses no programa. A melhora na sintomatologia geral dos pacientes como o isolamento social, a ansiedade, os sintomas depressivos, a evolução no perfil nutricional e antropométrico, a redução do uso de medicamentos, a resolução de algumas comorbidades como dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes *mellitus* foram significativos após experiência e tratamento oferecido pela interdisciplinaridade.

A experiência realizada em grupo, esta intimamente relacionada à melhora e interação entre os membros, fazendo com que o sentimento de inclusão e a identificação com o problema sejam mais bem compreendidos e aceitos.

O atendimento grupal também aponta para outros pontos terapêuticos importantes como o aumento da motivação, o estabelecimento de metas e a socialização.

Considerações finais

Ao longo destes seis anos de trabalho, é possível concluir que a proposta do trabalho interdisciplinar com relação ao problema da obesidade, realizado em um único espaço físico pela equipe sem sistema rotatório de palestras, apresentou resultados positivos nestas duas cidades atendidas pelo programa educacional Gesto.

O enfoque médico, nutricional e psicológico abordou a obesidade de diferentes ângulos, propiciando maior aceitação do trabalho junto aos demais indivíduos.

A perda de peso, a remissão dos sintomas da compulsão alimentar e a diminuição de comportamentos ansiosos e depressivos foram significativas entre os participantes que permaneceram no mínimo seis meses dentro do programa proposto. A exposição de temas relacionados não somente a obesidade, como também temas que levaram a maior reflexão sobre a questão do próprio posicionamento diante da vida, das escolhas, da possibilidade de obter outros caminhos, mostraram que os participantes conseguiram uma maior conscientização do seu problema e do seu significado emocional, quando se refere à alimentação.

O grupo Gesto espera contribuir de alguma forma para melhoria da qualidade de vida, a fim de compreender a obesidade na sua forma mais ampla, como um sofrimento que afeta milhões de

pessoas, tendo como resultado imediato a redução de cinco toneladas desde o início do trabalho, e assim, possa dar continuidade em suas atividades, refletindo seu sucesso para a população.

Referências

ALMEIDA, G. A. N.; SANTOS, J. E.; PASIAN, S. R.; (2005). Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. *Psicologia em Estudo*, 10(1), 27-35.

ANDRADE, L. H. S. G.; GORENSTEIN, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(6). Recuperado de <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n6/ansi256a.htm>.

ANDRADE, S. G. **Teoria e prática de dinâmica de grupo: jogos e exercícios**. 5ª. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. 203 p.

ARASAKI, C. H. (2005). Cirurgia bariátrica para tratamento da obesidade. In A. M Claudino & M. T. Zanella (Orgs.), *Guia de transtornos alimentares e obesidade* (pp. 287-296). São Paulo: Manole.

AVILA, L.A. **O eu e o corpo**. São Paulo: Escuta, 2004. 208 p.

CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. (2002). *Body Image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. Nova Iorque: Guilford Press.

CRUZ, M. R. R.; MORIMOTO, I. M. I. (2004). Intervenção nutricional no tratamento da obesidade mórbida: resultados de um protocolo diferenciado. *Revista de Nutrição*, 17(2), 263-272.

CUNHA, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas de Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

DIXON, J. B.; DIXON, M. E.; O'Brien, P. E. (2003). Depression in association with severe obesity: Changes with weight loss. *Archives of Internal Medicine*, 163(17), 2058-2065.

FRANQUES, A. R. M.; Ascencio, R. F. R. (2006). Depressão e obesidade. In A. R. M. Franques & M. S. A. Loli (Orgs.), *Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade* (pp. 125-135). São Paulo: Vetor.

FRANQUES, A. R. M.; ARENALES-LOLI, M. S. **Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade**. São Paulo: Vetor, 2006. 279 p.

MELLO FILHO, J.; BURD, M.; COLABORADORES. **Psicossomática hoje**. 2ª. ed. São Paulo: Artmed, 2010. 616 p.

OSÓRIO, L. C.; COLABORADORES. **Grupoterapia hoje**. 2ª. ed. São Paulo: Artes Medicas, 1989. 358 p.

PICHON-RIVIERE, E. **O processo grupal**. 8ª. ed. São Paulo: Wmf Martins Fontes, 2009. 296 p.

ROGERS, C. R. **Grupos de encontro**. 9ª. ed. São Paulo: Wmf Martins Fontes, 2009. 216 p.

TAVARES, M. C. C. (2003). *Imagem corporal: conceito e desenvolvimento*. São Paulo: Manole.

XIMENES, E. **Cirurgia da obesidade: um enfoque psicológico**. São Paulo: Santos, 2009. 160 p.

ZANCANER, M. S. (2012). O papel do psicólogo no período perioperatório hospitalar de cirurgia bariátrica. In A. R. M., Franques & M. S. A Arenales-Loli (Orgs.), *Novos corpos, novas realidades: reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade* (pp. 13-30). São Paulo: Vetor.

Qualidade de Vida de Idosos

*Valéria Silva de Matos Pires¹¹¹; Giselle Marie Roma Fernandes Soeiro¹¹²;
Luiz Humberto Sivieri¹¹³*

RESUMO

O aumento da expectativa de vida da população mundial é foco de estudos nas diversas áreas do conhecimento, com proposições de melhoria da qualidade de vida do idoso. Por isso, este trabalho teve como objetivo construir, a partir das experiências dos idosos, propostas que promovessem qualidade de vida no seu cotidiano. Foi realizado em uma instituição de convivência para idosos, a partir da experiência de estágio de Atendimento em Modalidade Grupal, do curso de Psicologia da Universidade de Mogi das Cruzes. O grupo era composto, em média, por quinze participantes, entre 44 e 84 anos, predominantemente do sexo feminino. Foram dez encontros realizados semanalmente, com duração de uma hora cada. Para isso, utilizou-se como método o grupo operativo e como técnica atividades grupais acompanhadas de reflexões para criação de conhecimento e práticas compartilhados. Num primeiro momento realizou-se um levantamento sobre a compreensão dos idosos sobre qualidade de vida. Em seguida, relacionaram-se categorias a serem trabalhadas, a saber: alimentação, segurança, atividades ocupacionais, atividade física e lazer e percepção interpessoal. Cada categoria foi trabalhada em um encontro, produzindo-se propostas ao final de cada um deles. O trabalho culminou na elaboração de um Programa de Qualidade de Vida do grupo.

Palavras-chave: envelhecimento; idoso; qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

Mundialmente vem ocorrendo mudanças nas condições socioeconômicas e de saúde da população, consequentemente, nos índices demográficos com diminuição nas taxas de fecundidade e mortalidade e aumento da expectativa de vida (IBGE, 2002).

Segundo o Censo de 2010 a população idosa no Brasil é de 20.590.599 de pessoas, contra 14.536.029 de pessoas em 2000, representando um aumento relativo de 41% (IBGE, 2011). Por isso, atualmente o envelhecimento da população desperta a atenção das diversas áreas do conhecimento e cresce o número de estudos que objetivam pensar em formas de melhor atender as demandas deste grupo populacional.

O envelhecimento é um processo natural que caracteriza uma etapa da vida do homem e envolvem aspectos biopsicossociais. Em países em desenvolvimento tem-se alcançado uma longevidade devido a melhorias nas condições de vida (MENDES, M. R. S. S. B.; GUSMÃO, J. L.; FARO, A. C. M.; LEITE, R. C. B., 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) propõe o conceito de envelhecimento ativo, em que a pessoa, mesmo em situações de fragilidade, possa ser participativa nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, na medida das suas possibilidades. Não basta apenas ter uma vida longa, é necessário também manutenção da capacidade funcional. O envelhecer ativo, com qualidade de vida, pode ser considerado um modelo de envelhecimento em que o idoso mantém padrões de autonomia e de independência.

Esses padrões são relativos, pois o envelhecimento se dá de forma heterogênea (SOUZA, 2013; SANTANA, 2012), por abranger diversos aspectos da vida do idoso, fazendo com que a qualidade de vida seja algo subjetivo, pois está ligada à percepção que o indivíduo tem “da sua posição dentro do contexto em que vive... em relação a seus objetivos” (OMS, 2005, p.14).

¹¹¹ Psicologia, Universidade de Mogi das Cruzes, Mogi das Cruzes, SP - vsmpires@ig.com.br

¹¹² Psicologia, Universidade de Mogi das Cruzes, Mogi das Cruzes, SP - giselaschoene@gmail.com

¹¹³ Professor Orientador, Psicologia, Universidade de Mogi das Cruzes, Mogi das Cruzes, SP - sivierilh@uol.com.br

A política adotada pela Organização Mundial de Saúde (2005) para atender a demanda do envelhecimento está fundamentada no tripé: saúde, participação e segurança. A qualidade de compõe o pilar da saúde e visa apoiar a independência do idoso.

A qualidade vida é multidimensional, inclui no mínimo, as dimensões física, psicológica e social, percebidas de formas diferentes pelo indivíduo, em relação ao seu estado físico, cognitivo, afetivo, relações interpessoais e papéis sociais (PASCHOAL, 2000). Faz-se necessário avaliar a própria vida, para poder qualificá-la e, conseqüentemente, promover mudanças, se necessário.

O apoio social faz parte da política pública ou privada de saúde do idoso e visa reduzir a solidão e o isolamento social, incentivando grupos e programas comunitários, de apoio e cooperação.

A capacidade funcional também representa um recurso de adaptação ao envelhecimento. Refere-se à potencialidade para desempenhar as Atividades de Vida Diária (AVD), relacionadas ao autocuidado e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) que são as habilidades do idoso para administrar o ambiente em que vive (DUCA, SILVA e HALLAL, 2009).

Nesse sentido, é fundamental promover práticas, a partir de cada contexto, que favoreçam a manutenção da capacidade funcional do idoso para que este permaneça autônomo e independente, de acordo com suas condições e pelo maior tempo possível, garantindo assim, sua qualidade de vida.

Assim o trabalho teve como objetivo construir, a partir das experiências dos idosos, práticas que promovam qualidade de vida no cotidiano, a fim de que estas ações favoreçam mudanças de hábitos e comportamentos que promovam saúde e bem estar.

METODOLOGIA

Os participantes constituíram-se de, aproximadamente, 15 pessoas, predominantemente do sexo feminino, com idade entre 44 e 84 anos, que frequentavam um centro de convivência para terceira idade, mantido por uma parceria entre instituição privada e governo municipal, em uma cidade da região do Alto Tietê/SP e que residiam no entorno. Eles mantinham íntegras a atividade cognitiva, as condições de saúde física e mental, a autonomia e a mobilidade que lhes permitiam realizar as atividades cotidianas e estarem inseridos em grupo de convivência.

Utilizou-se o grupo operativo, por ser um processo a partir do contexto do grupo e das interações estabelecidas, por meio de uma leitura crítica da realidade, das próprias experiências e com espaço para modificações criativas ou adaptativas.

Realizaram-se atividades grupais como instrumentos disparadores de discussões de forma a envolver os idosos na construção coletiva de um conhecimento e prática para utilizarem em seu cotidiano.

Utilizaram-se registros de conteúdos gerados nas discussões e nas atividades grupais que favoreceram a percepção, reflexão e apreensão do grupo sobre sua realidade e possibilidades de promover mudanças para melhoria da sua qualidade de vida.

Este trabalho referiu-se a experiência de estágio de Modalidade de Atendimento Grupal, do décimo semestre do Curso de Psicologia da Universidade de Mogi das Cruzes.

As alunas realizaram contato com a Instituição, levando carta de apresentação à coordenadora que autorizou o trabalho e os idosos aceitaram participar espontaneamente. Este foi realizado semanalmente, num período de uma hora (14h00 às 15h00), num total de dez encontros, incluindo-se apresentação e encerramento. Garantiu-se tanto à coordenadora como aos participantes sigilo e preservação da identidade e acordou-se que as informações colhidas poderiam ser utilizadas em trabalhos acadêmicos.

RESULTADO E DISCUSSÃO

A proposta de intervenção tinha como foco o trabalho de grupo, na troca de experiência e conhecimento, a fim de construir um programa de qualidade de vida próprio. Cada encontro gerou um registro das atividades e discussões para, ao final, ser elaborado o programa do grupo. O quadro 1 sintetiza os encontros.

Quadro 1. Produção dos encontros com idosos.

Encontro	Conteúdo do encontro	Produto
1º	Apresentação dos participantes	Criação de vínculo e promoção de integração entre participantes e estagiárias.
2º	Reflexão sobre Qualidade de Vida	Representação simbólica por meio de colagem
3º	Qualidade de vida segundo o gênero	Registro em quadros do que é qualidade de vida para a idosa e para o idoso
4º	Criação de categorias sobre Qualidade de Vida	Categorias: Autocuidado, alimentação, atividade física/cognitiva, lazer, acompanhamento médico/saúde, relacionamentos interpessoais e trabalho.
5º	Alimentação	Construção de pirâmide alimentar tridimensional
6º	Segurança	Identificação dos riscos que o ambiente oferece, a partir de uma planta baixa de uma casa e os cuidados a serem tomados.
7º	Atividades ocupacionais	Relação das atividades ocupacionais realizadas pelo grupo na instituição, seus benefícios e sugestão de novas atividades.
8º	Atividade física, cognitiva e lazer	Montagem de quebra cabeça para identificação de atividades, seus benefícios e prática no cotidiano.
9º	Percepção interpessoal	Percepção das características psicológicas próprias e as do outro.
10º	Programa de Qualidade de Vida e Avaliação do trabalho	Conclusão do programa de Qualidade de Vida do grupo de acordo com as categorias. Entrega do folder e avaliação

Pode-se dizer que os participantes, inicialmente, formavam um agrupamento, pois interagiam, eram interdependentes, compartilhavam questões comuns, mas não tinham consciência de si como grupo (SIVIERI, 2004). Verificou-se que houve estranhamento quando solicitado que as atividades propostas fossem realizadas em grupos ou subgrupos, pois a tendência eram fazer individualmente, sendo estimulada a cada encontro, a conversa entre si e o consenso do grupo. Outra tendência dos participantes eram fazer as atividades entre os pares, por isso nos encontros eram organizadas divisões aleatórias dos grupos e subgrupos para promover a interação.

Houve no princípio manifestação de hostilidade e resistência no grupo, provavelmente, pelo trabalho a ser realizado se chocar com valores e interesses. Também surgiram divergências de opiniões durante as discussões, exigindo flexibilidade das estagiárias para abrir espaço para o consenso. De acordo com CARLOS (1998) o grupo também é um lugar para as diferenças, para o conflito, inerentes às relações humanas, levando as pessoas a trabalhar suas relações e permitem estabelecer uma experiência grupal singular, em que os participantes construam seu projeto coletivamente.

Em todos os encontros as atividades propostas foram realizadas com a participação da maioria, mostraram cooperação, auxiliando uns aos outros quando necessário. Os que se apresentavam inibidos ou tímidos eram convidados e incentivados a participar das discussões e realizações das tarefas, pois a presença das facilitadoras podia ser influenciador da participação e se o objetivo era construção de conhecimento e prática, a comunicação interpessoal, verbal e não verbal era instrumento para o indivíduo compartilhar sua realidade (SIVIERI, 2004).

A comunicação não verbal se dava por meio de troca de olhares, sorrisos e toque. Em alguns momentos observaram-se risadas, estas podiam indicar descontração em alguns momentos, mas em outros podiam indicar nervosismo, ansiedade, pois as atividades requeriam a interação e exposição. A intenção era estimular a participação, dando vez e voz para todos, pois por meio da comunicação os indivíduos se influenciam e influenciam o meio para satisfazer suas necessidades (SIVIERI, 2004).

Nos dois últimos encontros alguns participantes comentaram que os encontros estavam difíceis porque estava precisando pensar muito. Isto demonstrou que a atividade reflexiva é pouco estimulada prevalecendo o exercício das atividades manuais. Percebeu-se que as atividades propostas nos encontros causaram estranhamento, pois exigiram habilidades que são pouco exercitadas pelos idosos, porém propuseram-se realizá-las, procurando superar as dificuldades iniciais.

A constituição como grupo se deu durante o processo, percebida por mudanças no comportamento dos participantes como: integrantes que antes não participavam, aos poucos deram contribuições e discutiram opiniões; quando reconheceram a diferença entre realizar atividades, junto, mas individualmente e realizar as atividades em grupo, durante os trabalhos em subgrupos e na construção do Programa de Qualidade de Vida do grupo e no último encontro, quando deram *feedback* que eles se conheceram melhor, principalmente, após a atividade de percepção interpessoal que permitiu que olhassem para si e para os outros.

Assim o objetivo de construir propostas de práticas de Qualidade de Vida foi alcançado, de modo coletivo, a partir das experiências individuais e das produções que emergiram das relações estabelecidas no grupo (ZANELLA & PEREIRA, 2001).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho com o grupo foi um convite a pensar diferente, pois o processo grupal exige uma forma específica de compreender e lidar com os fenômenos que surgem e com as relações que se estabelecem. Exigiram das estagiárias (na época do estágio), flexibilidade e em alguns momentos, decisões rápidas, pois no grupo emergem situações inesperadas.

A procura dos instrumentos foi um desafio, pois exigiu aliar o objetivo do dia com as possibilidades do grupo para execução da tarefa. O grupo se ajudou na execução do trabalho, porém houve alguns momentos de hostilidade, desconfiança e dificuldade de compreensão das atividades propostas, sendo um desafio a ser superado que enriqueceu a experiência.

O trabalho da dupla com o grupo foi de interação e integração suficiente para que as atividades fossem conduzidas para o objetivo. Para ambas, o desafio foi o exercício de convocá-los a refletir e participar sem darem respostas ou explicações.

O objetivo do projeto foi alcançado, obtendo-se ao final o Programa de Qualidade de Vida do grupo, mas entendeu-se que o ganho maior foi durante o processo, com a construção e compartilhamento de conhecimento de modo coletivo.

Foi importante o *feedback* dos participantes quanto a identificação deles sobre a diferença entre as atividades realizadas em grupo e individualmente, reconhecendo a melhoria na interação entre eles, pois os vínculos afetivos podem ser suporte para lidar com as situações próprias do envelhecimento.

REFERÊNCIAS

- CARLOS, S. A. O processo grupal. In: JACQUES, M. G. C.; STREY, M. N.; BERNARDES, N. M. G.; GUARESCHI, A.; CARLOS, S.A; FONSECA, T. M. G. **Psicologia Social Contemporânea**. 11ed. Petrópolis: Vozes, 1998.
- DUCA, G. F. D.; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Revista Saúde Pública**. Pelotas/R.S., v. 43, n. 5, p. 796-805, 2009.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estudos e pesquisas: informação demográfica e socioeconômica. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatística/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf>>. Acesso em: 23/11/2014.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Indicadores Sociais Municipais. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv54598.pdf>. Acesso em: 23/11/2014.
- MENDES, M. R. S. S. B.; GUSMÃO, J. L.; FARO, A. C. M.; LEITE, R. C. B. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul Enfermagem**, v.18, n. 4, p.422-426, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2005.
- PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião**. 2000. 255 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina de São Paulo, São Paulo, 2000.
- SANTANA, J. A. Envelhecimento populacional e política de saúde: contribuições para a reflexão acerca dos desafios que o processo de envelhecimento populacional traz para a definição da agenda política de saúde pública brasileira. **Vértices**, Campos dos Goytacazes/RJ, v. 14, n. 3, p. 85-101, setembro-dezembro 2012.
- SIVIERI, L. H. Processo Grupal: conceito e características. **Universidade de Mogi das Cruzes**, São Paulo, 2004.
- SIVIERI, L. H. Comunicação Interpessoal. **Universidade de Mogi das Cruzes**, São Paulo, 2004.
- SOUZA, J. P. Qualidade de vida do idoso: um estudo de revisão. **Universidade Fernando Pessoa**, Porto, 2013.
- ZANELLA, A. V.; PEREIRA, R. S. Constituir-se enquanto grupo: a ação de sujeitos na produção do coletivo. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 6, n. 1, janeiro-junho 2001.

Conversando sobre a clínica de casais com Janine Puget

CONVERSANDO SOBRE A CLÍNICA DE CASAL: COM JANINE PUGET E ANDREZA BUZOIDAndreza Buzaid¹¹⁴

A clínica social de psicoterapia do NESME realiza atendimentos a grupos famílias e casais. Tem como objetivo realizar atendimentos psicoterápicos de qualidade, com custo acessível e assim tornar possível o acesso das pessoas que precisam e desejam iniciar um processo de psicoterapia de grupo.

Recebe encaminhamentos de profissionais da área da saúde, de algumas universidades, como a USP e a UNIFESP, e dos próprios pacientes atendidos na instituição. Esta rede de encaminhamentos possibilita que seu público-alvo seja bastante diverso, recebendo pessoas de todos os níveis socioculturais, as quais nos grupos psicoterápicos se articulam, possibilitando uma vivência grupal horizontal, na qual as dores psíquicas não têm classe social, cor ou crenças, são simplesmente dores da alma vividas por pessoas.

Temos uma equipe de profissionais que, além de formação em psicologia, são especialistas psicoterapia de grupos ou em psicanálise e realizam formação continuada em psicanálise vincular nas atividades do NESME.

Acreditamos que o estudo e a prática de grupal potencializa o aprendizado e o crescimento profissional. Desta forma, realizamos quinzenalmente reuniões clínicas com duração de uma hora e trinta minutos e, sendo que nos primeiros trinta minutos discutimos questões administrativas e os encaminhamentos e na sequência temos uma hora para a discussão de casos clínicos dos atendimentos prestados pela equipe.

Foram estas discussões que nos estimularam a fazer algumas perguntas para pensarmos junto com Janine e com vocês:

1) Como fazer com as confusões entre as expectativas por terapia de família, casal ou outra, por exemplo, quando há uma busca explícita de terapia familiar, mas a demanda é para psicoterapia de casal; ou quando há uma procura por terapia de casal, mas parece haver uma expectativa de um deles de que o psicoterapeuta atenda ao outro.

2) Tendo em conta a intimidade do casal e o enfoque da questão sexual, com base em sua experiência, quais são os desafios e riscos enfrentados por um analista de casais?

¹¹⁴ Psicóloga clínica, psicoanalista de grupo, coordenadora da clínica social de psicoterapia do NESME e membro efetivo do NESME.