ANAIS

1ª MOSTRA DE PRÁTICAS EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS NA BAHIA

"10 ANOS DE CREPOP:
PELA GARANTIA DE DIREITOS
E O COMPROMISSO ÉTICO-
POLÍTICO DA PROFISSÃO"

Conselho Regional de Psicologia
3ª REGIÃO - BA

CREPOP

DATA
10, 11 E 12 DE AGOSTO

LOCAL
UNEB - UNIVERSIDADE
DO ESTADO DA BAHIA
CAMPUS I SALVADOR

2016

ORGANIZAÇÃO DOS ANAIS

Pablo Mateus dos Santos Jacinto
Naira dos Santos Bonfim
Larissa Correia Nunes Dantas
Natani Evlin Lima Dias
Glória Maria Machado Pimentel
Mailson Santos Pereira
Monaliza Cirino de Oliveira
Muriel Marinho Pereira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M915 Mostra de Práticas em Psicologia e Políticas Públicas na Bahia (2016: Salvador, Ba).
Anais [recurso eletrônico]/ Mostra de Práticas em Psicologia e Políticas Públicas na Bahia/ Pablo Mateus dos Santos Jacinto, Larissa Correia Nunes Dantas, Naira dos Santos Bonfim (Organizadores). - Salvador-Ba: CRP-BA, 2016. E-book.

Mostra realizada nos dias 10 a 12 de agosto de 2016, com o tema: "10 anos de CREPOP: pela garantia de direitos e o compromisso ético político da profissão."
ISBN: 978-85-65208-06-2

1. Psicologia. 2. Políticas Públicas. I. Jacinto, Pablo Mateus dos S., org., II. Bonfim, Naira dos Santos, org., III. Dantas, Larissa C. N., org.

CDU 159.9

Ficha Catalográfica elaborada pela bibliotecária Rosaline Otero, CRB-5/1762

COMISSÃO ORGANIZADORA

Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP)

Larissa Correia Nunes Dantas
Deane Barbosa de Jesus
Roque Luiz Argolo Souza

Grupo de Trabalho em Psicologia e Políticas Públicas (GTPP)

Ana Maria Oliveira
Camila Vanessa Santos Silva
Débora Pinheiro da Silva
Pedro Marcus Rodrigues Valeijo Pinto
Rair Valente Soares
Yuri Batalha Quaresma

CONSELHEIRAS DA COMISSÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DO XIV PLENÁRIO

Verena Souza Souto
Denise Viana Silva
Marta Campos

AVALIADORAS(ES)

Alba Riva Brito (UNEB)
Ana Luísa de Araújo Dias (ISC/UFBA)
Cristiane de Oliveira Santos (IPS/UFBA)
Fernanda Blanco Vidal (Cuny City University of New York)
Gessé de Souza Silva (NEAD/SSP)
Lygia de Souza Viegas (FACED/UFBA)
Marilda Castelar (BAHIANA)
Mônica Lima de Jesus (IPS/UFBA)
Monique Araújo de Medeiros Brito (FTC Vitória da Conquista)
Olivia Maria Costa Silveira (IHAC/UFBA)
Samir Perez Mortada (IFBA)
Virgínia Moraes (UESB)

SUMÁRIO

		Página
1.	**Programação**	**12**
2.	**Um caminhar para a I Mostra de Práticas em Psicologia e Políticas Públicas na Bahia**	**14**
3.	**Saudação da Comissão Organizadora**	**17**
4.	**Trabalhos Completos**	**18**
4.1	**Psicologia e Relações de Gênero**	**18**
	Feminismo e identidade de gênero: memórias de um cárcere social *Sebastiana Tibúrcio dos Santos e Sousa; Luana Vieira de Oliveira*	**29**
	Grupo de mulheres: reconstrução dos vínculos em busca de sua identidade social *Laédiane Dourado Oliveira; Cleide Almeida Marques; Bruna Silva Fagundes*	**28**
	Identidade, gênero e promoção de saúde: relato de experiência das oficinas de turbante para mulheres negras em Salvador-BA *Laura Augusta Barbosa de Almeida; Edna Gonçalves de Oliveira Abadia; Rosana dos Santos Silva*	**38**
	O psicólogo no enfrentamento a violência contra a mulher – atuação no Núcleo de Assistência Psicossocial na Especializada de Direitos Humanos da Defensoria Pública do estado da Bahia *Vanina Miranda da Cruz; Vanessa Leite Lima*	**43**
	Residência multiprofissional em clínica da pessoa e da família: experiência de um grupo terapêutico focal de mulheres *Aline De Almeida Lemos; Nádia Maurícia de Moraes Matos*	**52**
	Vulnerabilidades no envolvimento feminino com drogas: um estudo com mulheres em privação de liberdade *Geisa Copello Thomaz; Jeane Freitas de Oliveira*	**61**
4.2	**Psicologia e Comunidade**	**75**

Cidadania e infância: um estudo sobre as percepções e ações de crianças na melhoria dos espaços públicos onde brincam 76
Paula Sanders Pereira Pinto; Ilka Dias Bichara

Projeto de intervenção “psi na comunidade” no território do Nordeste de Amaralina 84
Gustavo Luis Caribé Cerqueira; Ademaria Nogueira dos Santos Jardim; Agelson Pereira Chagas; Ana Claudia Rego dos Santos; Cristiana de Jesus Nascimento; Emanuele Pires Alves; Graciete Conceição Sousa; Manuela Gonçalves de Oliveira Santos; Reinaldo Conceição Santos; Sonia Maria Alves Pacheco; Simone Valverde de Andrade; Vanessa Rios Santos

As belezas do meu bairro 94
Bruna Improta de O. Mendonça; Amanda Gabriella Cruz Guedes; Filipe Souza Sampaio

4.3 Psicologia e Arte 104

“Cinema: subjetividade, cultura e poder” – relato de experiência na extensão universitária 105
Daniela Lima de Almeida; Ivone Maia de Mello

Saúde Mental e Arte: loucura em cena 112
Daphne Muniz Ferreira Carrera; Fernanda Castro Correia; Mariana Barbosa Pires; Thais Nascimento Bitencourt

4.4 Psicologia e Assistência Social 121

A toxicomania na adolescência: as representações sociais das drogas para adolescentes em situação de vunerabilidade social 122
Luana Vieira Oliveira

Atuação dos psicólogos no Centro de Referência de Assistência Social 129
Larissa de Oliveira Vieira

Concepções de trabalho e novas perspectivas de vida: abordando a orientação ocupacional com pessoas em situação de rua no centro pop de Jequié-BA 136
Ivens Neris Silva; Romário Oliveira Lopes; Gilmacia Ingrid Rodrigues Silva; Jeiza Santos Vida; Laiane Silva Santos

O Centro de Referência de Assistência Social e o cuidado a usuários de substâncias psicoativas em situação de vulnerabilidade 145

Larissa de Oliveira Vieira

Políticas Sociais de atenção aos idosos do território do sertão produtivo: uma análise a partir dos CRAS **156**
Denise de Souza Cardoso; Diego Hoayran Oliveira Fernandes; Luma Porto de Araújo

4.5 Psicologia e Controle Social **168**

A inserção de psicólogas/os em conselhos de controle social: para além do trabalho, a militância **169**
Eric Gamaliel dos Santos Vieira; Emmila Di Paula Carvalho dos Santos; Fredinara A. S. Leal Corado; Vandreia Moreno Mendes de Carvalho

4.6 Psicologia e Relações Raciais **178**

A imagem dos erês: representação intraindividual de crianças candomblecistas em um terreiro de salvador **179**
Thamires Wanke

Ações Afirmativas associadas com conhecimentos sociológicos e psicológicos para fomentar consciência negra **189**
Edmundo Santos Silva

Projeto Baobá: atenção, escuta e diálogos com as(os) estudantes quilombolas e africanas(os) numa universidade pública **174**
Djean Ribeiro Gomes

Projeto intervenções em psicologia com ações afirmativas **203**
Janine Lima Da Costa; José Augusto Dos Santos Neto; Taíse Dos Anjos Santos

4.7 Psicologia e Saúde **215**

A Psicologia num Núcleo de Apoio a Saúde da Família do município de Salvador/BA **216**
Elizabete Oliveira Santana

Apoio matricial em saúde: compartilhamento de saberes entre a equipe de saúde mental e os profissionais das Unidades de Saúde da Família do distrito sanitário Pau da Lima, Salvador-BA **225**
André Bomfim Dias; Nivea Alves Santos; Taís Oliveira da Silva; Tatiane Magno Herculano

Construção do compromisso ético-político da psicologia no campo da saúde: experiência do núcleo de estudos e formação em saúde em Salvador-BA **232**
Rosana dos Santos Silva; Gabriel Leal Ribeiro dos Santos; Laura Augusta Barbosa de Almeida; Carlos Henrique Pereira Franco; Suzameri Souza Rodrigues; Luana Pitanga Suzarte da Silva; Bianca Regina dos Prazeres Santos; Anne Caroline Santos; Renner Pacheco de Jesus; Kaio Marcel de Souza Henriques

De Morro do Chapéu à Salvador: a trajetória de pacientes na busca por tratamentos de saúde **240**
Michelle Santos da Silva

O acolhimento como dispositivo clínico no Ponto de Cidadania **247**
Dhara Santana Teixeira; Mariana Barbosa Pires

O olhar das estudantes de psicologia numa Unidade Básica de Saúde sobre a profissão do (a) psicólogo (a): relato de uma experiência interdisciplinar **255**
Sarah Mabell Ramos da Silva Rios; Amanda Menezes Evangelista; Shiniata Alvaia de Menezes

O Ponto de Cidadania e a importância de dispositivos de baixa exigência que possibilitem a articulação da rede de atenção à pessoas em situação de rua: um relato de caso no Centro Histórico de Salvador **269**
Amanda Magalhães Souza; Francisco Carlos Cunha; Natália Machado Gonçalves

Políticas públicas e formação do psicólogo: desafios para uma atenção humanizada em saúde **282**
Ester Maria Dias Fernandes de Novaes; Edleusa Nery Garrido

Políticas Sociais e o psicólogo na saúde: atendimento psicológico na prevenção de partos prematuros **294**
Maria de Lourdes Silva

Prevenção e testagem rápida de HIV/AIDS com fluido oral na população de travestis e transexuais de Salvador: desenvolvendo a escuta e compreensão **306**
Ariane Senna

Programa de Saúde da Família e atuação do psicólogo: relato de estágio no município de Itabuna-Bahia **313**

Gabryelle Marques; Indiara Mello; Jéssica Souza; Jéssica Nascimento; Thisciana Passos; Thayná Matos; Valéria Pereira; Luanne Freitas; Ana Cristina Barros

Projeto de atenção à pessoa com lúpus: um relato de experiência **323**
Fabiana da Conceição Bezerra

Projeto Terapêutico Singular: uma ferramenta interdisciplinar em saúde da família **332**
Isabel Campos Mustafa Figueiredo

Relato de experiência em estágio curricular básico com ênfase em saúde no serviço de atenção especializada SAE - São Francisco **343**
Aline Ataíde Pinheiro; Ana Carolina Rocha Oliveira; Caroline Santos Batista; Nágila Maria Azevedo Rocha; Steffane Cavalcanti Rodrigues; Thaíse Bagdeve de Oliveira; Manuela Brito dos Santos; Mônica Lima de Jesus

Residência multiprofissional em saúde e interdisciplinaridade - relato de experiência em psicologia nas equipes de saúde em oncologia **356**
Raphaella Alves Pires; Rocío Andrea C. Quintana

Saúde Coletiva e inclusão da pessoa com deficiência no trabalho: o que os psicólogos têm a ver com isso? Aspectos de uma pesquisa empírica qualitativa **361**
Gabriela Souza de Oliveira Sampaio

Trabalho com Agentes Comunitárias da comunidade Bate Facho, na cidade de Salvador-BA **372**
Alessandra de Jesus dos Santos; Tamiles Cerqueira Lopes da Silva; Paula Sanders Pereira Pinto

Treinamento de pais na comunidade: construindo juntos um fazer entre Centro de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência e Atenção Básica de Saúde **383**
Iara Carla Rodrigues Soares; Mariana Guedes de Carvalho

Um olhar para a saúde do pai trabalhador e sua interface na relação com filhos pequenos **393**
Sara Maria Cunha Bitencourt Santos; Lúcia Vaz de Campos Moreira

4.8 Psicologia e Saúde Mental **401**

A produção do ser no desenrolar do Acompanhamento Terapêutico **402**
Beatriz Vieira Silva; Paula Cardoso Teles; Monique Araújo Medeiros Brito

Internação Compulsória: um pedido legítimo, uma medida ilegal (?) **409**
Marcus Vinícius de Oliveira Silva; Tamiris Santos Sapucaia Leal Reis; Victor Brandão Ribeiro

O Acompanhamento Terapêutico como dispositivo clínico de cuidado em Saúde Mental: relato de experiência **432**
Jamille Porto Dias; Kueyla de Andrade Bitencourt

O cuidado com o cuidador: uma experiência no CAPSia de Vitória da Conquista-BA **445**
Elder Jeferson da Silva; Kawanny Cambui Gomes; Ana Clara Santos Alves de Oliveira Freitas; Monique Araújo de Medeiros Brito

4.9 Psicologia e Sistema Prisional **454**

A atuação da psicologia na gestão biopsicossocial das prisões no estado da Bahia: práticas transversais e intersetoriais **455**
Paloma Alves Fontes Bastos

A atuação profissional da(o) psicóloga(o) no acompanhamento das alternativas penais à prisão na Bahia: dos desafios às potencialidades de uma política pública desencarceradora **469**
Alexandre Santos Pereira; Brenda Sampaio; Elder Reis; Joseph Vitório Leal; Tamires Nolasco; Yasmin Gesteira

4.10 Psicologia no âmbito Escolar/Educacional **469**

Condicionalidade escolar do programa Bolsa Família no processo de escolarização de crianças: o que revelam os documentos? **470**
Maria das Graças de Oliveira Santiago

Experiências de estagiárias de Psicologia no Atendimento Educacional Especializado em Salas de Recursos Multifuncionais **484**
Indine Simões da Silva de Almeida; Raiza Sobral Bloizi; Josineide Vieira Alves

Implicações e movimentos do acompanhamento terapêutico escolar como dispositivo de inclusão: experiências no sistema público de ensino **492**
Natiara Cristian Araújo dos Santos; Silvia Ribeiro Guimarães; Josineide Vieira Alves

Psicologia no contexto escolar: uma experiência de estágio extracurricular em escolas municipais de Juazeiro-BA **503**
Euristela Barreto Sodré; Marcelo Silva de Souza Ribeiro

Relato de experiência e intervenção no Lar Santa Catarina de Sena em Vitória da Conquista – Bahia **510**
Angélica Louise Ribeiro Amorim; Natani Evlin Lima Dias; Ninália Almeida dos Santos; Patrícia Dias Lima; Noema Rodrigues Mendes; Thomas Rolemberg Oliveira; Pablo Vinícius Couto de Araújo

4.11 Psicologia no âmbito da Justiça **516**

A interdisciplinaridade como caminho para a garantia dos direitos humanos: relato de uma experiência de estágio no Centro de Referência em Direitos Humanos de Salvador – BA **517**
Sarah Mabell Ramos da Silva Rios; Luciana Coelho de Almeida Diz

Visitas técnicas da equipe interdisciplinar do Ministério Público do Estado da Bahia àrede socioassistencial de Salvador: um projeto em construção **525**
Carla Pinheiro França; Erika Andrade de Oliveira; Roquevaldo Lima Veloso

4.12 Psicologia e Socioeducação **526**

Ajuda e convivência comunitária: representações sociais de participantes de atividades socioeducativas sobre a atuação profissional dos psicólogos na socioeducação **527**
Everaldo Lauritzen Lucena Filho

Grupo de encontro com jovens em cumprimento de medida socioeducativa (L.A. e P.S.C.) no Centro de Referência Especializado da Assistência Social de uma cidade do interior da Bahia **5543**
Aline Pereira Gomes

Proposta interdiciplinar para execução de medidas sócio educativas em meio aberto de liberdade assistida (LA): reconstruindo subjetividades **552**
Daniela Rita de Souza

Segurança e violência na socioeducação: a psicanálise como um meio de intervenção **558**
Evanilda Bulcão Mota

4.13 Psicologia Social **566**

Inclusão: eu também faço parte **567**
Bruna Viana; Dalvade Jesus; Edilene Nunes; Enedina da Cruz; Gabriela Santos; Miriã Lima

O lugar social da psicologia: a junção de saberes e práticas na contribuição de um novo olhar sobre as demandas sociais e subjetivas dos sujeitos de desejo e de direitos em situação de vulnerabilidade **576**
Luana Vieira de Oliveira; Sebastiana Tibúrcio dos Santos Sousa

Relato experiência de prática em estágio em oficina de jogos e dinâmicas grupais na pastoral do menor no interior da Bahia **583**
Natani Evlin Lima Dias; Ariana Santana Souza Maturano

Ser Cigano no Brasil: uma historia de exclusão social **590**
Edla Maria da Silva Gama; Kátia Jane Chaves Bernardo

Um olhar sobre o abandono: estudo de caso de um adolescente institucionalizado na infância **613**
Fernanda Trindade do Nascimento; Maiara Victória Gomes de Almeida; Ilana Figueiredo Brandão; Mariana Leonesy da S. Barreto

5. Carta Final Da I Mostra de Práticas em Psicologia e Políticas Públicas na Bahia **625**

6. Moção de Apelo **627**

1. PROGRAMAÇÃO DO EVENTO

QUARTA-FEIRA 10.08.16	
15:00 – 20:00	Credenciamento
18:00 – 18:30	Mesa Institucional
18:30 – 20:00	Mesa de Abertura – **"Atual conjuntura política e as inserções da Psicologia"** *Isabel Maria Farias Fernandes de Oliveira* – Psicóloga, Profª Drª da Uni. Fed. Rio Grande do Norte (UFRN) *Patrícia Chaves* – Psicóloga, mestranda em Estudos Étnicos e Africanos (CEAO/UFBA)
QUINTA-FEIRA 11.08.16	
8:00 – 10:00	Credenciamento
8:00 – 10:00	Mesa I – **"Compromisso ético-político e produção de subjetividades"** *José Moura Gonçalves Filho* – Psicólogo, Profº Drº da Universidade de São Paulo (USP) *Thaís Seltzer Goldstein* – Psicóloga, Profª Drª da Universidade Paulista (UNIP)
10:00 – 10:15	Intervalo
10:15 – 12:15	Rodas de Conversa I
12:15 – 13:30	Intervalo para Almoço
13:30 – 15:30	Rodas de Conversa II
15:30 – 17:30	Rodas de Conversa III
17:30 – 18:00	Intervalo
18:00 – 20:00	Mesa II – **"Prática interdisciplinar para a garantia de direitos nas políticas públicas"** *João Paulo Macedo* – Psicólogo, Profº Drº da Universidade Federal do Piauí (UFPI) *Luane Neves Santos* – Psicóloga, doutoranda em Educação (PUC-SP)

	Jason Gomes Rodrigues Santos – Fonoaudiólogo, Mestre em Ciência da Educação e Saúde na Infância e na Adolescência pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
SEXTA-FEIRA 12.08.16	
8:00 – 10:00	Mesa III – ***"Referências técnicas para a qualificação psi nas Políticas Públicas – lugar social e posicionamento político da profissão"*** *Joari Aparecido Soares de Carvalho* – Psicólogo, Mestre em Psicologia Social (USP-SP) *Gisele Vieira Dourado Oliveira Lopes* – Psicóloga, Mestre em Saúde Comunitária (ISC/UFBA), Profª da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) *Larissa Correia Nunes Dantas* – Psicóloga, Mestre em Saúde Comunitária (ISC/UFBA), Técnica do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), CRP03 – região Bahia
10:00 – 10:15	Intervalo
10:15 – 12:15	Rodas de Conversa IV
12:15 – 13:30	Intervalo para Almoço
13:30 – 15:00	Rodas de Conversa V
15:00 – 16:30	Rodas de Conversa VI
16:30 – 17:30	**Bate papo com autoras/es** Livro: "A Psicologia na Assistência Social: convivendo com a desigualdade" Autora: Luane Neves Santos Livro: "Saudades sim, tristeza não: Psicologia, Memória social e deslocamentos forçados" Autora: Fernanda Blanco Vidal Livro: "Enfrentamento psicológico de pessoas negras e com deficiência" Autor: Carlos Vinícius Gomes Melo Livro: "Gênero na Psicologia: articulações e discussões" Autoras: Grupo de Trabalho em Relações de Gênero e Psicologia do Conselho Regional de Psicologia Bahia Livro: "Cartilha Psicologia e Relações Raciais" Autoras: Grupo de Trabalho Psicologia e Relações Raciais
17:30 – 18:00	Intervalo
18:00 – 19:00	Assembleia Final e Mesa de Encerramento

2. UM CAMINHAR PARA A I MOSTRA DE PRÁTICAS EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS NA BAHIA

Em meados de setembro de 2015, o Grupo de Trabalho em Psicologia e Políticas Públicas (GTPP) se reuniu sob o desafio de construir uma atividade que provocasse as/os profissionais inseridas/os nas políticas públicas a conversarem sobre sua atuação e, ao mesmo tempo, pudesse configurar como um espaço de questionamento e problematização desta atuação. Portanto, figurasse como um espaço formativo. Surgia então a ideia de realizar a I Mostra de Práticas em Psicologia e Políticas Públicas na Bahia.

Considerando o que afirma Boaventura de Sousa Santos (apud LAZZAROTTO, 2004), que "*todo conhecimento é uma prática social de conhecimento e só existe na medida que é protagonizado e mobilizado por um grupo social, atuando num campo social em que atuam outros grupos protagonistas e outras formas de conhecimento*", podemos afirmar que a Psicologia é uma prática social, a qual compartilha códigos e é regida por uma ética que a faz, também, uma prática política. Pensar a Psicologia nas Políticas Públicas é localizar a prática social do conhecimento psi numa reafirmação de práticas políticas. Partindo desse pressuposto, construir a I Mostra como um espaço formativo foi um esforço de imprimir um projeto educativo emancipatório em qual a aprendizagem de conhecimentos conflitantes tem por objetivo produzir imagens desestabilizadoras dos conflitos sociais e o inconformismo com a trivialização do sofrimento e da opressão (LAZZAROTTO, 2004).

Neste sentido, a construção da I Mostra se deu localizada no lugar social da prática psi nas Políticas Públicas, a partir da concepção de uma ciência e profissão (projeto político) voltada para a garantia de direitos. Foi também elemento incentivador a constatação da distancia entre a área de atuação (políticas públicas) e a formação da/o psicóloga/o, no que diz respeito a uma falta de informação de como se dá a prática neste contexto. Vale destacar que o cenário de surgimento e ascensão da Psicologia conformou esta jovem ciência aos critérios das ciências naturais, fortemente influenciadas pelo pensamento eurocêntrico. Diante disso, vimos nascer uma prática que se legitimava através dos teste psicológicos, justificando a hierarquia e a segregação entre grupos humanos, agora fundamentadas cientificamente.

No contexto atual, com a Psicologia já inserida nos serviços públicos, nos deparamos com as resistências de uma prática que se forjou elitista e de abordagem

individual, e que tem sido convocada para o cuidado e atendimento dos grupos vulnerabilizados, sendo orientado pelo interesses da coletividade. O psicólogo, ao chegar para atuar nas políticas públicas tem se deparado com uma estrutura e uma dinâmica que tem exigido dele uma prática muitas vezes distinta daquela que ele esperava encontrar, a qual embasou toda a formação acadêmica. Muitas vezes, quando isto ocorre, o profissional pode adquirir experiência na prática ou então, por vezes, acaba se acomodando nos conhecimentos teórico-práticos vivenciados na formação. Contudo, a I Mostra trouxe importantes contribuições para a profissão, favorecendo o avançar da Psicologia no que diz respeito a prática desses profissionais no âmbito das políticas públicas.

Todos os caminhos levam à mudança: de olhar e de atitude, mas não adianta querer mudar o presente sem conhecer os paradigmas que resultaram no presente. Ou seja, em nosso processo de autoconhecimento é indispensável o retorno ao passado e a análise histórica dos acontecimentos, dos papeis, da época, da idade. Compreender estes elementos e elaborá-los nos auxilia no presente para a tomada de decisão e mudanças que desejamos ensejar em nova vida. Essa é uma boa metáfora para ilustrar a urgência por aprendermos sobre a história da Psicologia, o contexto social, cultural, político e econômico desde sua emergência até o momento atual e, desse modo, compreendermos as práticas que temos reproduzido e as possibilidades de transformação que devemos empreender. Então, antes de qualquer motivação para a mudança é preciso ter bem construído em que contexto sócio-histórico e político a Psicologia se formou, indo do contexto macro (Mundo) ao micro (Bahia), pois cada povo carrega consigo as marcas da “ancestralidade” as quais o constitui. E, perceber que a formação do profissional acontece em paralelo aos fatos históricos, fortalece a importância de se conhecer a história.

Para tanto, construímos um espaço para nossa própria formação através dos ciclos formativos. Os textos desses ciclos levaram os membros do GTPP à reflexões sobre o que viriam a ser as próprias políticas públicas, seu percurso histórico, bem como contribuíram para um resgate histórico da psicologia no Brasil, o porquê da prática ter sido durante tanto tempo principalmente clínica e de como foram os movimentos em direção a uma inserção nas políticas públicas. Foram discutidos aspectos culturais, colonização do conhecimento, direitos humanos, sempre problematizando o lugar que a psicologia tem ocupado e resgatando qual seria seu

compromisso social. Isso nos levou a pensar em uma Psicologia que deve voltar o olhar para o não visível, indo além do que é naturalizante, com a finalidade de questionar a desigualdade social, racismo, violência e demais relações de poder, primeiramente, se assumindo como fonte dominadora e saindo da posição “daquele que fala” para “aquele que faz falar” potencializando a fala do sujeito, aos corpos, a alma.

A expectativa com a I Mostra foi de atrair a categoria para uma maior discussão no campo, e para o fortalecimento de políticas públicas, pensadas, construídas e mantidas a custo de muitas lutas e que frequentemente se veem ameaçadas por conjunturas e interesses de mercado. Desejamos, ainda, convocar os atuais e futuros profissionais de modo a repensarmos qual o compromisso social da psicologia com a população baiana e brasileira. Concebemos que este compromisso não se limita ao espaço íntimo do encontro entre terapeuta-cliente, mas concerne a ética nos posicionamentos e práticas autorizadas pelo fazer psicológico e reproduzidas pelos profissionais em sua atuação. Defendemos, então, o trabalho e análise psicológica que considere, em suas produções, o próprio processo de formação da população brasileira e as transformações sociais e políticas que a produziu.

Referência

LAZZAROTTO, G. D. R. A construção de possibilidades na formação do psicólogo: moradas de invenção e acolhimento. In: Nascimento, C. A. T., et al., **Psicologia e políticas públicas**: experiências em saúde pública (pp. 59-72). Porto Alegre: CRP-07, 2004.

3. SAUDAÇÃO DA COMISSÃO ORGANIZADORA

Prezada/o participante,

Sejam bem vindas/os a I Mostra de Práticas em Psicologia e Políticas Públicas da Bahia.

A Mostra de Práticas é um espaço de troca, compartilhamento, construção de saberes e experiências da Psicologia nas Políticas Públicas existentes no território baiano. É também um momento de celebração e aposta. Celebramos os 10 anos do nosso Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), órgão operacional do Sistema de Conselhos criado em 2006 para, através da investigação das práticas *psi,* criar novas referências para atuação nas políticas públicas. E reafirmamos a nossa aposta no compromisso enquanto ciência e profissão para o enfrentamento da desigualdade social e a garantia de direitos. Neste sentido, melhor tema não poderia caber ao evento senão, *"10 anos de CREPOP pela garantia de direitos e o compromisso ético político da profissão"*.

Para fazer jus a um espaço de troca, compartilhamento e construção, organizamos a I Mostra com espaços diferentes e dialógicos: as mesas temáticas, nas quais teremos convidadas(os) que trarão suas contribuições para pensarmos e discutirmos temas que atravessam os fazeres em questão como interdisciplinariedade, compromisso ético- político e garantia de direitos.

O evento foi estruturado em rodas de conversa, onde acontecerão as apresentações de trabalhos e conversações sobre estas, o bate papo com autoras em que estarão algumas das últimas publicações feitas por pesquisadoras baianas e de relevância para a área e a Assembleia final, momento em que encerraremos nossas atividades apresentando os registros das discussões produzidas durante os três dias.

De antemão, queremos agradecer a todas/os que contribuíram para a realização deste ato, as/os convidadas/os, as/os membros da comissão científica, as/os monitoras/os, funcionárias/os de gestão do CRP 03, aos mais de 100 proponentes de trabalho e a todas/os inscritas/os.

Desejamos que tenhamos três dias de encontro e criação!

Comissão Organizadora
Grupo de Trabalho em Psicologia e Políticas Públicas

4. TRABALHOS COMPLETOS

4.1. Psicologia e Relações de Gênero

FEMINISMO E IDENTIDADE DE GÊNERO: MEMÓRIAS DE UM CÁRCERE SOCIAL

Sebastiana Tibúrcio dos Santos e Sousa
Luana Vieira de Oliveira

INTRODUÇÃO

Atualmente discute-se muito sobre as formas de enfrentamento da violência doméstica, e grande parte desse enfretamento envolve lidar com as marcas da violência que atingem proporções físicas e psicológicas. A violência de gênero, doméstica e contra a mulher são fenômenos que se notam desde os relatos bíblicos, e seguem com grande omissão, preconceito, pudor e conservadorismo quando tratada. O quadro brasileiro se compara a países de menor desenvolvimento e de cultura mais conservadora como Índia e Paquistão [1,2].

A violência doméstica é “qualquer ato, conduta ou omissão que sirva para infligir, sofrimentos físicos, sexuais, mentais ou econômicos, de modo direto ou indireto”[3]. É um fenômeno bastante complexo, sendo por isso necessário a sua subdivisão em subformas, que são: psicológica, física, moral, patrimonial, sexual. Atinge famílias de diferentes classes sociais, origens, regiões, estados civis, escolaridade ou raças[4].

A violência contra mulher constitui uma das principais formas de violação dos seus direitos humanos, atingindo-as em seus direitos à vida, à saúde e à integridade física. A Lei N.°11.340, de 7 de Agosto de 2006 coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher assegura que seus direitos sejam cumpridos sem que essa sofra com a vulnerabilidade gênero[5].

A situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda[6]. No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades[6,7].

Entre 1980 e 2010 foram assassinadas mais de 92 mil mulheres no Brasil, 43,7 mil somente na última década. Segundo o Mapa da Violência 2012 divulgado pelo

Instituto Sangari, o número de mortes nesse período passou de 1.353 para 4.465, que representa um aumento de 230%. O crescimento efetivo aconteceu até o ano de 1996, período que as taxas de homicídio feminino duplicaram, passando de 2,3 para 4,6 homicídios para cada 100 mil mulheres. Desse ano até o ano de 2006 as taxas permanecem estabilizadas em torno de 4,5 homicídios para cada 100 mil mulheres[8].

A desigualdade de gênero tem como uma de suas extremas formas de manifestação a violência contra as mulheres, legitimado pela cultura machista e do estupro, resultado da diferença de poder que se traduz em relações de dominação e força[9,10]. Assim, a violência baseada no gênero tem-se constituído em um fenômeno social que influencia sobremaneira o modo de viver, adoecer e morrer das mulheres.

O reconhecimento da complexidade da situação de violência doméstica e de gênero no Brasil não significa sua absoluta impossibilidade de enfrentamento. As intervenções necessárias para combater esse flagelo exigem mudanças de ordem cultural, política e econômica e incluem a participação de toda a sociedade[10,11]. O caminho sociopolítico é relevante.

Um dos maiores obstáculos a qualquer trabalho preventivo com populações de vítimas de violência doméstica parece ser a forma estereotipada e naturalizada com que temos tratado a violência e os papéis concernentes à mulher na sociedade[12,13]. Não há como dissociar as dimensões sociais, culturais e psicológicas em questão para uma adequada compreensão dos processos que resultam em violência doméstica dada a conhecida importância da dimensão sociocultural do problema[11].

Sendo assim, o relato de experiência que se segue foi fruto de uma pesquisa informalmente iniciada em grupos terapêuticos e rodas de conversa para apoio psicológico de mulheres e famílias que vivenciam rotineiramente a violência doméstica. Com fundamentação no trabalho em grupo, caracterizou-se por atuar com sujeitos sociais em condições ambientais específicas, atento às suas respectivas psiques ou individualidades. Afonso (2002) mostrou que percepção e aprendizagem ocorrendo no contexto de um grupo é, em grande maioria dos casos, vinculado a um campo social. Já as rodas de conversa estabelecem-se como forma efetiva de estimular o diálogo sobre um dado tema, utilizando conhecimentos e técnicas do processo grupal para dinamizar a participação, a comunicação e a reflexão no grupo.

O principal intuito era o reconhecimento das situações de vulnerabilidade social e violência – visto que vivendo em rotina de naturalização da mesma não é possível

se identificar na condição de vítima - e a melhoria das relações entre os sujeitos, e entre estes e a natureza, instituições sociais e o seu empoderamento[13]. A proposta abordou vivências com mulheres de comunidades de baixa renda da cidade de Vitória da Conquista/BA, especialmente de bairros periféricos, cujos filhos frequentam a Pastoral do Menor, órgão vinculado ao município.

O interesse pelo tema nasceu de uma aplicação prática relacionada ao projeto promovido pela Associação Brasileira da Industria de Brinquedos - ABRINC, desenvolvido na Pastoral do Menor, que tem como objetivo abordar questões relacionadas com a irradicação do trabalho infantil. Notou-se neste trabalho a necessidade de voltar o olhar para as mulheres dessas famílias, considerando a situação de vulnerabilidade social na qual se enquadram e que gera uma série consequências, que envolvem a violência de gênero e doméstica.

A princípio observou-se que as mães direcionam as crianças ao trabalho, na intenção de educá-los formando na concepção delas, homens e mulheres trabalhadores(as), logo responsáveis. Já os pais e/ou figura masculina presente na família desenvolvem e perpetuam um papel pouco exemplar, com atitudes violentas em relação à família. Estes homens, são em grande maioria, etilistas crônicos e/ou usuários de drogas ilícitas, além de estarem envolvidos no tráfico, o que aumenta a situação de vulnerabilidade e propicia a prática de violências físicas, psicológicas, sexuais e morais contra suas famílias[13, 15].

Essas mulheres enquanto sujeitos tornaram-se objeto de estudo sob o recorte das marcas psicológicas e sociais resultantes dessas violências que permanecem gerando sofrimento, angústias e adoecimento[13]. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos. Os indicadores epidemiológicos do Brasil mostram uma realidade na qual convivem doenças dos países desenvolvidos (cardiovasculares e crônico-degenerativas) com aquelas típicas do mundo subdesenvolvido (mortalidade materna e desnutrição)[6,7,11].

As dores vivenciadas por estas mulheres tornam-se traumas psicológicos que as perseguem e dificultam os relacionamentos interpessoais– ou as deixam fragilizadas ou as endurecem ao ponto de perpetuarem os comportamentos violentos dos quais foram vítimas, sendo idênticos aos de pais ou companheiros – repassando

para descendentes e, assim, perpetuando e naturalizando a violência[10,12,13]. Os termos obediência e respeito são recorrentes na fala dessas mulheres: “Dou murros na cara das minhas filhas para se concertarem, mas o certo mesmo é uma grande e boa surra, pois isso consertou o meu filho, pois até tirei sangue dele. E hoje ele me respeita.” Trecho retirado de entrevista realizada com mãe pelo projeto ABRINC. Tais palavras e atitudes refletem experiências de profundos traumas, além de se observar a resistência na escuta a na possibilidade de mudança de comportamento.

Essas mulheres reconhecem sua condição de vulnerabilidade, vivenciam essa realidade desde a infância, entretanto são resistentes, o que as leva muitas vezes a abandonar os grupos de apoio[13,16]. Portanto, percebe-se como o drama da violência contra a mulher é recorrente e aprisionante, abala a autonomia, destrói a autoestima e diminui a qualidade de vida, trazendo consequências à estruturação pessoal, familiar e social[16,17].

Há que se considerar que, em alguns casos, as mulheres não têm condições reais de se livrarem dessa situação de violência por falta de acesso aos meios e recursos necessários para se desvencilharem de sua dependência com o agressor[12,16]. Tais mulheres demandam assistência psicológica, amparo social, orientação jurídica, moradia, creche, escola, necessidade de trabalho para a aquisição de autonomia financeira e tratamento de saúde[5]. Essa situação demonstra a importância de ampla, integrada e eficaz rede intersetorial na atenção à saúde da mulher para que possam ser assumidos contornos relevantes para a garantia da integralidade e da efetividade do cuidado à mulher em situação de violência[9,10,16]. Daí se nota a importância de ser ter uma conhecimento mais aprofundado acerca das marcas consequentes da violência de gênero e quais suas repercussões nas vidas das vítimas diretas e indiretas, e ainda sobre a cultura machista e do estupro que é imposta à mulher pela sociedade.

OBJETIVOS

Geral: Relatar a experiência vivenciada em grupos terapêuticos e rodas de conversa realizadas com mulheres matriarcas de famílias que vivem em situação de vulnerabilidade social e violência doméstica, cujos filhos frequentam a Pastoral do Menor na cidade de Vitória da Conquista-BA.

Específicos:

- Observar a mudança gradativa das participantes dos grupos de acordo com o número de encontros;
- Perceber a efetividade do trabalho grupal e principalmente das rodas de conversa na efetividade no que tange a discussão, reflexão e criação de novos paradigmas sociais para as participantes do grupo;
- Notar no contexto familiar em relação às crianças alguma mudança de comportamento que fosse reflexo dos temas discutidos nos grupos;
- Empoderar as mulheres participantes acerca de suas potencialidades e direitos;
- Conscientizar as participantes do grupo acerca da situação de vulnerabilidade social a qual se encaixam, para assim, tentar diminuí-la.

METODOLOGIA

Esse relato de experiência constitui o relato dos grupo terapêuticos realizados na Instituição social Pastoral do Menor de Vitória da Conquista-BA, a qual atende crianças de famílias de baixa renda de bairros periféricos da cidade. Em trabalho a partir de um projeto da ABRINQ percebeu a necessidade de se dialogar com as mães dessas crianças. Para isso escolheu-se a metodologia do trabalho em grupo e da roda de conversa como metodologia de maior aproveitamento, visto que o objetivo principal era a criação de uma nova percepção social de si e da sociedade a qual compõe.

O grupo é o contexto onde se pode reconstruir e criar significados, vivenciar e re-significar questões, através da troca de informações, do insight, da identificação e outros processos (Afonso, 2006). O grupo funciona como um campo de referências cognitivas e afetivas, onde o sujeito se integra e se reconhece, podendo tanto bloquear quanto estimular processos criativos e críticos. Ansara (2010) afirma que, combinando relações de produção e de afeto, o pequeno grupo oferece manifestações de organização, expressão, solidariedade e criatividade que remetem ao contexto social. Sendo portador de um projeto, o grupo é ao mesmo tempo analista e ator de sua ação, contribuindo para produzir sua consciência no contexto de sua ação.

As rodas de conversas constituem uma estratégia libertadora, que favorece a emancipação social de camadas historicamente excluídas. Vai além da simples disposição circular de cadeiras e possibilita que os sujeitos construam sentidos para

as suas realidades e o seu lugar de atuação nestas facilitando e promovendo a reflexão, transformação e a discussão acerca de diferentes realidades[18,20]. As rodas de conversas possibilitam o diálogo, criando possibilidades de produção e ressignificação de saberes sobre as experiências dos participantes. Baseia-se na horizontalização das relações de poder e na exclusão da figura do mestre, os próprios sujeitos que as compõem se implicam como atores sociais, críticos e reflexivos diante da realidade, dando importância significativa a fala como signo de valores, normas, cultura e práticas[15, 21].

O encontro era realizado com as mães e responsáveis na figura feminina por cada criança que frequentava a Pastoral do Menor. Em cada semana era tratado e discutido um tema específico como, a relação com os filhos, a relação com o parceiro/ cônjuge, violência vivenciadas, o amor e a disciplina, o amor próprio e a convivência, sexualidade, luto, ciúme, rejeição, maternidade e proteção, juventude, a falta do lúdico[20].

A reunião do grupo acontecia em local e hora combinados com a entidade e com as participantes, durando em torno de duas horas. Os encontros eram preparados pelas coordenadoras. Conforme o tema, buscava-se selecionar informações que eram compartilhadas no grupo bem como dinâmicas para a sensibilização e dinamização da reflexão. Buscava-se, a partir daí, sistematizar com o grupo as experiência sobre a questão em pauta, visando problematizar as suas representações sobre família, amor, sexualidade, ciúme, violência e maternidade e repensar quais práticas que contribuem para promover ou para fragilizar suas condições acerca dessas problemáticas[13,20,21].

As técnicas lúdicas nas "rodas de conversa" configuravam estratégias que motivavam a interação e a comunicação sempre trabalhadas como meio para promoção do conhecimento no grupo[22]. Dividiam-se as rodas em três momentos três momentos: a apresentação da temática do dia através das meios para veiculação; a discussão sobre a temática; e o final com a avaliação do encontro. As moderadoras procuravam sempre dinamizar as trocas de experiência e a comunicação em relação ao tema proposto, incentivar o grupo na busca de informação e promover a reflexão entre os participantes, mantendo a abertura para ouvir e aprender com o grupo[20].

RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES

Os temas foram abrangentes no sentido de abarcar as diferentes realidades, porém mantinham em base uma mesma temática que pautava e ressignificava todos os outros. A proposta era sensibilizar, mobilizar e incentivar o grupo a continuar conversando sobre as questões discutidas, mesmo depois que a roda acabasse[20,21,23].

Percebeu-se durante todo o processo a evolução das participantes no que diz respeito a maior percepção e entendimento acerca dos fatos relatados pelas moderadoras, e pela percepção de encaixe em sua realidade e também a identificação do partilhamento com a outras participantes da mesma realidade.

Por meio das provocações feitas nas rodas de conversa, a fim de caracterizar as percepções sobre os conceitos de mulher, violência, amor, maternidade e ciúme foi possível promover diversas reflexões sobre a relação mãe/filho, companheiro/companheira no contexto familiar. Todas puderam expressar livremente suas inquietações e expectativas num clima de informalidade e, ao mesmo tempo, de seriedade[17,23]. A experiência de sentir-se protagonista do cotidiano familiar foi vivenciada pelas participantes, à medida que suas falas expressavam verdades pertencentes não apenas a si mesmos, mas também referente às outras participantes, conforme descobriam no decorrer das discussões. O contentamento e a satisfação em relação a essas descobertas puderam ser percebidos ao final de cada encontro, quando as participantes desejavam que a roda de conversa acontecessem outras vezes.

De modo geral, as rodas se efetivaram como ponto de encontro entre as mulheres, como espaço de troca de vivências, relatos, experiências e principalmente de acolhimento e não de controle; de produção de conhecimento livre e não imposto; de construção de si própria e de reflexão de vida e atitudes, produzindo assim consciência crítica e autônoma das mulheres diante de suas famílias e sociedade[15, 17, 23].

A experiência reafirma a importância da (re)invenção das práticas que construam novos significados, adaptando linguagem, os recursos e métodos em uso, na intenção de promover diálogo e o empoderamento realmente decisivo e influente nas relações dos sujeitos[15].

Entende-se que a discussão sobre violência doméstica não deve se restringir a uma dimensão racional e cognitiva. É importante que cada sujeito reflita sobre a sua realidade e práticas, assim como as práticas do outros com o qual convivem e que

influenciam nessa questão. Isto inclui uma postura crítica diante da sociedade e principalmente diante de sua própria decisão acerca do acontecimentos e ações que implicam na violência doméstica[10,16]. Esta reflexão deve ser ancorada nas práticas sociais e interpessoais, ou seja, a questão da violência doméstica precisa ser investida de sentido por parte dos sujeitos ao se colocarem também como cidadãos.

Nesta perspectiva, as rodas de conversa e o trabalho em grupo apresentam grande flexibilidade para adaptar os temas centrais a cada grupos, a partir das demandas e características[19,23]. Se a condição mínima necessária para que o indivíduo possa proteger-se contra esses problemas é tornar-se ativamente sujeito de sua própria saúde, assumindo comportamentos protetores e solidários, então adentrar a discussão para compreender aquilo que incomoda é uma forma de passar encarar a realidade sem preconceitos e a ela resistir[10]. Nessa perspectiva, o estranhamento de uma situação tida como natural é o início de um processo de compreensão que somente se finalizará após a descoberta das possibilidades de transformação da situação que lhe deu origem.

REFERÊNCIAS

1. Ali TS, Asad N, Mogren I, Krantz G. Intimate partner violence in urban Pakistan: prevalence, frequency, and risk factors Int J Womens Health. [Internet]. 2011. [acesso 26 jul 2015];3:105–15.

2. Babu BV, Kar SK. Domestic violence against women in eastern India: a population-based study on prevalence and related issues. BMC Public Health. [Internet]. 2009. [acesso 26 jul 2015]; 9(129):1-18.

3. MACHADO, Carla e GONÇALVES, Rui Abrunhosa (2003), Violência e Vítimas de Crimes. Coimbra: Quarteto

4. BANDEIRA LM. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. Sociedade e estado. Vol29 no 2 Brasília. 2014.

5. BRASIL. Lei N.°11.340, de 7 de Agosto de 2006. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Presidência da República, 2006.

6. GUEDES RN. A Violência de gênero e o processo de saúde-doença das mulheres. Esc Anna Nery. 2009.

7. LAURENTI, Ruy; JORGE, M. H. de M.; GOTLIEB, S. L. D. (Org.). Mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna. [Brasília]: Ministério da Saúde; OPAS; USP, 2002.

8. WAISELFISZ, Julio Jacobo. Mapa da Violência 2012 - Os Novos Padrões da Violência Homicida no Brasil. 1ª Edição Instituto Sangari. São Paulo, 2011.

9. BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes. Brasília, 2004.

10. BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília, 2011.

11. Brasil. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. (2003). Programa de prevenção, assistência e combate à violência contra a mulher: plano nacional: diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas. Brasília

12. D'Oliveira, A. F., & Schraiber, L. B. (2000). Violência doméstica como problema para a saúde pública: capacitação dos profissionais e estabelecimento de redes intersetoriais de reconhecimento, acolhimento e resposta ao problema. Anais do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva [CD-Rom]. Salvador, Bahia.

13. Meneghel, S. N., Barbiani, R., Steffen, H., Wunder, A. P., Dalla Roza, M., Rotermund, J., et al. (2003). Grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. Cadernos de Saúde Pública, 19 (4), 955-963.

14. AFONSO, Maria Lúcia M. Metodologia de trabalho - Intervenção psicossocial. Revista Pensar BH (edição Criança Pequena). Nov 2002.

15. AFONSO, M. L. M. O trabalho social com famílias – entrelaçamentos com os Direitos Humanos. Rev. da Coordenadoria Municipal de Direitos Humanos, Belo Horizonte, vol. III, 2006.

16. COELHO, C. M.; GAETANI, R. R. Metodologias de trabalho em grupos no enfrentamento à violência contra a mulher. Fazendo Gênero. Violência de gênero ST. 5, 2006.

17. FONSECA, C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. Saúde Soc., São Paulo, v.14, n. 2, maio/ago, 2005.

18. AFONSO, Maria Lúcia M. (Org.). Oficinas em Dinâmica de Grupo: um método de intervenção psicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

19. ANSARA, Soraia; DANTAS, Bruna Suruagy do Amaral. Intervenções psicossociais na comunidade: desafios e práticas. Psicol. Soc., v.22, n.1, p.95-103, Abr 2010.

20. AFONSO, Maria Lúcia M.; ABADE, Flávia Lemos. Para Reinventar as Rodas: Rodas de conversa sobre Direitos Humanos. Belo Horizonte: RECIMAM, 2008.

21. AVRITZER, Leonardo (Org). Cadernos de assistência social. Belo Horizonte: Núcleo de Apoio à Assistência Social (NUPASS), UFMG, 2006.

22. CAMPOS, G. W. de S. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. Ciênc. saúde coletiva, v.16, n.7, p. 3033-3040, Jul 2011. ISSN 1413-8123

23. LÉVY, A. Intervenção como processo. In MACHADO, M. N. M. et al. (orgs.). Psicossociologia: análise social e intervenção. Belo Horizonte: Autêntica, 2001, p. 185-209.

GRUPO DE MULHERES: RECONSTRUÇÃO DOS VINCULOS EM BUSCA DE SUA IDENTIDADE SOCIAL

Laédiane Dourado Oliveira – Psicóloga – CRP03/9563
Cleide Almeida Marques CRESS-BA/6464
Bruna Silva Fagundes CRESS-BA/6303

Este trabalho descreve a experiência com um grupo de mulheres realizado num Centro de Assistência Social-CRAS no município de Santana/Bahia, essas mulheres são acompanhadas pelo Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família-PAIF pela equipe técnica do CRAS composta pelas Assistentes Sociais e Psicóloga. Trata-se de uma prática que vem sendo desenvolvida desde Janeiro de 2016. Acentuaremos, nesta exposição, a produção do grupo no primeiro semestre de 2016/1 (janeiro a junho). Objetivo do trabalho é possibilitar um espaço de convivência e integração para as mulheres atendidas pelo CRAS de Santana através de rodas de conversas numa perspectiva de fazer reflexões sobre sua identidade social e feminina. Esse tipo de trabalho ganhou grande importância a partir de 2005 quando a Política Nacional de Assistência previu a criação do Sistema Único de Assistência Social-SUAS, legislado e implementado, um sistema descentralizado e com participação popular, com comando único em cada órgão de gestão, com competências e atribuições claramente definidas entre os entes governamentais e criou os equipamentos públicos municipais da assistência social, os O Centro de Referência de Assistência Social- CRAS e Centro de Referência Especializado da Assistência Social-CREAS. O CRAS consiste em uma unidade pública estatal da Política Nacional de Assistência Social, principal porta de entrada do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e que tem como serviço principal o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF, que consiste no trabalho com famílias, mediante atendimentos e acompanhamentos familiares particularizados e/ou em grupos (BRASIL, 2004). Enquanto equipamento da Proteção Social Básica, o CRAS trabalha com a garantia do acesso aos direitos socioassistenciais, valorizando e fortalecendo uma rede de promoção e proteção social através do processo de Acompanhamento Familiar de forma individual e/ou através de grupos. Diante dessa definição da proposta desse equipamento de Proteção Social Básica, a equipe técnica do CRAS composta por duas psicólogas e três assistentes sociais, começou um trabalho de

mapeamento e diagnósticos das famílias atendidas no CRAS do Bairro São João do município de Santana. Com esse estudo foi averiguado pela equipe a necessidade de trabalhar as famílias atendidas pelo Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) Consiste no trabalho social com famílias, de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva da família, prevenir a ruptura de seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida. Prevê o desenvolvimento de potencialidades e aquisições das famílias e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, por meio de ações de caráter preventivo, protetivo e proativo. Verifica-se que o PAIF não se limita a um programa com periodicidade determinada, mas é um serviço continuado. Sua função é contribuir para o fortalecimento dos vínculos no âmbito familiar a fim de fortalecer a família e cuidar para a não ocorrência de ruptura de vínculos entre os seus membros. Portanto, como o CRAS é o principal órgão executor da Política Social Básica e traz como um dos seus principais serviços o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família-PAIF, o acompanhamento social de famílias de forma individual ou através de grupos. A família tem centralidade na política brasileira de assistência social, em que perpassa a premissa de que essa, para cuidar dos seus entes, primeiro tem que receber os subsídios necessários através de políticas sociais direcionadas (Mioto, 2004). Já para Guimarães e Almeida (2010, p. 131) afirmam que para a consolidação do trabalho social com famílias é preciso, em primeiro lugar afastar a ideia de que o trabalho com famílias pode ser conduzido de maneira pragmática, aleatória ou voluntarista. É necessário compreender, também, que o fato das pessoas ou famílias estarem juntas não concretiza, per se, um procedimento grupal que possa conduzir seus membros de autonomização e mudanças de realidade familiar e social. No caso da assistência social esses subsídios são oferecidos por uma rede socioassistencial compostas por organizações governamentais e não governamentais, nos vários níveis de proteção social ofertados. Outro ponto nesse trabalho foi de mostra para essas mulheres atendidas no grupo que as famílias atendida pela Política de Assistência Social tem que se sentir motivada e preparada para brigar por seus direitos e não perpetuar uma cultura de recebimento passivo de serviços. Além disso, mostra que o Acompanhamento Familiar é um serviço importante, desafiador e que precisa ser planejado, adaptado e avaliado nos territórios em que está instalado, e não trabalhar somente como uma mera execução de reuniões sem impactos profundos na vida das

famílias atendidas pelo serviço. Assim, a equipe estabeleceu vários grupos com essas famílias atendidas no CRAS de Santana-BA no intuito de fortalecer os vínculos familiares, contribuir na melhoria de vida dessas famílias e principalmente por entender que o trabalho em grupo constitui um fenômeno fundamental na vida social de o individuo, pois, nos espaços desses grupos os indivíduos percebem que as vivências e as formas que um comportamento e maneira de ser de um individuo influencia na maneira de ser de outros indivíduos. E foi pensando dessa forma que o grupo de mulheres do CRAS foi pensando, logo, que maiorias das mulheres que foram convidadas para participar desse grupo tinham histórias peculiares na construção de sua identidade de social. O GRUPO DE MULHERES DO CRAS é composto pelas mulheres das famílias atendidas pelo PAIF, tendo como objetivo principal de proporcionar reflexões através das experiências de vida compartilhadas para reconstrução de uma identidade social e também promover uma perspectiva de independência financeira através de cursos profissionalizantes, logo, que o estudo apontou que muitas dessas mulheres do grupo têm basicamente como renda financeira o valor retirado do Programa Bolsa Família e um pensamento de anulação de muitos desejos e sonhos para viver o papel da esposa e mãe assim, muitas apresentava dificuldades de uma independência financeira e construção de uma identidade social feminina. Ao longo da história, vimos que o papel da maternidade foi construído como inerente à condição feminina, a realização das mulheres e da feminilidade, em meios a renúncias e sacrifícios, ao amor materno, aos cuidados dos filhos, etc. De alguma maneira a função da maternidade permitiu que as mulheres fossem valorizadas, enquanto figuras maternas, mas no sentido de reprimir qualquer ideia de autonomia. Para Saffioti (1994), a sociedade não foi dividida entre homens dominadores de um lado e mulheres submissas e subordinadas do outro. Pelo contrário, há homens que dominam outros homens como mulheres que dominam outras mulheres e mulheres que dominam homens. Segundo ela, o patriarcado “é um sistema de relações sociais que garante a subordinação da mulher ao homem, mas não constitui o único principio estruturador da sociedade brasileira”. Não existe uma visão unilateral do poder. Alguns estudiosos descartam esta visão, pois entendem que as mulheres, apesar de dominadas, encontram maneiras de resistir a esta dominação. E mesmo sendo dominadas, as mulheres constroem estratégicas que lhe permitem anular a relação de dominação. As identidades de gênero são, pois, simultaneamente,

a construção e a desconstrução de modelos já conhecidos (Arán, 2006). São categorias elásticas que se constituem enquanto resistência e a própria possibilidade de subversão, conferindo ao sujeito identidades plurais e múltiplas. Essas, por sua vez, dizem respeito a edificações sociais historicamente modeladas a partir de infinitas possibilidades de intercruzamento entre as demais identidades culturais, e os discursos e práticas que as sustentam. Por esse motivo, é que compreendemos o sujeito humano como "tendo identidades que se transformam, que não são fixas ou permanentes, que podem, até mesmo, ser contraditórias" (Louro, 2004, p.24). Para Castells (1990), "A identidade é fruto de uma construção social, interiorizada e vivida pela maioria da população, construção essa que tem adquirido diferentes matizes ao longo da história, segundo o modelo de organização social vigente e das características consideradas necessárias para proporcionar funcionalidade ao sistema". Logo, a noção de identidade pensada é estratégica e posicional, na medida em que não compreende o sujeito como unidade-identidade, mas sim dentro do contexto no qual ele é promovido e articulado: "a produção maquínica de uma máquina produtiva; produzindo, um produto" (Silva, 2000, p.83). Nessa perspectiva o sujeito se constrói em um contexto de "significados e representações culturais, os quais por sua vez encontram-se marcados por relações de poder" (Mariano, 2005, p. 486). Assim a equipe que acompanha o grupo sentiu a necessidade de trabalhar conceito de identidade feminina a partir de uma perspectiva cultural, através dos diálogos medeiam à produção de narrativas que enunciam elementos que podem oferecer informações sobre os significados que constituem o conceito de identidade feminina nas diferentes situações contextuais que foram desenvolvidas com o grupo de mulheres participantes nos encontros. Por isso, no primeiro encontro foi feito um trabalho da linha do tempo dos momentos e pessoas que ajudaram a construir a identidade dessas mulheres, logo, que seria necessário compreender essa cronologia histórica da identidade de cada uma. Neste grupo as discussões produzidas pelas mulheres englobaram questões cotidianas, relacionamentos familiares, conjugalidade, maternidade, situação econômica e estereótipos de gênero e que cada encontro propiciou um espaço de trocas, em que as mulheres tinham liberdade para compartilhar e trazer suas queixas relacionadas vários contextos vivenciados por elas. O trabalho com grupo de mulheres em contextos das politicas públicas não é algo inédito. Entretanto, acreditamos que o relato dessa prática em construção, acolhe a

proposição de se pensar o grupo como “dispositivo analítico”, com potencial para promover descristalizações que as mulheres constroem ao longo se sua história, inserindo-se no plano da produção de subjetividades autônomas. O grupo se mostrou como um importante dispositivo de desconstrução de posições cristalizadas e um espaço de potencialização individual e coletiva, configurando-se como um desafio para as profissionais envolvidas, na medida em que suscita o questionamento constante de nossas construções teóricas e práticas. Para essa compreensão a Maurer Lane (1981,pg 16) “o viver em grupos permite o confronto entre as pessoas e cada um vai construindo o seu "eu" neste processo de interação, através de constatações de diferenças e semelhanças entre nós e os outros. É neste processo que desenvolvemos a individualidade, a nossa identidade social e a consciência de si mesmo”. Desta forma, este trabalho objetiva, principalmente, reconhecer as políticas públicas que propiciam o processo de empoderamento a estas mulheres foi necessário realizar um trabalho interdisciplinaridade entre a Psicologia e o Serviço Social. Acerca da interdisciplinaridade entre Psicologia e Serviço Social, o autor Eildewein (2007 pg.299) elucida que os saberes produzidos por ambas as áreas se auxiliam reciprocamente no entendimento da influência social exerce sobre o âmbito psicológico do ser humano, visto que é possível pensar que o conhecimento produzido por essa área do saber em torno de seu objeto pode contribuir para ampliar a leitura e a compreensão da psicologia social em torno das relações que se estabelecem entre sujeito e sociedade. E, por outro lado, segundo mesmo autor (p.300) busca-se também poder contribuir com a produção de conhecimento dentro do Serviço Social, uma vez que tal profissão intervém diretamente com os sujeitos sociais nas mais diversas situações do cotidiano. A atuação interdisciplinar requereu da equipe técnica do CRAS de Santana intervenções norteadas por fatores racionais e metodológicos, respaldadas em parâmetros legais através dos códigos de ética profissional das duas profissões e também ações comprometidas ao entendimento da dimensão subjetiva e social. Outra discussão necessária foi trabalhar o conceito da mulher empreendedora, logo, que um dos objetivos ao oferecer o curso profissionalizante essas mulheres é sua busca de uma identidade feminina empreendedora. No processo de construção de uma nova identidade, a mulher não deve perder suas características femininas, em compensação, ela deve absorver algumas “características tipicamente masculinas que predominam no espaço público de

trabalho" (Cramer et al., 2012 p. 54). Para Belle (1993) a construção da identidade feminina está delimitada pela concepção de feminilidade interiorizada através da educação e também por normas e comportamentos institucionalizadas no ambiente de trabalho. Contudo, de acordo com Cramer et al. (2012) às vezes isso pode se tornar um processo complicado para a mulher, pois ela deverá desenvolver habilidades que não são "comuns" a ela. Ao conceituar a mulher empreendedora, Souza (1998, p. 121 apud Souza, 2006, p. 94) define-a como aquela que "tem capacidade de descobrir e avaliar oportunidade nos negócios, de reunir os recursos necessários para aproveitá-los e de trabalhar de forma apropriada para conseguir o êxito.". Segundo Possati e Dias (2002) para as mulheres o fato de estar no mercado de trabalho demonstra a possibilidade de ajudar outras pessoas, a oportunidade de aprender algo novo, e de deter o poder de decisão e a realização, motivos pelos quais tornam o trabalho recompensador. A metodologia utilizada para desenvolvimento do Grupo de Mulheres do CRAS de Santana foi desenvolvida da seguinte forma: 1. No primeiro momento foi feito planejamento da equipe para estudar que são essas mulheres que iam fazer parte do grupo, pensando que as características e objetivo do grupo tinham ser em comum para todas participantes, ao fazer esses estudos identificamos um ponto comum que foi a renda financeira e a negação do papel da mulher nos contextos que essas mulheres vivenciavam. Estabelecemos que os encontros fossem mensais como a equipe técnica do CRAS e encontros duas vezes na semana (segunda e quarta-feira) durantes três meses para curso de profissionalizantes; 2. Amostra do grupo foi composto por 17 mulheres, com idades que variavam de 17 a 48 anos. O estado civil delas se divide da seguinte forma: três mulheres são solteiras, uma é separada e treze casados. A escolaridade varia entre primário e 2° grau completo. As integrantes do grupo são moradoras dos barros (Alto da Vitoria e São João) e usuárias do CRAS-Centro de Referência de Assistência Social, outra característica desse grupo que 12 mulheres têm filhos no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos. Na sua maioria trabalham em casa, exceto uma que trabalha como zeladora de uma escola municipal. Outro dado importante desse grupo que treze mulheres têm como única renda o valor do Programa Bolsa Família; 3. O convite foi enviado convidado as mulheres para participar do grupo, foi emitindo 30 convites; 4. No primeiro encontro que aconteceu em Janeiro/2016 vieram 26 mulheres e nesse dia foi apresentada a proposta do grupo para as mulheres como também dois cursos profissionalizantes

(manicure e cabelereiro), ficando escolhido pelo grupo o curso de cabelereiro. Também foi construído nesse primeiro momento as normas para participar do grupo e receber o certificado do curso; 5. De janeiro a junho foram realizados 06 encontros num período de 6 meses com Equipe técnica, com participação média de 20 mulheres por encontro. Já para curso de Cabeleireiro foi realizados 20 encontros; 6. Os resultados do trabalho desse grupo de mulheres já foram visíveis na vida de algumas mulheres no decorrer do curso quando algumas já começaram aplicar os conhecimentos e técnicas do curso profissionalizante já cobrando um valor em sua comunidade, já outras conseguiram trabalhar em salões na comunidade. E as discussões sobre o papel da mulher na contemporaneidade e sobre a reconstrução de sua identidade foram aplicadas através das dinâmicas e discussões proporcionadas pelas técnicas do CRAS aonde foi apresentado diálogos pelas participantes de modificações de comportamentos dentro do contexto familiar e conjugal, como por exemplo, nessa fala de uma participante “chamei meu marido para conversar de como ele poderia mim ajudar nos afazeres de casa e também de cuidar dos nossos filhos, que tudo seria divido porque também preciso do meu tempo como ele tem para jogar bola e beber como os amigos” (Ana, 23 anos). Outro depoimento “o grupo de mulheres é tudo para mim. O grupo de mulheres é o ombro que eu precisava para desabafar. É minha segunda família e também conseguir ter uma profissão aqui”. (Nete, 38 anos). A equipe procurar fazer como que as mulheres que participaram desse grupo compreendessem que suas situações de vulnerabilidade social podiam ser mudadas através de suas atitudes e postura de vida diante dos contextos que estão inseridos e principalmente como sujeitos de direitos. No espaço proposto, possibilitaram as mulheres trazer questões de ordem familiar, do trabalho, do casamento e nem sempre nesses espaços elas têm a possibilidade de expor o que realmente pensam, assim, a equipe também fez escuta individualizadas e visitas familiares nas casas das participantes para compreender ainda mais as falas expostas no grupo e também as expressões que as mesmas não sentiram confortadas para expor no grupo. A expressividade encontrada nas discussões produzidas pelo grupo revela algumas impossibilidades de fala e reflexão delimitadas pelo próprio cotidiano vivido pelas mulheres. Nesse sentido, o grupo foi, a nosso ver, se construindo como um dispositivo, na concepção exposta por Benevides (1993), na medida em que permitiu “intensificar em cada fala, som, gesto, o que tais componentes acionam das

instituições (sociais/históricas) e de como nelas constroem novas redes singulares de diferenciação". Contudo, no grupo as mulheres passam a analisar semelhanças e diferenças através das falas, e construir sua própria identidade social e ao mesmo tempo procurar buscar possibilidades de mudanças de suas condições de vulnerabilidade social e principalmente financeiras. Diante do exposto, percebe-se o papel que um grupo possui na vida psicológica das pessoas, no decorrer do grupo os vínculos construídos como as mulheres participantes foram determinantes no desenvolvimento de uma nova concepção de identidade social partindo de uma discussão que quando as necessidades individuais são colocadas e discutidas numa perspectiva de coletividade podem ajudar os participantes desse grupo encontrar argumentos para buscar soluções e justificativas para algumas colocações que antes não era enxergadas pelos participantes do grupo. Além disso, o grupo de mulheres do CRAS do município de Santana procurou trabalhar com essas 17 mulheres uma consciência de pertencer à um grupo social e dessa forma as mesmas sentirem motivados a conseguir uma identidade social positiva que contribua em sua própria autoestima. Outro fator importante para sucesso desse grupo foi à equipe técnica compreender que para a construção de uma relação democrática e participativa com as famílias e toda a comunidade de referência do CRAS, a igualdade e respeitos devem estar presentes desde a postura dos profissionais, linguagem e atitudes até o local de atendimento, devendo este ser um ambiente designado para o acolhimento aos usuários, criando uma relação que se desenvolve de forma horizontal e não hierárquica. E também, que o trabalho social com as famílias deve ser desenvolvido de forma a contribuir para o fortalecimento dos vínculos, desenvolvendo assim a capacidade protetora desta e autonomia dos sujeitos que a compõe. Neste trabalho a família 10 deve ser sempre respeitada como sujeitos de sua própria história, possuidores de limites e conquistas, vivências e sabedoria adquirida ao longo da vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AFONSO, Lúcia; ABADE, Flavia Lemos. **PARA REINVENTAR AS RODAS.** Belo Horizonte. Rede de cidadania Mateus Afonso Medeiros (RECIMAM). 2008. Publicação eletrônica.

ARÁN, M. (2006). **O avesso do avesso: feminilidade e novas formas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Garamond.

BELLE, Françoise. **Executivas: quais as diferenças na diferença? In: CHANLAT, J. (coord) O indivíduo na organização.** São Paulo: Atlas, v.3, p.195-231, 1993.

BENEVIDES DE BARROS, Regina. (1993) **GRUPO E PRODUÇÃO.** In: Lancetti, Antônio (Org). Saúde loucura 4: Grupos e Coletivos. São Paulo: HUCITEC.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Brasília: MDS\SNAS, 2004.

_____. Norma Operacional Básica da Assistência Social (NOB\SUAS). Brasília: MDS\SNAS, 2005.

_____..Orientações para o acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). MDS/SNAS, 2006.

CASTELLS, M. (1999). **O PODER DA IDENTIDADE.** Em O fim do patriarcalismo: movimentos sociais, família e sexualidade na era da informação. São Paulo: Paz e Terra.

CRAMER, L.; CAPELLE, M. C. A; ANDRADE, A. L. S.; BRITO, M. J. et al. **Representações Femininas da ação empreendedora: Uma análise da trajetória das mulheres no mundo dos negócios**. Revista de Empreendedorismo e Gestão de Pequenas Empresas – REGEPE, v. 1, n. 1, p. 53-71, jan/abril, 2012.

EIDELWEIN, Karen. Psicologia Social e Serviço Social**: uma relação interdisciplinar na direção da produção de conhecimento.** In: Revista Textos & Contextos. – Porto Alegre: PUCRS, 2007.

GUIMARÃES, Rosamélia Ferreira, ALMEIDA, Silvana Cavichioli Gomes. **Reflexões sobre o trabalho social com famílias.** In: ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Maria Amália Faller. (Org.). **Família, Redes, Laços e Políticas Públicas.** 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010. . p.127-135.

LOURO, G. L. (2004). **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pósestruturalista**. (7ª ed.). Petrópolis: 2004. Vozes.

MAURER LANE, Sílvia T. **O que é Psicologia Social**. 1ª. ed. – São Paulo: Brasiliense, 1981.

MIOTO, R. C. T. A centralidade da família na Política de Assistência social: contribuições para o debate. Revista de Políticas públicas/UFMA, Unidade de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Programa de Pós-Graduação em

SOUZA, Eda Castro Lucas de; GUIMARÃES, Tomás de Aquino. **Empreendedorismo Além do Plano de Negócios.** São Paulo: Atlas S. A., 2006, p. 4- 20.

SOUZA, M. C., **Mulher em ação.** Rio de Janeiro: Record, Rosa dos Tempos, 1998.

IDENTIDADE, GÊNERO E PROMOÇÃO DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DAS OFICINAS DE TURBANTE PARA MULHERES NEGRAS EM SALVADOR-BA

Laura Augusta Barbosa de Almeida
Edna Gonçalves de Oliveira Abadia
Rosana dos Santos Silva

Saúde não é ausência de doença. Trabalhar com e na saúde é uma construção que envolve ampliar o olhar e a escuta, possibilitar que a complexidade da vida dos usuários invada os serviços e reorganize os modos de gerir e cuidar dos trabalhadores. Pensar o trabalho em saúde como vivo e em implica também colocar o usuário em outro lugar no encontro do cuidado: a de agente ativo na produção de sua saúde. (Merhy e Feuerwerker, 2010), fazendo um movimento contra hegemônico a posição que lhe é destinada: a de objeto das ações de saúde

Este relato de experiência, que se integra aos estudos no campo da saúde, busca descrever a realização de oficinas de turbantes como ações de promoção da saúde e promoção da cidadania, por integrantes do Núcleo de Estudos e Formação em Saúde (NEFES), em Salvador-BA. O NEFES criado em 2015 por uma psicóloga-docente e pelas estudantes do curso de psicologia da Faculdade Ruy Barbosa, tem por objetivo a construção de uma atuação mais próxima ao campo da saúde coletiva, dos objetivos do SUS e do compromisso ético-político da psicologia. O NEFES, enquanto um espaço de formação, incentiva o desenvolvimento de um exercício reflexivo que aproxima as estudantes de uma discussão identitária sobre o seu lugar enquanto futuras trabalhadoras da saúde, bem como sobre a formação de recursos humanos para o SUS, um sistema constituído pelo trabalho vivo, um espaço para se aprender e se comprometer. O projeto político-pedagógico do Núcleo inclui a interseção entre saberes e fazeres, reconhecendo a potência da experiência para construção compartilhada do conhecimento.

Buscando promover práticas alicerçadas no princípio da integralidade da atenção e no conceito ampliado de saúde, o NEFES vem validando o nosso espaço nesse eixo temático ao agregar na sua atuação a perspectiva de Gênero, sexualidades e as dimensões da política no cotidiano. Foram realizadas duas oficinas de turbantes nos meses de outubro e novembro de 2015, dentro do ciclo de atividades

temáticas do “Outubro das Mulheres” e “Novembro Negro”. Na intervenção realizada em outubro participaram mulheres negras estudantes de graduação e funcionárias de uma faculdade de Salvador. A segunda intervenção ocorreu em novembro, no Hospital das Clínicas da UFBA, participaram da oficina trabalhadoras do SUS e mulheres hospitalizadas. As participantes majoritáriamente eram mulheres jovens e negras. O itinerário analítico que orienta este trabalho é construído a partir da discussão sobre promoção da saúde, que de acordo com Czeresnia (2003), envolveria o fortalecimento da capacidade individual e coletiva de transformar condições de vida e o lidar com a multiplicidade dos determinantes e condicionantes da saúde, através de ações que atendam as dimensões social e existencial dos sujeitos, embasadas na ética do cuidado e empoderamento, tornando concreto o exercício da cidadania

Um dos eixos básicos do discurso da promoção da saúde é fortalecer a idéia de autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais. E uma das questões levantadas é justamente de que forma essa autonomia tem sido construída, partindo de que pressuposto e reconhecendo quais categorias como determinantes e condicionantes para se pensar a saúde.

A partir desta discussão sobre a tríade saúde, autonomia e determinantes e condicionantes da saúde chega-se a noção de identidade. Tratando-se da identidade, além da nacionalidade que reúne a todas e todos, estamos atravessadas por pertencimentos de raça, etnias, classe, sexo, religião, gênero, idade, etc., cuja expressão depende do contexto relacional. A identidade afro-brasileira ou identidade negra passa, necessária e absolutamente, pela negritude enquanto categoria sócio-histórica, e não biológica e pela situação social do negro num universo racista. (MUNANGA,2012). A identidade coletiva, em vez de ser uma autodefinição ou autoatribuição, pode ser uma identidade atribuída por outro grupo através de outros sinais diacríticos que não foram selecionados pelo próprio grupo. Quando nós estudamos outras sociedades e culturas, descrevemos também suas identidades através das características culturais, históricas, linguísticas, religiosas e outras que consideramos objetivos. O discurso sobre ident//idade negra só tem sentido num contexto plural, ou seja, multicultural.

No processo de construção da identidade coletiva negra, é preciso resgatar sua história e autenticidade, desconstruindo a memória de uma história negativa que se encontra na historiografia colonial ainda presente em “nosso” imaginário coletivo e

reconstruindo uma verdadeira história positiva capaz de resgatar sua plena humanidade e autoestima destruída pela ideologia racista presente na historiografia colonial. O cabelo crespo, objeto de constante insatisfação, principalmente das mulheres, é também visto no sentido de uma revalorização, o que não deixa de apresentar contradições e tensões próprias do processo identitário. Essa revalorização extrapola o indivíduo e atinge o grupo étnico/racial a que se pertence. Ao atingi-lo, acaba remetendo, às vezes de forma consciente e outras não, a uma ancestralidade africana recriada no Brasil. (GOMES,2002)

A história do turbante é de 570 DC, um símbolo material que reforça a consciência espiritual, símbolo de cultura, beleza, significados, funções e também usado por povos do oriente, tem expressão de atitude, resistência política e identidade. Ganha visibilidade na II Guerra Mundial, algumas mulheres utilizavam o turbante para esconder os maus tratos dos cabelos. Nos anos 60, ressurgi como símbolo da cultura negra nos movimentos que lutavam pelos direitos civis, nos tempos do movimento Orgulho Negro nos Estados Unidos surgiu como símbolo de Identidade, estética e empoderamento de mulheres negras. O uso do turbante remete a valorização cultural, lutas e resistência, das crenças e principalmente da valorização da beleza e cultura, tão negada e muitas vezes silenciada (RASPANTI,2015)

No Brasil, os turbantes chegam como o símbolo da nossa história (anterior a 1888), das nossas crenças e principalmente da valorização da nossa beleza e cultura, tão negada e muitas vezes invisibilizadas para não atribuir veracidade ao que a história e a atual conjuntura mostram sobre elas. No contexto africano também não é diferente: ele está diretamente ligado ao sentido religioso mas também ao significado social que remete a valorização da nossa história, com o reconhecimento das nossas lutas e o que significa carregar ainda hoje no sangue e na pele as amarras deste processo sócio-histórico e que até (OLIVEIRA,2013).

Entender a história cultural do turbante, principalmente o africano é se reconectar com nossas origens, com o processo de formação da cultura brasileira e mundial, visto que o Brasil recebeu influências de vários continentes, desde os portugueses europeus até o povo africano e suas várias culturas. O turbante é parte da cultura do povo, onde os costumes e roupas tradicionais traziam tecidos enrolados no corpo e os turbantes fazem parte dessa indumentária complementando o conjunto.

Eles são usados por homens e mulheres e cada amarração e torção tem um significado diferente. (BORGES, 2015)

O Ojá é um tipo de torço ou turbante usado na cabeça nas religiões tradicionais africanas, religiões afro-americanas, religiões afro-brasileiras, podendo ser de vários tipos e cores. Os turbantes têm funções sociais, religiosas e claro, fazem parte da moda e do estilo africano. Nas religiões africanas, o turbante é um elemento e elo com a nossa dimensão espiritual. O uso do turbante e suas variadas cores carregam significados profundos. Ele é usado para proteger a cabeça que simboliza os pensamentos e a fé no divino. (BRITO,2011)

A política de atenção integral à saúde da mulher pressupõe que os direitos sexuais e os direitos reprodutivos sejam compreendidos como direitos humanos, assim como levar em conta a diversidade e as necessidades específicas da população feminina. Portanto, é necessário que em qualquer planejamento de ações de saúde da mulher, além do enfoque de gênero, sejam incorporadas também as questões relativas à raça/etnia na saúde, visando que todos os indicadores de saúde considerem estas variáveis

O racismo é um determinante social estruturante nos atendimentos no Sistema Único de Saúde assim como na sociedade brasileira, fruto de longos processos de miscigenação através de um projeto político genocida de branqueamento e higienização da sociedade visando eugenia contra a população negra. A invisibilidade na atenção é uma das formas mais graves de silenciamento e genocídio do cuidado. (FLAUZINA,2006)

A dimensão racial constitui um desafio à implementação de políticas públicas dada a distância/iniquidade existente entre os níveis de saúde da população branca e os da afro-descendente em todas as regiões do País. Essa situação é ainda mais grave em se tratando das mulheres afro-brasileira e seus descendentes corresponde a 44,2 % da população brasileira (CORRAL, 2000). Somos atravessados por uma pluralidade de identidades coletivas que, dependendo do contexto relacional se expressam mais fortes que as outras (MUNANGA 2012), sendo assim, a reconstrução de costumes e tradições africanas torna-se referencial para o trajeto da busca de identidades coletivas e individuais.

Portanto, durante a realização das oficinas foram observadas às repercussões na percepção da autoimagem, a intensificação do pertencimento racial, o

reconhecimento da história, a formação de laço social e identificação entre as mulheres.se apresentaram como uma prática de promoção da saúde e de cidadania, além de promover a construção de um espaço de formação e integração de saberes no diálogo entre saúde, identidade e política. As intervenções ainda favoreceram a ampliação dos olhares das proponentes, profissionais e participantes para um conceito ampliado de saúde e para construção de novas estratégias de atuação que valorizem o fortalecimento da autonomia e o processo de humanização em saúde.

Palavras-chave: Gênero; Política; Saúde; Identidade ;Cidadania

Referências Bibliográficas

BORGES, Adriana. TURBANTE: CULTURA, MODA E ESTILO. 2015 In. Obviousmag.com [acesso em 09/08/2016, ás 19:00].

CORRAL, T. Agenda social. In: Agenda de desenvolvimento humano e sustentável para o Brasil do Século XXI. Brasília: Instituto de Política; PNUD, 2000. Programa Regional de Estratégias e Desenvolvimento Local.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 39-53.

FLAUZINA, Ana Luiza Pinheiro. Corpo Negro Caído no chão. UnB, 2006.

Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Ministério da Saúde. Perspectiva da Eqüidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Atenção à Saúde das Mulheres Negras. Brasília – DF 2005.

Ministério da Saúde. Portaria MS n.992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 14 maio 2009. Seção 1.

MUNANGA, Kabengele . NEGRITUDE E IDENTIDADE NEGRA OU AFRODESCENDENTE: um racismo ao avesso?, Revista da ABPN • v. 4, n. 8 • jul.–out. 2012 •

OLIVEIRA, Eliane. Tirem mão de nossos símbolos de luta! 2013.

RASPANTI, Marcia Pinna, Turbantes, moda e racismo. História hoje, 2015.

O PSICÓLOGO NO ENFRENTAMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER – ATUAÇÃO NO NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA PSICOSSOCIAL NA ESPECIALIZADA DE DIREITOS HUMANOS DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DA BAHIA

Vanina Miranda da Cruz

Vanessa Leite Lima

A defesa do cidadão está explícita na Declaração Universal dos Direitos Humano e na Constituição Brasileira. A Defensoria Pública do Estado é uma instituição dedicada a fazer com o que acesso à justiça chegue a todos, de forma democrática. Para tanto, está dividida em unidades de atendimento e entre essas, encontra-se a Especializada de Direitos Humanos, Infância e Juventude.

Na Especializada de Direitos Humanos, entre outros setores, encontra-se o Núcleo Especializado de Defesa da Mulher – o NUDEM. Esse Núcleo vem desenvolvendo um trabalho significativo junto a mulheres em situação de violência doméstica e familiar, permitindo o acesso a ações e procedimentos necessários além de fornecer um apoio psicossocial no acolhimento das mesmas.

O apoio psicossocial mencionado é realizado pelo Núcleo de Atendimento Psicossocial – NAP que atua como primeiro atendimento após encaminhamento da triagem, concentrando em seus acolhimentos todas as demandas que serão posteriormente direcionadas ao NUDEM.

Assim, toda mulher, identificada pela triagem como vítima de violência doméstica e familiar, realiza atendimento com a equipe formada por psicóloga e assistente social e, posteriormente é encaminhada para o NUDEM onde terá apoio e encaminhamentos jurídicos necessários. Estagiários de Psicologia e Serviço Social também atuam no núcleo, sendo supervisionados nas atividades práticas pelos profissionais presentes na Defensoria.

Esse trabalho pretende discorrer sobre a atuação da psicologia no atendimento a essa demanda e na responsabilidade do profissional no enfrentamento a essa problemática, que é a violência contra a mulher.

Como nos faz refletir Bock, o profissional de psicologia atualmente coloca a questão do compromisso social de nossa profissão e de nossa ciência. Importante, no entanto, nos questionarmos esse compromisso, onde implica em “sermos capazes de avaliar a sua inserção, como ciência e profissão, na sociedade e apontarmos em que

direção a Psicologia tem caminhado: para transformações de condições de vida? Para a manutenção?" (BOCK, 1999).

Esse questionamento nos vem como um grande desafio diante da constatação de que vivemos em uma sociedade onde a violência se manifesta cotidianamente e de diversas formas. Podemos afirmar que a violência contra a mulher vem se tornando uma problemática cada vez mais incidente na nossa sociedade. Segundo o Atlas da Violência (2016), o SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade divulgou que, em 2014, 4.757 mulheres foram vítimas de morte por agressão, assim, os números alarmantes nos mostram a complexidade da situação que vivenciamos.

Considerada como violência de gênero, a violência contra a mulher vem se mostrando uma realidade sombria e assustadora, mas que ainda não tem a visibilidade devida mesmo com os avanços das legislações. Alerte-se, por exemplo, à mídia que fornece muito destaque para a divulgação de dados referentes a taxas de homicídios entre os homens ou homicídios de uma forma geral, ao passo que temos um crescimento de 11,6% na taxa de homicídios entre mulheres entre os anos de 2004 e 2014, o que pouco vem sendo explorado e muito pouco divulgado à população.

Muito comum também, é percebermos, quando fatos de violência doméstica e familiar são divulgados, com uma forte tendência midiática em culpar a mulher vítima de violência. Esse fator direta ou indiretamente promove um julgamento moral na sociedade dando a entender que a mulher nessas condições, é desprovida de seus direitos, incitando uma cultura do preconceito e machismo em desfavor de uma conscientização da gravidade do sofrimento vivenciado por muitas mulheres na nossa sociedade.

Ressaltamos que, no mínimo dois fatores são de extrema importância quando trabalhamos com mulheres em situação de violência: a culpa e a vergonha.

Esses elementos são norteadores para o desenvolvimento de um trabalho de fortalecimento das mesmas. O ciclo da violência nos aponta que em determinado momento é habitual percebermos que "o agressor se descontrola por qualquer motivo e culpa a mulher por sua reação. Ele ainda diz que o castigo foi merecido" (VENÂNCIO, 2012).

Diante desse contexto, diariamente, diversas mulheres comparecem ao Núcleo de Direitos Humanos da Defensoria Pública do Estado em busca de orientações jurídicas em questões relacionadas a violência doméstica vivenciadas pelas mesmas,

onde além das necessidades jurídicas demonstram claramente uma fragilidade psicológica, fruto de todas as mazelas que permeiam o contexto de violência.

Na grande maioria das vezes são encaminhadas pela DEAM – Delegacia da Mulher, mas também ocorre de virem por demanda espontânea onde desejam se informar sobre as possibilidades de ações no sentido de minimizarem os efeitos e se protegerem da violência sofrida.

Assim, lidamos com uma diversidade de situações cotidianamente, seja em termos de perfil sócio-econômico onde observamos mulheres de todas as classes sociais, faixa etária diversificada, desde mulheres muito jovens a mulheres maduras e até mesmo idosas. Igualmente é perceptível a incidência de todos os tipos de violência: física, psicológica, moral, sexual, matrimonial bem como uma diversidade no perfil do agressor: namorado, marido, ex-namorado, ex-marido, pai, cunhado, irmão.

O NAP e o NUDEM como serviços de acolhimento e encaminhamentos a mulheres vítimas de violência

O Núcleo de Atendimento Psicossocial, como mencionado, é composto por profissionais de Serviço Social e Psicologia e estagiárias desses cursos. Atua em parceria com o Núcleo de Defesa dos Direitos da Mulher que conta com profissional da área jurídica, defensora pública que ensejará as ações necessitadas pela mulher em situação de violência doméstica, seja divórcio ou consolidação e dissolução de união estável, ação de alimentos, guarda (quando houver filhos), divisão de bens, queixa crime, solicitação de medida protetiva e encaminhamento para abrigos, em situações extremas de vida ameaçada.

São serviços que acolhem a mulher, na grande maioria das vezes, fragilizada e, portanto, necessitando de um atendimento acolhedor que lhe auxilie no fortalecimento a fim de minimizar os impactos já sofridos, evitando o recuo dos passos necessários no enfrentamento contra a violência vivenciada.

Mecanismos legais de Proteção

A mulher em situação de violência tem a seu dispor um mecanismo de proteção legal onde a principal fonte advém da Lei 11.340 conhecida como Lei Maria da Penha, promulgada em 2006. Possui ainda a Lei 13.104, de 09 de março de 2015, que torna

o feminicídio crime hediondo e representa um marco político na luta pelos direitos das mulheres. Avanço extremamente necessário ao constatarmos que "outra característica do femicídio refere-se a ele não ser um evento isolado na vida de certas mulheres. A violência contra as mulheres é definida como universal e estrutural e fundamenta-se no sistema de dominação patriarcal presente em praticamente todas as sociedades do mundo ocidental" (PASINATO, 2011)

A Lei Maria da Penha permite conduzir as ações referentes a todos os tipos de violência assim como conscientizar a mulher sobre a gravidade de todas elas ao mesmo passo que informar sobre a possibilidade de atuação jurídica frente a toda e qualquer tipo de violência.

É muito comum a banalização, por exemplo, da violência psicológica, vista muitas vezes como menos danosa ou mesmo se tratando de fator de vergonha ou até mesmo culpa por parte da mulher.

A mulher em atendimento é sensibilizada sobre não apenas os tipos de violência: física, psicológica, moral, patrimonial, sexual. Igualmente é feito um trabalho de reflexão sobre o ciclo de violência e mecanismos de identificação do mesmo.

Tipos de Violência

A Lei Maria da Penha prevê algumas tipificações para violência, a saber:

I – Violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

II – Violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da auto-estima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

III – Violência Sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, medianteintimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à

prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV - Violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V - Violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

O papel do Profissional de Psicologia no enfrentamento a violência contra a mulher

A psicologia vem, ao longo da sua história, demonstrando preocupação e interesse em seu papel social, essencial e contributivo às realidades historicamente constituídas.

Goldeberg (2004) ao discorrer sobre a cultura da agressividade afirma que "não existe uma psicologia do indivíduo sem o entendimento, também de sua inserção social. Violência também como causa e não só efeito". Assim, a violência deve ser entendida como um fenômeno universal e é socialmente que compreendemos o sentido da violência de gênero e de como ela historicamente se constitui.

Em termos práticos, a atuação da psicologia frente ao atendimento à mulher em situação de violência na Defensoria Pública deve garantir um acolhimento com escuta qualificada, observância das documentações necessárias, principalmente ao boletim de ocorrência de queixa prestada na Delegacia da Mulher atentando-se para a validade de três meses da mesma para fins de encaminhamento para medida protetiva e encaminhamento jurídico.

No entanto, outros cuidados são imprescindíveis por parte desse profissional de modo a que aja efetivamente um encaminhamento salutar das necessidades trazidas por essa mulher, que muitas vezes, transcende as ações jurídicas.

Para lidar com a mulher em situação de violência é necessário ter uma compreensão do que significa a violência doméstica e familiar e, para tanto, faz-se importante refletir sobre a idéia norteadora de unidade doméstica, família e relação.

A Lei Maria da Penha compreende a unidade doméstica como espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, incluindo as

esporadicamente agregadas. Compreende a família, como “comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa”. Pontuando ainda que é considerada toda e qualquer relação íntima de afeto onde tenha tido ou aja convivência com o agressor, independente da coabitação. Prevê ainda que independe da orientação sexual.

É importante considerar a família como o primeiro sistema em que o indivíduo interage, consistindo no micro-sistema no qual cada membro tem uma posição e um papel socialmente definido. (GOMES, 2007).

Para Gomes (2007), “a ideia de família remete a um espaço de afetividade, harmonia e proteção de seus membros”. A mesma autora salienta que as relações familiares são permeadas por relações de poder onde o poder atribuído ao homem é socialmente legitimado.

Assim, pensar a violência contra a mulher é refletir sobre os papeis sociais e sobre a imagem idealizada de comportamentos atribuídos a homens e mulheres que na nossa sociedade são visivelmente desiguais, em desfavor da condição humana feminina.

Da experiência vivenciada, urge destacar a importância de um olhar sensível a mulher atendida, no sentido de compreender sua trajetória de vida e que fatores estão implicados na sua relação com a violência vivenciada.

Percebe-se que as dificuldades financeiras, de dependência econômica são fatores que aumentam ainda mais a vulnerabilidade e fragilidade da mulher violentada. Há um recorte social, que afeta principalmente mulheres negras, que visivelmente são mais agravadas pela problemática da violência. O que confirma os estudos de Day (2003), onde afirma que “a pobreza aumenta a probabilidade das mulheres serem vítimas de violência”.

Um outro fator de destaque é a fragilidade nas ações de proteção. A demora na obtenção da medida protetiva devido aos procedimentos burocráticos, a dificuldade em proteger-se no dia-a-dia, com poucos recursos disponíveis que se encaixem na vida prática da mulher. Por exemplo, existe as casa-abrigo para acolhimento de mulheres ameaçadas de morte, no entanto, muitas delas não desejam parar as suas atividades laborais, constituindo na maioria das vezes fontes de renda imprescindíveis para próprio sustento e de dependentes.

Muitas mulheres apresentam até mesmo dificuldade na solicitação de medida protetiva em detrimento de residirem em bairros onde há índice grave de violência, comunidades dominadas pelo tráfico onde não é “permitida” a entrada de policiais ou mesmo oficiais de justiça para a entrega da medida protetiva. Assim, apresentam essas mulheres condições delicadas de acesso a direitos que lhe são garantidos por lei, na teoria, porém na prática a execução dos mesmos acaba por pôr em risco ainda mais a sua própria vida.

Todas essas dificuldades somam-se às encontradas nas nossas atuações práticas onde percebemos fragilidade no diálogo entre os serviços e rede de proteção à mulher.

A Defensoria Pública do Estado vem realizando um esforço em dialogar sobre essas dificuldades de modo a minimizá-las. Na prática profissional os encaminhamentos diretos aos serviços através de relatórios tem possibilitado que os outros setores atuem de forma mais ativa, promovendo uma melhor parceria. Visitas institucionais a serviços tem contribuído também para esse fortalecimento. Recentemente estamos discutindo internamente a importância da troca de vivências entre os diversos NAPS das defensorias em todo estado. Assim, no intuito de discutirmos melhor o fortalecimento da rede interestadual está em vigência o I Encontro dos Profissionais do NAP, previsto para setembro do ano corrente onde reuniremos todos os profissionais atuantes nesses serviços.

Considerações Finais

A atuação do profissional de psicologia no âmbito da Defensoria Pública do Estado é de suma importância. A presença desse profissional faz-se necessária em virtude da possibilidade de um encaminhamento mais sensível e mais atento as diversas implicações que a mulher em situação de violência vivencia.

Para Nascimento (2012), “entende-se que o psicólogo no desempenho de sua prática profissional e de acordo com o código de Ética da profissão, vem contribuindo na defesa dos direitos e exercício da cidadania da classe de subalternos, através do processo de mediação e conscientização dos seus direitos”.

Exige do profissional uma necessidade intensa de diálogo e articulações com as redes de atenção à mulher, disponíveis nas localidades, o que muitas vezes não

se dá de forma fluida nem ágil devido a dificuldades e fragilidades na execução de políticas públicas.

É fundamental uma compreensão da realidade psico-social bem como contextualização da história de vida da mulher acolhida como forma de não perpetuarmos mais ainda o preconceito e as outras violações de direitos aos quais constantemente as mulheres violentadas tendem a sofrerem na nossa sociedade.

O profissional de psicologia implicado no exercício de suas atividades no âmbito ligado ao setor jurídico deve estar atento as sutilezas da realidade psico-social das atendidas, como nos chama a atenção a reflexão de Coimbra: "..o trabalho do psicólogo no Judiciário, em alguns momentos, tem apontado para indivíduos intimizados, psicologizados, abstratos, ahistóricos e desvinculados dos seus contextos sócio-histórico-político-culturais" (COIMBRA, 2003).

Assim, na experiência prática diária em contato com mulheres em situação de violência percebemos como pontos cruciais de debate: o crescente índice de violência na nossa sociedade, a fragilidade nas ações de proteção à mulher violentada, a violência que a própria sociedade incide na mulher pela violência sofrida, as dificuldades sócio-econômicas como fator de violência atentando para o recorte racial, onde mulheres negras tendem a sofrer mais ainda as mazelas da violência doméstica, a necessidade de provocar o debate nas instâncias educacionais e midiáticas, o exercício diário de interlocução com os serviços disponíveis de proteção a mulher bem como a provocação para ampliação dos mesmos, a necessidade de fortalecimento das redes de apoio e melhor articulação das redes interestadual e enquanto profissionais de psicologia, uma implicação maior na problemática, de modo a promover melhores debates não apenas sobre a temática, mas também sobre nossas possibilidades de atuação.

Desse modo, é desafio repensar a nossa prática profissional, atentando-se para o fato de que "assumir compromisso social em nossa ciência é buscar estranhar o que hoje já parece familiar; é não aceitar as coisas como são, mas sempre duvidar e buscar novas respostas. Compromisso social é inquietar-se com a realidade e não aceitar as coisas como são. É buscar saídas" (BOCK,1999) e assim, visualizarmos que contribuições efetivas podemos propor através da nossa experiência prática para que de fato possamos alcançar resultados mais condizentes com as necessidades

apresentadas e assim, de fato, colaborarmos no enfrentamento à violência contra a mulher.

REFERÊNCIAS:

BOCK, Ana Mercês Bahia. A Psicologia a caminho do novo século: identidade profissional e compromisso social. Estudos de Psicologia 1999, 4 (2), 315-329.

BRASIL. **Lei Maria da Penha- Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006.Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do** § 8o **do art.** 226 **da**Constituição Federal**, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o** Código de Processo Penal**, o** Código Penal **e a** Lei de Execução Penal**; e dá outras providências.**. Disponível em: http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/95552/lei-maria-da-penha-lei-11340-06.

COIMBRA, Cecília Maria B. D.H. e a Atuação na Área Jurídica. Os Direitos Humanos na Prática Profissional dos Psicólogos. Brasília, 2003.

DAY, Vivian Peres Day. Violência Doméstica e suas diferentes manifestações. R. Psiquiatr.RS (suplemto 1): 9-21, abril 2003.

FREIRE, Isabel Ribeiro. **Raízes da Psicologia**. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

GOLDBERG, Jacob Pinheiro. **Cultura da Agressividade**. São Paulo: Landy Editora, 2004.

GOMES, Nadirlene Pereira. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. Acta Paul. Enferm, 2007.

NASCIMENTO, Hélia Batista Pires Matos. A importância da Inserção do Psicólogo na Área dos Direitos Humanos. 2012. Disponível em: https://psicologado.com/edicoes/02/2012.

NOTA TÉCNICA Atlas da Violência 2016. IPEA. Brasília, 2016. Disponível em: http://www.forumseguranca.org.br/storage/download//atlas_da_violencia_2016_ipea_e_fbsp.pdf.

PASINATO, Wânia. “Feminicídios” e as mortes de mulheres no Brasil. 2011. Disponível em: http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8645012/0.

VENÂNCIO, Firmiane. **ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**. Defensoria Pública do Estado da Bahia, 2012.

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM CLÍNICA DA PESSOA E DA FAMÍLIA: EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO TERAPÊUTICO FOCAL DE MULHERES

Aline De Almeida Lemos
Nádia Maurícia de Moraes Matos

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica caracteriza-se como porta de entrada preferencial do SUS, possibilitando o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, fundamentando-se nos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, possibilitando aos profissionais maior inserção no cotidiano dos sujeitos (BRASIL, 2013).

Na promoção de uma atenção integral, a Atenção Básica deve contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, devendo, além da descentralização, ser resolutiva, produzindo intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, visando a ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais; como também coordenar o cuidado, por meio de projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhando e organizando o fluxo dos usuários na rede; ordenar as redes, com base nas necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, contribuindo para que a programação dos serviços de Saúde seja efetiva para usuários. Para tal tem como sua estratégia prioritária a Saúde da Família (BRASIL, 2013).

O Complexo Comunitário Vida Plena (CCVP) é uma unidade docente-assistencial mantida e gerenciada pela Sociedade Hólon, que possui parceria com a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP)/ Fundação Bahiana para o

Desenvolvimento da Ciência (FBDC), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Secretaria Estadual de Saúde Pública (SESAB) e Escola Estadual de Saúde Pública (EESP). Está situada no Distrito Sanitário de Pau da Lima/Salvador – BA, que funciona baseando-se no modelo de uma Unidade de Saúde da Família. Conta com equipe de docência multiprofissional incluindo: médicos, enfermeiros, odontólogos, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais. Também atuam na unidade técnicos de enfermagem, profissionais da higienização, voluntários, auxiliar de saúde bucal, técnicos da administração e moradoras da comunidade inseridas em programas da instituição com o objetivo de empoderamento destas. (CCVP, 2015)

A unidade, que tem como matriz a ênfase na interdisciplinaridade nas ações profissionais, a multidimensionalidade na abordagem dos problemas e a intersetorialidade das ações, atende a aproximadamente, 22.000 pessoas integrantes de 5.890 famílias, nas áreas de saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso pelas diversas categorias profissionais. Além de promover atenção à saúde através das atividades de linhas de cuidado, prevenção do câncer ginecológico, planejamento reprodutivo, realização de eletrocardiograma e teste do pezinho, entre outros. Realiza ainda dispensação de medicamentos para pacientes em tratamento, ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, controle da pressão arterial, atividades em grupo para adolescentes, idosos e famílias, além de atendimentos domiciliares, as crianças de creches do entorno do CCVP, um programa de saúde em escolas do bairro e reuniões comunitárias para o desenvolvimento integral do bairro. A instituição funciona também como campo de estágio e práticas das graduações em psicologia, fisioterapia, enfermagem e medicina, além da pós-graduação em Clínica da Pessoa e da Família, realizada no formato de residência multiprofissional, contendo as referidas categorias. (CCVP, 2015)

O Núcleo de Psicologia (NUPSI) da unidade desde a sua concepção é atravessado pela multiprofissionalidade e pela relação docência/assistência, promovendo o exercício contínuo da atualização do saber, do lidar com as novas gerações de profissionais, suas buscas, seus anseios e seu ímpeto. Buscando sempre trabalhar de forma ética, crítica, reflexiva, comprometida, integrativa, reconhecendo a multidimensionalidade do ser humano. Desenvolve as seguintes atividades: clínica ambulatorial, clínica domiciliar, clínica multiprofissional, promoção

da saúde e prevenção de agravos, gestão do serviço e produção científica, tendo como base a clínica ampliada. (NUPSI, 2015)

A psicoterapia grupal de curta duração utiliza muitas técnicas em comum com a psicoterapia de grupo em geral, mas sua singularidade reside no uso intencional do tempo para a aceleração do processo terapêutico, conduzindo a uma organização de grupo diferenciada, em que se busca explorar temas específicos visando à possibilidade de desenvolvimento dos participantes em uma estrutura de tempo limitado. Esse grupo deve favorecer o oferecimento de apoio, objetivando o alívio de sintomas, o restabelecimento do equilíbrio psicológico, um maior conforto em suas relações interpessoais e um maior nível de auto-entendimento. (MACKENZIE *apud* GUANAES e JAPUR, 2001).

Wood propõe a Abordagem Centrada na Pessoa como:

um *jeito de ser* (e não de fazer), permeado por sete aspectos interdependentes, a saber: uma perspectiva, de modo geral, positiva; uma crença numa tendência formativa direcional; uma intenção de ser eficaz; um respeito pelo indivíduo e sua autonomia e dignidade; uma flexibilidade de pensamento e ação; uma tolerância quanto às incertezas ou ambiguidades e senso de humor, humildade e curiosidade. (*apud* em TASSINARI, 2012, p.9)

A formação de grupos na abordagem centrada na pessoa acredita na tendência atualizante do indivíduo. Conceito desenvolvido por Rogers a partir de sua visão de homem como um ser digno de confiança, e no profissional deve atuar de modo que não a elimine.

O grupo de encontro como um método de trabalho que "pretende acentuar o crescimento pessoal e o desenvolvimento e aperfeiçoamento da comunicação e relações interpessoais, através de um processo experiencial". Com relação aos "frutos" deste tipo de trabalho, Rogers assinala que uma das evoluções mais frequentes é o sentimento de confiança, que começa lentamente a construir-se e também um sentimento de calor humano e simpatia pelos outros membros do grupo (...). Assim, num grupo destes, o indivíduo acaba por conhecer a si próprio e a cada um dos outros mais completamente do que lhe é possível nas relações habituais ou de trabalho. Toma conhecimento profundo dos outros membros e do seu eu interior, o eu que, de outro modo, tende a esconder-se por detrás da fachada. A partir daí, relaciona-se melhor com os outros, não só no grupo mas também, mais tarde, nas

diferentes situações da vida de todos os dias. (ROGERS *apud* MOREIRA, 1999, p. 65)

O grupo de encontro é uma modalidade de grupo vivencial, tem como característica fundamental o fato de que o facilitador não ter nenhum programa a priori para o grupo, tendo como tema o que emergir do grupo. Com o objetivo de que as pessoas efetivamente se encontrem. Que a partir da espontaneidade das relações, estas se descubram, se criem e recriem ativamente (FONSECA *apud* MOREIRA, 1999). Ele consiste na vivencia autogerenciada de um grupo, com a finalidade de reflexão sobre suas vivências, auxiliando o sujeito a aprender a enfrentar as descontinuidades e conflitos inevitáveis da vida, sem adoecer. "É uma possibilidade de instauração de uma referência coletiva para a experiência individual" (MORATO &SCHMIDT, 1999, p. 121).

JUSTIFICATIVA

O modelo de intervenção grupal se justifica pela alta demanda de acompanhamento psicológico no serviço, que tem favorecido o longo tempo de espera para início do atendimento, em casos não emergenciais. Além de ser uma modalidade de intervenção eficaz, que potencializa as trocas dialógicas, o compartilhamento de experiências e a melhoria na adaptação ao modo de vida individual e coletivo, favorecendo o apoio e suporte emocional.O grupo terapêutico pode promover ainda evoluções nas relações sociais, nos níveis de conhecimento sobre questões discutidas neste, na capacidade para lidar com situações inerentes ao transtorno sofrido e na confiança, produzindo ainda alívio emocional. Auxilia na compreensão da subjetividade de cada sujeito, podendo aprimorar sua relação consigo mesmo e com o outro. (GUANAES e JAPUR; CONTEL e VILLAS-BOAS; BECHELLI e SANTOS *apud* BENEVIDES et al., 2010).

O público alvo seria composto por usuários com transtorno depressivo acolhidos no NUPSI, entretanto, a dificuldade na adesão à proposta por esta população, motivou a ampliação do público alvo para mulheres acolhidas no NUPSI, independentemente do diagnóstico. A escolha deste público se justifica ainda pela predominância da busca de acompanhamento psicológico no serviço pelo gênero feminino. Assim como pela crença de que um grupo alinhado por gênero facilita a construção de uma identidade em comum, corroborando para o desenvolvimento do processo terapêutico.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Implantar um grupo terapêutico de curta duração para mulheres acolhidas no Núcleo de Psicologia, do Complexo Comunitário Vida Plena.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Ofertar atendimento psicológico de qualidade às usuárias do Complexo Comunitário Vida Plena.

Reduzir o tempo de espera das usuárias acolhidas no NUPSI.

Desenvolver e aprimorar as habilidades de manejo grupal das residentes de psicologia em Clínica da Pessoa e da Família.

METODOLOGIA

O grupo terapêutico ocorreu em 07 encontros semanais, com duração de 1 hora e 30 minutos cada encontro, sendo iniciado no dia 19/04/16 e finalizando em 31/05/16. O público alvo seria composto por usuários com transtorno depressivo acolhidos no Núcleo de Psicologia do complexo comunitário vida plena, entretanto, houve dificuldade na adesão à proposta desta população, o que motivou a ampliação do público alvo para mulheres acolhidas no Núcleo de Psicologia, independentemente do diagnóstico. Este foi um grupo fechado, composto por 04 usuárias, pré-selecionados, que desejaram participar da terapêutica grupal e tinham perfil para atendimento grupal. A quantidade de usuárias foi eleita respeitando as limitações físicas do espaço e de profissionais, já que o mesmo foi realizado na sala de atendimento ambulatorial da psicologia no CCVP, sendo conduzido por uma psicóloga.

Inicialmente foi realizado contato telefônico com as usuárias agendando entrevista inicial. Sendo esta realizada individualmente, visando identificar se a usuária possuía perfil para atendimento grupal, sendo informados ainda sobre a proposta do grupo. Durante a entrevista inicial seria aplicada a Escala de Depressão de Beck, visando avaliar os participantes antes e após do grupo, para verificar a eficácia deste no tratamento da depressão e identificar possíveis integrantes que ainda necessitassem de acompanhamento psicológico após o encerramento do grupo. Entretanto devido a mudança no público alvo esta aplicação não foi realizada.

Foram utilizados os seguintes critérios de exclusão: pessoas do gênero masculino; que não se enquadrem no tipo de intervenção grupal; que não desejem realizar atendimento em grupo; que não tenham disponibilidade para o horário agendado.

Foi elaborado e discutido um projeto de intervenção para construção dos grupos, em que decidiu-se por criar um prontuário específico nos arquivos do NUPSI, de modo à registar individualmente cada encontro do grupo. Realizou-se ainda concomitantemente registro no prontuário geral da unidade.

RESULTADOS

Foram realizados contatos telefônicos com 12 usuárias do ambulatório de psicologia, no mês de março, que apresentavam sintomas de depressão, sendo agendadas 04 entrevistas iniciais, dentre as quais duas usuárias aceitaram participar do grupo, entretanto uma apresentava predominância de sintomas ansiosos, sendo remanejada para o Grupo Terapêutico de Ansiedade. A referida dificuldade ocasionou a mudança no foco do grupo, sendo formado um Grupo Terapêutico de Mulheres durante o mês de abril, em que foram contatadas 06 usuárias, dentre as quais 03 aceitaram participar da atividade. A dificuldade inicial estendeu por duas semanas as entrevistas iniciais, reduzindo o grupo a 07 encontros.

No primeiro e segundo encontros compareceram usuárias distintas, o que ocasionou a repetição do mesmo, por meio de apresentação inicial da proposta e apresentação das usuárias, enfatizando a motivação de sua vinda. Os temas centrais foram práticas educativas e conflitos familiares. As integrantes se identificaram com as demandas umas das outras, criando uma rede de apoio inicial entre si e sentindo-se confortáveis para aprofundar questões pessoais.

Os demais encontros iniciavam-se com temas superficiais, e aprofundavam-se ao decorrer do mesmo. Foram trabalhados os temas práticas educativas, relacionamento conjugal, sobrecarga, estigma e preconceito, conflitos familiares e comunicação interpessoal. Identificou-se as semelhanças e diferenças entre as situações, incentivando o respeitos às experiências individuais.

No quarto encontro do grupo compareceu apenas uma das integrantes, sendo realizada psicoterapia individual, devido à mobilização da mesma, percebendo o impacto da sobrecarga em sua saúde e bem-estar.

A decisão por finalizar o processo foi realizada em conjunto com as integrantes, que acreditam ter sido suficiente os encontros realizados, pontuando a necessidade de dar prosseguimento às mudanças iniciadas. Ao longo do processo as mesmas pontuam a importância do grupo como fonte de apoio e compartilhamento de informações confidenciais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a experiência foi possível identificar que o Grupo Terapêutico Focal é um importante meio de tratamento psicológico, que permite o cuidado de um número maior de indivíduos, atingindo os objetivos propostos. As usuárias avaliaram o processo como positivo, relatando o grande aprendizado que tiveram com as colegas de grupo e ressaltando as evoluções no seu processo individual. O grupo foi efetivo ainda na criação de uma rede de apoio entre as integrantes, que ao findar do processo trocaram contatos telefônicos, visando dar continuidade ao auxílio mutuo.

O processo grupal foi relevante ainda para a formação acadêmica da residente, desenvolvendo e ampliando seus conhecimentos e habilidades sobre manejo clínico grupal e grupo de encontro focal, possibilitando assim uma formação mais completa para a profissional.

Propõe-se que o tema dos demais grupos sejam organizados com base na demanda emergente do Núcleo de Psicologia do Complexo Comunitário Vida Plena, visando suprir às necessidades da população atendida.

CRONOGRAMA

Data	Encontro	Atividade
29/03	Entrevista individual	Entrevista individual
01/04	Entrevista	Entrevista individual
05/04	Entrevista	Entrevista individual
12/04	Entrevista	Entrevista individual
19/04	Primeiro	Apresentação, Contrato.
26/04	Segundo	Apresentação, Contrato.
03/05	Terceiro	Em aberto
10/05	Quarto	Em aberto

17/05	Quinto	Em aberto
24/05	Sexto	Informação sobre o fim do grupo.
31/05	Último	Avaliação do processo

REFERÊNCIAS

BENEVIDES, Daisyanne Soares; PINTO, Antonio Germane Alves; CAVALCANTE, Cinthia Mendonça; JORGE, Maria Salete Bessa. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Mar 2010, Volume 14 Nº 32 Páginas 127 - 138, Disponível em: <http://search.scielo.org>. Acesso em: 16 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013. 171p.

CCVP, Complexo Comunitário Vida Plena. **Projeto Pedagógico da Residência Multiprofissional em Clínica da Pessoa e da Família.** Localizado em: Arquivo virtual do CCVP. Salvador, 2015. 27p.

FERREIRA, Heloísa Gonçalves; LIMA, Daniela Maria Xavier de Souza e; ZERBINATTI, Régia. Atendimento psicoterapêutico cognitivo-comportamental em grupo para idosos depressivos: um relato de experiência. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto , v. 13, n. 2, p. 86-101, 2012 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702012000200010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 fev. 2016.

GUANAES, Carla; JAPUR, Marisa. Grupo de apoio com pacientes psiquiátricos ambulatoriais em contexto institucional: análise do manejo terapêutico. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre , v. 14, n. 1, p. 191-199, 2001 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722001000100016&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Mar. 2016.

MORATO, Henriette Tognetti penha; SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval. **Aprendizagem Significativa e Experiência: Um grupo de encontro em instituição acadêmica.** In: Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa: Novos desafios. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. P 117-130

MOREIRA, Virginia. Grupo de encontro com mulheres vítimas de violência intrafamiliar.**Estud. psicol. (Natal)**, Natal , v. 4, n. 1, p. 61-77, jun. 1999 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X1999000100005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 fev. 2016.

NUPSI, Núcleo de Psicologia. **Manual Operacional do Núcleo de Psicologia do Complexo Comunitário Vida Plena.** Localizado em: Arquivo virtual do CCVP. Salvador, 2015. 17p.

TASSINARI, Marcia Alves. Desdobramentos clínicos das propostas humanistas em processos de promoção da saúde. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 3, p. 911-923, dez. 2012 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812012000300012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 mar. 2016.

VULNERABILIDADES NO ENVOLVIMENTO FEMININO COM DROGAS: UM ESTUDO COM MULHERES EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE

Geisa Copello Thomaz

Jeane Freitas de Oliveira

INTRODUÇÃO

O envolvimento das mulheres com o fenômeno das drogas se dá de distintas formas, vai além do ato de consumir e/ou traficar drogas, permeiam questões de ordem pessoais, sociais, culturais, vulnerabilidades e eventos traumáticos na vida das mesmas. O número de mulheres que consomem substâncias psicoativas nos últimos anos vem aumentando significativamente e o aprisionamento feminino decorrentes do envolvimento com o tráfico de drogas ilícitas se constitui na principal causa da prisão de mulheres no Brasil, em torno de 58% das mulheres encarceradas possuem vinculação penal por envolvimento com o tráfico de drogas segundo os dados do INFOPEN MULHERES, DEPEN, de 2014.

De um modo geral, o enfoque nas pesquisas sobre o envolvimento de mulheres com drogas ilícitas aponta a participação das mesmas como coadjuvantes do processo, advindas de relações de afeto com homens do seu entorno social (SOUZA; OLIVEIRA E NASCIMENTO 2014). Além de apontarem também à banalização da violência, a desestruturação familiar, a falta de acesso à educação, aos recursos básicos de sobrevivência, desemprego, a desestruturação das relações interpessoais e os motivos passionais como fatores que podem induzir à criminalidade feminina (PRIORI, 2009). Entretanto o envolvimento também ocorre pelo desejo de obter poder e visibilidade social como afirmam Barcinski (2012, 2009a e 2009 b) e Carvalhaes; Toneli (2012). Assim, o envolvimento com drogas, seja qual for o tipo, constitui um elemento de vulnerabilidade para as mulheres.

As situações nas quais as mulheres aparecem sós, como decorrências de escolhas pessoais são pouco exploradas, fato este que pode estar associado à imagem da mulher, historicamente construída, que não está de acordo com a imagem/representação social de pessoa usuária de droga e/ou participante do narcotráfico, o que contribui para o processo de invisibilidade das mulheres no

fenômeno das drogas e, consequentemente, em vulnerabilidade aos agravos sociais e de saúde para este grupo populacional.

Para Bertolozzi et al (2009) a vulnerabilidade é um indicador da iniquidade e da desigualdade social. Seu conceito tem caráter multidisciplinar e inclui a detecção das fragilidades, mas também a capacidade de enfrentamento dos problemas e/ou agravos de saúde de grupos ou indivíduos. A incorporação do conceito de vulnerabilidade em pesquisas que tratam de problemas e de necessidades de saúde é fundamental, pela complexidade do objeto da saúde, sobretudo quando se trata de pessoas e/ou grupo social, cultural e historicamente submetido a situações de desigualdades, como as mulheres (OLIVEIRA, 2012).

A perspectiva da vulnerabilidade permite articulação com outras teorias, a exemplo da Teoria das Representações Sociais (TRS), visto que as representações sociais são formas de conhecimento socialmente elaboradas e partilhadas, que privilegiam o conhecimento do senso comum pela sua dinamicidade e articulação com a situação sócio-político-cultural, na qual o sujeito está inserido ao integrar elementos afetivos, mentais e sociais à compreensão do contexto social, material e ideativo em que vivemos (JODELET, 2001). Desse modo, as respostas individuais são reflexos das manifestações do grupo social com o qual o sujeito compartilha experiências e vivências da sua vida pessoal.

Diante das questões abordadas e considerando que o envolvimento com drogas, independente da modalidade, gera e, ao mesmo tempo, se dá em decorrência de elementos de vulnerabilidade para as mulheres, este trabalho tem como objetivo descrever elementos de vulnerabilidades no envolvimento feminino com drogas.

METODOLOGIA

A pesquisa teve como campo de investigação o Conjunto Penal Feminino de Salvador, BA, cuja finalidade é custodiar presas processadas e sentenciadas. Os dados apresentados constituem recorte de uma pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem qualitativa, cujos dados foram coletados com onze mulheres custodiadas (sentenciadas) do Conjunto Penal Feminino de Salvador, BA no período de outubro a novembro de 2015, que cumpriam sentença no regime fechado pelo artigo 33 (tráfico

de drogas) e/ou pelo artigo 35 (associação ao tráfico de drogas) da Lei de Drogas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética de Medicina da UFBA, parecer 1249920, e os critérios éticos previstos na Resolução 466/12 foram respeitados em todas as etapas da pesquisa.

Para coleta de dados foram utilizados multimétodos para a produção das informações, são elas: a entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro com três questões: 1- Fale-me sobre o que você pensa sobre as mulheres e as drogas; 2- Em sua opinião, por que as mulheres se envolvem com as drogas; 3- Para você o que pode ser feito para reduzir os riscos para as mulheres, no envolvimento com as drogas?; e o desenho-estória-tema, técnica projetiva, (TRINCA, 2011), no qual foi solicitado às participantes fazer um desenho norteado pelo seguinte tema: “as mulheres e as drogas”, com base no desenho contar uma estória e finalmente colocar um título. Ambos as técnicas foram aplicadas individualmente, cujo conteúdo foi analisado pela análise de conteúdo temática (BARDIN, 2011), norteada pelos princípios da Teoria das Representações Sociais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização das participantes se constitui de onze mulheres, com idade entre 22 e 55 anos, maioria solteiras na condição de chefes de família, com filhos com idade entre 3 a 17 anos, procedentes do estado da Bahia, pardas e negras, com predominância do nível escolar de Ensino Fundamental Incompleto, que trabalham no mercado informal, seguido pelo desemprego e trabalho formal, com renda abaixo de um salário mínimo. Com relação à situação na criminalidade, sete das entrevistadas eram rés primária e quatro reincidentes, condenadas a pena de prisão que variava de 4 anos a 18 anos de prisão. Quanto ao uso de drogas, duas revelaram consumo atual ou anterior de drogas lícitas (álcool e tabaco) e oito drogas lícitas associadas às ilícitas e uma negou uso de qualquer dessas substâncias.

Vitimização, protagonismo e sofrimento num contexto de necessidades e desigualdades.

De um modo geral, os relatos e estórias das participantes evidenciam que seu envolvimento com as drogas se deu por conta da convivência com homens usuários

de drogas e/ou participantes do narcotráfico, na condição de companheiro e/ou amigo; dificuldades financeiras; condição de chefe de família; traumas/revoltas oriundas das relações familiares e do cotidiano, reafirmando um discurso de vitimização. Embora de maneira discreta, reconhecem que o consumo e a participação no narcotráfico ocorrem por uma decisão pessoal, na busca de visibilidade. E, afirmam que o envolvimento com drogas causa sofrimento, não apenas para si, mas também para os familiares.

No tocante aos elementos de vulnerabilidade para o envolvimento com as drogas, as entrevistadas destacaram a influência de pessoas do sexo oposto na condição de parceiro e/ou amigos, conforme mostra trechos dos discursos e o desenho estória a seguir:

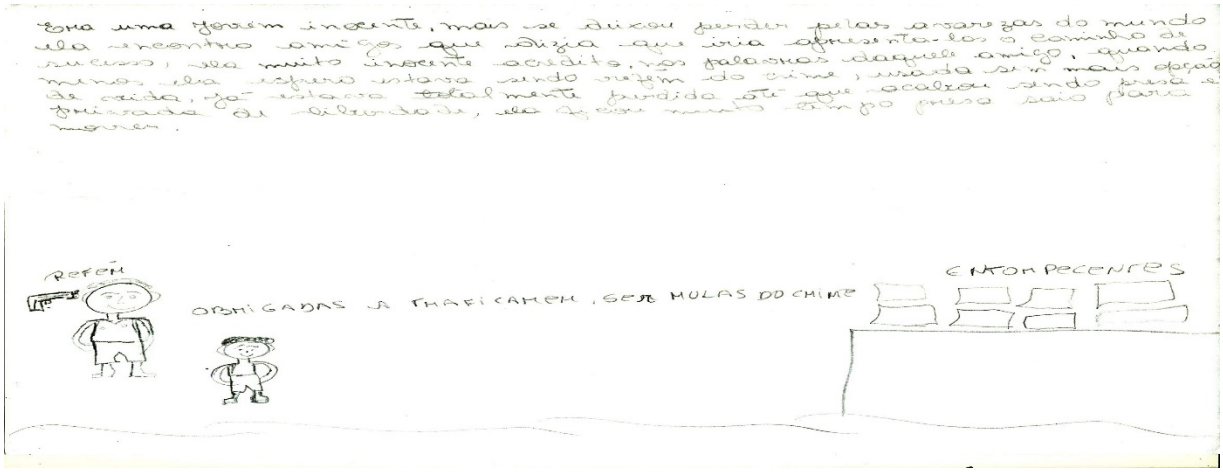
Meu marido insistia em vender drogas. E eu querendo fazer as coisas para agradar aceitava. (E01, 34 anos, 4 filhos, reincidente)

As mulheres por causa dos homens muitas vezes se envolvem no tráfico, mesmo que não venda, só por estar junto a polícia diz que está envolvida... No meu caso me envolvi com droga por causa de amizade, fui guardar as drogas dele, as armas... (E07, 33 anos, 1 filho, primária)

Muitas vezes um amigo bota pressão. O marido obriga a vender ou levar drogas no presídio. (E010, 22 anos, 0 filho, primária)

OBRIGADAS A TRAFICAREM, SEREM MULAS DO CRIME!

(E010, 22 anos, 0 filhos, primária)



ESTÓRIA: *Era uma jovem inocente, mais se deixou perder pelas avarezas do mundo, ela encontrou amigos que dizia que iria apresenta-los o caminho de sucesso, ela muito inocente acreditou nas palavras daquele amigo, quando menos ela esperava estava sendo refém do crime, usada sem mais opção de vida, já estava totalmente perdida até que acabou sendo presa e privada de liberdade, ela ficou muito tempo presa e saiu para morrer.*

De acordo com as entrevistadas, muitas mulheres sob influência de terceiros e almejando ter melhores condições entram na criminalidade e após inserir-se nesta não tem mais opções: viram vítimas, reféns do crime, como consequência lhe resta a vida em cárcere e a morte. Desta forma, a participação feminina no tráfico de drogas, em vez de motivada por uma escolha pessoal, é descrita como o resultado da influência de terceiros envolvidos na atividade. Nesse contexto, reafirmam a ideia de subordinação das mulheres aos homens e confirmam o discurso de vitimização das mulheres para o envolvimento com drogas e criminalidade, apontado por Barcinski (2009a e 2009b).

Apoiadas na ideia de vitimização, as entrevistadas sinalizam as dificuldades econômicas associadas à falta de emprego e oportunidades de trabalho como elementos relevantes para seu envolvimento com as drogas:

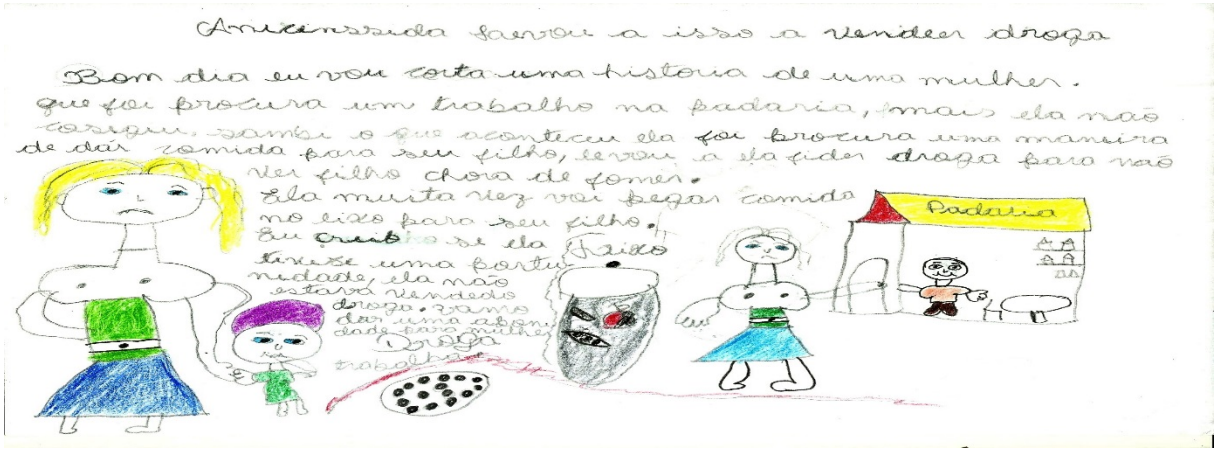
As mulheres às vezes se envolvem com as drogas porque não tem trabalho, para ajudar a família, os filhos (E06, 42 anos, 2 filhos, primária)

Às vezes vendem as drogas porque precisa. É preciso dar mais oportunidades de trabalho para mudarmos a nossa vida, se sairmos com emprego não precisaremos mais voltar. (E11, 35 anos, 5 filhos, reincidente)

Acho as mulheres se envolvem às vezes por necessidade, por ver um filho pedindo pão e não tem, para manter a casa, porque muitas vezes o marido é encostado, não faz nada e essa mulher por gostar dele se sacrifica, sacrifica a sua vida, correndo perigo... Muitas não conseguem um emprego por não ter experiência, ai o tráfico abre as portas e aceita estas mulheres, tem que ter mais oportunidades. (E09, 33 anos, 2 filhos, primária)

A NECESSIDADE LEVOU A ISSO, A VENDER DROGAS!

(E09, 33 anos, 2 filhos, primária)



ESTÓRIA: *Bom dia, eu vou contar uma história de uma mulher que foi procurar um trabalho na padaria, mas ela não conseguiu, sabe o que aconteceu, ela foi procurar uma maneira de dar comida para seu filho, levou ela a vender droga para não ver seu filho morrer de fome. Ela muitas vezes foi pegar comida no lixo para seu filho. Eu creio que se ela tivesse uma oportunidade, ela não estava vendendo droga, vamos dar uma oportunidade para essa mulher, trabalho.*

Para as entrevistadas, o tráfico de drogas é uma alternativa no contexto em que vivem, onde a maioria está na condição de chefe de famílias e ingressam nesta atividade por falta de opções, cujo comércio ilegal de drogas representa muitas vezes a única forma de sustento para elas e para as famílias. Essa concepção é também apontada em pesquisas realizadas por Moreira (2012) e Moki (2005).

Ressaltaram ainda que a discriminação, o estigma de ex-presidiária e a falta de esperança são elementos marcantes para manutenção do envolvimento com o tráfico de drogas. No discurso das entrevistadas, o tráfico mostra-se como a única opção de trabalho e renda no contexto de desigualdades que marcam as suas vidas:

Quando a pessoa vem presa pela primeira vez, sai e não acha oportunidades de trabalho, porque ninguém quer dar oportunidades a um ex-presidiário, ai a pessoa volta a vender drogas, a se prostituir, roubar. Deveria ter oportunidades de trabalho, porque ai não vai ter como se envolver com drogas... (E08, 32 anos, 4 filhos, reincidente).

O posicionamento das participantes evidencia desigualdades de gênero, sociais e econômicas que permeiam as relações cotidianas do contexto no qual estão inseridas e demarcam elementos de vulnerabilidade para as mulheres. Nesse sentido, ressaltam que o estigma conferido a mulher ex-presidiaria contribui ainda mais para limitação de oportunidades de emprego formal e legal. E, nessse contexto, o tráfico de drogas se mostra como uma “modalidade de trabalho”, sem vínculos formais, mas com a possibilidade de ganhos para suprir demandas da sobrevivência, embora com riscos de perda da liberdade e de morte.

No discurso das entrevistadas traumas por situações vivenciadas na infância ou adolescência e falta de afeto familiar foram elementos que contribuíram para o inicio do consumo de drogas, conforme relatos a seguir:

As mulheres se envolvem com as drogas por causa do marido que bate, e por algo que aconteceu quando eram criança ai muitas mulheres se revoltam. (E05, 26 anos, 1 filho, primária)

Muitas se envolvem nesse mundo porque não tem atenção, carinho de pai e mãe (E08, 32 anos, 4 filhos, reincidente)

A maioria se envolve por depressão, sentir um vazio, acha que vai encontrar um refúgio nas drogas. Às vezes traição, decepção, leva as mulheres a usar drogas. (E010, 22 anos, 0 filhos, primária)

Com base no conceito de vulnerabilidade e no discurso das entrevistadas, pode-se afirmar que o consumo de drogas se constitui uma estratégia de enfrentamento para situações de violência doméstica, traumas e revoltas ocorridas na vida delas. Contudo, essa estratégia torna-se um elemento de vulnerabilidade para manutenção do uso, além dos riscos decorrentes da ilegalidade.

Contradizendo o discurso de vitimização, as entrevistadas apontaram o desejo de adquirir bens e independência financeira, assim como ter poder e reconhecimento social como elementos para seu envolvimento com drogas.

Muitas mulheres fazem porque gostam, porque acham que é a mulher maravilha. Para ser reconhecida como patroa, para ser mais do que todo mundo, para

se achar a dona do pedaço, ser vista na sociedade. Eu mesma entrei na criminalidade por causa do poder, pois tinha uma vida estruturada e apoio familiar. (E10, 22 anos, 0 filhos, primária)

As mulheres se envolvem para atingir a independência. A mulher fica mais dentro de casa lavando, passando, cozinhando. O homem trabalha, traz dinheiro para casa e joga na cara da mulher isso. (E04, 24 anos, 1 filho, primária)

As mulheres se envolvem com as drogas para ostentar, porque acha dinheiro fácil (E01, 34 anos, 4 filhos, reincidente)

Os trechos revelam a responsabilização pela escolha, ao assumir que o envolvimento com as drogas se deu também pela busca de poder e respeito, conferidos àquelas que conseguem atingir a condição de traficante e de chefes da boca de fumo. Assumem de forma discreta e, às vezes, conflituosa o papel de protagonistas das suas histórias. Barcinski (2012) também ressalta o protagonismo das mulheres no envolvimento com drogas, assinalando a inserção de mulheres no tráfico de drogas como estratégia de saída da invisibilidade social feminina, que se dá principalmente pela diferenciação destas mulheres, pela afirmação de um poder antes exclusivo dos homens e pelo reconhecimento externo deste poder.

Para as participantes, o envolvimento com drogas também causa sofrimento, não apenas para si, mas também para a família. Os relatos e desenhos retratam sofrimentos pela perda da guarda dos filhos ou pelo afastamento dos mesmos diante da sua condição de usuária e/ou traficante. E, nessa perspectiva repetem frases/ideias socialmente compartilhadas quanto à importância da família e condenação para o uso de drogas, como se constata com as seguintes produções:

Eu perdi a guarda dos meus filhos mais velhos. Penso muito neles e sofria por causa estar longe deles. (E01, 34 anos, 4 filhos, reincidente.)

A droga é péssima, leva a pessoa para o calabouço. Acho que deveria pensar mais na família para não se envolver. A família sofre mais do que a gente. (E07, 33 anos, 1 filho, primária)

Eu penso que as drogas vieram para destruir fisicamente, como em outras áreas, a exemplo do relacionamento na família, no meio, na sociedade. (E010, 22 anos, 0 filhos, primária)

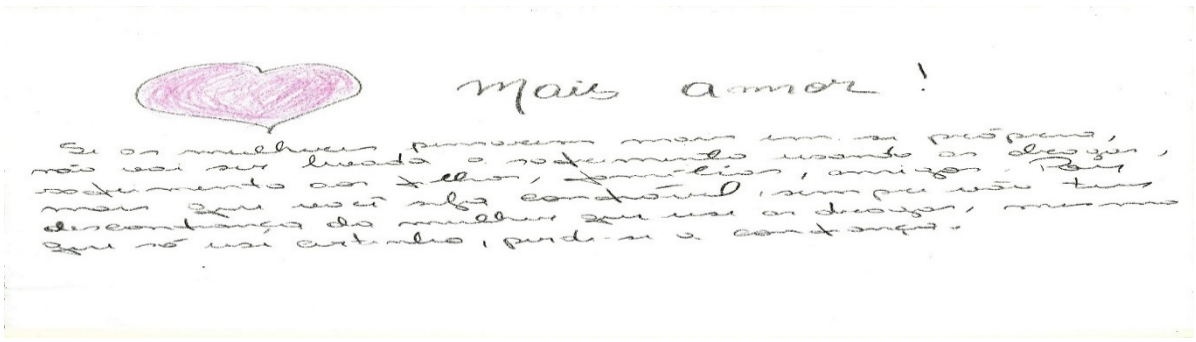
NÃO ÀS DROGAS

(E02, 55 anos, 4 filhos, reincidente)

ESTÓRIA: *Era uma mulher com dois filhos, largou os dois filhos a toa, para ir para o mundo das drogas. Filho é tudo na vida, tem que dar não às drogas.*

MAIS AMOR!

(E03, 37 anos, 3 filhos, primária).



ESTÓRIA: *Se as mulheres pensarem mais em si própria, não vai ser levada ao sofrimento usando as drogas. Sofrimento aos filhos, famílias, amigos. Por mais que*

você seja confiável, sempre vão ter desconfiança da mulher que use drogas, mesmo que só use certinho, perde-se a confiança.

Os resultados apresentados refletem a condição das participantes num contexto de desigualdades e na busca de visibilidade e mostram que as mulheres envolvidas com drogas estão vulneráveis a sofrimentos causados não só a si mesmas, mas também a toda a sua família, ocasionando, principalmente o afastamento dos filhos, o estigma de ser mulher, usuária de drogas e traficante e as consequências de ingressar na criminalidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da pesquisa reafirmaram a complexidade da problemática das drogas, sobretudo quando envolve a população feminina. Para o grupo investigado a influência de companheiro e amigos, traumas/revoltas da vida, violência, sofrimento, dificuldades financeiras e a busca de visibilidade e de poder foram evidenciados como elementos de vulnerabilidade para o envolvimento feminino com as drogas.

O conjunto de elementos de vulnerabilidade identificados mostraram dois posicionamentos: o primeiro e mais predominante nos resultados da pesquisa traz as mulheres como vítimas de um sistema social marcado por desigualdades de gênero permeado por ações de violência, dificuldades financeiras e convivência com pessoas do sexo oposto, usuário e/ou participante do narcotráfico. No segundo posicionamento, as mulheres colocam-se como agentes conscientes e responsáveis pelas suas escolhas ao assumir que o ingresso no tráfico de drogas se deu pela busca de poder, status e reconhecimento para atingir visibilidade social. As consequências desse envolvimento seja como vítimas sejam como protagonistas resultaram no sofrimento causado não só a mulher como a sua família. Sofrimento este que acarretaram o encarceramento e junto a ele o afastamento da família, principalmente dos filhos, relações sociais, o estigma de ser mulher, usuária de drogas e traficante.

Os resultados desta análise evidenciam a necessidade de investimento em políticas públicas prioritariamente articuladas entre educação, qualificação profissional e emprego, a fim de reduzir a violência estrutural que sofrem estas mulheres, bem como a criação de programas de saúde mental e ações que ampliem

a oferta de serviços de saúde na atenção ao uso de drogas, tanto em nível primário dentro dos próprios presídios, como também a garantia de acesso aos serviços de média e alta complexidade.

Nesse sentido, são imprescindíveis ações pautadas em estratégias de saúde, cidadania e direitos humanos voltados para população feminina em privação de liberdade na tentativa de minimizar possíveis riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica, provocados ou secundários ao envolvimento com drogas, como prevê a Lei nº 11.343/2006 (lei institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad e os princípios de Redução de Riscos e Danos que regem as linhas de cuidados apontados pela mesma).

Diante das necessidades apontadas acima, o Serviço de Psicologia da instituição ao constatar que o contexto prisional apresenta inúmeros desafios relacionados à atenção ao uso e usuários de substâncias psicoativas (SPAs), devido à população carcerária se constituir num grupo extremamente vulnerável a situações de agravos à saúde e transtornos mentais relacionados ao uso das diversas SPAs, visto que a chegada ao ambiente prisional evidencia ainda mais a necessidade de continuar ou iniciar o consumo de drogas (a exemplo do tabaco e dos psicotrópicos) como meio de suportar a rotina do cárcere, os sentimentos de tristeza, solidão, ansiedade, afastamento da família, etc e portanto necessitam de ações específicas. Dessa forma o referido serviço vem implantando ações de redução de riscos e danos para as mulheres privadas de liberdade, através de atendimentos individuais e de grupo por meio de Rodas de Conversas.

As ações de Redução de Riscos e Danos com mulheres em privação de liberdade abarcam insumos de RD como informativos, preservativos, oficinas relacionadas a drogas e sexualidade, fatores de risco e de proteção associados ao uso de drogas, bem como acompanhamento psicoterapêutico, psiquiátrico e/ou medicamentoso, atividades físicas, trabalho com a autoestima e o respeito ao usuário, construindo estratégias de cuidados à saúde voltada para a minimização das consequências adversas causadas por práticas de riscos relacionadas ao uso prejudicial de drogas e informações sobre a Rede de Assistência aos usuários de drogas. Pratica-se ações de Redução de Riscos e Danos também ao buscar

continuamente a humanização/ conscientização das equipes de saúde e penitenciários sobre a importância da reorientação do modelo assistencial para o modelo de redução de danos preconizado pelas políticas públicas sobre drogas, visto que as representações sociais do consumo de drogas presentes em uma parcela dos profissionais exercem muita influência no processo de cuidar e na complexidade deste cuidado.

Busca-se assim evitar o reducionismo das pessoas humanas a um aspecto de sua existência, ao incentivar a autonomia das mulheres sobre seus corpos e hábitos como melhor forma de aplicar políticas públicas de assistência e inserção social dos consumidores ao invés de preconizar ilusórias políticas de "tolerância zero" mesmo diante de um lugar que a princípio o uso de drogas em prisões e penitenciárias é uma prática paradoxal uma vez que ambas as instituições existem para punir e controlar aqueles que, supostamente, desrespeitaram a lei.

Ao adotar a estratégia da Redução de riscos e danos, nossas ações estão pautadas na promoção da saúde, cidadania e direitos humanos, tendo como princípios orientadores o respeito à liberdade de escolha do indivíduo, a autonomia do sujeito e corresponsabilização de cuidados visto que muitos usuárias não querem ou não conseguem deixar o uso de drogas, todavia, não perde, por isso, o direito ao cuidado à saúde. Busca-se assim adotar uma postura de construir/criar o cuidado em parceria com a usuária (usuária protagonista), respeitando- a nas suas escolhas, ofertando diferentes práticas (escuta diferenciada, cuidado da saúde física e psíquica, informação, orientação, oficinas, insumos de prevenção e encaminhamentos para atenção à saúde) e garantia de acesso a serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

BARCINSKI, Mariana. Mulheres no tráfico de drogas: a criminalidade como estratégia de saída da invisibilidade social feminina. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 5, n. 1, p. 52-61, jul. 2012 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822012000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 de agosto de 2015.

BARCINSKI, M. Protagonismo e vitimização de mulheres envolvidas na rede de trafico de drogas no Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva,** v. 14, n. 2, p. 577-586, 2009a. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232009000200026&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 20 de agosto de 2015

BARCINSKI, M. Centralidade de gênero no processo de construção da identidade de mulheres envolvidas na rede do tráfico de drogas. **Ciência e Saúde Coletiva,** v. 14, n. 5 p. 1843-1853, 2009b. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500026&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em 20 de agosto de 2015

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Tradução Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011. 279p. Título original: L'analyse de contenu.

BERTOLOZZI, Maria Rita; et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev. Esc Enferm USP 2009; 43(Esp 2): 1326-30.** Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600031 Acesso em: 08 de fevereiro de 2016.

BRASIL. Ministério da Justiça. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias INFOPEN MULHERES. **Departamento Penitenciário Nacional – DEPEN**. Brasília: Imprensa Nacional, 2014.

BRASIL. **Lei Ordinária nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, Lei de Drogas.**

CARVALHAES, Flávia Fernandes de; TONELI, Maria Juracy. Rainhas do tráfico de drogas: imagens de poder, (2012). **In: Anais do II Simpósio Gênero e Políticas Públicas,** SSN 2177-8248 Universidade Estadual de Londrina, 18 e 19 de agosto de 2011. GT5 – Gênero e Violência – Disponível em: http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/Flavinha.pdf. Acesso em: 26 de janeiro de 2016.

JODELET, Denise. Representações Sociais: Um domínio em expansão. In: JODELET, Denise (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001, p. 17-44.

MANN J, Tarantola DJM, Netter TW. Aids in the word. Cambridge: Harvard University Press;1992.

MOREIRA, V. S. **Impactos do envolvimento de mulheres presidiárias com o fenômeno das drogas.** 2012, 125f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2012.

OLIVEIRA, Jeane Freitas de. V**ulnerabilidades de mulheres envolvidas com álcool e outras drogas.** Projeto de Pesquisa submetido à apreciação do CNPQEdital MCTI/CNPq/ SPM-PR/MDA Nº 32/2012. Edital de Gênero - Temática D - Categoria 2, 2012

PRIORI, C. Mulheres infratoras e o sistema prisional: uma discussão prévia. [Texto completo]. **Anais do IV Congresso Internacional de História.** Maringá: Universidade Federal do Paraná, 2009.

SOUZA, Márcia Rebeca Rocha de OLIVEIRA, Jeane Freitas de NASCIMENTO, Enilda Rosendo do Nascimento A saúde de mulheres e o fenômeno das drogas em revistas brasileiras. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 92-100, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00092.pdf. Acesso em: 15 junho de 2015

TRINCA, Walter. **Procedimentos de desenhos-estórias**: formas derivadas, desenvolvimentos e expansões, 1 ed. São Paulo: Vetor, 2013.

4.2. Psicologia e Comunidade

CIDADANIA E INFÂNCIA: UM ESTUDO SOBRE AS PERCEPÇÕES E AÇÕES DE CRIANÇAS NA MELHORIA DOS ESPAÇOS PUBLICOS ONDE BRINCAM

Paula Sanders Pereira Pinto

Ilka Dias Bichara

Introdução

Definir cidadania é algo bastante complexo, por se tratar de um conceito histórico e com um sentido que varia no tempo e no espaço. Cada momento histórico e cada sociedade ou nação apresenta direitos e deveres específicos aos seus cidadãos (PINSKY & PINSKY, 2003). De acordo com o dicionário Aurélio Buarque de Holanda *"cidadania é a qualidade ou estado do cidadão"* e cidadão é *"o indivíduo no gozo dos direitos civis e políticos de um estado, ou no desempenho de seus deveres para com este"*. Segundo Pinsky e Pinsky (2003) ser cidadão é ter direitos civis, políticos e sociais. São direitos civis o direito à vida, à propriedade e à igualdade perante a lei. São direitos políticos poder participar do destino da sociedade, poder votar e ser votado. Caracterizam-se como direitos sociais o direito à educação, ao trabalho, ao salário justo e à saúde. Cidadania implica na efetivação de tais direitos e na luta incessante de alcançá-los, além do cumprimento de deveres.

No que se refere às crianças, somente em 1989 a Assembleia Geral da ONU adotou a Convenção sobre os seus direitos. Desde então, tem sido utilizada quase que por todos os países. Esta enfatiza não apenas a sobrevivência e o desenvolvimento saudável, a proteção e a provisão da criança, mas também os seus direitos de ser aceita e ouvida com relação às questões que lhes dizem respeito (BARTLETT, 2002; CHAWLA, 2002).

No Brasil o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), por meio da Lei nº 8.069 de 13 de Julho de 1990 (BRASIL, 1999), veio promover diversas revelações, não apenas no campo jurídico, como também em outras áreas da realidade política do país, tal como a concepção das crianças e adolescentes como *"pessoas em condição peculiar de desenvolvimento"*, e como *"sujeitos de direitos"*, que indica que apesar de requerem proteção integral e prioritária de seus direitos por parte da família, da sociedade e do Estado, não podem ser tratados de forma passiva (FROTA, 2007; OTENIO et al., 2008). A partir de então, as crianças e os adolescentes começaram a usufruir de todos os direitos constitucionalmente consagrados na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2000) que se aplicavam apenas às pessoas maiores de 18 anos.

Neste momento, passaram da situação de menor para a condição de criança cidadã e adolescente cidadão. Estes foram reconhecidos como sujeitos de direitos civis, políticos e sociais, tal como o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (FROTA, 2007).

Mais de 15 países foram influenciados pelo ECA (BRASIL, 1999) na elaboração de legislações semelhantes, por se tratar de uma Legislação que atende a Convenção dos Direitos da Criança da ONU e garante direitos de cidadania às crianças e jovens brasileiros (OTENIO Et al., 2008). Desde que as crianças têm sido consideradas como cidadãs, diversos projetos têm surgido internacionalmente com o objetivo de avaliar, juntamente com elas, os ambientes onde vivem e pensar em uma forma de melhorá-los (BARTLETT, 2002; CHAWLA, 2002). Um dos projetos existentes é o das *"cidades amigas das crianças"*, proposto pela UNICEF, e que foi implantado em diversos países como Espanha, Croácia, Índia Brasil, entre outros. Este projeto tem como objetivo garantir a implementação da Convenção sobre o Direito das Crianças, tornando a cidade um local "para crianças", através de medidas legais, institucionais, orçamentais e logísticas com capacidade de sustentar este projeto. Dentre os direitos garantidos às crianças nas cidades envolvidas no projeto estão os de: influenciar nas decisões sobre a sua cidade; expressar suas opiniões sobre a cidade que querem; andar com segurança nas ruas, por conta própria; encontrar os amigos e jogar; ter espaços verdes para plantas e animais; ser cidadãos iguais com acesso a todos os serviços.

De acordo com Oliveira (2004), para a criança exercer a cidadania deve ter o direito de andar pelas ruas como qualquer pessoa, ter os seus deveres e utilizar o espaço público, que é um bem de todos. É neste espaço que as crianças têm a oportunidade de relacionar-se livremente com todos os tipos de pessoas que existem em seu mundo, de conhecer livremente o ambiente a sua volta e desenvolver uma percepção mais ampliada do mundo em que vivem. Como todo cidadão a criança precisa desenvolver referenciais espaciais para saber localizar-se na cidade. Somente conhecendo o entorno de sua casa, de sua escola, do lugar de brincar e dos lugares para onde vai é que a criança poderá considera-los como parte de sua existência (BITTENCOURT, 2010).

Tais estudos refletem uma concordância internacional de que as crianças e os jovens não são apenas uma população com necessidades especiais, mas também

possuem criatividade e *insights* que eles podem utilizar para o processo de desenvolvimento dos espaços de habitação humana (CHAWLA, 2002). A participação ativa das crianças na ocupação das cidades e na discussão sobre as decisões a respeito dos seus interesses é fundamental para seu desenvolvimento político e de cidadania, entretanto esta participação precisa ser mediada pelos adultos ao ouvirem e colocarem em prática as sugestões das crianças (SARMENTO et al., 2007), o que ainda não vem ocorrendo de maneira satisfatória. Considera-se que ainda são poucas as iniciativas dos adultos que possibilitam um papel ativo da criança na sociedade e o exercício da cidadania. Diante do que foi exposto, este trabalho teve por objetivo investigar percepções de crianças a respeito de um espaço público onde brincavam juntas e mediar interlocuções entre as crianças e o gestor do referido espaço, viabilizando uma solução para suas reivindicações.

Métodos

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, analítico e de intervenção, de caráter qualitativo, onde foi realizada uma investigação participativa com 7 crianças, entre 2 e 11 anos, média de 7,6 anos, que moravam e brincavam juntas em um loteamento fechado de *status* socioeconômico considerado mediano, localizado no bairro de Patamares em Salvador-BA-BR. Ressalta-se que as áreas comuns dos loteamentos fechados são consideradas áreas públicas (PINHEIRO, 2011).

As crianças foram entrevistadas em grupo, na praça pública do loteamento fechado, para produzir informações a respeito dos locais públicos onde costumavam brincar no loteamento, que brincadeiras eram mais comuns, o que gostavam e o que não gostavam no espaço e sugestões para mudanças. Além disso, algumas outras técnicas não verbais foram utilizadas para facilitar a expressão das crianças. Fotos foram tiradas pelas próprias crianças a respeito do que incomodava nos locais de brincadeira e um desenho coletivo que continha as sugestões de melhoria para os espaços foi produzido. Os dados foram analisados a partir de seus conteúdos (BARDIN, 1977).

Após a produção e análise dos dados da investigação com as crianças, uma carta foi redigida pela pesquisadora e direcionada ao presidente da Associação de Moradores do Loteamento fechado. As crianças leram a carta e ofereceram suas sugestões para a redação. Em seguida, marcou-se com o presidente da Associação

de Moradores para a entrega da carta pelas crianças participantes do estudo e pela pesquisadora.

As crianças somente entraram no estudo após a assinatura do consentimento informado por seus responsáveis, de serem esclarecidas sobre os objetivos e possíveis riscos e benefícios do projeto e assentirem em participar. O projeto foi aprovado por um comitê de ética direcionado pela Plataforma Brasil.

Resultados[1]

Verificou-se que as crianças preferiam brincar no campo de futebol, no parquinho infantil e na praça, de brincadeiras como futebol, esconde-esconde, pega-pega e faz de conta. Esta preferência esteve relacionada principalmente à idade. As crianças até oito anos referiram explorar os brinquedos do parquinho e as áreas livres, com brincadeiras de contingência social, tais como pega-pega e esconde-esconde, além do futebol e as crianças acima de dez anos citaram apenas gostar de jogar futebol, que se caracteriza como um jogo de regras, segundo Moraes e Otta (2003). Este resultado corrobora outras pesquisas onde o mesmo perfil de brincadeiras ocorre nas referidas faixa-etárias (VYGOTSKY, 2000; ELSEY, 2004; BICHARA ET AL., 2009).

Com relação ao que não gostavam na área onde brincavam no loteamento fechado as crianças citaram coisas bastante diversificadas. Dentre os comentários apareceram preocupações com a segurança física e com acidentes. O poste enferrujado que sustentava um orelhão que foi retirado da praça, as correntes do balanço igualmente enferrujadas e gastas, o cano de escorregar do Módulo Multifuncional e o trepa-trepa quebrados, e o asfalto grosso (Figura 1). Segundo Felipe (8 anos), *“Uma pessoa pode se cortar no orelhão e também pode cair do balanço”.*

[1] O nome das crianças é apenas fictício, com finalidade de manter o sigilo das informações pessoais.

Figura 1: Fotografia. Haste enferrujada de um orelhão e trepa-trepa incompleto.

Através das entrevistas assim como do uso de desenhos, pôde-se obter diferentes sugestões das crianças para a estruturação do parquinho ou campo de futebol. Sugestões como: 1) Instalação de refletores no campo e parquinho, pois eles costumam brincar a noite e pode haver riscos devido à presença de insetos ou mesmo, terem que enfrentar a situação da bola cair em algum terreno baldio; 2) Colocar marcas de futebol na grama do campo, bem como alambrados de ferro em volta do mesmo e redes nas traves para que a bola não role para fora do espaço; 3)Trocar o piso da praça do parquinho principal para que as crianças não se machuquem tanto; 4) Retirar a árvore no fundo do campo ou cortar os galhos, pois estes estão secos e se encontram na mesma altura que os olhos das crianças acima de 8 anos, podendo ocorrer um acidente; 5) Colocar redes nas traves do campo, pois quando fazem gol a bola sempre cai na rua ou nos terrenos baldios, o que consideram como perigoso já que precisam buscar a bola; 6) O piso da pracinha é bastante áspero e com pedrinhas. Quando as crianças caem, principalmente as pequenas, constantemente se machucam, demonstrando sua inadequação para o local (Figura 2).

Figura 2: Desenho de como gostaria que fosse a praça e o campinho (Gessé, 8 anos).

Após a produção de todas estas informações a pesquisadora redigiu um documento contendo as reivindicações das crianças. Este documento foi lido para algumas crianças na praça uma semana após o encontro. Todas as crianças participantes foram convidadas para esta leitura, entretanto somente estavam presentes três crianças, que fizeram alguns comentários e sugestões. Na mesma semana este documento foi direcionado aos moradores do Loteamento e ao Presidente da Associação de moradores através de e-mail. Neste documento havia a explicação da atividade realizada com as crianças e também todos os resultados obtidos.

Ao receber o documento, o presidente da associação respondeu demonstrando muito interesse pelo trabalho e marcou uma reunião cerca de quinze dias após o encontro com as crianças. Nesta reunião estavam presentes a pesquisadora, o presidente da associação e todas as crianças participantes do projeto. Durante a reunião as crianças mais uma vez manifestaram suas sugestões de melhorias para o espaço da praça e do campo de futebol e tais sugestões foram discutidas por todos os participantes, no sentido de esclarecer o que seria possível ser concretizado, já que para isto é necessária uma reserva financeira. O presidente da associação de moradores sugeriu a criação de um prefeito mirim para a praça e para o campinho. Este teria como função reunir as opiniões das crianças e também fiscalizar o uso do espaço, com o objetivo de gerar a conservação do local, após as reformas que serão executadas brevemente. As crianças acataram as decisões e foi marcada uma data para a eleição.

Ficou nítido o prazer das crianças em serem ouvidas pelos adultos quanto às suas reivindicações. Elas sentiram-se muito importantes neste momento e passaram inclusive a conversar entre si sobre as suas necessidades coletivas. O presidente da associação demonstrou bastante respeito ao ouvi-las e um certo espanto já que não estava acostumado com tamanha participação das crianças e com seu potencial. Sugeriu-se aos membros da associação que periodicamente as crianças fossem ouvidas.

Considerações finais

Considera-se que os objetivos propostos pela investigação foram cumpridos. As crianças tiveram a oportunidade de expressar suas percepções a respeito de um espaço público onde brincavam juntas e suas sugestões e reinvidicações foram ouvidas pelo gestor do espaço, que, por sua vez validou as opiniões das crianças e as utilizando em medidas práticas para a melhoria dos espaços de uso coletivo do loteamento fechado onde moravam.

Estes resultados demonstram mais uma vez o quanto as crianças são capazes de expressar suas opiniões e sugestões a respeito de questões que perpassam os seus cotidianos, tais como segurança, saúde, bem-estar, meio- ambiente e cidadania, com uma visão crítica, realística e criativa, desde que sejam ouvidas com uma metodologia apropriada, com ética e respeito.

Ratifica-se, assim, o potencial das crianças em expressar suas opiniões acerca dos contextos em que vivem. Suas sugestões podem gerar melhorias para os espaços públicos da cidade, entretanto, cabe aos adultos mediar este processo, possibilitando a cidadania, que é um direito de todos. Sugere-se mais estudos e intervenções que contribuam para a aplicação das políticas públicas direcionadas à infância, com as contribuições das pesquisas em psicologia, em interdisciplinaridade com outras áreas do saber.

Referências:

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARTLETT, S. Building better cities with children and youth. *Environment and Urbanization*, 14 (3), 2002. doi: 10.1177/095624780201400201.

BICHARA, I., LORDELLO, E., CARVALHO, & OTTA. Brincar ou brincar: eis a questão - perspectiva da psicologia evolucionista sobre a brincadeira. In: YAMAMOTO, M.E. & OTTA, E. (Orgs) *Psicologia Evolucionista*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 104-113, 2009.

BITTENCOURT, M. I. G. F. O espaço e os outros: aspectos da experiência da vida urbana retratada por crianças de diferentes classes sociais. *Revista Mal- estar e Subjetividade*. Fortaleza, 10 (4), 1301-1323, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482010000400011&lng=pt&nrm=iso>.

BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente: promulgado em 13 de julho de 1990*. 9. ed. São Paulo: Saraiva (Coleção Saraiva de Legislação), 1999.

BRASIL. *Constituição (1988).* Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. 24ª. ed. São Paulo: Saraiva (Coleção Saraiva de Legislação), 2000.

CHAWLA, L. "Insight, creativity and thoughts on the environment": integrating children and youth into human settlement development. *Environment and Urbanization*, 14(3), 2002. doi: 10.1177/095624780201400202

ELSEY, S. Children's Experience of Public Space. *Children & Society*. 18, 155- 164, 2004. doi: 10.1002/chi.822

FROTA, A. M. M. C. Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, RJ, 7(1), 147-160, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812007000100013&lng=pt&nrm=iso>.

MORAES, M. S. & OTTA, E. Entre a serra e o mar. In: A.M.A. Carvalho; C.M.C. Magalhães, F.A.R. Pontes; I.D. Bichara (Orgs) *Brincadeira e cultura: viajando pelo Brasil que brinca.* (p.127-1576). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

OLIVEIRA, C. *O ambiente urbano e a formação da criança*. São Paulo: Aleph, 2004;

OTENIO, C.C.M., OTENIO, M.H. & MARIANO, E.R. Políticas públicas para criança no Brasil: O contexto histórico-social e da saúde. *Estação Científica online*, Juiz de Fora, 6, Ago./Set, 2008. Disponível em: <http://cms.estacio.br/media/3304313/6-politicas-publicas-crianca-brasil- contexto-historico-social-saude.pdf>

PINHEIRO, W. F. *Ambientes coletivos de condomínios horizontais situados na cidade de João Pessoa-PB: uma análise da adequação ao uso*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa (78 p.), 2011.

PINSKY, J. & PINSKY, C.B. (orgs). *História da Cidadania*. 2ª Ed. São Paulo: Contexto, 2003.

SARMENTO, M.J., SOARES, N.F, TOMÁS, C. Políticas públicas e participação infantil. *Educação, Sociedade e Culturas*. 5, 183-206, 2007. Disponível em:< http://hdl.handle.net/1822/36753>

VYGOTSKY, L. S. O papel do brinquedo no desenvolvimento. In: *A formação social da mente*. 6ª ed. (J. Cipolla Neto, L. S. M. Barreto, S. C. Afeche trads.). São Paulo: Martins Fontes, 121-138, 2000.

PROJETO DE INTERVENÇÃO “PSI NA COMUNIDADE” NO TERRITÓRIO DO NORDESTE DE AMARALINA

Gustavo Luis Caribé Cerqueira,

Ademaria Nogueira dos Santos Jardim

Agelson Pereira Chagas

Ana Claudia Rego dos Santos

Cristiana de Jesus Nascimento

Emanuele Pires Alves

Graciete Conceição Sousa

Manuela Gonçalves de Oliveira Santos

Reinaldo Conceição Santos

Sonia Maria Alves Pacheco

Simone Valverde de Andrade

Vanessa Rios Santos

Introdução

A Psicologia tem evoluído e novas tecnologias do cuidado e da atenção psicossocial também. Do final do século XX para início do século XXI a Psicologia tem conquistado espaço e ocupado seu lugar principalmente em detrimento das reformas Sanitárias e Psiquiátricas que auxiliaram no desenvolvimento de um olhar mais humanizado e social. Tais mudanças têm colocado o psicólogo em um novo lugar, fazendo com que ocupe novos espaços no cenário nacional, principalmente, ao que tange nas políticas de saúde e sociais. Entretanto, esta nova prática depende de uma “visão de homem e de mundo” a ser assumida e vivida pelos profissionais.

A transição do papel do psicólogo e sua inserção e atenção nos fatores que interferem na realidade brasileira data de aproximadamente 20 anos, a Psicologia propõe um novo paradigma para a atuação das (os) psicólogas (os) em questões sociais (CREPOP, 2013a). Surge então a necessidade da articulação da Psicologia às políticas públicas vigentes no país. E é a partir da inserção nas Políticas Públicas que a Psicologia amplia a possibilidade de acesso, com democracia e igualdade de seus dos conhecimentos e fazeres para a sociedade (CREPOP, 2013a).

A Psicologia Comunitária dedica-se a estudar, compreender e intervir no cenário de questões psicossociais que caracterizam uma comunidade. Salienta-se por sua praticidade e pela diversidade das opções teóricas e intencionalidades que estruturam seus fazeres. (SCAPARO e GUARESCHI, 2007) Além disso, ela se propõe a um saber forjado em um contexto histórico-cultural em um compromisso ético-político com a libertação e cidadania. (GÓIS, 2008).

O Projeto de intervenção ***PSI na Comunidade*** da Faculdade Maurício de Nassau - Salvador desenvolve duas estratégias de trabalho. A primeira é a inserção do estudante de psicologia na comunidade com foco na aprendizagem, além de proporcionar uma ação de acolhimento da população do território e a segunda com objetivo de dar um retorno à comunidade, em especial com foco no empoderamento dos atores sociais locais através do suporte psicossocial para os monitores do projeto Estrelas Musicais (que são ex-alunos do próprio projeto), aconselhamento educacional aos alunos e seus familiares/responsáveis e orientação e suporte de acesso aos serviços da rede de atenção psicossocial do município de Salvador. Importante salientar que este projeto ainda está em fase de implementação e por isso seus resultados são preliminares.

O projeto ***PSI na Comunidade*** ocorre no Colégio Polivalente, localizado na região do Nordeste de Amaralina, mais especificamente em parceria com o Projeto Estrelas Musicais. Este que ensina as crianças da comunidade a tocar instrumentos eruditos e música clássica. É um dos celeiros de novos músicos para o Núcleos Estaduais de Orquestras Juvenis e Infantis da Bahia (NEOGIBA) e outras grandes orquestras da Bahia e do Brasil.

O projeto Estrelas Musicais é um projeto social que é realizado desde 2006 pela Associação Cultural Ibarra e tem beneficiado cerca de mais de 120 crianças e adolescentes de 07 a 17 anos, residentes na comunidade do Nordeste de Amaralina, em Salvador/Bahia. Com foco na prática orquestral, o projeto oferece aulas gratuitas de música no contra turno escolar, auxiliando no desenvolvimento de habilidades musicais e resultando na formação de uma orquestra infanto-juvenil de instrumentos de cordas (violinos, violas, violoncelos, contrabaixos).

O Estrelas Musicais partiu do engajamento de membros da família Ibarra, através de Lucio Ibarra, músico da Orquestra Sinfônica do Estado da Bahia, que resolveu partilhar seu conhecimento e levar a música para a comunidade do Nordeste

de Amaralina, um dos bairros mais violentos da capital baiana (NUNES e PAIM, 2005; MACEDO et al., 2001). Após sua criação, o projeto já conquistou financiamentos em editais de secretarias municipais e estaduais, além do Criança Esperança (da Rede Globo) e Petrobras.

A inserção no campo

Dentre as estratégias de trabalho, a primeira estratégia consistiu na re-significação da prática da Psicologia fora do modelo do "consultório" possibilitando ao estudante de psicologia conhecer um pouco da atuação do psicólogo no território/comunidade, em um campo que carece da atuação deste profissional, sem perder parte dos recursos técnicos desenvolvidos na graduação, pois é na comunidade que grande parte da vida do sujeito é vivida (Campos, 2009). Para isso os estudantes passaram a realizar visitas ao campo duas vezes na semana para se "ambientalizar" e conhecer os atores sociais e principalmente, tornar-se conhecidos por eles. Já que parte do objetivo inicial era ter acesso as demandas reais da comunidade e suas conjunturas locais. Desta forma a interação e o papel da comunidade, têm importância de se constituirem em elementos viabilizadores para a obtenção de informações (FREITAS, 1998).

Neste sentido, é importante salientar que o processo de inserção na comunidade não ocorre de forma tão simples e rápida. Desde de sua "ambientalização" e aceitação por parte da comunidade a presença do projeto dentro do território levou cerca de seis meses. Pois como salienta Freitas (1998), a comunidade com sua dinâmica e características próprias, inserida em um contexto sóciopolíticogeográfico, e vivendo em um tempo histórico determinado. Vive uma conjunção de forças, pressões e desafios das mais diferentes naturezas e, tendo ou não clareza concreta disto, muitas vezes influencia e apresenta limitações e, também, desafios ao cenário ideológico dominante, quando, por exemplo, tenta sobreviver e resistir na sua luta cotidiana. E o ingresso de novos atores sociais causa estranhamento por parte de alguns membros da comunidade.

Outro aspecto importante para os estudantes foi o entendimento prático de que o seu fazer está fundamentado na estratégia do vínculo que eles estabelecem com os membros da comunidade. A ideia de que os vínculos são formadores de todas as dimensões significativas da subjetividade (ÁVILA, 2003) e que não há manejo técnico

para o psicólogo se não houver vínculo que constitua acesso a subjetividade do outro permitiu aos estudantes maior compreensão desta dimensão. Principalmente através das oficinas com os monitores e práticas de observação nas salas de aula de música. Houve também, o exercício do entendimento e desenvolvimento da prática da escuta como uma ferramenta essencial para que o sujeito seja atendido na perspectiva do cuidado como ação integral e por meio dela, seja possível a construção de vínculos e a produção de relações de acolhimento, do respeito à diversidade e à singularidade no encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado.(WAYNAT et al, 2014)

O Projeto baseia-se no entendimento do território em duas dimensões: a primeira em que o território não é apenas espaço de demanda ou depositário de necessidades e recursos para a rede assistencial, mas também nele se produz na medida em que a localização de pontos da rede assistencial alteram o espaço vivido. Sendo a rede constituída para indicar a necessidade de conexões, articulações entre dispositivos de saúde e de outras instâncias interdisciplinares, como articulação dos CAPS ia com Conselho Tutelar, PSF com CAPS, CREAS, Conselho Tutelar e CAPS. Sendo assim, a noção de território passa a ser um dos princípios da articulação entre a saúde mental, assistência social, educação e a atenção básica pois compreende que o território tem relação com as geografias subjetivas, culturais, afetivas de cada sujeito. Ou seja, o território é o lugar psicossocial do sujeito, a partir do qual seu cuidado ganha sentido e relevância. (BRASIL, 2013) E a segunda dimensão entende que sua noção vai além do território geográfico no sentido de um território/comunidade em que estão enraizadas a história de vida do indivíduo, bem como demais elementos dos seus contextos de vida. Enfim, a ideia de rede está associada a uma rede de Serviços diferenciados caracterizada na construção de uma rede de cuidado compartilhado interdisciplinar.

Operacionalização das atividades

O projeto **Psi na Comunidade** lida de forma muito delicada com um conjunto de tensões e atividades e por isso tem se organizado de forma mais acolhedora recebendo aqueles que buscam por suas orientações, através da demanda espontânea, e se predispondo a acolher quem por ventura precisar, além das mediações de conflito e orientações programadas. Vale frisar que no Colégio Polivalente em que os projetos acontecem, no turno matutino os alunos têm aula

normal. Então o projeto **Psi na Comunidade** funciona em paralelo com o projeto Estrelas Musicais que acontecem no turno da tarde de segunda à sexta-feira.

O projeto é dividido em duas frentes desde o atendimento das demandas dos monitores ao aconselhamento educacional aos alunos e seus familiares/responsáveis. Entre as atividades dos estudantes de psicologia estão a participação nas aulas de música realizadas pelos monitores do projeto Estrelas Musicais. Esta participação visa observar e entender a dinâmica dentro das salas de aula, assim como, acompanhar o entendimento por parte dos monitores da sua representação e do seu papel como mediador do processo de aprendizagem do manuseio do instrumento. Além disso, a interação com os pais/cuidadores que aguardam no pátio da escola o término da atividade faz parte, também, enquanto estratégia de aproximação e entendimento deste olhar daqueles que avaliam “de fora” as ações do Projeto Estrelas Musicais.

São realizados encontros com os monitores do Projeto Estrelas Musicais no intuito de colher deles suas principais demandas referentes ao desenvolvimento do projeto. Nas reuniões são abordados temas centrais e destes temas são desenvolvidas questões que mais lhes chamam atenção. Na dinâmica dos encontros destacam-se as trocas de experiências e a divisão de dificuldades que são enfrentadas no cotidiano das aulas. Ao término de cada encontro são solicitados temas a serem abordados para o encontro seguinte.

Ao que tange a orientação e suporte de acesso aos serviços da rede de atenção psicossocial do município de Salvador, esta etapa consiste nas triagens e o encaminhamento para os dispositivos específicos. Esta proposta do projeto Psi na Comunidade se fundamenta na compreensão de que:

A atuação da Psicologia se dá por meio da aplicação dos conhecimentos e das técnicas psicológicas aos cuidados individuais e coletivos com a saúde e ao enfrentamento das doenças. Seu objeto é o sujeito psicológico e as suas relações com os fatores multideterminantes da saúde, tanto na Atenção Básica como na Atenção Especializada. Inclui ainda os diferentes grupos sociais e os seus problemas associados à promoção da saúde e à prevenção de doenças. (CREPOP, 2013a, pp. 12)

Crianças e famílias que apresentam demandas específicas são avaliadas em triagens pelos estudantes de psicologia sob a orientação do professor, responsável

pelo projeto, e orientadas para os serviços públicos ou privados de saúde ou da assistência social, ou até mesmo do terceiro setor, que são responsáveis por cuidar da demanda identificada. Esta ação foi nomeada de “encaminhamento guiado” pois para isso os estudantes de psicologia realizaram o mapeamento da rede de atenção em saúde pública e privada de Salvador, no intuito de entender como funciona o encaminhamento para melhor orientar as famílias que seriam encaminhadas.

Neste levantamento, identificaram os dias de acolhimento, se tem fila, senha, se é agendado ou demanda espontânea, o endereço, telefone, os tipos de serviços ofertados pelo dispositivo. Sendo serviço privado, verificou-se a existência de convênio com o Sistema Único de Saúde e o número de vagas, dias e horários.

Em caso de Serviço da Assistência Social (CRAS e CREAS) a demanda é espontânea porém possui um formulário próprio de encaminhamento para o serviço. Dispositivos como o Centro de Orientação Familiar (COFAM), que são filantrópicos possuem uma organização de atendimento própria e por isso foi necessária também uma aproximação com estes dispositivos para entender como funcionam o processo de encaminhamento. Esta ação se justificou devido ao desconhecimento da grande maioria dos familiares acerca dos serviços disponíveis para acesso e quais eram as suas funções específicas. Pois muitos acabavam se deslocando para Serviços que não atendiam a sua real demanda. E por isso deixavam de intervir preventivamente o que resultava no agravamento de alguns casos.

Dilemas da comunidade

Por se tratar de um projeto que acolhe crianças a partir de 7 anos muitas mães tentam colocar seus filhos com idade inferior a estabelecida. O que gera um problema no processo de triagem e acolhimento do projeto Estrelas Musicais. Esta é uma das questões com as quais os projetos (Estrelas Musicais e Psi na Comunidade) se defrontam e que quando analisadas de acordo com os dados do último censo do IBGE realizado em 2010 podem ser mais bem entendidas.

Segundo o último levantamento do IBGE 44,38% dos chefes de família residentes da região do Nordeste de Amaralina ganham um salário mínimo, ou menos e 12,67% dos chefes de família da região são desprovidos de renda. Estes percentuais estão abaixo dos índices da cidade de Salvador: em que 33,7% dos chefes recebem menos de um salário. Enquanto que em Salvador 55,9% dos chefes recebem até 2

salários, na região do Nordeste de Amaralina este percentual se eleva para 69,20%. Este dado pode não ser um determinante, entretanto atua como um indicador a ser explorado em pesquisas futuras.

Outro problema que encontramos é o desconhecimento dos Serviços Públicos de acordo com as demandas específicas. Muitos pais desconhecem a existência de dispositivos de atendimento em seu território ou no município que atenda a sua demanda ou de seus filhos seja da assistência social, seja da segurança pública ou seja da saúde. Problema semelhante já identificado e apresentado nos Relatórios regionais das pesquisas do CREPOP sobre a Psicologia e Políticas Públicas: As práticas profissionais no Rio Grande do Sul em que o desconhecimento do papel do CRAS pelas comunidades, em função de sua recente implementação causa na comunidade o efeito de que a mesma busca o serviço com as mais diversas demandas, não relacionadas àquilo que é oferecido no Serviço. (CREPOP, 2013b)

Apesar da violência da região ser algo marcante, principalmente na mídia local, ela não é muito retratada no discurso dentro do ambiente escolar onde o projeto acontece. Uma hipótese a ser levada em consideração e a ser verificada no futuro, se deve pelo fato da escola ficar localizada na mesma rua de um Batalhão da Polícia Militar, o que, supõe-se, transmitir uma sensação de segurança. Entretanto, acerca do tema violência, existem relatos da violência em caráter doméstico e familiar nos acolhimentos individuais e para estes casos ocorre o encaminhamento para os dispositivos da rede responsáveis. O que compreende a lei Orgânica da Assistência Social nº 8742/93 em seu artigo 3º em defesa de direitos, que visa a garantir o pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais.

Conclusão

A proposta de um olhar mais ampliado é o principal instrumento para este projeto, principalmente, para que os estudantes de psicologia possam enxergar e atuar na comunidade, exercer a psicologia em outros espaços que não aqueles “ditos convencionais”. Para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes e lidar com os atores sociais enquanto Sujeitos buscando sua participação e autonomia do seu processo de construção muito mais sob uma perspectiva co-produtiva de sujeitos do que numa lógica paternalista. Ou seja, em uma relação fundamentada na troca de saberes e resolução dos conflitos a

partir da utilização dos recursos dentro da própria comunidade, dentro da própria rede de Atenção. É o que Paulo Freire compreende como o rompimento da educação bancária, por via de uma imposição de saberes, em troca de uma educação libertadora/problematizadora através das demandas reais e locais.

Neste sentido, o Projeto Psi na Comunidade tem alcançado êxito ao trabalhar com a capacidade dos indivíduos em falar sobre os próprios problemas e os processos que vivenciaram ou vivenciam dentro da comunidade. As ações educativas nas oficinas com os monitores, por exemplo, visam a uma reflexão por parte destes no Projeto Estrelas Musicais das quais participam para uma ação crítica sobre a realidade. A compreensão, por exemplo, como ocorre a organização em distritos sanitários dos serviços de saúde da cidade de Salvador. Compreender os princípios de hierarquização e territorialização dos serviços de saúde. Ou entender que determinados comportamentos não são “birras” mas sintomas de determinadas doenças ou etapas do processo do desenvolvimento da criança e que certas práticas são violações de direitos.

Neste contexto pode-se pensar no conceito de emponderamento que tem sido difundido e discutido nos últimos anos. O termo empoderamento, “*empowerment*” em seu termo original em inglês, se estende aos enfoques psicológico e comunitário, o psicológico pois contempla uma noção de indivíduo comedido, independente e autoconfiante, gerando estratégias educativas que fortaleçam sua auto-estima e sua capacidade de adaptação ao meio (CARVALHO, 2004, apud MOREIRA, 2007) e comunitário pois as ações em educação para a saúde levam em conta o sentido da vida, o controle sobre a vida por parte das pessoas e a solidariedade comunitária. (VALLA, 1999, apud MOREIRA, 2007).

Enfim, a autonomia é um dispositivo tecnológico de cuidado que garante ao ator social a responsabilidade pelo curso da sua vida, através do empoderamento este indivíduo desenvolverá habilidades que permitam a socialização em seu território. E é neste sentido, por atuar com estes elementos subjetivos que o Projeto Psi na Comunidade utiliza dos recursos da psicologia comunitária visando contribuir com o entendimento da relação saúde-doença, processos psicossociais, interpessoais e intrapessoais. Através das oficinas e dos grupos é que são identificadas as ideias, crenças, sentimentos e pensamentos que fazem parte dos processos de prevenção e

orientação que precisam ser trabalhados e melhor organizados nesta comunidade do Projeto Estrelas Musicais da região Nordeste de Amaralina.

Referências

1. ÁVILA, L. A. Saúde mental – uma questão de vínculos. Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo. Vol. 4, No. 4, pp. 69-76. 2003.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.)

3. CAMPOS, Regina Helena de Freitas (orgs). Psicologia Social Comunitária: da solidariedade á autonomia. 15ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2009.

4. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP). Como a Psicologia pode contribuir para o avanço do SUS: orientações para gestores. Conselho Federal de Psicologia (CFP). Brasília: CFP. 2013a.

5. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP). Psicologia e Políticas Públicas: as práticas profissionais no Rio Grande do Sul – Relatórios regionais das pesquisas do CREPOP. Conselho Federal de Psicologia (CFP). Brasília: CFP. 2013b.

6. FREITAS, Maria de Fatima Quintal de. Inserção na comunidade e análise de necessidades: reflexões sobre a prática do psicólogo. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre , v. 11, n. 1, p. 175-189, 1998 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721998000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 gosto de 2016.

7. GÓIS, C. W. L..**Saúde Comunitária** - pensar e fazer. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

8. IBGE. Censo Demográfico 2010 – Características Gerais da População. Resultados da Amostra. IBGE, 2010. Disponível em http://www.ibge.gov.br/ home/estatistica/ populacao/cnso2000/default_populacao.shtm. Acesso em 04 de agosto de 2016.

9. MACEDO, Adriana C. et al. Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. **Rev. Saúde**

Pública, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 515-522, Dec. 2001 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000600004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 de agosto de 2016.

10. MAYNART, Willams Henrique da Costa, ALBUQUERQUE Maria Cícera dos Santos de, BRÊDA Mércia Zeviani, SALES, Jorge Jorgina. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. Acta paul. enferm. [Internet]. 2014 Aug [Acesso em: 2016 Mar 05]; 27(4): 300-304. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000400003&lng=en

11. MOREIRA, Janine et al. Educação popular em saúde: a educação libertadora mediando a promoção da saúde e o empoderamento. *Contrapontos*, Itajaí, v. 7, n. 3, p. 507-521, set./dez. 2007. Disponível em: <www6.univali.br/seer/index.php/rc/article/view/920/775>. Acesso em: 05 agosto 2016.

12. NUNES, Mônica; PAIM, Jairnilson Silva. Um estudo etno-epidemiológico da violência urbana na cidade de Salvador, Bahia, Brasil: os atos de extermínio como objeto de análise. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 459-468, Abril.de 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 de agosto de 2016.

13. SCARPARO, Helena; GUARESCHI, Neuza. Psicologia Social Comunitária e Formação Profissional. *Psicologia & Sociedade*, v.19, Edição Especial 2, p. 100-108, 2007.

AS BELEZAS DO MEU BAIRRO

Bruna Improta de O. Mendonça

Amanda Gabriella Cruz Guedes

Filipe Souza Sampaio

Resumo

O seguinte artigo é um relato de experiência sobre um trabalho desenvolvido em uma escola estadual no Subúrbio Ferroviário do município de Salvador por estudantes e docente do curso de psicologia da Universidade Salvador, que teve como resultado a produção de um documentário e uma exposição de fotos, tiradas pelos alunos da escola estadual, acerca das belezas de São João do Cabrito/Plataforma, bairros pertencentes ao Subúrbio. Discutimos sobre os estigmas de criminalidade presentes naquela região e de como a arte pode ser usada como produtora de subjetividade e instrumento de transformação da realidade, usando principalmente os estudos de Gey Espinheira e José Eduardo Ferreira Santos. Sobre como essa experiência é importante para a formação de psicólogos fora dos padrões hegemônicos da clínica, refletimos sobre a ideia de saúde ampliada e a importância das ciências da conduta voltadas para a área de saúde.

Palavras-chave: Arte; Psicologia; Saúde Coletiva.

Introdução

O presente trabalho consiste em um relato de experiência dos resultados e transformações advindas da elaboração de um documentário e uma exposição de fotos realizada com jovens estudantes da escola estadual Bertholdo Cirilo em São João do Cabrito, localizado no Subúrbio Ferroviário da cidade de Salvador. O artigo é um relato de experiência, que consiste na demonstração de uma experiência prática para a maior compreensão e fundamentação de uma teoria. O projeto durou cerca de 4 meses no período de março a junho de 2016. A atividade foi possibilitada pela Universidade Salvador – UNIFACS, através do Programa de Integração e Saúde na Comunidade (PISCO), que se refere a um projeto interdisciplinar na área de saúde coletiva, permitindo aos estudantes um contato com a realidade de saúde local, através de atividades nos postos de saúde do distrito do Subúrbio Ferroviário de Salvador. O relato apresenta um debate sobre a ressignificação do olhar do local visitado, pelos próprios moradores e pelos facilitadores da intervenção,

proporcionando maior visibilidade para as belezas materiais e imateriais do bairro. Propõe a promoção de saúde de acordo com o novo paradigma biopsicossocial, que considera a saúde como um fenômeno complexo e multifacetado, que por conta disso, atinge sua integralidade na união de todas as perspectivas voltadas para o sujeito, como apresentado por Paim & Almeida Filho (1998). Disserta sobre como essa mudança de percepção pode impactar nas projeções individuais de futuro dos moradores, para além dos determinismos sociais, sendo relevante para a expansão das perspectivas de construção identitária que transcendam os estigmas de violência e criminalidade tão presentes naquele território, como abordado por Santos (2012).

O projeto de intervenção teve como objetivos a compreensão do olhar que os moradores têm do seu bairro para a partir disso, proporcionar a sensibilização deles, principalmente os jovens, e promover uma transformação nessa percepção que eles possuem do seu bairro, de um lugar violento, feio e pobre, para um local que existe beleza, cor e riqueza. Este se introduz dentro de uma perspectiva que traz as artes como um produtor de subjetividade e ferramenta de modificações sociais, como aponta Boechat & Kastrup (2009). Usamos principalmente, a aproximação com a fotografia – desenvolvendo, junto a um documentário produzido pela equipe, uma exposição com imagens capturadas pelos estudantes. O contato com pessoas de referência do bairro, como José Eduardo Ferreira Santos, fundador e curador do “Acervo da Laje”, um projeto que reúne obras de artistas de periferias, abriu alternativas para o surgimento de novas visões e descobertas acerca daquela realidade, sendo o próprio um exemplo de que o futuro das pessoas daquela região podem superar os estigmas de sua origem.

Para a compreensão dos estigmas de violência e criminalidade presentes naquela região, serão usadas principalmente as ideias de Gey Espinheira (2004), José Eduardo Ferreira Santos (2007; 2012) e Berger & Luckmann (1985). Já para o entendimento de como a arte e a visualização das belezas daquela localidade podem servir como instrumento de transformação, usaremos as referências de José Eduardo Ferreira Santos (2012), Christov (2011) e Sant’ana (2007).

Estigmas de violência e criminalidade na região

Salvador é uma cidade marcada pela pobreza que se propaga para as periferias, se distanciando do centro tradicional e dos bairros ricos (ESPINHEIRA, 2004). Tal vetor com sentido e intensidade tão bem definidos acaba por criar estigmas

negativos para a região que transcendem a pobreza, como a marginalização, que restringe cada vez mais o espaço que um jovem nascido ali pode ocupar no futuro.

Dentro desta perspectiva, Santos (2007) reflete que a complexidade da desigualdade social, do tráfico de drogas e do crime organizado, torna a violência entre os jovens um fenômeno mais abrangente, tornando os jovens do sexo masculino, negros e pardos – muitos deles na faixa etária entre as duas primeiras décadas – as maiores vítimas desse contexto.

Levando em consideração essa realidade, a formação identitária desses jovens se encontra em constante risco. Segundo Beger & Luckman (2004), a identidade é formada a partir de processos sociais e se encontra como elemento-chave evidente da realidade subjetiva e, tal como toda realidade subjetiva, encontra-se em relação dialética com a sociedade. Tomando como base o referencial teórico desses dois autores, recai sobre o jovem que vive na periferia, em sua dialética com a sociedade, o estigma de marginal antes mesmo que qualquer ação o caracterize como tal, uma vez que sua cor, classe social e local de origem já carregam um símbolo construído e alimentado pelas classes dominantes.

Tendo o estigma como elemento que aumenta a probabilidade da ocorrência do fenômeno de exacerbação dos localismos, Zaluar (1997) aponta para uma tendência ao retrocesso da civilidade no Brasil, uma vez que o processo macrossocial causador dessa conjuntura entra na sombra da violência como forma de afirmação de pequenas diferenças grupais e locais. Em decorrência desse arranjo social, novas formas de protagonismo - que nem sempre estão de acordo com a normatividade - são encontradas e gradativamente imersas numa realidade individual, a do jovem, que quando o vemos, já está estigmatizado pela periferia. (SANTOS, 2007)

Arte como instrumento de transformação social e de construção de subjetividade.

A UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura) na 30ª Sessão da Conferência Geral da UNESCO que ocorreu em Paris em 1999, afirmou que a introdução das artes e das práticas culturais nos ambientes educacionais tem grande influência no desenvolvimento do intelecto, do emocional e do psicológico em indivíduos e em sociedades. A educação artística também estimula e fortalece habilidades cognitivas, o pensamento criativo, a visão crítica e a

consciência cultural, possibilitando a construção de uma identidade, individual e coletiva.

Na obra Psicologia da Arte, Vygotsky (1999, apud ASSUMPÇÃO & DUARTE, 2015) reflete acerca do caráter transformador da arte e da sua importância para a experiência humana. O autor amplia as noções de função da arte, uma vez que ele entende que por meio desta, não só expressamos e transformamos sentimentos, mas também criamos símbolos e signos, saberes e linguagem.

A verdadeira natureza da arte sempre implica em algo que transforma, que supera o sentimento comum e aquele mesmo medo, aquela mesma dor, aquela mesma inquietação, quando suscitadas pela arte, implicam o algo a mais acima daquilo que nelas está contido. E este algo a mais supera esses sentimentos, elimina esses sentimentos, transforma a sua água em vinho, e assim se realiza a mais importante missão da arte. (VIGOTSKI, 1999, p. 307 apud ASSUMPÇÃO & DUARTE, 2015)

Santos (2012) aponta que a arte, quando descoberta, pode preencher lacunas e ressignificar vidas. Quando vista de uma perspectiva marcada pela vulnerabilidade social, o autor ainda coloca que a arte traz empoderamento e resgata aspectos da vida que foram renegadas às pessoas que vivem nessa realidade.

A ausência de contato com a arte pode causar rupturas na percepção do protagonismo social de sua vítima, caracterizando tal fenômeno como uma exclusão simbólica que traz inúmeros danos à subjetividade, uma vez que a privação à cultura restringe nossa humanidade e coloca o sujeito numa posição socialmente invisível. Tal invisibilidade necessita de um determinado esforço para ser desfeita, esforço esse que tange a diminuição das desigualdades de acesso à cultura e à arte. (SANTOS, 2012)

Enquanto ferramenta da arte e da linguagem, a fotografia, instrumento utilizado na intervenção proposta, se estabelece como uma interseção na construção das relações entre os sujeitos. (SANT'ANNA, 2007) Em seu livro "Sobre a Fotografia" Susan Sontag (1933), fala que ao aprendermos um novo código visual, as fotos vão expandir nossas ideias a respeito do que vale a pena olhar e do que temos direito de observar. Ou seja, a fotografia passa a ser um instrumento de significação e ressignificação da realidade.

Metodologia

Foram realizados encontros quinzenais durante o primeiro semestre de 2016, com limite de tempo de 4 horas Sobre a dinâmica do projeto foram realizados encontros quinzenais durante o primeiro semestre de 2016. O limite de tempo dos encontros foi de 4 horas, tempo esse estabelecido pela instituição. Os encontros ocorriam em São João do Cabrito e Plataforma, inicialmente, e como ponto de encontro, no posto de saúde local.

Os primeiros encontros consistiram numa aproximação com a comunidade, a partir de territorialização, visitas domiciliares, visita e compreensão do funcionamento da USF e de locais de referência.

A ideia da intervenção surgiu após alguns encontros em que foi notada uma desvalorização da comunidade quanto aos seus recursos internos, enquanto instrumentos de mudança. Baseado na ideia de Belloch & Olabarria (1993) de que a saúde é um bem que tange a esfera biopsicossocial, o projeto de intervenção buscou mostrar, através de um documentário, as belezas daquela região (materiais e imateriais), através de relatos de moradores da comunidade. Paralelo a isto, houve uma exposição de fotos, com fotos tiradas pelos estudantes da escola estadual Bertholdo Cirilo em São João do Cabrito, localizado no Subúrbio Ferroviário da cidade de Salvador. Os encontros para a gravação do documentário ocorreram de acordo com a disponibilidade dos entrevistados e dos entrevistadores. Ao todo foram 4 dias de gravação. Para a gravação das entrevistas os discentes conversaram com os fundadores da Cooperativa dos Pescadores; com alguns funcionários do Centro Cultural Plataforma; os responsáveis pelo Acervo da Laje e pelo projeto Ocupa Lajes; alguns líderes da comunidade; responsáveis, funcionários e alunos do Centro Cultural César Borges; funcionários da Unidade de Saúde da família e funcionários do CRAS de Plataforma. Antes das entrevistas serem iniciadas era explicado para o entrevistado qual era o objetivo daquele material, para que no momento que começasse a gravação o entrevistado tivesse uma fala livre e sem interrupções. Ao final de cada fala, os entrevistadores contribuíam com perguntas ou colocações para enriquecer o debate.

Paralelo a isso foi marcada uma visita à escola estadual, onde a intervenção iria ocorrer, para convocar os estudantes a participarem do Projeto, fotografando

localidades que lhes chamavam atenção pela beleza no próprio bairro. Para que a exposição de fotos fosse realizada, solicitamos a eles que mandassem essas fotos para um e-mail criado pelos organizadores.

Após a triagem de fotos e a preparação do documentário, retornamos à escola para fazer a exposição, juntamente com o documentário, para grupos de 10 a 15 alunos que se alternavam, de acordo com a disponibilidade do espaço físico.

Discussão

Bondía (2002) diz que a experiência é aquilo que nos acontece, que nos passa. Não simplesmente o que acontece ou o que passa, mas sim o que nos toca, nos atravessa. Como sujeitos dessa experiência, nos tornamos um território de passagem, uma espécie de superfície sensível, em que a experiência escreve algo, afeta e deixa marcas. Estar no Subúrbio Ferroviário de Salvador foi definitivamente uma experiência, experiência essa que genuinamente nos atravessou.

O nosso documentário visou explorar uma intervenção não a partir dos estudos que focam nos déficits do bairro, mas sim mostrar uma visão pouco conhecida e divulgada de São João do Cabrito/Plataforma. Ao desenvolver projetos artísticos e culturais em um ambiente estigmatizado, nós estamos construindo, aos poucos, novos signos que rompem com a lógica determinista que acompanha os jovens do bairro. A experiência com a arte é transformadora. Santos (2012) fala que a arte tem o poder de educar a sensibilidade; a percepção e o sentimento de pertença. Exibimos o documentário com o intuito de mostrar aos jovens estudantes que existem referências de arte e belezas dentro daquela região, o que dialogou perfeitamente com uma fala de José Eduardo Ferreira Santos, em que ele dizia:

“[...] Quem mora na periferia já tem um déficit na questão da vergonha de morar nesse lugar [...] os meninos desde pequeno... (Eduardo pergunta aos meninos) ‘O que é que tem de bonito na sua casa?’ ‘Nada’, ‘O que é que tem de bonito na sua rua?’ ‘Nada’. Então isso é redutivo, redutivo na perspectiva de ser pessoa, né?”

Com essa experiência tivemos contato direto com as “ciências da conduta”, que, Segundo Paim e Almeida Filho, (1998), são a Sociologia, a Antropologia e a Psicologia, voltadas para a saúde. A utilização dessas disciplinas dá acesso a conteúdos socioculturais e psicossociais que facilitam a relação profissional da saúde-paciente. É importante a compreensão desse cenário para que, como psicólogos, nos

insertamos já familiarizados com os novos paradigmas de saúde coletiva na nossa atuação profissional.

Foi essencial entrevistar José Eduardo Ferreira Santos (2007;2012), que de forma brilhante falou sobre os arranjos sociais que favorecem a depreciação da região do Subúrbio Ferroviário. Como futuros psicólogos e perceber a associação dos problemas sociais daquela região com o seu cenário de saúde foi natural. Ficou patente para nós como ocorria a dialética entre as tramas sociais que reforçavam os aspectos ruins daquele local e a desvalorização dos moradores da comunidade pelo próprio espaço. Portanto, para a elaboração da nossa intervenção foi necessário ver aquele espaço na sua integralidade, levando em consideração seus fatores econômicos, políticos, sociais e culturais.

Uma vez incutidos no trabalho de documentar as belezas daquele local, a ressignificação do nosso olhar sobre ele foi inevitável. O local que corriqueiramente aparece nos meios de comunicação como produtor apenas de violência e criminalidade nos ofereceu belas paisagens, belas pessoas, belas falas, intrigantes reflexões e uma grande experiência profissional. Como descrito por Bondía (2002), viver uma experiência demanda um olhar devagar, um cultivo da atenção e que apreciemos os detalhes. A cada encontro e a cada entrevista feita, percebíamos que o Subúrbio Ferroviário de Salvador é um local produtor de cultura e arte, nos mais amplos sentidos dessa última palavra.

Objetivamos expandir a nossa vontade em descobrir as belezas do local para os estudantes da escola estadual Bertholdo Cirilo, convocando-os a tirarem fotos dos lugares que eles achavam que tinha algo de belo. Segundo Susan Sontag (2004), a fotografia constitui uma gramática, e ainda mais importante, uma ética do ver.

Esta foi, portanto, uma experiência extremamente valiosa, principalmente para o campo da formação profissional e docência, na medida em que permitiu o crescimento dos estudantes e maior compreensão da realidade social que virão a atuar enquanto profissionais. Experiência essa que nos aproxima da ideia, de acordo Pereira *et al.* (2011), que o profissional de saúde tem o papel de cuidador, transformando a relação psicólogo-paciente para uma relação de acolhimento.

Além disso, como reforça Breda *et al*. (2005) proporcionou um afastamento da hegemonia clínica que prioriza anamneses e diagnóstico, ao estreitar os laços com a perspectiva de fazer uma psicologia social.

Considerações Finais

Podemos concluir que o projeto “As Belezas do Meu Bairro”, e a aproximação da realidade social do Subúrbio Ferroviário de Salvador, através do trabalho de documentar e expor fotos das belezas locais, contribuiu fortemente para formação profissional dos estudantes de psicologia. Conseguimos aplicar na prática a teoria de saúde coletiva ampliando nossos horizontes quanto a uma abordagem baseada na saúde ampliada.

Foi de fundamental importância o conhecimento prévio do conceito de “ciências da conduta” para perceber o cenário da comunidade da forma mais abrangente possível, levando em consideração seus aspectos econômicos, sociais, políticos e culturais.

Vimos que São João do Cabrito e Plataforma são lugares de muitas riquezas, tanto físicas quanto culturais, e esperamos ter alcançado nosso objetivo de causar um impacto nos estudantes da escola em que fizemos a intervenção quanto ao olhar deles para aquele local, da mesma forma que essa própria ação nos impactou.

A experiência relatada forneceu, principalmente para os estudantes, uma grande expansão do conhecimento daquilo que só tinham visto, até então, na teoria. Enquanto psicólogas e futuras psicólogas (os), o olhar ampliado para os fenômenos à nossa frente é imprescindível para uma prática dentro dos novos paradigmas de saúde, que prioriza uma conduta de inclusão.

Referências:

ASSUMPÇÃO. M. C; DUARTE. N, A arte e o ensino de literatura na educação escolar. Vitória: Contexto – Revista do Programa de Pós-graduação em Letras. n. 27, 2015/1. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/contexto/article/view/10422/7354>

BEGER, P. L.; LUCJMANN, T. A Construção da Realidade Social. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

BELLOCH, A.; OLABARRIA, B. El modelo bio-psico-social: un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico. *Revista Clinica e Salud*, v. 4, n. 2, p. 181-190, 1993.

BOECHAT, M; KASTRUP, V. A experiência com a Literatura numa instituição prisional. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte, v. 15, n. 3, p. 22-

40, dez. 2009 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682009000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 ago. 2016.

BONDIA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, Apr. 2002 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782002000100003&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 01 Ago. 2016.

BREDA, M.Z.; ROSA, W.A.G., PEREIRA, M.A.O.; SCATENA, M.C.M. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 13, n. 3, p. 450-452, 2005.

ESPINHEIRA, G. Sociabilidade e Violência: Criminalidade no cotidiano de vida dos moradores do Subúrbio Ferroviário de Salvador. Salvador: Ministério Público do Estado da Bahia, Universidade Federal da Bahia, 2004. 204 p.

HEILBORN, Maria Luiza; MACHADO, Lia Zanota. (orgs). Antropologia e Direitos Humanos 4. Florianopolis: Nova Letra, 2006, pp. 303-350. Disponível em <http://www.abant.org.br/conteudo/003PRODUTOS/Livros/dh4.pdf> Acessos em 25 de jul. 2016.

PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, Aug. 1998 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000400001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 de Jul de 2016.

PEREIRA, Thaís Thomé Seni Oliveira; BARROS, Monalisa Nascimento dos Santos; AUGUSTO, Maria Cecília Nobrega de Almeida. Health care: biopsychosocial paradigm and subjectivity into focus. **Mental**, Barbacena, v. 9, n. 17, p. 523-536, dez. 2011 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272011000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 ago. 2016.

SANT'ANNA, C. V.; A Fotografia Contemporânea no Brasil: uma leitura da identidade étnico-racial brasileira em Eustáquio Neves. 2007. 152 p. Dissertação (Mestrado em Cultura e Sociedade) UFBA. Salvador. 2007.

SANTOS, J. E. F. Artistas Invisíveis da Periferia de Salvador. Salvador, 2012. Disponível em: <http://www.pacc.ufrj.br/wp-content/uploads/Artistas_invisiveis_da_periferia_palestra_ufba1.pdf>. Acesso em 18 jul. 2016.

_____, J. E. F. Homicídio entre jovens de uma periferia de Salvador, Bahia: um relato de experiência sobre a violência e o desenvolvimento humano. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 72-83, dez. 2007 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822007000300008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 ago. 2016.

SONTAG, S.; Sobre a Fotografia. 2004 Brasil: Companhia das Letras. 2004. 223 p.

ZALUAR, A. Gangues, galeras e quadrilhas: globalização, juventude e violência. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1997.

4.3. Psicologia e Arte

“CINEMA: SUBJETIVIDADE, CULTURA E PODER” – RELATO DE EXPERIÊNCIA NA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Daniela Lima de Almeida

Ivone Maia de Mello

Propomos um relato de experiência a fim de comunicar a ação extensionista que o projeto Cinema: Subjetividade, Cultura e Poder, mais conhecido como Sala de Cinema, desenvolve na cidade de Feira de Santana, como forma de articular um diálogo entre a academia e a comunidade, uma troca de saberes. O projeto é vinculado à Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e recentemente tornou-se Ponto de Cultura certificado pelo Ministério da Cultura (MinC), seguindo o objetivo de investigar os modos de subjetivação contemporâneos em seus atravessamentos com a dimensão cultural, através da arte cinematográfica, considerada numa perspectiva crítica na produção do conhecimento. Ao longo de cinco anos, desde 2011, o Sala de Cinema vem atuando em parceria com diversos setores da cultura na cidade e da própria universidade: Biblioteca Central Julieta Carteado (BCJC-UEFS), Associação dos Docentes da UEFS (ADUFS), Museu de Arte Contemporânea Raimundo de Oliveira (MAC-Feira), Centro Social Urbano (CSU), Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, Centro Universitário de Cultura e Arte (CUCA), Festival Literário e Cultural de Feira de Santana, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Coletivo Inovacine, Movimento de Mulheres de Feira de Santana (MOMDEC), Delegacia de Mulheres (DEAM), Coletivo Quitérias, Levante Popular da Juventude, Coletivo Outros Outubros Virão, Coletivo Feminista Classista Ana Montenegro e a banda de Hap Unidade de Guerrilha. A partir da propostas de planos de trabalho desenvolvidos pelos respectivos bolsistas e voluntários, percorremos espaços diversos na comunidade externa, favorecendoprocessos de subjetivação (GUATTARI, 1996), tendo o diálogo, a reflexão e a participação como conceitos fundantes de uma práxis cidadã, entre os membros da equipe e com os participantes.

METODOLOGIA

A proposta metodológica do projeto foi construída entendendo o método como modo de caminhar, com atenção ao rigor em seus fundamentos e referências, mas também com espaço para estabelecer entre o tecido teórico e a prática um diálogo

fundante. A partir de uma reflexão crítica sobre os textos e de uma especial atenção à conjuntura em que estamos inseridos a cada momento, buscar estabelecer uma práxis, em que a reflexão, a criticidade e a ressignificação atravessam as leituras que fazemos dos textos, filmes e diálogos, numa apropriação que busca implicar os sujeitos envolvidos na produção discursiva. Tomamos a hermenêutica criativa comoreferência, trazida para o projeto a partir do campo teórico da Psicanálise, abrindo espaço a essa recriação de sentidos e interpretações singulares:

Tem-se, assim, a concepção de uma interpretação que responda à obra a partir da experiência que esta propicia ao leitor. Nesse sentido, a interpretação eficaz se dá não pela sua capacidade de conservação, mas, sobretudo, pela emergência de novas configurações que propiciam a *fabricação do estranho*. (CAMPOS & COELHO, 2010, p. 251)

Numa perspectiva interdisciplinar, nos servimos dos Estudos Culturais, a partir dos trabalhos de Stuart Hall, que nos ensinam a complexidade e interdependência entre aspectos sociológicos, políticos e estéticos da cultura implicados na produção subjetiva na contemporaneidade. A partir do século XX, não é mais possível falar de sujeitos sem considerar as reviravoltas produzidas pelas contribuições de Sigmund Freud com o conceito de inconsciente, de Karl Marx com a discussão das relações político-econômicas da exploração do trabalho e extração da mais-valia, dos movimentos políticos e culturais que fazem avançar as questões de gênero, sexualidades, de igualdade racial e da política em sua dimensão cotidiana, em que Hall evoca a contribuição trazida por Michel Foucault (HALL, 2011) e que acrescentamos à nossa discussão as posteriores elaborações de Félix Guattari e Suely Rolnik através do conceito de micropolítica, em sua relação com o desejo e as forças que socialmente disputam sua determinação. (GUATTARI; ROLNIK, 1986) . A diversidade de referências trazidas pelos Estudos Culturais nos auxiliam, diante da complexidade dos temas contemporâneos presentes em nossos estudos e propostas de ação na extensão.

No primeiro semestre de 2016 realizamos quatro mostras temáticas:

Atividade Complementar Cinema e Cultura Popular: ocorrida às terças-feiras, dias 23 de fevereiro, 01, 08 e 22 de março, das 18h00 às 21h00, no auditório da Biblioteca Central Julieta Carteado (BCJC-UEFS), contou com os filmes *Quase Samba* (Ricardo Targino, Brasil, 2012), *Sambatown* (Cadu Macedo, Brasil, 2010),

Pode me chamar de Nadí (Déo Cardoso, Brasil, 2009), *Pelo Malo* (Mariana Rondón, Venezuela/Peru/Argentina/Alemanha, 2013), *Virou o jogo: a história de Pintadas* (Marcelo Villanova, Brasil, 2012), *Rascunho de Ouro* (Tcharly Briglia, Brasil, 2015) e *A história da eternidade* (Camilo Cavalcante, Brasil, 2014), todos com temáticas relacionadas à subjetividade social latino-americana, com recortes para a realidade brasileira, de acordo com os locais de produção de cada obra, e debates mediados por professores, movimentos sociais e pessoas da comunidade.

Mostra Audiovisual Cinema e Psicanálise: desenvolvida também na BCJC (UEFS), durante os dias 29 de março, 05 e 12 de abril, às terças-feiras, das 18h00 às 21h00, trabalhamos com os filmes *Gloria* (Sebastián Lelio, Chile/Espanha, 2013), *A dupla vida de Véronique* (Krzysztof Kieslowski, França/Polônia, 1991) e *Persona* (Ingmar Bergman, Suécia, 1966), onde discutimos as contribuições da psicanálise acerca do feminino, contando com a participação de um psicanalista, um professor de filosofia e uma atriz de teatro nas discussões.

Mostra Videoclipes: Recôncavo da Bahia: a atividade consistiu em uma parceria com a Pró-reitoria de Extensão da UFRB, tendo sido realizada no CUCA, no dia 10 de abril, das 14h00 às 17h00, onde reuniu as produções audiovisuais do próprio Recôncavo baiano, organizadas pelos estudantes do curso de Cinema e Audiovisual da UFRB. Na ocasião contamos com a presença do professor que ministrava as disciplinas e o projeto de extensão a que estavam vinculadas as produções.

Mostra Audiovisual “Marguerite Duras e os possíveis da escritura: a incansável busca”: também realizada no CUCA, as atividades aconteceram às quartas-feiras, das 14h00 às 17h00, nos dias 19 de abril, 03 e 10 de maio, com o intuito de criar um diálogo entre o cinema, a literatura e a psicanálise, a partir dos filmes *Le Camion* (1977)*, Agatha ou as Leituras Ilimitadas* (1981) e *Aurelia Steiner (Melbourne e Vancouver)* (1979), todos dirigidos por Marguerite Duras, na França. As discussões foram mediadas pela bolsista do Projeto Sala de Cinema e no segundo dia contou com a participação de uma professora e psicanalista como convidada para o debate.

Tendo feito essas descrições de ordem metodológica, buscaremos ressaltar os aspectos em comum que atravessaram essas atividades e que vêm sendo mais característicos do Projeto Sala de Cinema, entrelaçando às premissas teóricas que orientam nossa prática e que são discutidas ao longo dos cines debates.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A cisão que os modos de produção capitalísticos operam entre a cultura e as realidades políticas pode torná-las práticas instituídas, padronizadas e homogeneizantes, corroborando para uma concepção de subjetividade estagnada, com pouco movimento e produção de diferenças (GUATTARI & ROLNIK, 1996). Frente a esse contexto, o Projeto Sala de Cinema visa reconhecer a existência de linhas de forças que estão em conflito nos processos de subjetivação emergentes, mais especificamente os engendramentos entre a cultura e as relações de poder na produção de subjetividades, a fim de construir possibilidades de criação de novos modos de ser, que escapem à lógica dominante de consumo cultural, tendo em vista que essa dicotomia entre política e subjetividade alimenta a sujeição e a manutenção de um sistema hegemônico de produção, pois “o capital ocupa-se da sujeição econômica, e a cultura, da sujeição subjetiva” (GUATTARI & ROLNIK, 1996, p. 16). Assim, a forma de organização dos cines debates em torno de temas que suscitam a criticidade torna-se relevante para criar fissuras no que está instituído e produzir novos agenciamentos de singularização que podem funcionar como modos de resistência à produção do mesmo, isto é, a arte cinematográfica pode ser um atravessamento em linha fluida em prol de um processo instituinte que, em movimento, cria a multiplicidade da diferença, no caminho do desenvolvimento de modos de subjetivação singulares (GUATTARI & ROLNIK, 1996).

Segundo Aumont (1995), o cinema é capaz de evocar experiências subjetivas do espectador, causando *impressões de realidade,* de forma a possibilitar novas formas criativas, valorizando-o e permitindo-lhe reconhecer-se como parte de sua obra. Durante as atividades, o comentário que se faz mais presente é o da sensação de que os filmes trabalhados parecem não ter desfecho, apesar de chegarem ao final, fazendo-nos interrogar se não é na ausência de um enredo hermético que podememergir modos singulares de apropriação, de interpretação da obra, ao encontrar espaço para construir um saber sobre a mesma ou poder prosseguir com as questões que possam ter sido suscitadas.

Nesse sentido, o cinema pode ser um elemento da cultura que provoca o debate e contribui com processos de subjetivação que se atravessam com forças políticas diferentes, pois diante do declínio dos velhos paradigmas que definiam a identidade como algo rígido, o momento atual é propício à emergência de novas subjetividades: “O sujeito, previamente vivido como tendo uma identidade unificada e

estável, está se tornando fragmentado; composto não de uma única, mas de várias identidades, algumas vezes contraditórias e não resolvidas" (HALL, 2011, p. 12). Os papéis de gênero, por exemplo, não são mais definidos com fixidez e quando debatemos o documentário *Virou o jogo: a história de Pintadas,* a realidade de mulheres de um município do interior da Bahia e a forma que elas se organizaram para operar mudanças no cotidiano foi mostrada, de modo que na sala várias mulheres reconheceram situações semelhantes no dia a dia e refletiram sobre esses lugares e papéis e possíveis estratégias de enfrentamento.

Esse descentramento do sujeito descrito por Hall (2011) coaduna também com os referentes psicanalíticos, desde que Freud sublinhou a existência de uma lógica inconsciente atemporal que sobrepuja o sujeito cartesiano, efetuando uma derrocada na razão enquanto norteadora da psique humana e no conceito de identidade como algoestável e unificado. É nesse sentido que destacamos um outro aspecto das atividades realizadas: uma maior intercorrência de comentários, quando um dos participantes começa a discorrer sobre o que no filme gerou incômodo, pois dessa maneira pode emergir também o que Freud (1976 [1919]) chamou de *Unheimlich* (uma inquietante estranheza), que está associada ao medo e ao horror, mesmo que a causa de tal sentimento seja conhecida e familiar, sendo que no cinema, assim como na literatura, essa sensação pode ser ainda mais intensa, visto que o leitor se desprende do limite dos fatos, ultrapassando-os, de modo que seu conteúdo não necessita passar pelo teste de realidade:

[...] um estranho efeito se apresenta quando se extingue a distinção entre imaginação e realidade, como quando algo que até então considerávamos imaginário surge diante de nós na realidade, ou quando um símbolo assume as plenas funções da coisa que simboliza, e assim por diante. (FREUD, 1976 [1919], p. 151)

Os processos de subjetivação são afetados continuamente pela cultura. Nos comentários sobre incômodo, angústia, surpresa e sensações de descobertas, os espectadores descreviam como se sentiam após terem assistido aos filmes. É comum haver demora em conseguir articular uma apreciação e expressão dos efeitos do sem sentido que filmes como os de Marguerite Duras causaram. Muitos destacaram uma diferença na experiência de se deparar com as obras abordadas no Sala de Cinema, em contraposição aos veiculados nas grandes redes de cinema comercial.

O relato da bolsista atual do projeto sobre quando começou a participar dos cines debates no primeiro semestre do curso de Psicologia indica um caso onde o interesse pelo cinema foi desenvolvido junto às inquietações que foram surgindo sobre os temas debatidos. De início, afirmou que não conseguia entender as obras trabalhadas, principalmente por não ter acessado anteriormente filmes que escapam à lógica comercial, mas que a metodologia de cine debate auxiliou a construir um saber sobre como pode haver implicação subjetiva na apreciação de um filme, servindo-se das experiências que a própria pessoa constitui ao longo da trajetória de vida. As reflexões feitas durante esse semestre puderam ser elaboradas na escrita de uma análise fílmica, onde cada particpante pôde escolher um filme, a fim de aprofundar o entendimento sobre a obra, os textos indicados e o debate, momento em que esboçamos uma construção própria, demonstrando as impressões surgidas durante a atividade, bem como utilizando o espaço para avaliar a trajetória do semestre e fazer indicações para os seguintes.

Dois semestres depois, a estudante demonstrou interesse em desenvolver um plano de trabalho, articulando o conceito de sublimação, discutido pela psicanálise de Freud e Jacques Lacan, ao cinema e à literatura de Marguerite Duras, onde teve oportunidade de se deparar com a construção cinematográfica peculiar dessa diretora, que oferece espaço para a inserção do espectador na produção filmíca, deixando por conta deste as possíveis ligações entre as cenas e as histórias que a todo tempo se misturam e são evocadas. Foi nessa direção que prosseguiu no Projeto Sala de Cinema e permanece, alternando entre temas que contribuem para a investigação dos modos de subjetivação contemporâneos, passando a trabalhar com o conceito de gozo feminino, formulado por Lacan, seguindo as atualizações teóricas que a psicanálise oferece para pensar os processos de subjetivação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, conseguimos articular comunidade interna e externa à UEFS para o desenvolvimento das atividades, cumprindo nosso objetivo de contribuir para as discussões acerca dos modos de subjetivação contemporâneos, quando suscitamos o debate acerca da inserção do sujeito no âmbito da criação e interpretação através das linguagens cinematográfica e literária, que servem de propulsoras para a concretização constante da nossa proposta, onde há oportunidade de aproximação com enredos que demandam atividade na elaboração interpretativa singular

destacada ao longo da análise e discussão dos resultados. Assim, oferecemos vias alternativas de circulação e discussão sobre cinema, ampliando a oferta de atividades culturaisna cidade de Feira de Santana, fortalecendo os espaços de invenção de novos modos de ser, onde o trabalho interdisciplinar permite o reconhecimento do âmbito subjetivo enquanto um complexo construto que envolve processualidade, e não algo fixo e rígido que acompanharia o sujeito numa dimensão estritamente psíquica.

REFERÊNCIAS

AUMONT, Jacques. **A estética do filme**. São Paulo: Papirus, 1995.

CAMPOS, E.B.V.; COELHO JR., N.E.Incidências da hermenêutica para a metodologia da pesquisa teórica em psicanálise. **Estudos de Psicologia**. V. 27, n. 2, p. 247-257, 2010.

FREUD, Sigmund. O estranho. In: **Histórias de uma neurose infantil e outros trabalhos**. Vol. 17. Rio de Janeiro: Imago, 1976 [1919], p. 135-157 (PDF).

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica:** cartografias do desejo. 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 11. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2011.

SAÚDE MENTAL E ARTE: LOUCURA EM CENA

Daphne Muniz Ferreira Carrera
Fernanda Castro Correia
Mariana Barbosa Pires
Thais Nascimento Bitencourt

Uma vez que O Movimento Institucionalista, segundo Baremblitt, (1996) é um conjunto que apresenta diferenças e variações de orientações, mas onde se é possível encontrar pelo menos uma característica comum de deflagrar, apoiar e aperfeiçoar os processos auto-analíticos e auto-gestivos dos coletivos sociais, podemos dizer que a realização desse projeto operado em conjunto e como parte do estágio da disciplina Processos Psicossociais em Saúde Mental II ministrada aos alunos do sexto semestre do curso de Psicologia da Faculdade Social, se encaixou bastante dentro dessa descrição. Atualmente, estudos e especialistas apontam que o isolamento social, o rompimento de vínculos e o afastamento do território constituem fontes de agravo dos quadros de transtorno mental (Basaglia, 1985) assim foi considerado de grande importância que um maior numero de pessoas se aproximasse dessa questão de saúde mental com um outro olhar e compromisso, e para isso, o contato com pessoas e projetos que estabelecem atividades nessa área seria muito significativo.Movimentos sociais e militantes comprometidos com a proposta da reforma psiquiátrica defendem práticas alternativas de cuidados que nos convidam a reflexões sobre os direitos dessas pessoas em sofrimento psíquico e a real função dos hospitais psiquiátricos (Pelbart, 1989). Há um esforço no sentido de romper com os estereótipos construídos sobre estes sujeitos, bem como acerca de modelos de organização e funcionamento psíquico que fogem aos padrões e comportamentos normativos Considerando as legislações específicas, o direcionamento apontado pelo SUS e as políticas de humanização, avalia-se indispensável que os estudantes de psicologia tenham contato com práticas integradas de trabalho que favoreçam a democratização do conhecimento, o fortalecimento de vínculos sociais, bem como o protagonismo e autonomia dos indivíduos em relação à construção de suas histórias. A produção viabilizou o acontecimento do espetáculo cênico musical *“Quem está aí?”,* uma performance que explora as linguagens do teatro, música, vídeo e poesia construindo a narrativa a partir das memórias do enclausuramento. Todos os atores e

músicos apresentam em sua trajetória de sofrimento psíquico passagem por dispositivos de saúde mental. Tais grupos são dirigidos respectivamente pelos psicólogos, Renata Berenstein e Wagner Ferraz. Esta parceria contou com o apoio do Núcleo de Extensão da FSBA, Serviço de Psicologia - SERPSI e Teatro ISBA. A metodologia utilizada para construção desta atividade foi a de auto-análise e auto-gestão (Baremblitt, 1994). Através de articulação com equipamentos da rede de saúde, educação e arte, da cidade do Salvador, região metropolitana e outros municípios baianos, foi possível realizar no Teatro ISBA - cuja capacidade é de 495 lugares, com lotação máxima, duas apresentações do referido espetáculo.Este recurso de autoanálise e auto-gestãoaconteceu na tradução do não especialismo, de uma recusa dos agentes em ocupar lugar de especialista, de pessoa que supostamente vem “iluminar” ou “desalienar” os coletivos. À nós alunos foi designado o lugar do aprender coletivo, visando um devir loucura, uma aproximação com sujeito louco, uma proximidade íntima e humana. Recusamos uma aplicação tecnicista; optamos por abrir espaço na subjetividade para o acontecimento do espetáculo; o acontecimento traduzia nosso caminho por dentro dos cenários da loucura-gente, uma loucura humana e distanciada de manuais e diagnósticos. Daí que a autoanálise e a autogestão deram-se nos encontros diversos (os encontros preparatórios, os encontros ensaios e o encontro estreia). Cada encontro ativava o devir político, o vir a ser engajado em uma causa ética, que traduz a liberdade de ser e estar no mundo, sem rótulos. Foi nesse mesmo espaço de encontros que as reformulações de nós estagiários deram-se, traduzindo em diferentes descobertas felizes sobre a potencia da loucura e do teatro como bússola na navegação. Nesse caso, buscou-searticular estudantes e profissionais (majoritariamente da área de psicologia) movimentos sociais, comunidade e academia em torno da luta anti-manicomial semqueum único indivíduo se colocasse no lugar de *expert*. Sabendo-se que os conhecimentos acerca da loucura por muitos anos foram restritos ao saber médico. A sociedade defendia (muitos segmentos ainda defendem) a prática de modelos biomédicos e hospitalocêntricos de tratamento, subsidiados na lógica do isolamento e da clausura como únicas possibilidades de atenção a determinados tipos de sofrimento psíquico. Para o planejamento, a organização e realização do evento, o “saber” não estava centralizado nas mãos de uma só pessoa. Sendo que a equipe fora formada por vários profissionais juntamente com os estudantes. Não houve alguém cuja formação

oferecesse uma condição privilegiada para falar sobre “como todo o evento deveria acontecer”, pois cada integrante da equipe ficou responsável por uma determinada função necessária para a que esse “todo” acontecesse. Dessa maneira, embora cada membro da equipe com sua função diferenciada e necessária, todos foram convidados, a partir de um olhar sensível, a envolver-se no enfrentamento às práticas segregativas de cuidado, no reconhecimento de direitos e cidadania dos usuários da rede de saúde mental. Uma das alunas (Mariana Pires) junto com a professora Ana Rodrigues e a Equipe do Serviço de Psicologia da FSBA haviam facilitado a realização da apresentação de outra peça no segundo semestre de 2015 no teatro ISBA. Diante da efetivação dessa primeira apresentação a professora coordenadora do Serviço de Psicologia (SERPSI), Ana Rodrigues responsável pelos estágios junto com a aluna Mariana Pires, sugeriram ao professor Julio Cesar Hoenisch da disciplina de Saúde Mental IIa possibilidade de envolver mais alunos nesse evento que abriria a Semana de Luta Anti-manicomial, cujo dia é comemorado18 de maio. Com a proposta aprovada houve uma apresentação da ideia para a turma do 6º semestre pela própria aluna.Essa proposta vinculou-se muito bem com o objetivo de sair do lugar comum das clínicas e hospitais psiquiátricos e conhecer novas abordagens de tratamento, como a arte. Seria uma grande oportunidade de vivenciar o campo de atuação da saúde mental, refletir e discutir sobre esse campo, a partir de movimentos sociais da luta anti-manicomial, promover encontros e diálogos entre comunidade, militância e academia em torno da luta anti-manicomial e fomentar o fortalecimento da mesma bem como viabilizar o próprio evento, apoiando e dando visibilidade aos dois grupos que também, segundo nossa perspectiva promovem processos auto-analiticos e auto-gestivos em suas práticas com usuári@s do serviço de saúde mental pela arte. No entanto, como fora apresentado pelo mesmo autor, diante da figura do professor que muitas vezes ocupa o espaço como um *expert*, no grupo de alunos ficou visível algumas indagações ou “resistências” quanto a capacidade e/ou conhecimentos necessários que o grupo de estudantes poderia não ter para a realização do evento. Como se o professor precisasse apresentar ou direcionar cada pessoa ao que deveria ser feito, parte do grupo ficou paralisado até entender a responsabilidade coletiva para cada etapa do projeto e a possibilidade de gerenciar um evento aparentemente grande e com tantos detalhes. A realização do evento teve a oportunidade de viabilizar e promover a performance cênico musical que marcou também o primeiro trabalho em

conjunto de dois grupos artísticos, Os Insênicos e o Bando Flores da Massa (atores e músicos, marcados pelo estigma da loucura) que dividiram com o público lembranças e reflexões de momentos pelos quais passaram enquanto estavam internados em hospitais psiquiátricos. A princípio, para facilitar a organização, durante as reuniões em sala de aula foram divididos três grupos de trabalho (GT) sendo que um GT ficaria responsável por articular as listas, certificados e recepcionar o público que viria prestigiar o evento (seja a população atendida pelos serviços de saúde mental na primeira apresentação, seja a população geral durante a segunda apresentação).O outro GT ficaria responsável por articular juntamente com os serviços de saúde mental a presença para a primeira apresentação e a divulgação nos locais.E por último foi constituída, então, uma comissão organizadora para a viabilização da apresentação junto aos grupos que se apresentariam e a instituição acadêmica. A partir de então, outras demandas foram se tornando mais claras a medida que as atividades se iniciaram. Assim, pudemos visualizar o que sugere Baremblitt, (1996), sobre a análise da demanda do grupo que como objetivo principal, ajudou-nos a entender as reais necessidades do grupo/coletivo. E, como um grupo buscando um devirinstituinte, nos tornamos capazes de rever e produzir novas formas de organização utilizando-se dos processos de autoanálise e autogestão, disparando dispositivos para que cada estudante pudesse ocupar o lugar de sujeito protagonista nessa ação conjunta. Uma parte doGT ficou, então, responsável por solicitar patrocínio e firmar parceriaspara questões como alimentação e transporte dos envolvidos no dia das apresentações. Com base no relatório da atividade realizada no ano anterior, em que continha os serviços de atenção à saúde mental que marcaram presença no evento, outra parte do GTiniciou um mapeamento desses serviços. Esse mapeamento foi uma etapa complicada do processo de produção, haja vista que muitos dos números telefônicos encontrados na internet ou não funcionavam mais, ou pertenciam a outros serviços. A equipe de organização produziu um documento-convite que foi enviado a todos os serviços convidados. Nesse documento constava uma explicação sobre o evento, um pequeno release (a comissão organizadora elaborou um release a partir das informações do espetáculo e dos grupos, enviadas por Renata Berenstein) e concordou que o número de convites ofertados para cada serviço seria baseado no número de pessoas que cada grupo havia levado para a apresentação do ano anterior (no qual não houve esse controle tão bem definido). Com o auxílio do professor Julio

Cesar Hoenisch e uma das integrantes da comissão organizadora, o GT entrou em contato com Bárbara Souza, professora e coordenadora do curso de jornalismo da Faculdade Social, que disparou o release para seus contatos jornalísticos. O release foi, também, encaminhado para redação dos sites iBahia e Correio, da rádio CBN, e do programa Soterópolis, contatos de uma das integrantes da comissão organizadora. O mesmo GT, depois de entrar em contato para avisar sobre o evento e passar todas as informações para as instituições, pensando na dificuldade que poderia ser para a coleta de dados na hora da apresentação de peça, decidiu que cada técnico responsável pelo serviço levaria uma lista com o nome das pessoas que estariam presentes e, no ato da entrada, esse técnico entregaria a lista a um monitor (parte de outro GT) e aí sim, só ele precisaria colocar seu nome, documento e assinatura. Houve também o GT que faria a visita-convite. E essa foi uma maneira que o professor Julio Cesar Hoenisch encontrou para que os estudantes interessados pudessem fazer visitas aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), haja vista que no primeiro semestre do ano vigente a Prefeitura Municipal de Salvador, responsável pela administração desses serviços, se posicionou contrária a estágios de observação nos CAPS. Logo, com a mediação da equipe organizadora, as visitas aconteceram nos seguintes locais: CAPS II Garcia/UFBA; CAPS ia Luiz Meira Lessa; CAPS II e ambulatório Oswaldo Camargo, CAPS ad Gregório de Matos e Clínica Ápice. Em todas as visitas os estagiários foram acompanhados pela supervisora Fernanda Correia e munidos do documento-convite impresso. Além dos estagiários convidarem os usuários dos CAPS pessoalmente para o espetáculo as visitas possibilitaram que eles conhecessem brevemente a dinâmica dos serviços de atenção à saúde mental, proporcionando-lhes o contato com usuários, familiares, técnicos, e a observação da atuação profissional do psicólogo. Além da necessidade mais burocrática surgiu a oportunidade para que alguns membros dos GTs acompanhassem os ensaios do grupo, auxiliando no que fosse necessário e fazendo um elo entre grupos e a comissão organizadora. Algumas estagiárias se propuseram, mas devido a questões de horário, e a necessidade de participação das mesmas pessoas nos ensaios (por questões emocionais dos integrantes dos grupos), apenas uma pode participar dos ensaios e dar o apoio necessário para o que o grupo precisasse.No dia da apresentação, ainda houve muitas atividades a serem realizadas pela equipe. Uma das alunas, fez contato com motorista responsável por pegar os músicos do Bando no Hospital Juliano

Moreira e separou o material necessário para os estagiários que seriam os monitores da tarde e fez as últimas ligações para alguns serviços que ainda iam confirmar se iriam levar o total de convidados, para saber quantos lugares teríamos para oferecer se algum serviço chegasse com mais convidados que o esperado. Outra aluna já estava junto ao grupo auxiliando o pessoal nos últimos ensaios e preparativos para a apresentação, fazendo ponte entre os grupos e a instituição acadêmica noque fosse necessário. Duas integrantes da equipe organizadora junto com a professora Ana Rodrigues resolveram junto ao núcleo de extensão as questões sobre oalmoço. O GT foi arrumar a sala enquanto outra estagiária chegou com as quentinhas da feijoada. O GT que ficou responsável pela recepção organizou a entrada de cada serviço conversando primeiramente com o técnico responsável, e depois de conferir o número de convidados, fazia os remanejamentos de convites necessários.Três estagiários receberam os serviços logo na entrada do teatro, na parte superior. Eles davam as boas-vindas aos grupos, procuravam pelo responsável técnico e indicavam e acompanhavam o foyer e a mesa (cada mesa tinha um papel fixado com o nome dos serviços que iria receber) aonde deveriam se dirigir. Outros quatro estagiários foram designados para estarem nessas mesas e receber os técnicos responsáveis, recolher a lista, conferir o número de presentes com o número de convites que foi destinado a cada instituição, recolher os dados do técnico e depois liberar o acesso dos usuários, familiares e outros técnicos que estavam com o responsável. Em relação aos serviços que levaram mais pessoas os monitores conseguiram dar conta sozinhos, conversando entre eles, já que cada um foi anotando em sua lista o saldo que tinha dos serviços que levaram menos pessoas. Alguns monitores ficaram do lado de fora sem assistir ao espetáculo caso surgisse alguma demanda. Estavam presentes a professora Ana Rodrigues, o professor Júlio Hoenisch e a supervisora Fernanda Correia, para lidar com os usuários, caso algum precisasse de manejo, o que realmente aconteceu. Ao final da peça os monitores estavam lá para indicar os banheiros, servir água e se despedir dos convidados. Durante o intervalo de uma peça e outra, uma das estagiárias disponibilizou um entregador com os lanches da tarde. A equipe organizadora se responsabilizou em organizar e digitar as listas levadas pelos técnicos responsáveis, para assim entregar para o Núcleo de Extensão. No inicio de nosso trabalho, nos ocorreu pensar o papel as políticas públicas, no sentido da fomentação e aproximações do Insênicos com esses dispositivos. Mas, que lugar

ocupará um coletivo que se recusa à rótulos e academicismos? A resposta é provisória e multidimensional, pois há um limite tênue entre o fomento e a cooptação. O papel do Estado, coberto das melhores intenções pode nos conduzir a uma inclusão estigmatizadora e patologizantes. Todavia, é necessário, em algum momento recursos para realização e acontecimento dos projetos. Nesse fio da navalha, nesse gelo fino desliza o grupo, tendo como rota de orientação a ética. Diante disso também, outras questões que o GT que esteve engajado nesse evento pode notar, em especial a monitora que esteve presente durante os ensaios, é que esse projeto de arte que estivemos apoiando, buscando dar maior visibilidade, e que tem características e necessidades muito singulares poderia ser muito mais abrangente se recebesse mais recursos. No entanto assim como sugere Baremblitt, (1996), as políticas públicas muitas vezes partem do pressuposto de necessidades universais nas instituições sociais, como se estas necessidades fossem inequívocas, naturais e muitas vezes não percebe a necessidades do dia a dia como pudemos notar.Para esses artistas que com dificuldades com a própria saúde, questões familiares e estigmas sociais a questão de transporte e alimentação foi um constante desafio também. Assim, nos valemos das leis 8.080/90 e 10.2016/2001como diretriz de política pública; das discussões e pleitos dos movimentos sociais engajados com a Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica. Durante a primeira apresentação, no turno vespertino, de caráter gratuito, destinada a usuários dos serviços de atenção à saúde mental, familiares e técnicos, o fato de colocarmos num mesmo espaço um número tão grande de pessoas com transtornos mentais com a possibilidade de ocorrências de surtos desencadeados impactou, tanto os grupos de saúde mental que atenderam ao espetáculo num espaço acadêmico, quanto toda a equipe envolvida. A segunda apresentação ocorreu à noite e foi aberta ao público em geral, que também ficou bastante tocado por ouvir relatos tão fortes sobre a experiência manicomial contada por pessoas que vivenciaram, elas mesmas, aquelas experiências.Ao longo da construção deste evento, foi possível aos estudantes uma maior aproximação com os usuários e com os serviços de atendimento, através de visitas técnicas e acompanhamento dos ensaios do espetáculo.Como resultado dessa experiência, no segundo ano em que se abrem as portas do Teatro ISBA para promover o encontro entre as comunidades civil e acadêmica a participarem deste espetáculo, nos foi possível acessar um rico espaço de troca de vivências e conhecimentos somente

possíveis às experiências práticas que apostam numa formação plural em psicologia.O início da atividade de estágio foi um pouco atribulada, já que não houve um envolvimento da turma como o esperado. Porém, no dia do espetáculo, quando os estagiários tiveram contato direto com os artistas do grupo Os Insênicos e o Bando Flores da Massa, além do contato com os usuários de todos os serviços de saúde mental convidados, estavam todos visivelmente envolvidos e satisfeitos com o que estavam fazendo demonstrando o interesse de haver feito parte mais profundamente de todo o processo. Ocorreu uma mudança de atitude dos colegas em relação ao trabalho desenvolvido pelos GTs e o reconhecimento da importância do mesmo. Houve contato com a prática profissional, aquisição de novos conhecimentos, construção de novos paradigmas, desconstrução de alguns estereótipos e principalmente a troca de saberes acadêmicos e cotidianos. Troca esta que permitiu a democratização do conhecimento, a participação efetiva da comunidade na Faculdade e a experiência de todos os envolvidos na construção de uma formação plural. Segundo o relato de uma das monitoras ela pode vivenciar uma expressão que havia visto sobre as reinvindicações de Teoria Queer onde expressam: "Nada sobre nós sem nós" na busca de que a sociedade passe a compreender que muitas vezes falar do outro e defender propostas de cura ou intervenção sem a participação dessas pessoas impede que seja quebrado o preconceito e a opressão imposta pela sociedade a esses grupos minoritários. Podemos estar fazendo mais mal a subjetividade desses sujeitos do o bem que nos propomos uma vez que não deixamos que eles próprios sejam protagonistas. Para essa monitora também foi importante notar o quanto um julgamento, um diagnóstico mal feito pode comprometer a vida de uma pessoa que para outras lentes não são “doentes” e estão em busca da saúde psíquica como todos na sociedade. Essas experiências de contato com “o mundo louco” ajudou de certa forma algumas pessoas envolvidas a pensaremmais sobre essa divisão entre o que é normal e o que é patológico, e a similaridade desse fato com uma linha bem estreita. Questionando-se sobre O que é normal? E o que é saúde? Por fim, um dos relatos dessa experiência também mostrou que uma das questões mais importantes dessa experiência foi a importância de uma formação em psicologia com um pratica ampliada. Uma formação que se implique nas questões sociais e que possa estar em contato com as contradições das relações humanas no

dia a dia, fazendo com que haja um constante incomodar-se, criando um compromisso com a profissão que impede o fechamento, o preconceito e a falta de ética profissional.

Palavras-chave: Luta Antimanicomial; Acontecimento; Articulação de Rede.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BAREMBLITT, (1996), Gregório F. 1994. **Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes: Teoria e Prática**. Ed. Rosas dos Ventos. Rio de Janeiro.

BASAGLIA, Franco. 1985. **A Instituição Negada. Relato de um Hospital Psiquiátrico.** Edições Graal. Rio de Janeiro.

GUATTARI, Félix. 1988. **O Inconsciente Maquínico: Ensaios de Esquizo-Análise**. Papirus Editora. Campinas.

PÉLBART, Peter Pal. 1989. **Da Clausura do Fora ao Fora da Clausura. Loucura e Desrazão**. Editora Brasiliense. São Paulo.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF.

_____, **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasilia, DF.

4.4. Psicologia e Assistência Social

A TOXICOMANIA NA ADOLESCÊNCIA: AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS DROGAS PARA ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VUNERABILIDADE SOCIAL

Luana Vieira Oliveira

Abordando os aspectos sociais e subjetivos relevantes a respeito da toxicomania e da adolescência, este trabalho objetiva conhecer e analisaras representações sociais de drogas dos adolescentes em situação de vulnerabilidade social inseridos na rede de proteção sócio assistencial, do município de Vitoria da Conquista–BA. De forma a identificar quais os valores, ideologias e contradições que estes fazem a respeito do assunto e as implicações das instituições da quais eles estão inseridos tem na construção dessas representações.Assim tambémidentificar quem são esses adolescentes, qual o contexto sociocultural e sua relação com o uso de drogas.

Desta forma este trabalho se propõe a contribuir na perspectiva de dar voz a adolescentes em situação de vulnerabilidade visando verificar os principais motivos que influenciam no uso, identificar as formas de prevenção utilizadas pelos respectivos projetos e sua efetividade segundo a visão dos sujeitos da pesquisa.Sendo possível através dos resultados contribuir, nos diferentes contextos que os adolescentes estão inseridos, para a articulação de politicas publicas preventivas e efetivas.

Ante o exposto, necessário se faz entender o que é toxicomania. Compreendendo sua multifatoriedade, o contexto histórico do uso de drogas psicotrópicase o lugar de representação delas para os educandos, contextualizando estes adolescentes e verificando as variáveis pelos quais estes estão expostos que contribuem para a toxicomania.

Sobremaneira, é mister identificar como e qual é o papel das ações de politicas publicas e o que pode desenvolver-se no sentido preventivo e protetivo de forma a colaborar para o desenvolvimento sadio destes jovens para sua formação como sujeitos de direitos e agentes sociais .Portanto trata-se de um estudo das trocas simbólicas sociais e interpessoais a luz da psicologia social e das Representações Sociais, que segundo Moscovici (1961) é a maneira de interpretar e pensar a realidade

cotidiana, buscando explicar os fenômenos do homem a partir de uma perspectiva coletiva sem perder de vistas as características da individualidade.

Com a metodologia qualitativa a presente pesquisa parte do pressuposto daTeoria do Núcleo Central das Representações sociais.Tomando como elementos metodológicos um levantamento bibliográfico sobre o tema proposto ea aplicação coletiva de testede associação livre de palavras e de questionário a um determinado numero de educandos com idades entre 11 a 17 anos, com no mínimo 02 (dois) anos matriculadosna instituição. Antes, contudo se faz necessário a permissão da Secretaria de Desenvolovimento Social do município de Vitória da Conquista, e pelo menos um encontro de reconhecimento nas instituições referidas- de forma a prestar esclarecimentos sobre a pesquisa e obter o consentimento da instituição e dos pais/responsáveis, assim também uma aplicação teste com um numero simbólico de educandos para evitar possíveis contratempos.

Até o momento foi feito levantamentos bibliográficos, como esclarecimentodo termo *toxicomania* que deriva de duas palavras gregas: toxikon (veneno) e mania (loucura). Portanto pode-se definir toxicomania como sendo a mania de consumir uma ou mais substâncias químicas e tóxicas, tornando-se dependente químico, uma vez que precisa de doses progressivamente maiores para suprir suas necessidades. Definiu-setambém o conceito de drogas consideradas pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10), em seu capítulo V (Transtornos Mentais e de Comportamento) como substâncias capazes de causar alterações e dependência que dentro do contexto da pesquisa refere-se a substancias psicotrópicas, que segundo a Organização mundial da Saúde (OMS) age no cérebro podendo alterar a percepção, sensação, emoções e consciência dos indivíduos, sendo classificada como depressoras, estimulantes e perturbadoras.

Segundo leituras previasobserva-se que o uso destas faz parte da história da humanidade com fins religiosos, culturais e medicinais. Através de contextualização histórica por meio do levantamento bibliográfico identifica-seque segundo Salles 1998, há registro de aproximadamente 5000 anos antes de Cristo. Neri Filho 1995também aponta em seus estudos o uso recorrente de opio pelos gregos. Assim comooutras substâncias tiveram o seu papel social nas sociedade antigas como o Canabis para os faraós; o raxixi para os Indus; a coca ocupando um papel importante na Região dos Andes, que além da contribuição cultural, religiosa, medicinal e no trabalho, essa

substancia contribuía também na adaptação biológica ao ambiente. No período mercantilista a maconha ocupou importante papelpara as navegações com produção de tecidos utilizados nas velas, como também com seu papel medicina. E assim, o uso destas referidas substâncias serviam na sua maior parte comoinstrumentos de interação social.

Após a modernidade, o que antes era considerado excesso agora é regra. Obter cada vez mais, comprar coisas que na verdade não precisamos. O consumismo passou a reger as ações humanas, e a busca do prazer pessoal em detrimento do coletivo, ocupa lugar primordial nas relações sociais. Portanto o homem busca a felicidade e o prazer constante e abusivo, que são reflexos de uma sociedade onde a massificação de informações, propaganda e publicidade tem imperado sobre as ordens de um consumismo exagerado e da realização pessoal por meio do “ter”.

Ribeiro (2003) acredita que a denegação do mal-estar pelo toxicômano tem raízes na difusão de certos ideais que fundamentam nossa cultura atual, quais sejam, a independência que enfatiza o valor da individualidade, a preocupação consigo mesmo, o culto às felicidades particulares e a deserção do espaço público, bem como o ideal de autonomia que engendra novas formas de construção do laço social, baseado na insubmissão e no fortalecimento da vontade e das liberdades pessoais.

Na idade moderna surge uma nova conotação para o uso de drogas psicoativas: o de suprimir a dor e dar prazer. Para Freud, a toxicomania é portanto, uma das possíveis saídas para o alívio da angústia, provocada pelas renúncias de seus desejos realizados pelo sujeito pra uma vida civilizatória, bem como o triunfo do princípio do prazer.Lacan afirma quea toxicomania é a forma de gozo de um sujeito, em busca da satisfação de um furo inesgotável. O toxicomaníaco não se submete a interdição do prazer, e se inscreve a um “Real inatingível”. Após a modernidade, o consumismo passou a reger as ações humanas, e a busca do prazer pessoal em detrimento do coletivo, ocupa lugar primordial nas relações sociais.

A partir dos anos 1950 o consumo de drogas se tornou fenômeno de massa. Segundo Bucher (1991), o que antes se configurava como elemento de integração, de coesão no nível social e emocional da população, hoje configura-se como doença social e desintegração, pois não compõe como um rito, mas como uso individualizado e abusivo que trás consequências sociais de exclusão e afeta as relações de indivíduos usuários.Ainda segundo o autor,ao se debater sobre o uso de drogas, cabe,

pois, levar em conta a evolução histórica de uma determinada região ou sociedade, bem como os fenômenos sociais, políticos e culturais do contexto no qual eles se inserem, senão este combate será cego, fanático e ineficiente, porque não ataca o problema em si – que não compreende – mas apenas certas consequências, certos sintomas de um disfuncionamento social muito mais amplo" (BUCHER, 1992).

Para Kalina (1999), a drogatização é um sintoma da crise em que vivemos, não mais do que a consequência da alienação histórico cultural, politica e econômica, que inclui fatores da dimensão social, familiar e individual, e da consequência das mudanças da sociedade industrial.

Diante das leituras realizadas constata-se que o uso abusivo de droga é multifatorial, e vai desde uma questão econômica, política e social a questões individuais e subjetivas. Contudo, nas inúmeras tentativas de justificar o comportamento compulsivo para o uso de drogas, que perpassa tanto as questões subjetivas do sujeito, quanto às questões macro, do social e do coletivo, tem-se aío sujeito ainda em formação e que recebe fortes influencias sociais: o adolescente, sobretudo em situação de vulnerabilidade social.

A adolescênciaé um termo histórico e socialmente construído. Durante muito tempo na história esse conceito não existia, eram consideradosapenas adultos em miniatura. Os filósofos socráticosdescreviam esse período posterior a infância como marcado pela impulsividade, paixão e excitabilidade (Avela 2005). Mas somente no sec XVIII as crianças passam a ocupar lugar de destaque, com o advento do iluminismo e humanismo e a adolescência passou a ser estágio de desenvolvimento caracterizado pela aquisição da racionalidade, do pensamento abstrato e construção de identidade. Assim com a Revolução Industrial, o surgimento da família nuclear, a burguesia, e o processo de escolarização, surge a necessidade de mais capacitação para mercado de trabalho, o ensino obrigatório, com divisão de grupos por idades, e a criação de leis que opunha ao trabalho juvenil precoce (Avila 2005). Somente no sec XIXe inicio do XX surge o conceito de adolescência (Muza 1996) (Brito 2002).

Etimologicamente, adolescência vem do latimad (para) e olecer (crescer) – crescimento do sujeito. E adolescer compartilhaa mesma raiz etimológica da palavra adoecer. Na visão da psicologia a adolescênciaé um período marcado por tormentas e tempestades. Stantanley Hall foi responsável porintroduzir o estudo da adolescência a psicologia, defende que sãos os fatores genéticos que determinam o

comportamento nesta fase da vida, ocorrendo de forma imutável e universal.Portantotrata-se de uma fase de preparação, busca de identidade, crise, desequilíbrio e confusão.

Porém ha aqueles que contrapõe a visão universalista de fase critica, e defende que a adolescência é um processo histórico e deve-se levar em consideração as condições sociais. (Ozella 2002) Na visão da antropologia através de Margaret Mead 1957 a adolescência não precisa serum período de tormenta, pois o comportamento do adolescente é próprio de cada sociedade.

Erik Erikson foi responsável porultrapassar o posicionamento puramente naturalista da psicologia ao inserir conteúdo da antropologia e elaborar uma teoria acerca do desenvolvimentopsicossocial pautada na interagração da psicanalise ao campo da antropologia social, com ênfase na interação intelectual, histórica e biológica. Defendendo uma adaptação do sujeito ao ambiente, e dividindo o homem em 8 fases- os 4 primeiros durante a infância, adolescência e os 3 últimos na fase adulta e velhice.Não impôs uma determinação cronológica rigorosa, considerando assim as especificidades dos sujeitos.

Hoje sabe-se que os adolescentes são sujeitos de direitos, e a partir das mudanças da constituição de 1988 e a lei 8.069 de 1990 denominando o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) houve inúmeras inovações na área de políticas públicas, considerando a infância e juventude como prioridade absoluta, merecidas de proteção integral por parte da família, sociedade e Estado, com a criação de uma rede de atendimento e políticas voltadas para o cuidado dirigidas a esse segmento.

A criança e adolescente goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta lei, assegurando-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhe facultar o desenvolvimento físico, mental, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (ECA, 2011, art. 3º, p. 33). “É dever de todos velar pela dignidade da criança, pondo-a a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor” (ECA, 2011, art. 18, p. 37). Contudocontrapondo à lei, o Estado não tem garantido esses direitos, negligenciando as camadas estigmatizadas da sociedade que não goza de educação de qualidade, segurança pública eficaz e proteção contra violações, e nem as condições mínimas de vida (moradia, alimentação e outros). Todas essas violações de direitos colocam

as crianças e adolescentes à margem da sociedade, e contribui para a vulnerabilidade. Espera-se que as politicas publicascontribuam para o desenvolvimento humano e a garantia dos direitos e na prevenção contra as drogas e criminalidade.Ante ao estudo realizado constatou-se que o Brasil tem tomado medidas politicas diante desta demanda. Politicas publicas são instrumentos de ação do governo a serem desenvolvidas em programas, projetos e serviços que são do interesse da sociedade.

Em 1998 o pais dá início à construção de uma política nacional específica sobre o tema da redução da demanda e da oferta de drogas. O então Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). **Em 2010, o "VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada nas Capitais Brasileiro" aponta queda de 49,5 % no uso de drogas ilícitas entre estudantes da rede pública do País, na comparação com a última pesquisa, realizada em 2004.**

Porém os dados recentes de uma pesquisa feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)mostram queCresceu o uso de drogas ilícitas por adolescentes de 2009 para 2012, sobretudo entre as meninas. Em 2012, chegou a 9,9% a proporção de adolescentes que vivem nas capitais que já experimentaram drogas ilícitas, o que equivale a pouco mais de 312 mil jovens.Alem disso,Secretaria de Segurança Publica da Bahia aponta entre 2012 a 2015 o registro de 513 homicidios no município, e no primeiro trimestre de 2016 já foram computados 115 mortes, numero que chamam a atenção por envolver um numero considerável de crianças e adolescentes.Nos últimos seis anos 257 crianças e adolescentes foram executados por arma de fogo na cidade.Esses dados se deve em parte pela participação direta ou direta destes no trafico de drogas.A Secretaria aponta Vitória da conquista como uma dascinco localidade do interior da Bahia com maior crescimento do trafico de drogas a assassinato de adolescentes.

O que nos leva a questionar sobre as eficácias das politicas dirigidas a esse publicoe quais as Representações sociais que este inseridos nestas politicas tem a cerca das drogas, para enfim contribuir através da fala destes sujeitos para construção de politicas publicas preventivas.Uma vezque as Representações sociais se apresentam como uma 'rede' de idéias, metáforas e imagens. E “Enquanto essas

representações, que são partilhadas por tantos, penetram e influenciam a mente de cada um, elas não são pensadas por eles; melhor, para sermos mais precisos, elas são repensadas, recitadas e representadas" (MOSCOVICI, 2003: 37). E portanto devem ser estudadas a fim de compreender o discurso social sobre as drogas e a forma de combater os fatores que levam a toxicomania.

REFERÊNCIA BIBLIOGRAFICA

BUCHER, R. – **Drogas: o que é preciso saber**. Governo do Estado de São Paulo, São Paulo, 1992

FREUD, S.. **O Mal-Estar na civilização**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 21. Rio de Janeiro: Imago. 1996. (Originalmente publicado em 1929).

GOFFMAN, E. **Estigma. Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**, Rio de Janeiro, Zahar Editores. (1983 [1963]).

KALINA, Eduardo. **Psicoterapia de adolescentes: teoria, técnica e casos clínicos**. (C. R. A. Silva, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. 3ª Ed, 1999.

LACAN J. **O Seminário livro 16, De um Outro ao outro**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar 1968-1969/2008.

MOSCOVICI. **Representações Sociais: investigação em psicologiasocia**l. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

OLIVA, Jimena Cristina Gomes Aranda. KAUCHAKJE, Samira. **As políticas sociais públicas e os novos sujeitos de direitos: crianças e adolescentes**.Rev. Katál. Florianópolis v. 12 n. 1 p. 22-31 jan./jun. 2009

RIBEIRO, E M. A toxicomania e os paradoxos da liberdade. In: RIBEIRO, E M. **A direção da cura nas toxicomanias**. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre. Porto Alegre, 2003. Disponivel Site. www.appoa.com.br. Acesso em: 09/10/2015

TOMAZ, Loyana Christian de Lima, TOMAZ, Rozaine A. Fontes. **Uso de drogas: Uma forma de Expressão?**Vol2 -fev/julh 2013. Revista Mediação UEMG. Disponível. Site: www.revistamediacao.com.br . Acesso em 13/10/2015

http://obid.senad.gov.br/obid/dados-informacoes-sobre-drogas/pesquisa-e-estatisticas/
http://www.estadosgerais.org/encontro/toxicomanias.shtml
http://www.manualmerck.net/?id=118
http://www.imesc.sp.gov.br/infodrogas/Toxicoma.htm.
http://www.portalssp.ba.gov.br

ATUAÇÃO DOS PSICÓLOGOS NO CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Larissa de Oliveira Vieira

O CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), de acordo a PNAS (Política Nacional de Assistência Social) é uma unidade pública estatal de base territorial, localizado em áreas de vulnerabilidade social e é considerado a porta de entrada aos usuários atendidos pela Proteção Social Básica (PSB). A PNAS organiza a oferta de serviços socioassistenciais em dois níveis de proteção, a Proteção Social Básica (PSB), de caráter preventivo, em casos onde não houve violação de direitos, através do CRAS e a Proteção Social Especial (PSE), através do CREAS e dispositivos que garantem a atenção e cuidado aos usuários quando ocorre violação dos direitos. Almeida et al. (2012) se referem à vulnerabilidade como a maior ou menor capacidade que os indivíduos e famílias têm em enfrentar determinadas situações de risco, de possuir meios que garantam seu bem-estar e de ter acesso a serviços públicos, assim como em aproveitar as oportunidades ofertadas pela Sociedade e pelo Estado, sejam de caráter físico ou social. Vulnerabilidade segundo Monteiro (2011) é: ”um conjunto de características, de recursos materiais ou simbólicos e de habilidades inerentes a indivíduos ou grupos, que podem ser insuficientes ou inadequados para o aproveitamento das oportunidades disponíveis na sociedade”. Ainda de acordo esta autora o acesso dos usuários a bens e serviços, uma ampliação do seu repertório simbólico e material além de uma maior mobilidade social é concomitante à diminuição dos níveis de vulnerabilidade. Outras contribuições sobre este conceito englobam aspectos subjetivos das condições de vida dos usuários como a desvalorização social, perda de identidade e fragilização dos laços familiares, sociais (TEIXEIRA, 2010). Entre as situações de vulnerabilidade estão a perda ou fragilidade de vínculos de pertencimento e sociabilidade, uso/abuso de SPAs, inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho, além daquelas pessoas que utilizam estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social. Para a PNAS, a matricialidade sociofamiliar é um dos eixos estruturantes para a efetivação do trabalho do CRAS. Este eixo define que a família deve estar centralizada no âmbito das ações da política de Assistência Social, sendo um espaço de proteção e socialização primárias, provedora de cuidados aos seus membros e que

precisa ser cuidada e protegida. É preciso como aponta Braga (2014) “olhar para essa família e reconhecer os diversos arranjos, as especificidades locais e regionais e apontarmos uma intervenção profissional integrada com essa família, ajudando-a na superação das situações que a coloca em vulnerabilidade e risco social e pessoal” (p. 47). Esta maneira de ver a família é defendida pela Constituição Federal de 1988, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e também pelo Estatuto do Idoso (PNAS, 2004; MIOTO, 2003). Outro eixo considerado importante de acordo a PNAS (2004) para o desenvolvimento do trabalho no CRAS é o conceito de território. A política de Assistência Social considera que para uma melhor compreensão dos fenômenos sociais, incluindo os aspectos culturais e econômicos de determinado grupo, é necessário considerar os aspectos referentes ao território onde eles estão inseridos. Almeida et al. (2012) defendem que conhecer o espaço onde está inserido o usuário/família visa identificar também as potencialidades, o que facilita atividades com o referido público. Desta forma, o CRAS é o dispositivo da Assistência Social que tem como proposta cuidar das famílias e usuários que estão em situação de vulnerabilidade e risco social. Através dos dados do Censo SUAS, que é um processo de monitoramento para aprimorar o trabalho e expandir a rede de cobertura do SUAS (Sistema Único de Assistência Social), em 2007 foram identificados 4.195 CRAS em funcionamento pelas regiões do Brasil e os números do Censo SUAS 2014 revelam que estão cadastrados 8.088 CRAS. Houve um aumento significativo do número de CRAS e esses dados refletem a importância em melhorar a oferta e o atendimento às famílias que vivenciam situações de vulnerabilidade. Ainda de acordo os números do Censo Suas, em 2014, 9.507 psicólogos atuavam em CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), há um crescente número de profissionais nestes dispositivos da Assistência Social, desde a implementação da Política Nacional de Assistência Social, em 2004. Considerando então a importância do CRAS este trabalho tem como objetivo analisar o cuidado ofertado pelo psicólogo neste dispositivo da Assistência Social a usuários que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos sociais. Como metodologia, propõe-se realizar um relato de experiência da prática profissional de uma psicóloga em um CRAS, realizado com usuários desde o primeiro contato com o usuário até os demais desdobramentos, incluindo os encaminhamentos para as redes socioassistenciais e intersetoriais. O trabalho do psicólogo no CRAS difere da prática psicoterápica tradicional e deve ser direcionada “além dos settings

convencionais, em espaços adequados e viáveis ao desenvolvimento das ações" (CFP, 2007, pag.21). O atendimento deve ser ofertado nas instalações do CRAS, nos espaços da rede socioassistencial e da comunidade em geral. O psicólogo vai atuar respeitando o território e espaço onde vive o sujeito, valorizando os aspectos que o caracteriza e o diferencia das outras pessoas. O profissional vai garantir uma escuta, atenção ao sofrimento do usuário e implicação ética na resolução dos seus questionamentos. A atuação no CRAS também é baseada na integralidade, uma vez que há profissionais de diversas áreas, o que caracteriza a interdisciplinaridade da equipe. Sobre este tema, Afonso (2009) fala que o trabalho na assistência social exige metodologia de trabalho interdisciplinar e intersetorial, além de conhecimentos e técnicas diversas, como serviço social, sociologia, antropologia e que precisam ser articulados pelas necessidades específicas do campo de aplicação. Segundo o MDS (2013), a variedade de profissionais permite a ampliação do foco da visão profissional favorecendo maior aproximação das equipes à integralidade das situações experimentadas por usuários e beneficiários do Sistema. O psicólogo oferta através do PAIF (Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família) atividades de caráter continuado e que promovem fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. A finalidade deste atendimento, de acordo a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (2009), é "fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura dos seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida" (pag.6). São atividades direcionadas para a prevenção de situações de risco e que promovam o fortalecimento das relações familiares, prevenindo a ruptura dos seus vínculos, promovendo seu acesso e usufruto de direitos e contribuindo na melhoria da qualidade de vida dos seus membros. Entre as atividades desenvolvidas pelo psicólogo estão: o acolhimento, que é uma ação essencial do PAIF, pois é quando ocorre o início do vínculo entre os profissional e a família. É o momento em que o profissional deve buscar compreender os múltiplos significados das demandas, vulnerabilidades e necessidades apresentadas pelas famílias, buscando também identificar seus recursos e potencialidades e como tais situações se relacionam e ganham significado no território (BRASIL, 2012, p. 17). Ainda há encaminhamento para a rede socioassistencial e demais setores de acordo a demanda do caso atendido. De acordo aponta o documento Orientações técnicas sobre o PAIF, os encaminhamentos correspondem a uma grande parcela das ações

do CRAS, e as famílias ao serem direcionadas aos serviços sentem-se empoderadas por conseguirem acessá-los, diferentemente do que acontece quando elas tentam acessar por demanda própria. Há também o acompanhamento das famílias e usuários por meio das visitas domiciliares ou busca ativa, que são realizadas a fim de acompanhar casos já atendidos pelo CRAS, ou mediante solicitação da rede intersetorial. Através do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos o CRAS oferta atividades socioeducativas, esportivas e artesanato aos idosos, crianças (de 03 a 12 anos) e adolescentes (13 a 18 anos). As atividades são de responsabilidade dos orientadores sociais e a psicóloga realiza o acompanhamento das atividades. A psicóloga ainda realiza o apoio técnico continuado aos profissionais responsáveis pelo(s) Serviço(s) de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) desenvolvidos no território ou no CRAS. As atividades desenvolvidas são de caráter socioeducativas, esportivas e artesanato aos idosos, crianças (de 03 a 12 anos) e adolescentes (13 a 18 anos). Há destaque para as ações de caráter preventivo proporcionadas pelos serviços de proteção básica em espaços de convivência estimulantes e agregadores e que mobilizam a comunidade através de campanhas e palestras, filmes, debates, projetos de conscientização sobre temas diversos. Ainda há a mediação de grupos de famílias do PAIF, sendo os grupos momentos de encontros onde histórias são contadas e compartilhadas entre os membros, o que permite aos integrantes do grupo uma identificação com as questões trazidas e há a possibilidade destas questões serem problematizadas e questionadas a fim de encontrar alternativas para o enfrentamento delas. A partir das atividades realizadas, observou-se a importância da interlocução da rede socioassistencial e intersetorial para um cuidado integral e que favoreça a aquisição dos direitos dos usuários. Sobre a atuação do psicólogo na área da assistência social, ela deve promover as potencialidades do usuário que propiciem o seu maior acesso aos direitos existentes e melhor exercício de sua capacidade de ser sujeito. De acordo a cartilha do CREPOP (Centro de Referência Técnica em Psicologia e Política Pública) que orienta o trabalho dos psicólogos em CRAS, o compromisso do profissional deve estar implicado com a produção de bem-estar bio-psicossocial além de “atravessar o cotidiano de desigualdades e violências a estas populações, visando o enfrentamento e superação das vulnerabilidades, investindo na apropriação, por todos nós, do lugar de protagonista na conquista e afirmação de direitos” (CFP, 2007, p.15). Independente do contexto de atuação, o psicólogo deverá

atuar promovendo o bem-estar do usuário, ofertando a escuta como um potente instrumento de trabalho. Por fim, o contexto de trabalho para o psicólogo, de acordo More e Macedo (2006), deixa de ser o lugar de definição de identidade profissional "e passa a ser visto como um campo real de possibilidades, tanto para a escuta do outro como para a re-significação do trabalho psicológico em si (p. 22)".

REFERÊNCIAS

AFONSO, M. L. M. **O papel do psicólogo no Centro de Referência da Assistência Social.** Texto apresentado no I Congresso de Psicologia e Direitos Humanos. Belo Horizonte, 2009.

ALMEIDA, A. C. et. al. Proteção Social Básica: a importância da dimensão preventiva do uso e dependência do crack e outras drogas. In: Sistema Único de Assistência Social – SUAS: perspectivas para o trabalho integrado com a questão do crack e outras drogas. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/ MDS. Departamento de Gestão do SUAS/SNAS/MDS. Brasília, 2012. Disponível em: http://docplayer.com.br/61769-Sistema-unico-de-assistencia-social-suas-perspectivas-para-o-trabalho-integrado-com-a-questao-do-crack-e-outras-drogas.html. Acesso em 10 jan. 2016.

BRASIL. Censo SUAS 2014 – Resultados Nacionais, Centros de Referência da Assistência Social, CRAS. Coordenação Geral de Vigilância Socioassistencial. Secretaria Nacional de Assistência Social. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília, 2015.

BRASIL. Código civil brasileiro e legislação correlata. 2. ed. – Brasília: Senado Federal, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Resolução Nº 145, de 15 de Outubro de 2005b. Brasília, 2005. Disponível em:

http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf. Acesso em 10 fev. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Resolução Nº 109, de 11 de novembro de 2009. Brasília, 2009

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social (NOB/RH-SUAS). Brasília, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS). Brasília, 2012.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional de 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de nº 1, de 1992, a 32, de 2001, e pelas Emendas Constitucionais de Revisão de nº 1 a 6, de 1994, - 17. Ed. Brasília.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. Orientações Técnicas sobre o PAIF. 1 ed. Vol 2. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. Política Nacional de Educação Permanente do SUAS. 1ª ed. – Brasília: MDS, 2013.

BRASIL. Presidência da República. Lei Orgânica de Assistência Social. Lei nº 7.742, de 07 de dezembro de 1993. Disponível em: http://www.assistenciasocial.al.gov.br/legislacao/legislacao-federal/LOAS.pdf. Acesso em 08 jan. 2016.

CARLSON, A.C.; PINHEIRO, L.S. Práticas intersetoriais: novos desafios postos aos psicólogos na atual política de Assistência Social. In: CRUZ, L. R., RODRGUES, L., GUARESCHI, M. F. (Orgs.). Interlocuções entre a psicologia e a Política Nacional de Assistência Social. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2013. p.103-117. Disponível em:

http://www.unisc.br/portal/upload/com_editora_livro/1363870399.pdf. Acesso em 02 fev. 2016.

CFP/CREPOP - Conselho Federal de Psicologia/ Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. Referência técnica para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS. Brasília, 2007.

MONTEIRO, S.R.R.P. O marco conceitual da vulnerabilidade social. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v.17, n. 2, p. 29-40, 2011. Disponível em:

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:dxtCZ2I4II0J:revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/695/619+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso em 09 Jan. 2016.

MORE, C. L. O. O., MACEDO, R. M. S., A Psicologia na Comunidade: uma proposta de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

MIOTO, R.C.T. A centralidade da família na Política de Assistência Social: contribuições para o debate. Palestra proferida no Ministério da Assistência Social/Brasília em novembro de 2003. Disponível em:

file:///C:/Users/HENRIQUE/Downloads/A_CENTRALIDADE_DA_FAM%C3%8DLIA_NA_POL%C3%8DTICA_DE_ASSIST%C3%8ANCIA_SOCIAL-_contribui%C3%A7%C3%B5es_para_o_debate%20(2).pdf. Acesso em 10 Jan. 2016.

TEIXEIRA, S. M. **Trabalho Interdisciplinar nos CRAS: um novo enfoque e trato à pobreza?** Textos & Contextos. v. 9, n. 2, Porto Alegre, p. 286 – 297, 2010. Disponível em:

http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/7032/5781. Acesso em 03 fev. 2016.

CONCEPÇÕES DE TRABALHO E NOVAS PERSPECTIVAS DE VIDA: ABORDANDO A ORIENTAÇÃO OCUPACIONAL COM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NO CENTRO POP DE JEQUIÉ-BA

Ivens Neris Silva
Romário Oliveira Lopes
Gilmacia Ingrid Rodrigues Silva
Jeiza Santos Vida
Laiane Silva Santos

Introdução

O Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop) é um equipamento do setor de Desenvolvimento Social responsável pela atenção especializada à população em situação de rua, definido no âmbito da média complexidade da assistência social e que tem suas ações, estrutura e diretrizes determinadas pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), além da cartilha de Orientações Técnicas do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) (BRASIL, 1993; BRASIL, 2011).

No município de Jequié, o Centro POP, a partir das orientações técnicas e demandas apresentadas pelos usuários, realiza regularmente alguns serviços básicos. São oferecidos diariamente serviços de acolhimento, socioeducação, acompanhamento pedagógico, psicológico, socioassistencial, encaminhamento aos setores de saúde, jurídicos, moradia, educação, emprego e renda, além do desenvolvimento de atividades de lazer. Tais ações se pautam pelas necessidades dessa parcela da população, que apesar da heterogeneidade apresentam alguns aspectos comuns que permitem trabalhar e conceber a população em situação de rua como:

"grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória." (BRASIL, decreto nº 7.053, 2009b, art. 1º, parágrafo único).

Em relação ao quantitativo de pessoas que se encontram em situação de rua, a última pesquisa nacional (BRASIL, 2009a) foi realizada entre 2007 e 2008 pelo MDS em 71 cidades brasileiras: 48 municípios com mais de 300 mil habitantes e 23

capitais[2]. Foram identificados um contingente de 31.922 adultos em situação de rua nos municípios pesquisados.

Em relação aos dados que se associam diretamente com a questão de emprego e renda a pesquisa aponta que o desemprego é o segundo motivo associado ao início da situação de rua (29,8% dos entrevistados). Entretanto, a pesquisa apontou também que a maioria das pessoas em situação de rua exerce algum tipo de atividade remunerada (70,9%) e afirmaram ter alguma profissão (58,6 %). E apenas 15,7% pedem dinheiro como principal meio para a sobrevivência, o que desconstrói o estereótipo da população de rua como “mendigos” e “pedintes” (BRASIL, 2011).

Contudo, a maioria dos trabalhos realizados situa-se na chamada economia informal: apenas 1,9% dos entrevistados afirmaram estar trabalhando atualmente com carteira assinada. Essa não é uma situação ocasional: 47,7% dos entrevistados nunca trabalharam com carteira assinada e aqueles que afirmaram já ter trabalhado alguma vez na vida com carteira assinada, a maior parte respondeu que isso ocorreu há muito tempo (50% há mais de cinco anos; 22,9% de dois a cinco anos).

Associando esses dados com a realidade das pessoas em situação de rua no município de Jequié, observamos que há uma similaridade bastante significativa que reflete e corrobora os dados da Pesquisa Nacional. Este projeto de intervenção, pois, surge a partir da observação do cotidiano das pessoas em situação de rua e entrevistas realizadas com usuários do Centro Pop de Jequié-BA, nas quais se confirmou a falta de ocupação laboral, dentre os vários problemas enfrentados por essas pessoas, como uma das molas propulsoras do agravamento da vulnerabilidade na situação de rua (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013). Neste sentido, a ênfase dada nas ocupações laborais permite ampliar de modo significativo as experiências e possibilidade de saída das ruas a partir do trabalho.

A dimensão trabalho/subsistência abarca todas as atividades em que os moradores de rua se envolvem para obter dinheiro. A maior parte dos moradores de rua persegue regularmente um leque limitado dessas estratégias. Naturalmente, se eles não podem se envolver na sua especialidade preferida num dado dia, outras opções possíveis podem ser buscadas, mas frequentemente de maneira hierárquica.

[2] Devido a levantamentos semelhantes realizados recentemente ou ao mesmo tempo à época da pesquisa, a pesquisa não foi realizada nas cidades de São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre.

Podemos, portanto, falar de repertórios de sobrevivência (SNOW & ANDERSON, 1998). Após a observação cotidiana e entrevistas realizadas com usuários do Centro Pop – Jequié, Bahia, confirmou-se a falta de uma ocupação laboral nos usuários do serviço. Uma vez que, desprovidos de recursos materiais, afetivos e até mesmo assistenciais por longos períodos, muitos não visualizam saídas para a sua condição de desfiliação social, e não se enxergam como sujeitos autônomos, apresentando uma falta de perspectivas e não reconhecendo as suas potencialidades enquanto pessoa.

Objetivos

Portanto, a proposta deste trabalho foi de mobilizar as pessoas em situação de rua da cidade de Jequié, para possibilidades de trabalho e geração de renda, através de um Programa de Orientação Psicossocial e Ocupacional para Pessoas em Situação de Rua, em que dialogaram as áreas da psicologia, pedagogia, serviço social e enfermagem.

Especificamente, buscou-se transmitir conhecimentos de profissões de interesse dos usuários e estimular nos mesmos a busca pelo conhecimento, educação e profissionalização; Discutir e orientar os usuários sobre possíveis atividades laborais autônomas e/ou em grupos que gerem renda aproveitando suas potencialidades; Buscar parcerias com cooperativas, empresários, centros de capacitação profissional e agencias de emprego da cidade de Jequié com intuito de abrir espaço no mercado de trabalho para pessoas em situação de rua.

Metodologia

Com intuito de dinamizar as ações e ampliar as possibilidades de intervenção, o projeto se norteou a partir das seguintes etapa; divulgação: os usuários do serviço foram informados e consultados sobre os aspectos do projeto, temas, período, dias da semana e horários a serem realizadas as atividades, esta etapa aconteceu em horário próximo ao meio dia, no que geralmente se encontravam no serviço a maior quantidade de pessoas devido ao almoço que é servido; levantamento dos participantes: após a etapa de divulgação foi elaborada uma lista com os nomes dos usuários que demonstraram interesse em participar; mapeamento da vida profissional: foram realizadas entrevista e levantamentos de dados sobre a vida de cada um a partir de uma ficha de diagnóstico que abordou diversas esferas das vidas desses sujeitos; atividades grupais: as atividades realizadas foram diversas (oficinas, roda de

conversa, dinâmicas, palestras e desenvolvimento de tarefas escritas), além dessas, a visita do grupo a uma Cooperativa de reciclagem para que pudessem conhecer a estrutura e os tramites para a fundação de uma cooperativa; levantamento de demandas individuais: individualmente foram planejadas ações para que os usuários iniciassem suas atividades laborais de acordo com suas demandas, o processo de acompanhamento individual é contínuo e de alta complexidade portanto, não pode ser limitado no escopo deste projeto de intervenção, além dessas etapas acorreu também a etapa de avaliação/feedback, em que foram traçados novos rumos para o desdobramento desse projeto. Os encontros, em geral, ocorreram uma vez por semana, exceto os encontros individuais em que os usuários foram acolhidos e orientados sempre que solicitavam momentos para discutir suas demandas.

O tempo do projeto foi delimitado em três meses, para que no fim deste primeiro ciclo fosse possível avaliar com os usuários a eficácia das ações do projeto e o rearranjo de novos rumos a serem seguidos na continuidade da temática. A ideia inicial foi que esse projeto ser de iniciação ao processo de orientação em grupo, partindo para outras etapas que seriam determinadas de acordo com o retorno dado pelos usuários quanto à metodologia, a temática e as ações práticas.

Resultados e discussão

Durante a aplicação deste projeto percebeu-se o gradativo desenvolvimento do empoderamento e da autonomia. Muitos dos usuários que participaram das atividades passaram a se mobilizar diante de sua situação de rua, ampliando as possibilidades de superação da vulnerabilidade através do trabalho. Observou-se, por exemplo, uma maior adesão dos usuários ao curso de capacitação profissional oferecido pelo município, além da disposição à coparticipação nas ações dos planos traçados para iniciação de uma atividade de trabalho.

Roso e Romanini (2014) afirmam que o processo de empoderamento é de ordem psicológica (do indivíduo), mas também diz sobre a constituição de uma determinada comunidade, definindo assim um outro tipo de empoderamento, o comunitário, este trata de um fenômeno que incorpora e valoriza o nível grupal e o comunitário no processo de busca da transformação social.

Uma das características que é notada nas pessoas em situação de rua, é o não reconhecimento de potencialidades e a baixa autoestima. Neste sentido, uma das intervenções focou exclusivamente no reconhecimento das potencialidades de cada

um. Em uma das rodas de conversa a dinâmica adotada foi que os participantes apresentassem ao grupo as suas experiências, como eles se percebiam, o que sabiam fazer e o que os impedia de iniciar ou dar continuidade a seus planos. Foi uma dinâmica interessante, na qual foi possível compartilhar histórias de vida, experiências de trabalho, além da busca de alguns usuários pela iniciação de um plano de ação para a saída das ruas.

Em outra dinâmica, em que o temo abordado foram as atividades laborais decorrentes do associativismo e cooperação, os usuários apresentaram soluções criativas e concretas para o seguimento do projeto, como a formação de uma cooperativa de reaproveitamento de óleo de cozinha para produção de sabão. Este foi um ponto muito positivo do projeto, visto que, muitos dos usuários do serviço se mostravam acomodados com sua situação, numa posição de aceitação acrítica do Centro-POP numa lógica assistencialista.

Nessa perspectiva podemos observar de forma mais concreta algumas fases do processo de rualização/domesticação adotado por Mattos e Ferreira (2013) como um fenômeno que se subdivide em 5 fases: Ruptura associada ao processo de ida para as ruas; negação de sua condição; aceitação e acomodação a situação de rua; ruptura associada a saída das ruas e por fim a conscientização, como processo final de releitura de sua experiência anterior nas ruas.

Observamos que grande parte dos usuários participantes dos projetos possuem uma postura passiva e de dependência contínua em relação à Instituição, isso se associa a fase de aceitação e acomodação em que as “relações institucionais que garantiam a sobrevivência, passam agora a garantir a dependência. [...] Estabelecem um roteiro diário baseado nos locais, horários e serviços oferecidos pelas instituições” (p. 218). Esse fator dificultou e impediu que alguns usuários vislumbrassem e agissem proativamente na construção de estratégias e trajetórias de vida de superação dessa realidade durante as etapas do projeto.

Foi possível constatar que outro fator que dificultou a orientação laboral nesse sentido é o tempo de permanência nas ruas. Aqueles usuários que possuíam um longo período dentro dessa condição possuíam menos expectativas em relação à melhoria de suas condições de vida, o que se assemelha a um dado encontrado numa importante pesquisa realizada na Europa na década de 90 (PAUGAM, 2001).

Outro importante entrave observado para a reintegração da pessoa em situação de rua às atividades laborais foi o uso abusivo de drogas. No Centro Pop-Jequié cerca de 90% dos usuários contínuos do serviço são dependentes químicos, portanto é de extrema importância a articulação com os serviços de saúde que dedicam-se ao tratamento de dependentes químicos.

Nesse contexto, o trabalho intersetorial e interdisciplinar, não só nas esferas de saúde mas também de educação, justiça, etc. também se mostrou como uma forma eficaz de desenvolver o projeto. É importante mencionar que a idealização e aplicação das ações foram norteadas a partir da inter-relação entre os conhecimentos advindos da psicologia, do serviço social, da pedagogia e da enfermagem, o que permitiu um olhar ampliado que aproximou as dimensões de emprego e renda de um ponto de vista múltiplo, respeitando e integrando os saberes de cada profissional.

Constatamos que durante o processo de intervenção ocorreu uma ampliação das perspectivas em relação ao trabalho e renda. Isso se deu pela difusão de informações sobre as possibilidades de trabalho, do trabalho formal ao informal, das empresas às cooperativas. As atividades incentivaram os usuários a pensassem em formas de organização para o trabalho as quais não estavam habituados, se destacando a coletividade no interesse dos mesmos para o desenvolvimento de oportunidades.

O trabalho coletivo permitiu a integração entre os saberes dos próprios usuários, o compartilhamento das experiências de vida, o que gerou uma aproximação dos integrantes e permitiu o fortalecimento dos vínculos entre alguns usuários. Obviamente, deve-se considerar o caráter subjetivo na interpretação destes resultados, uma vez que as vivências dos usuários se estendem a diversos espaços além do serviço de atenção.

Muitos dos usuários, por exemplo, que desenvolvem atividades isoladamente no setor de reciclagem, pensaram na possibilidade de trabalhar em cooperativas. Observamos, também, que essa intervenção permitiu a aproximação de setores da sociedade na problemática da situação de rua. Como aponta a sociedade exclui os sujeitos para depois incluí-los, só que de uma maneira perversa. Durante o processo de contato com empresas da região foi possível estimular o encontro dessas instituições com as pessoas em situação de rua por uma outra lógica que

rotineiramente perpassa mais uma exclusão travestida de inclusão do que opções dignas de emprego (SAWAIA, 1999).

Durante o percurso do projeto foi possível confirmar a relação entre identidade e trabalho. Notou-se, durante as discussões, que o vazio gerado pelo desemprego e falta de habitação se reproduz como uma identidade desses usuários que ainda se enxergam como “moradores de rua”, como se essa condição fosse a única expressão de quem eles são. E isso requereu a construção de um resgate de projetos individuais que foram sufocados por essa identidade totalizante que a situação de rua frequentemente impõe (MATTOS & FERREIRA, 2013).

Considerações Finais

Este projeto representa uma ação com potencial de recuperação da sensação de controle das pessoas em situação de rua sobre suas vidas. Uma vez que desprovidos de recursos materiais, afetivos e até mesmo assistenciais por longos períodos, muitos não visualizam saídas para a sua condição de desfiliação social, e não se enxergam como sujeitos autônomos, apresentando uma falta de perspectivas e não reconhecendo as suas potencialidades enquanto pessoa. Nesse cenário, observamos que há uma responsabilidade individual, mas também institucional dos equipamentos sociais na ampliação de novos horizontes, que muitas vezes se apresentam como “[...] programas marcados pela institucionalização de práticas que visam à retirada dessas pessoas das ruas, oferecendo, entretanto poucas possibilidades de uma reestruturação de suas vidas.” (VARANDA & ADORNO, 2004, p. 7).

O desemprego é um problema multidimensional que extrapola as delimitações das práticas técnicas das profissões atuantes em qualquer instituição. Ao confrontar esse problema com o de pessoas em situação de rua foi constatada a necessidade de intervenções que pudessem ser executadas de modo interdisciplinar, por que acredita-se ser a melhor maneira de lidar com fenômenos desta natureza. Nessa perspectiva, esse projeto permitiu vislumbrar práticas que puderam ser aplicadas sem perder o compromisso com a realidade social dos usuários.

Vale ressaltar que, apresenta-se aqui, uma prática focada no que se entende como uma das causas e/ou consequências de um problema extremamente complexo. Os riscos oferecidos pela situação de rua à uma população que cresce cada dia mais, tanto nas grandes cidades quanto nas pequenas e médias, não podem ser

solucionados com ações pontuais decorrentes dos serviços de assistências, mas por uma grande mobilização societária em que a atenção das pessoas e do poder público se volte às demandas destes sujeitos, de modo que se pense uma forma de organização que tenha por prioridade a educação como meio de libertação dos indivíduos.

Palavras-chave: População em situação de rua; Trabalho; Emprego e Renda; Orientação ocupacional; Interdisciplinaridade.

Referências

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas:** Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop- SUAS e População em Situação de Rua. Volume 3. Brasília, 2011.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e

Gestão da Informação e Secretaria Nacional de Assistência Social. Rua: Aprendendo a Contar:

Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Brasília, 2009.

_____. Presidência da República. Decreto nº 7.053, 23 de dezembro de 2009, que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua. Brasília, 2009.

_____. Presidência da República. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 e alterações posteriores dadas pela Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Brasília, 1993.

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

MATTOS, R. M.; FERREIRA, R. F. Processos psicossociais de constituição da identidade da pessoa adulta em situação de rua: da rualização à domesticação. In: CARVALHO, I.S.; FERREIRA, R. F. **Processos de exclusão na sociedade contemporânea**. São Luís: EDUFMA, 2013, p. 55-72.

PAUGAM, S. O enfraquecimento e ruptura dos vínculos sociais: uma dimensão esscencial do processo de desqualificação social. In: SAWAIA, B. (Org.). **As artimanhas da exclusão:** análise psicossocial e ética da desigualdade social. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 67-86.

ROSO, A.; ROMANINI, M. Empoderamento individual, empoderamento comunitário e conscientização: um ensaio teórico / Individual empowerment, community empowerment and awareness: a theoretical essay. **Psicologia e Saber Social**, v. 3, n. 1, p. 83–95, 2014.

SAWAIA, B. Introdução: Exclusão ou inclusão perversa? In: SAWAIA, B. (Org.). **As artimanhas da exclusão:** análise psicossocial e ética da desigualdade social. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 7-13.

SNOW, D.; ANDERSON, L. **Desafortunados: um estudo sobre o povo da rua**. Petrópolis: Vozes, 1998.

VARANDA, W. ; ADORNO, R. de C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde soc.** São Paulo, v.13, n.1, p.56-69, jan./abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/07.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2016.

O CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E O CUIDADO A USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

Larissa de Oliveira Vieira

O tema das drogas vem ganhando destaque nos dias atuais, conforme indicação da literatura especializada. O Ministério da Saúde (2004) admite que o uso de álcool e outras drogas tomou proporção de grave problema de saúde pública refletido nos agravos sociais decorrentes deste uso. Mas de acordo Santos (2007) a sociedade é consumidora de drogas lícitas desde o consumo mais banalizado como o cigarro, o café, o álcool, com destaque para o crescente consumo dos remédios ou psicofármacos, até o uso de algumas drogas ilícitas como maconha, crack, cocaína, ecstasy, LSD. Ainda de acordo este autor, a droga pode ser entendida como qualquer objeto da nossa sociedade sustentado pela ótica do consumo compulsivo. Por muitos anos a discussão sobre o uso das drogas ou substâncias psicoativas ficou restrita aos âmbitos psiquiátrico, da justiça e segurança pública. Houve historicamente uma importante lacuna no cuidado com os sujeitos que têm algum problema pelo uso de substâncias psicoativas, as políticas públicas relacionadas a esta área estavam restritas às ações repressivas (DELGADO, 2007; ALVES, 2009). Por outro lado, o movimento pela reforma psiquiátrica e pela luta antimanicomial favoreceram a mudança no paradigma do tratamento para usuários de álcool e outras drogas e garantiram a estas pessoas respeito diante da sociedade e direito a um cuidado integral em saúde mental (DELGADO e CORDEIRO, 2011). Uma compreensão global para o fenômeno das substâncias psicoativas é considerada relevante pelo Ministério da Saúde, sendo importante uma atuação transversalizadora a áreas da saúde, educação, justiça e do social para permitir um cuidado integral ao usuário de substâncias psicoativas. (Ministério da Saúde, 2004). A atenção e escuta aos direitos da população também são garantidas pela Assistência Social, principalmente a partir da Constituição Federal de 1988, que tornou Assistência Social uma política pública assim como a saúde e a previdência social. Através dos Artigos 203 e 204, a Constituição Federal de 1988 garante condições econômicas e sociais à população sendo estas garantias dever do Estado. Posteriormente com a promulgação da Lei

Orgânica da Assistência Social (LOAS) em 1993, houve a edição de normas e critérios que regulamentaram a Assistência Social. Após 11 anos da promulgação da LOAS foi aprovada a Política Nacional de Assistência Social – PNAS (2004) que organizou a oferta de serviços socioassistenciais em dois níveis de proteção, a Proteção Social Básica (PSB), através do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e a Proteção Social Especial (PSE), através do CREAS, garantindo direitos e proteção social às famílias, crianças, adolescentes, idosos e a todos que dela necessitarem. O CRAS tem como objetivo oferecer programas, projetos e benefícios de proteção social básica para famílias, grupos e pessoas que vivenciam situações de vulnerabilidade, como a perda ou fragilidade de vínculos de pertencimento e sociabilidade, uso/abuso de substâncias psicoativas, inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho, além daquelas pessoas que utilizam estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social. De acordo Dalgalarrondo (2008) o abuso de substâncias psicoativas ocorre quando há uso recorrente ou contínuo de uma substância psicoativa, uso este que é lesivo ou mal-adaptativo, levando a prejuízos ou sofrimento clinicamente significativos. Tal uso produz prejuízos ao sujeito em sua vida familiar, no trabalho ou na escola. No âmbito da Assistência Social Lenaghi et.al. (2014) e Oliveira (2013) afirmam que na literatura há poucas referências de discussão do fenômeno do uso de substâncias psicoativas e a Assistência Social. De acordo Lenaghi et.al. (2014) a Assistência Social tem uma jovem trajetória, aproximadamente 12 anos, e entre os desafios para sua consolidação está discutir a atenção aos sujeitos que usam/abusam das substâncias psicoativas dentro das suas especificidades. No âmbito da Assistência Social Lenaghi et.al. (2014) e Oliveira (2013) afirmam que na literatura há poucas referências de discussão do fenômeno do uso de substância psicoativa e a Assistência Social. De acordo Lenaghi et.al. (2014) a Assistência Social tem uma jovem trajetória, aproximadamente 12 anos, e entre os desafios para sua consolidação está discutir a atenção aos sujeitos que usam/abusam das substâncias psicoativas dentro das suas especificidades. Já o Sistema Único de Saúde tem uma trajetória mais consolidada através das lutas e embates da população por direitos e melhores condições de acesso aos serviços de saúde. No campo do fenômeno das substâncias psicoativas o Ministério da Saúde publicou em 2003 a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, que tinha como objetivo oferecer um cuidado integral aos

usuários de substâncias psicoativas favorecendo uma reinserção social e condições dignas de tratamento. Esta Política também garantiu uma nova proposta de cuidado aos usuários de substâncias psicoativas, definida como Redução de Danos (RD), que se baseia no respeito à singularidade e das diferentes possibilidades e escolhas que são feitas pelos usuários, independente da substância psicoativa que ele faça uso. Através da parceria dos Ministérios da Saúde e Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS, no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, foi instituído em 2010, através do decreto n º 7.179, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, tendo como objetivos a prevenção ao uso de álcool e outras drogas, tratamento e reinserção social dos usuários, além da participação das famílias no tratamento dos usuários. O Ministério da Saúde em 2011 deu início ao programa Crack é Possível Vencer, e assim como o Plano de Enfrentamento ao Crack lançado em 2010 tinha como objetivo a prevenção do uso das substâncias psicoativas e o cuidado ao usuário. O programa Crack é Possível Vencer cita alguns equipamentos da Assistência Social como o CRAS, que pode atuar na prevenção ao uso de drogas e o CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) que pode ofertar atendimento especializado nos casos em que há violação de direitos associados ao uso de drogas. Sobre estes dois níveis de proteção propostos pela PNAS, Bolognini (2012) aponta que tanto o CRAS como o CREAS podem identificar situações em que usuários usam/abusam de substâncias psicoativas e realizar a sensibilização e o encaminhamento para tratamento na saúde. Considerando então a importância do CRAS, este trabalho propõe descrever os limites e as possibilidades encontradas por este dispositivo para cuidar de usuários de substâncias psicoativas em situação de vulnerabilidade. Como metodologia, propõe-se realizar um relato de experiência da prática profissional de uma psicóloga (neste caso, a autora) em um CRAS, pelo período de um ano realizado com usuários de substâncias psicoativas. O relato de experiência vai descrever as atividades realizadas pelas técnicas de nível superior, uma psicóloga e uma assistente social com os usuários de substâncias psicoativas pelo período de um ano, desde o primeiro contato com o usuário até os demais desdobramentos. Entre as atividades estão: acolhida, que é o primeiro contato do usuário ou família com a equipe. Este é o momento onde priorizamos a escuta das necessidades e identificamos as demandas da família, tanto para o CRAS, como para outras políticas intersetoriais; mediação de grupos de famílias do Serviço de Proteção

e Atendimento Integral à Família (PAIF). Os grupos são locais de encontro entre pessoas que vivenciam situações semelhantes, incluindo o uso/abuso de substâncias psicoativas por algum membro da família. Através da interação, os familiares têm a possibilidade de se identificar com as experiências e vivências dos outros. As técnicas ainda realizam o apoio técnico continuado aos profissionais responsáveis pelo(s) Serviço(s) de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) desenvolvidos no território ou no CRAS. As atividades desenvolvidas são de caráter socioeducativas, esportivas e artesanato aos idosos, crianças (de 03 a 12 anos) e adolescentes (13 a 18 anos). As atividades são de responsabilidade dos orientadores sociais e as técnicas realizam o acompanhamento das atividades. O CNAS decretou em 2013 através da resolução n.1, a unificação do SCFV para crianças, adolescentes e idosos, que antes era representado pelos programas Projovem Adolescente, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) e serviços para Idosos. O uso/abuso de substâncias psicoativas é um dos temas que são trabalhados com os jovens, sendo uma atividade preventiva desenvolvida pelo CRAS. Há ainda o acompanhamento às famílias que estão em descumprimento de condicionalidades do programa Bolsa Família, além daquelas que recebem benefícios eventuais, beneficiários do BPC (pessoas idosas e com deficiência). Entre as condicionalidades para a família receber o Bolsa Família está a garantia que as crianças e adolescentes estejam com a frequência regular na sala de aula. As técnicas do CRAS em caso de descumprimento com esta condicionalidade orientam a família e a criança/adolescente sobre a importância dos estudos e muitas famílias têm o BF como única fonte de renda. Os benefícios eventuais são recursos provisórios para as famílias que se encontram hipossuficientes, como as cestas básicas, auxilio funeral. Entre os beneficiários do BPC que o CRAS de Cravolândia acompanha estão usuários de substâncias psicoativas. Nestes casos há um uso abusivo da substância psicoativa, o que interfere na relação do usuário com o trabalho, dificultando que ele exerça as atividades laborais. Há ainda usuários que usam algum tipo de substância psicoativa e têm algum transtorno associado, como a esquizofrenia. Desta maneira o usuário de é interditado e um responsável administra o salário. Nestas situações o CRAS faz visitas regulares e acompanha também como o salário está sendo utilizado, a fim de que seja gasto em benefício do usuário. As técnicas também realizam busca ativa e visitas domiciliares no território de abrangência do CRAS, realização de atendimentos

individualizados e psicossociais. O atendimento ofertado aos usuários pelo CRAS de Cravolândia é de caráter psicossocial. As técnicas, a psicóloga e assistente social fazem a escuta e oferecem apoio às demandas dos usuários de acordo as particularidades do caso. Sobre o atendimento psicológico, a psicóloga do CRAS atende os pacientes que chegam ao CRAS sem necessariamente marcar um horário. Em relação à atuação do psicólogo na área da assistência social, ela difere da prática psicoterápica tradicional e deve ser direcionada "além dos *settings* convencionais, em espaços adequados e viáveis ao desenvolvimento das ações" (CFP, 2007, pag.21). As intervenções do psicólogo devem garantir atenção nos âmbitos individual, familiar, grupal e comunitário e em relação às demandas em saúde mental elas devem ser encaminhadas para a rede intersetorial. O contexto de trabalho para o psicólogo, de acordo More e Macedo (2006), deixa de ser o lugar de definição de identidade profissional "e passa a ser visto como um campo real de possibilidades, tanto para a escuta do outro como para a re-significação do trabalho psicológico em si (p. 22)". Independente do contexto de atuação o psicólogo deverá atuar promovendo o bem-estar do usuário, ofertando a escuta como um potente instrumento de trabalho (CARLSON e PINHEIRO 2013). A atuação no CRAS é baseada na integralidade, uma vez que há profissionais de diversas áreas, o que caracteriza a interdisciplinaridade da equipe. O trabalho com usuário de substância psicoativa, de acordo Carlson e Pinheiro (2013), começa com a articulação da equipe de trabalho, onde será estabelecida uma compreensão ampliada e a construção das primeiras estratégias para resolução dos casos. Segundo o MDS (2013), a variedade de profissionais permite a ampliação do foco da visão profissional favorecendo maior aproximação das equipes à integralidade das situações experimentadas por usuários e beneficiários do Sistema. O CRAS recebe os usuários por demanda espontânea, encaminhamentos dos dispositivos do município ou por meio da busca ativa. A partir do primeiro atendimento ao usuário, algumas questões são levantadas para dar suporte a este usuário, como a existência de familiares ou da rede informal de suporte ao usuário, se ele possui registro de nascimento ou documento de identidade, verificação das condições econômicas e de moradia. O CRAS posteriormente faz a articulação com a rede intersetorial do município, Educação, Saúde, Justiça, entre outros a depender das demandas de cada caso em acompanhamento. A articulação visa o cuidado integral que o SUS preconiza, neste caso, atenção na área social e nos aspectos da

saúde. Sobre os encaminhamentos, a atuação entre estes setores é importante e está prevista no SUAS e no SUS, sendo que Bolognini (2012) afirma haver uma interdependência entre eles, a saúde necessita “de uma rede de suporte social composta por dispositivos comunitários de acolhida e promoção social; já a política de assistência social precisa do apoio de uma rede de atenção e cuidado de saúde” (p.112). Os encaminhamentos realizados pelo CRAS de Cravolândia para a rede intersetorial visando um cuidado integral dos usuários foi possível para a rede de saúde do Município, que é composta por equipe do NASF 3 (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), de duas equipes de Saúde da Família (1 na zona urbana e 1 na zona rural), além do Hospital Municipal. Estes encaminhamentos geralmente são para os usuários realizarem consultas com médicos, exames, aquisição de medicamentos, entre outros; para a secretaria de Assistência Social do município a fim de solicitar doações de cestas básicas e solicitar a inscrição das famílias no CADúnico (Cadastro único), a fim de conseguir o benefício do bolsa família. O bolsa família em muitos casos é o único rendimento da família o que confere uma situação de vulnerabilidade econômica, principalmente para as famílias que têm grande número de crianças; para a Secretaria de Infra-estrutura do município a fim de solicitar auxílio em reformas e construção de moradia para os usuários; para o Conselho Tutelar a fim de solicitar que os conselheiros tutelares acompanhem crianças ou adolescentes que usam substâncias psicoativas, que estão sendo vítimas de violência, estão em descumprimento das condicionalidades do BF ou outras situações que violem os direitos das crianças; para a Secretaria de Educação a fim de realizar alguma atividade com os estudantes das Escolas. Há ainda encaminhamentos para outras redes institucionais que estão situadas em outros municípios: para o INSS visando a concessão de BPC (Benefício de Prestação Continuada). O salário mínimo concedido ao usuário tem grande importância para a conquista de direitos sociais e que garantem maiores qualidades de vida; para o Fórum a fim de solicitar a documentação dos usuários. Neste caso, também é solicitado a isenção das taxas a serem pagas pela emissão dos documentos, em decorrência da situação de vulnerabilidade econômica dos usuários. O CRAS também realiza encaminhamento ao Fórum para solicitar investigação de casos como violência a idosos, crianças e adolescentes. A partir dos atendimentos realizados e dos encaminhamentos realizados pelo CRAS aos usuários de substâncias psicoativas de Cravolândia, as técnicas do CRAS acionaram os

seguintes pontos na rede: na saúde, o hospital municipal, a unidade básica de saúde de referência de José e a Secretaria de saúde (para marcar os exames). Todos estes pontos citados fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que foi articulada através da Portaria nº 3.088 em 2011 e tem entre alguns objetivos ampliar o acesso à atenção psicossocial aos usuários de substância psicoativa e garantir a "articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências". Este trabalho em rede de acordo Carlson e Pinheiro (2013) se constitui a partir da intersetorialidade e da integralidade e seus resultados são concretizados a partir das relações estabelecidas entre 'pessoas que cuidam de pessoas' (p.108). O trabalho com a rede foi possível através de um longo processo de comunicação e insistência das técnicas do CRAS com estes pontos da rede. Para obter um resultado positivo com o processo de cuidado do usuário, é necessário acima de tudo compreender as diferenças que permeiam cada dispositivo que compõe a rede. No que concerne à atenção integral em saúde mental e aos transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas, há uma deficiência dos dispositivos especializados da saúde no cuidado e atenção aos usuários no município de Cravolândia. O Centro de Atenção Psicossocial relacionado ao álcool e outras drogas (CAPSad) mais próximo do município fica há 100 km de distância, no município de Jequié, havendo dificuldade na locomoção desses usuários. Apesar da parceria da equipe do CRAS com a rede de saúde do município, a equipe do CRAS encontra limitações em cuidar dos usuários sem uma equipe capacitada para atender as questões específicas de saúde relacionada ao uso de álcool e outras drogas, exemplo de casos de usuários que usam substâncias psicoativas e tem algum transtorno associado, ou dos casos de usuários em crise ou que estão tendo recaídas ou em situação de abstinência. Outra dificuldade é em relação aos usuários que usam substâncias psicoativas de maneira abusiva, se colocando em situação de risco social, há ainda casos de pessoas que moram em casas com condições mínimas de infraestrutura ou até mesmo não têm moradia. O CRAS nestas situações realiza a busca da família ou rede social mais próxima do usuário, como vizinhos ou amigos para solicitar um apoio, e em alguns casos não encontramos resposta positiva. Por ser Município de pequeno porte, onde a rede de saúde e assistencial é reduzida a dispositivos básicos de saúde e da assistência

social, o CRAS encontra dificuldade em lidar com casos de usuários em situações de vulnerabilidade citadas acima e que necessitam de encaminhamento para Unidades de Acolhimento da Saúde, assim como encaminhamentos para a Proteção social Especial de alta complexidade ou para Centros de Atenção Psicossocial. Apesar destas dificuldades, o CRAS consegue realizar uma boa comunicação com a rede intersetorial disponível no município de Cravolândia. Há ainda um longo caminho a ser percorrido pela PNAS no que se refere ao desenvolvimento de uma prática relacionado ao fenômeno das substâncias psicoativas. O lugar que esta Política hoje encontra para cuidar de usuários que usam/abusam de substâncias psicoativas é referente ao caminho da prevenção de riscos e danos além da promoção da saúde dos usuários. Neste sentido o CRAS é o local definido pela PNAS para atender/acompanhar usuários que vivenciam o uso/abuso de substâncias psicoativas ou que estão em situação de vulnerabilidade, por questões econômica, sociais entre outras. E este trabalho procurou mostrar a atuação do CRAS de Cravolândia no cuidado a essas pessoas, que vivenciam alguma situação de vulnerabilidade e ainda fazem uso/abuso de substâncias psicoativas. Para um cuidado integral aos usuários de substâncias psicoativas é imprescindível a atuação entre as redes intersetoriais, institucionais e comunitárias e da interlocução entre os diversos setores, como saúde, educação, justiça, assistência social visando um cuidado integral às pessoas que têm seus direitos socioassistenciais limitados. O cuidado do CRAS de Cravolândia aos usuários de substâncias psicoativas foi possível mediante a integração da equipe interdisciplinar deste dispositivo, a psicóloga e a assistente social, além da interação com a rede intersetorial, comunitária e institucional de outros municípios. A atuação em rede é desafiadora e se mostra necessária para que as pessoas que vivenciam dificuldades e situações de vulnerabilidade possam garantir a efetivação dos seus direitos e uma vida com mais dignidade.

REFERÊNCIAS

ALVES, V.S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 11, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2009001100002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 19 fev. 2016.

BOLOGNINI, L. **O lugar da Política de Assistência Social na atenção às pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas**. In: Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. Álcool e Outras Drogas. São Paulo, 2011, p.109-114. Disponível em: http://www.crpsp.org/fotos/pdf-2015-10-02-17-16-04.pdf. Acesso em 16 fev. 2016.

BRASIL. Censo SUAS 2014 – **Resultados Nacionais, Centros de Referência da Assistência Social, CRAS**. Coordenação Geral de Vigilância Socioassistencial. Secretaria Nacional de Assistência Social. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília, 2015.

BRASIL. **Código civil brasileiro e legislação correlata**. 2. ed. – Brasília: Senado Federal, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social (PNAS).** Resolução Nº 145, de 15 de Outubro de 2005b. Brasília, 2005. Disponível em:

http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf. Acesso em 10 fev. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.** Resolução Nº 109, de 11 de novembro de 2009. Brasília, 2009

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social (NOB/RH-SUAS)**. Brasília, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS)**. Brasília, 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional de 5 de outubro de 1988,** com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de nº 1, de 1992, a 32, de 2001, e pelas Emendas Constitucionais de Revisão de nº 1 a 6, de 1994, - 17. Ed. Brasília.

BRASIL. Decreto n. 7.179, de 20 de Maio. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria seu comitê gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 08 de dezembro, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde**. 2. ed. rev. ampliada.– Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.088/GM**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 09 jan. 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. **Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS**. 1. ed. – Brasília: 2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. **Orientações Técnicas sobre o PAIF.** 1 ed. Vol 2. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. **Política Nacional de Educação Permanente do SUAS**. 1ª ed. – Brasília: MDS, 2013.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Orgânica de Assistência Social**. Lei nº 7.742, de 07 de dezembro de 1993. Disponível em: http://www.assistenciasocial.al.gov.br/legislacao/legislacao-federal/LOAS.pdf. Acesso em 08 jan. 2016.

BRASIL. **Resolução n.1 de 21 de Fevereiro de 2013.** Dispõe sobre o reordenamento do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV/ Sistema Único da Assistência Social. Brasília, 2013. Disponível em: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjY7qzilqLLAhUCFpAKHWegADsQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.mds.gov.br%2Fcnas%2Flegislacao%2Fresolucoes%2Farquivos-2013%2Flegislacao%2Fresolucoes%2Farquivos-2013%2Fcnas-2013-001-21-02-2013.pdf&usg=AFQjCNH40NwyDRYHtsrAZBvMf9xo8vi-dw&bvm=bv.115339255,d.Y2I. Acesso em 10 jan. 2016.

CARLSON, A.C.; PINHEIRO, L.S. **Práticas intersetoriais: novos desafios postos aos psicólogos na atual política de Assistência Social**. In: CRUZ, L. R., RODRGUES, L., GUARESCHI, M. F. (Orgs.). Interlocuções entre a psicologia e a Política Nacional de Assistência Social. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2013. p.103-117. Disponível em:

http://www.unisc.br/portal/upload/com_editora_livro/1363870399.pdf. Acesso em 02 fev. 2016.

CFP/CREPOP - Conselho Federal de Psicologia/ Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. **Referência técnica para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS.** Brasília, 2007.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 344-351.

DELGADO, P. G. et al. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs.). Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 39-83.

DELGADO, P. G., CORDEIRO, F. **A rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas na saúde pública do Brasi**l. In: O uso de substância psicoativa no Brasil: Epidemiologia, Legislação, Políticas Públicas e Fatores Culturais. Módulo 1, 4. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011. p. 44-51.

IBGE - **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=290950. Acesso em 17 fev. 2016.

LENAGHI, F.; OLIVEIRA, E. S.; SANTOS, L. B. A política de Assistência Social e o fenômeno do uso de substâncias Psicoativas: um diálogo possível**. Cultura Científica**, Caxias do Sul, RS v.1, 2014.

MELMAN, J. **Familia e doença mental: Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Editora Escrituras, 2006.

OLIVEIRA, E.C. **O CRAS como fomentador da rede de atenção ao consumo e consumidores de álcool e outras drogas: possibilidades e desafios**. Monografia apresentada como pré-requisito para conclusão do Curso de Especialização em "Atenção Integral ao Consumo e Consumidores de Álcool e outras drogas", CETAD/UFBA, Salvador, 2013.

SANTOS, C.E. **Uma breve reflexão sobre o tratamento da drogadição**. In: Merhy, E.E. (Org), A reforma psiquiátrica no cotidiano. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

POLÍTICAS SOCIAIS DE ATENÇÃO AOS IDOSOS DO TERRITÓRIO DO SERTÃO PRODUTIVO: UMA ANÁLISE A PARTIR DOS CRAS

Denise de Souza Cardoso
Diego Hoayran Oliveira Fernandes
Luma Porto de Araújo

RESUMO

O presente trabalho aborda as políticas sociais de atenção aos idosos no território do Sertão Produtivo, com foco nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) de três municípios do interior baiano, onde procuramos saber sobre as políticas sociais voltadas para os idosos, bem como sua aplicabilidade e gestão, e as implicações biopsicossociais que trazem a esses indivíduos em processo de envelhecimento. Desenvolvido numa abordagem pluralista, com técnicas de revisão bibliográfica e coleta de dados com entrevistas e observação participante nos CRAS dos municípios estudados, percebemos que os serviços sociais aos idosos são eficientes, trazendo muitos benefícios a eles, mas que são serviços que ainda dependem de ampliações dos recursos orçamentários, e melhor publicidade para ter melhor eficiência dos serviços do CRAS ao público idoso.

PALAVRAS-CHAVES: políticas públicas, assistência social, envelhecimento, interior baiano.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo o estudo das políticas sociais de atenção aos idosos desenvolvidas pelos CRAS (Centro de Referência da Assistência Social) do território do Sertão Produtivo, os CRAS são unidades que executam os serviços de proteção social básica destinados à população em situação de vulnerabilidade social, em articulação com a rede socioassistencial, partindo de uma análise sobre a asseguração dos direitos sociais do idoso, para que se tenha uma condição que promova à autonomia, integração e uma participação efetiva na sociedade em que se vive. Analisando também os diretos e deveres dos idosos, conforme seu estatuto (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003), trazendo os fatores benéficos e prejudiciais a essas pessoas, e ainda fazendo uma análise critica sobre uma perspectiva da realidade social que vivemos.

Foi utilizado como campo teórico da pesquisa de políticas públicas de atenção aos idosos o modelo pluralista. De acordo com Silva (2012) essa perspectiva acredita

que não existe somente um grupo que domine a política do país, porém sabemos que o pluralismo é um sistema em que minorias comandam, onde existem diversos grupos que influenciam as políticas públicas que lhes interessam, sendo a sociedade composta por diversos grupos ou centros de poder, onde a sociedade influência as ações do governo, nesse caso com as políticas sociais para com os idosos. Nesse contexto verificamos as políticas sociais aos idosos em todo processo de funcionamento, eficiência e eficácia, pois esta se trata de uma política pública distributiva, que consiste numa política universal, onde todos que necessitam tenham acesso.

Como metodologia foram embasadas nos estudos de temas da área escolhida com enfoque nas políticas públicas para os idosos, e realizada coleta de dados com entrevistas semiestruturadas e observação participantes dos locais nos CRAS dos três cidades do interior baiano (Guanambi, Palmas de Monte Alto e Pindaí) durante o mês de novembro de 2015, nessas visitas aos Centros de Referência da Assistência Social analisamos e conhecemos de forma ampla os projetos de políticas sociais de atenção aos idosos, à forma de como elas se desenvolve e a procedência dessas políticas.

Desenvolver um trabalho de pesquisa sobre o campo das políticas públicas de atenção aos idosos é um tema de grande importância, por se tratar de uma camada da sociedade que necessita de uma atenção especial, pois envelhecer é uma etapa natural da vida, que é irreversível, considerado a interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam na saúde dos idosos, bem como o ambiente onde este se insere.

POLÍTICAS PÚBLICAS E DIREITOS DOS IDOSOS

Sabemos que o interesse pelo estudo das políticas públicas vem crescendo ao decorrer do tempo, isso ocorre devido ao fato de que essas políticas públicas afetam em diversos aspectos a nossa vida no cotidiano e pelo fato da busca pela explicação de por que determinadas políticas públicas são adotadas. Política pública é o processo pelo qual diversos grupos que compõem a sociedade tomam decisões na esfera coletiva. Políticas públicas são ações do Estado voltadas para o público, para o bem comum (RODRIGUES, 2010).

Podemos afirmar que as demandas das políticas públicas podem ser por reivindicações de bens e serviços, como saúde, educação, estradas, transportes,

segurança pública, normas de higiene e controle de produtos alimentícios, previdência social entre outros. As políticas públicas ocorrem num ambiente tenso e de alta densidade política, que é marcado pelas relações de poder, em nível problemático do Estado e sociedade (RUA, 2009).

Numa concepção do ciclo de políticas, as políticas públicas são consideradas resultantes de uma série de atividades políticas que quando agrupadas, formam o processo político. Essa visão conduz os estudiosos a examinar como as decisões são (realista) ou poderiam ser tomadas (normativo) e permite identificar e analisar os mecanismos e estratégias definidas para a realização da política, e o comportamento dos diferentes atores envolvidos em cada etapa do processo de produção dessas políticas (RUA, 2009).

De acordo com Downs (1999) “partidos políticos propõem políticas públicas para chegarem ao poder e permanecer nele, mas não tentam chegar ao poder para produzir políticas públicas”, nesse contexto podemos observar o caráter realista da política, de como ela realmente é.

Nesse contexto partindo do estudo de políticas públicas, podemos abordar nessa perspectiva as políticas sociais de atenção aos idosos, sabe-se que a implementação de uma política pública para pessoas idosos no Brasil é muito recente, pois data-se janeiro de 1994, pela lei nº 8.842 que estabelece a Política Nacional do Idoso (PIN), que tem por finalidade a asseguração dos direitos sociais promovendo a autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade (FERNANDES; SOARES, 2012).

Conforme o Art. 230 da Constituição Federal de 1988:

A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida. § 1º - Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares (BRASIL, 1988, P. 161).

Segundo o IBGE o Brasil em 2013 possuía 20,6 milhões de idosos, mas o que explica esse grande aumento de idosos na população não é somente uma melhoria regular na qualidade de vida, mas também uma grande queda na taxa de fecundidade nos últimos 50 anos. O Pacto pela Vida de 2006 propôs a questão do ciclo de envelhecimento como um tema fundamental na área da saúde, o Estatuto do Idoso, por exemplo, assegura o tratamento de saúde, assistência social, moradia, cultura,

esporte, a cidadania, alimentação, liberdade, dignidade, ao respeito e a convivência familiar e comunitária a pessoa com idade superior ou igual 60 anos (IBGE, 2013).

De acordo com dados do Senso Demográfico de 2010, os índices de idosos dos três municípios baianos com idade de 60 a 100 anos eram:

Cidade	**Nº Habitantes**	**% Idosos (60-100 anos)**
Guanambi	78.833	10,9%
Palmas de Monte Alto	15.628	12,3%
Pindaí	20.775	11,2%

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas- IBGE (2010).

A Constituição Brasileira de 1988 trouxe a possibilidade da participação efetiva da sociedade no desenvolvimento das políticas públicas, colaborando para garantir a elaboração de diversas leis, que vieram atender as expectativas das demandas pelos diversos segmentos sociais. Assim, ela foi um marco no sentido de ampliar os olhares do idoso para novas perspectivas que são apresentadas enquanto cidadãos (MILNITZKY; SUNG; PEREIRA, 2004).

A população idosa é a que mais cresce no Brasil, esse fenômeno nos traz a tona grande discussões a respeito dos direitos dos idosos, como já sabemos no Brasil esses direitos são assegurados pelas redes sociais que fornecem apoio e proteção a esses indivíduos, é muito importante ressaltar que apesar dos idosos serem amparados legalmente, a negação desses direitos de cidadania conquistada por eles é algo que necessita ser superado. Quando nos deparamos com uma análise dessa questão relacionada aos idosos, pode-se refletir sobre a aplicabilidade dessas políticas públicas voltadas para este segmento populacional (FILHO; CASTRO, 2013).

Com base nesse estudo podemos identificar algumas políticas públicas assistenciais existentes nas redes de assistência social, com enfoque nos CRAS de três cidades do interior baiano (Guanambi, Pindaí e Palmas de Monte Alto), apontando quais são as que proporcionam uma melhor qualidade de vida a pessoas idosas, como: saúde, sociabilidade, suporte social, atividade física, possibilidade de dar suporte e apoio e sentimento de utilidade, religiosidade, condições financeiras

estáveis e boas condições de vida como fatores importantes de qualidade de vida, e conhecer as dificuldades para aplicação e execução dessas políticas sociais, e avaliar a asseguração dos direitos sociais dos idosos, de forma com que lhes proporcione o bem estar social.

LEGISLAÇÃO E POLÍTICAS DE ATENÇÃO AOS IDOSOS

Inicialmente apresentaremos algumas leis de atenção aos idosos no decorrer do tempo na história do nosso país, por meio de conquistas e dificuldades, os idosos vem ganhando espaço na sociedade, mas para isso acontecer deve-se a algumas leis e decretos vigentes no país, onde veremos adiante nesse estudo.

Os direitos dos idosos assegurados pela Constituição Federal de 1988 passaram a serem regulamentadas pela Lei Orgânica de Assistência Social- LOAS (Lei nº 8.742/93), dentre os benefícios mais importantes impostos por esta lei temos o Beneficio de Prestação Continuada, que consiste no repasse de um salário mínimo mensal para pessoas idosas e portadoras de deficiências, tendo como principio a incapacidade para trabalhar, e objetivo de universalização dos benefícios e uma inclusão social (GOMES, 2002, *apud* FERNANDES e SANTOS, 2004).

A Política Nacional do Idoso (PNI) foi instituída pela Lei 8.842/94, regulamentada em 03/06/96 pelo Decreto 1.948/96, amplia em grande escala os direitos dos idosos, já que a LOAS garantia restritamente as prerrogativas dos idosos. Essa política é imposta por cinco princípios:

1. a família, a sociedade e o Estado tem dever de assegurar o idoso pelos direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e direito a vida;

2. o processo de envelhecimento diz respeito a sociedade em geral, devendo ser objetivo de conhecimento e informação para todos;

3. o idoso não deve ser discriminado de qualquer natureza;

4. o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das efetivações dessa política;

5. diferenças econômicas, sociais, regionais e as contradições entre meios rurais e urbanos do Brasil deverão ser observados pelos poderes públicos e pela sociedade em geral na aplicação da referida lei (COSTA, 1996, *apud* FERNANDES e SANTOS, 2004. P. 55-56).

Na atualidade temos o Estatuto do Idoso criado pela Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que estabelece prioridade as normas de proteção ao idoso, elencando direitos e estabelecendo medidas de proteção que vão desde a precedência no atendimento ao permanente aprimoramento de suas condições de vida, até a incapacidade física, psíquica e moral. Esse estatuto constitui um marco legal para consciência idosa no nosso país, o Estatuto veio fortalecer e ampliar os mecanismos de controle das ações desenvolvidas em âmbito nacional e complementar a lei que institui a PNI (CENEVIVA, 2004, *apud* FERNANDES e SANTOS, 2004).

Os principais direitos dos idosos segundo o Art. 3º de seu Estatuto:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (ESTATUTO DO IDOSO, 2003. P. 15).

É assegurada a atenção pela saúde do idoso, por intermédio do SUS (Sistema Único de Saúde), que garante o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, onde também inclui a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. Em fevereiro de 2006, foi publicada a Portaria nº 399/GM, contendo o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida, nesse documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades entre as três esferas de governo sendo apresentada uma série de ações que visam em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso (SANTOS; PEREIRA, 2013).

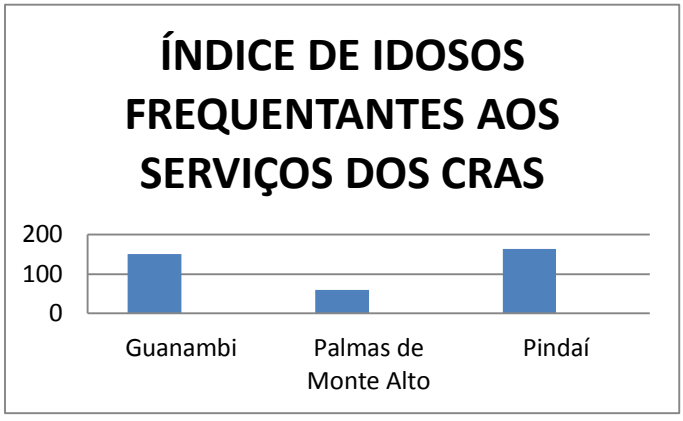
OS CRAS E AS POLÍTICAS SOCIAIS PARA OS IDOSOS

Nesse contexto foram analisados os CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) de três cidades baianas, sendo elas Guanambi, Palmas de Monte Alto e Pindaí, por meio de coleta de dados, com entrevistas semiestruturadas, analisamos que esses centros atuam no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) que são para os idosos a partir dos 60 anos, na zona rural e urbana dos municípios, de todas as classes sociais, atuando na proteção social básica tendo

como foco o desenvolvimento de atividades para que venham contribuir no processo de envelhecimento saudável, autonomia e sociabilidade, no processo de fortalecimento dos vínculos familiares e na proteção de situações de risco social conforme expõe a Resolução do CNAS (Conselho Nacional de Assistência Social) nº 109/2009.

O SCFV vem a ampliar trocas culturais e de vivências, desenvolvendo certa identidade aos idosos, o processo de acolhida desses idosos ocorrem através da busca ativa, procura espontânea que é realizada por meio de uma orientadora social que realiza o acolhimento e acompanhamento dos idosos no grupo de convivência. Os atendimentos ocorrem duas vezes na semana na sede das cidades ou em comunidades rurais vizinhas, com um orientador social e com um facilitador de oficinas que são desenvolvidas nesses atendimentos. Na cidade de Guanambi a principal dificuldade para promoção desses serviços é na questão de manter a regularidade e a motivação dos idosos nos serviços.

Nas cidades de Palmas de Monte Alto e Pindaí a principal dificuldade é por conta do deslocamento, pois há grande índice de idosos rurais, isso dispõe de mão de obra e custos que não são suficientes para desenvolver o trabalho de forma adequada. Percebemos que a demanda de idosos frequentantes ao atendimento dos serviços sociais nos CRAS dessas cidades é significantemente muito baixo se comparado à quantidade de habitantes, como podemos observar no gráfico abaixo:



Fonte: Elaboração própria com base nos dados dos CRAS de Guanambi, Palmas de Monte Alto e Pindaí (2015).

Esses serviços estimulam a socialização e aumenta a autoestima reafirmando o protagonismo dos idosos, fortalecendo vínculos familiares e comunitários no processo de troca de experiências e saberes entre eles e principalmente na melhoria

da qualidade de vida dos participantes. Para esses serviços sociais voltados para o idoso ocorrer os CRAS das cidades mencionadas compõem uma equipe multiprofissional com técnicos do CRAS (assistente social), coordenador do serviço de fortalecimento de vínculos (pedagoga), orientador social (psicólogo) e facilitadores de oficinas (educadores físicos e professores de arte, dança e música).

Os idosos inseridos nos serviços socioassistenciais dos CRAS podem receber um beneficio conhecido por BPC (Beneficio de Prestação Continuada) que são aos idosos acima de 65 anos com renda inferior a ¼ do salário mínimo, que caracterize um estado financeiro precário. Além disso, os idosos têm as vantagens da aposentadoria mensal de um salário mínimo e o 13º salário, tendo isso como um direito adquirido. Eles ainda possuem o direito da carteira do passe livre, que permite aos idosos entrada gratuita ou com desconto significativo nas passagens de ônibus na cidade.

A proteção social para os idosos engloba uma série de coisas como, por exemplo, o cuidado, a atenção, auxílios e benefícios, que os quais o SUAS (Sistema Único de Assistência Social) dispõem para neutralizar um impacto diante da questão social na vida dos idosos, para garantir sua dignidade e cidadania. A proteção social tem objetivo de suprir necessidade da vida do individuo desenvolvendo capacidades para convivência social e autonomia diante a proteção assistencial.

O processo de implantação dos serviços voltados aos idosos nessas cidades ocorrem desde a implantação do SUAS nos municípios e vem se aperfeiçoando com o decorrer do tempo, atualmente o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos vem sendo ofertados a esse público de forma obrigatória pela Política Pública de Assistência Social, onde cada idoso deve ter um cadastro no sistema por parte do Governo Federal. Na cidade de Pindaí em especial diante das necessidades que atendesse a demanda ocorreu a criação do Projeto Viver Bem na Terceira Idade que dispõem de atividades para fortalecer uma boa qualidade de vida nesse processo da vida, conhecido como velhice.

Diante dos mais diversos serviços existentes não somente nas nossas cidades, mas sim no nosso país, esses serviços contribuem para um processo de envelhecimento ativo, mais saudável que tendem a detectar algumas das necessidades e motivações para desenvolver novas e melhores capacidades para a vida dos idosos. Apesar das mais diversas vantagens encontradas nesses programas

sociais existem necessidades intensas de melhorias para que seja ofertado um serviço adequado e de qualidade a essas pessoas destes municípios, e mais recursos financeiros devem ser revistos pelos entes federados para potencializar as atividades numa constante adequação dos serviços, criando pelo menos um espaço próprio na cidade de Pindaí para desenvolver as atividades de atenção aos idosos. Portanto são necessárias adequações dos municípios as normas nacionais da política de assistência social para o idoso.

Atualmente em muitas cidades existem casas de apoio ou instituições de longa permanência aos idosos desamparados, como sabemos existem muitas famílias que não aceitam o processo de envelhecimento dos entes queridos, e muitas vezes são pessoas sozinhas que não tem onde morar nessa fase da vida, e com isso procuram instituições para se abrigar, mesmo contra sua própria vontade. As cidades de Guanambi e Pindaí não possuem uma instituição de responsabilidade do poder público (prefeitura), mas ligadas ao apoio da igreja católica que recebem o apoio de outras instituições privadas e a boa vontade da comunidade, na cidade de Palmas de Monte Alto não possui nenhum tipo de instituição ligada ao acolhimento dos idosos, passando assim uma visão critica da sociedade sobre a questão do acolhimento aos idosos desamparados.

IMPLICAÇÕES PSICOLÓGICAS DAS POLÍTICAS AOS IDOSOS

Sabemos da grande importância dos idosos terem um acompanhamento psicológico frequente, pois o envelhecimento tem sido uma das principais causas de problemas relacionados à questão psicológica nas pessoas, pois essa fase da vida é irreversível, e as pessoas tem grande dificuldade em lidar com o envelhecer, gerando assim uma carga mental muito grande, devido aos processos que ocorrem tanto no biológico quanto no psicológico e social do indivíduo. Nesse período aparecem muitas limitações físicas aos idosos, mudanças no corpo, na saúde, perca do seu espaço social, perdem espaço no mercado de trabalho com a aposentadoria, e ainda sofrem com a visão critica e preconceituosa que a sociedade tem com os idosos.

Esses são alguns fatores que contribuem numa escala significativamente alta para o surgimento de doenças, transtornos e problemas psicológicos aos idosos, estas mudanças levam a que o idoso tenha uma grande falta de motivação, dificuldades para planear o seu futuro, sofrem em se adaptar às mudanças repentinas,

tem grande dificuldade com as perdas tanto afetivas como sociais. Esses fatores podem gerar nos idosos transtornos depressivos, de humor, de ansiedade, entre tantos outros.

Dessa forma os serviços desenvolvidos pelos CRAS e por todas as políticas voltadas aos idosos trazem implicações positivas quanto à melhora nos quadros psicológicos, sociais, familiares, dando a eles uma melhor compreensão do ser envelhecido para eles, fazendo assim eles próprios se entenderem enquanto indivíduos normais na sociedade. Pois esses programas fazem com que os idosos se integrem mais a sociedade, trazendo um bem estar social, e neutraliza o sentimento de inutilidade e ameniza o sofrimento diante a questão da finitude, por meio das atividades de resgate cultural, atividades físicas e artísticas.

Muitas vezes tem os limites encontrados pelos profissionais diante os programas, ligados a falta de recursos para o bom desenvolvimento das atividades voltadas para os idosos, essas limitações impedem a construção de novas possibilidades para a eficiência dos programas.

Deparamos-nos também com uma questão muito crítica sobre esses serviços de convivência e fortalecimento de vínculos, que acontecem duas vezes na semana de forma coletiva entre os idosos, e com acompanhamento de apenas um psicólogo, em nossa concepção não traz efeito de forma significativa, por isso esses atendimentos dos serviços aos idosos devem ser amplamente repensados e analisados de forma que tenha o beneficio de tratar, amenizar, ajudar, acompanhar e trazer a realidade os problemas e dificuldades enfrentadas por esses idosos das nossas cidades. Mesmo as cidades tendo uma demanda relativamente pouca de idosos frequentantes nos serviços é preciso melhorar a quantidade de profissionais, pois cada indivíduo traz consigo uma história de sofrimento e angústias diferentes, e com isso é preciso aumentar psicólogos e assistentes sociais para melhorar o atendimento de cada indivíduo, e que deveria ocorrer de forma individual também.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em vista dos argumentos apresentados percebe-se que nossa sociedade dispõe de muitos programas e serviços assistenciais de atenção aos idosos, sendo muito clara a construção gradativa dos direitos e deveres dos idosos no decorrer do tempo, por se tratar de pessoas que necessitam de uma atenção muito

especial nesta fase. Levando em conta do que foi observado, vemos que apesar das muitas conquistas aos idosos ainda temos muito a melhorar, mas talvez isso ocorra devido à falha no sistema político que existe na sociedade, mais isso só seria possível mudar se houvesse uma nova reformulação da nossa política.

Reconhecemos que os serviços aos idosos permitem a esses indivíduos grandes melhoras em seus estados físicos, biológicos e psicológicos de maneira geral, conforme percebemos nesse estudo das cidades da nossa região, onde grandes demandas são atendidas de forma positiva. Por isso ao olhar da psicologia temos que ter uma visão diferente com os idosos, por que se trata de seres humanos como os outros e ninguém pode tomar seu espaço e sua integridade física e social.

Para esses serviços ocorrerem de forma mais produtiva é preciso fazer o melhoramento total dos CRAS dos três municípios, pois se encontra em estado precário, em relação aos espaços, recursos e atendimentos, mas isso se deve ao fato do mau processamento do orçamento público e até de uma má administração municipal dos gestores responsáveis por essas questões específicas em relação a essas pessoas que precisa da nossa ajuda enquanto futuros profissionais.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Lei nº 1074/2003. Estatuto do Idoso. Brasília: DF, Outubro de 2003.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da Republica Federativa do Brasil, DF, Senado, 1988.

DOWNS, A. Uma teoria econômica da democracia. São Paulo: Edusp, 1999, P.330.

FERNANDES, M. T. O; SOARES, S. M. **O desenvolvimento de Políticas Públicas de Atenção ao Idoso no Brasil.** Online, v. 46, n° 6. P. 1494- 1502, nov. 2011/ mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/29.pdf Acesso em Outubro de 2015.

FERNANDES, M. G. M; SANTOS, S. R. **Políticas Públicas e Direitos dos Idosos:** Desafios da Agenda Social do Brasil Contemporâneo. 2004. P. 49-60. Disponível em: http://www.achegas.net/numero/34/idoso_34.pdf Acesso em Novembro de 2015.

FILHO, I. S. S; CASTRO, M. G. B. M. **Uma análise das Políticas Públicas Municipais e da Sociedade Civil Parnaibana voltadas ao Idoso.** Scientia, v. 2, nº 3. P. 01-217, nov. 2013/ jun. 2014. Disponível em: http://www.faculdade.flucianofeijao.com.br/site_novo/scientia/servico/pdfs/VOL2_N3/ITAMARDASILVASANTOSFILHO.pdf Acesso em Outubro de 2015.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010/2013). Disponível em: http://www.ibge.gov.br Acesso em Outubro de 2015.

MILNITZKY, C; SIH SUNG, F; PEREIRA, R. M. **Envelhecimento e Políticas Públicas: Conquistas e Desafios**. 2004. Disponível em: http://www.oabsp.org.br/comissoes2010/direito-terceiro-setor/artigos/envelhecimento-e-politicas-publicas-conquistas-e-desafios-dr.-rodrigo-mendes-pereira Acesso em Outubro de 2015.

RIBEIRO, R. **A construção da velhice positivada em propagandas televisivas direcionadas ao público idoso.** 2007. 138 P. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

RODRIGUES, M. M. A. **Políticas Públicas**. 1ª ed. São Paulo: Publifolha, 2010. P. 104.

RUA, M. G. **Análise de Políticas Públicas.** 1ª ed. Florianópolis: Capes, 2009. P. 136.

SANTOS, C.S; PEREIRA, J. A. **Políticas Públicas para Idosos no Brasil.** Digital, v. 18, nº 183. Ago/2013. Disponível em: http://www.efdeportes.com/efd183/politicas-publicas-para-idosos-no-brasil.htm Acesso em Novembro de 2015.

SILVA, C. L. **Políticas Públicas e desenvolvimento local:** Instrumentos e Proposições de Análise Para o Brasil. 1ª ed. Editora: Vozes, 2012. P. 192.

4.5. Psicologia e Controle Social

A INSERÇÃO DE PSICÓLOGAS/OS EM CONSELHOS DE CONTROLE SOCIAL: PARA ALÉM DO TRABALHO, A MILITÂNCIA

Eric Gamaliel dos Santos Vieira – CRP03/7146
Emmila Di Paula Carvalho dos Santos – CRP03/5427
Fredinara A. S. Leal Corado – CRP03/5721
Vandreia Moreno Mendes de Carvalho – CRP03/7092

A história da Psicologia traz o estigma de uma profissão “de” e “para” a elite, produzida em espaços acadêmicos inacessíveis às camadas menos favorecidas e posta a serviço apenas daquelas/es que poderiam muito bem pagar pelos préstimos destas/es profissionais. Há que se dizer, ainda hoje, da perpetuação dessas marcas em muitas das áreas de atuação. Em contraponto, no Brasil e na americana latina, é redesenhada por uma inserção social e política, diga-se de passagem, à duras penas, buscando, ainda hoje, desvincular a Psicologia dos moldes clínicos de atendimento à elite europeia, popularizando a ciência e a profissão que precisa e merece estar em todos os espaços de constituição do humano.

Tal inserção possibilitou a expansão dos campos e áreas da atuação da Psicologia. Sair dos consultórios e passar a intervir nas políticas públicas, mesmo com todas as dificuldades de delimitação de espaço, objeto e técnicas. Se a atuação de profissionais da Psicologia nas áreas já consolidadas gera estranhamento, como a Psicologia Social, por exemplo, o que dizer da inserção de psicólogas/os nos Conselhos de Controle Social que, a priori, não se reconhece como um espaço de intervenção cabível a profissionais da Psicologia.

“A Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004), operacionalizada através do SUAS (2005), traz como projeto político, a radicalização dos modos de gestão e financiamento da política de Assistência Social. Essas marcas, se garantidas e legitimadas por meio dos movimentos populares, da participação plena de seus usuários e do fortalecimento dos espaços e instâncias de controle social, deverão fazer com que as ações propostas estejam conectadas com seus territórios, seus sujeitos, suas prioridades. Estamos, então, falando da sua efetividade enquanto política para a promoção da vida.”

É deste lugar, de profissionais que atuam nas políticas públicas e se inseriram nos Conselhos de Controle Social, que se construíram estas reflexões. Discorre-se,

pois, sobre a participação de Psicólogas/os nos conselhos de Assistência Social, Educação e Saúde no município de São Desidério, região Oeste da Bahia.

Desde o ano de 2014 as/os profissionais de Psicologia que trabalham nas políticas públicas supracitadas, atentaram-se para a necessidade de intervenção nestes contextos: Emmila Carvalho foi a primeira a intervir mais diretamente, inicialmente tendo ocupado a cadeira de representante do poder executivo no Conselho Municipal de Educação, tendo sido a única forma de adentrar este espaço, uma vez que não foi possível compor o órgão representando o segmento de profissionais da educação, exercendo a presidência do referido conselho. Concomitantemente, Eric Gamaliel e Fredinara Leal passaram a compor o Conselho Municipal de Assistência Social, como representantes de trabalhadores do SUAS, indicados pelo Conselho Regional de Psicologia da Bahia, entre os anos 2014 a 2016, estando o primeiro membro na Presidência do respectivo Conselho neste período. Mais recentemente, Vandreia Mendes se inseriu no Conselho Municipal de Saúde, no qual assume, interinamente, a presidência, como representante da sociedade civil.

Faz-se importante a breve apresentação da realidade local para que se possa, minimamente, compreender em que contexto se dá a intervenção das/os profissionais de psicologia.

São Desiderio é um município localizado no Oeste da Bahia, a média de 900km de distância de Salvador. Segundo dados do IBGE, sua população aproximada em 2015 era de 32.640, no censo 2010 era de 27.659. Sua área territorial é de 15.116,397 quilômetros quadrados, o que faz ser o segundo maior município da Bahia em extensão territorial, depois de Formosa do Rio Preto. Conta com um Produto Interno Bruto de mais de R$1.200.000.000,00 com PIB per capta na faixa de R$ 43.571,00 (IBGE, 2011). Figura entre os municípios com maiores PIBs agropecuários do Brasil desde 2005. Porém com IDH 0,579, amargando a 4654ª colocação nesse índice.

Na área das políticas públicas em que atuam mais diretamente as/o profissionais da psicologia, é possível tecer algumas observações. Na política de Assistência Social, o município classifica-se como sendo de Pequeno Porte II, com capacidade para o atendimento de até 3.500 famílias; há uma média de 800 famílias referenciadas ao Centro de Referência de Assistências Social, considerando o público atendido pela Equipe fixa e volante, inseridas nos programas, serviços e projetos; 40 famílias atendidas pelo CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência

Social; Média de3.300 famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família; 700 do Programa Prato Cheio (Cesta básica); aproximadamente 100 famílias beneficiárias do aluguel social, dentre outros programas sociais. Há uma quantidade significativa de adolescentes e jovens envolvidos com álcool e outras drogas, bem como em conflito com a lei, por situações de violência e outros atos infracionais e delitos.

Na educação são registradas 43 escolas e 02 creches escola, sendo 37 escolas, 01 creche escola da Rede Municipal; 03 escolas da Rede Estadual, 03 escolas e 01 creche escola privadas e ainda conta com 01 Telecentro Comunitário, e um Centro de Atendimento Educacional Especializado. Segundo dados do sítio virtual Qedu, referente há 2015, há 6.252 alunas/os matriculadas/os. O IDEB de 2013 ficou abaixo do esperado, alcançando 4,2 pontos. A Lei Orgânica Municipal prevê investimento de 25%, dos chamados recursos próprios, na educação e, em 2015, o município recebeu R$17.986.165,98 pelo FUNDEB, tendo aplicado 85,57% da receita do FUNDEB na folha das/os profissionais da educação.

Na saúde, conta-se hoje com 14 unidades de saúde, sendo que destas 11 encontram-se na zona rural e 3 na sede. 10 são Programas de Saúde da Família e 4 unidades básicas de saúde. O município conta ainda com uma unidade móvel de saúde, 1 Centro de Atenção Psicossocial I, e 1 hospital e maternidade. A Secretaria de Saúde, por meio do CAPS, tem cadastrada atende uma média de 1.500 pacientes com transtorno mental e/ou que fazem uso abusivo de álcool e outras substancias químicas.

Quanto à presença e atuação de profissionais da Psicologia, considera- se como sendo um dos municípios com maior número de psicólogas alocadas no serviço público dentre as cidades da subregião Oeste, levando em conta o contingente populacional. São sete psicólogas/os distribuídas em setores diversos do serviço público municipal (educação, CRAS, CREAS, CAPS, ambulatório).

No que tange à participação da sociedade nos Conselhos de controle Social, tem-se um histórico de presenças tímidas, sem frequência e silenciosas. As representações do Poder Público, em sua maioria, não têm afinidade com os espaços de controle social e, da sociedade civil, possuem pouco conhecimento no âmbito da administração pública, o que dificulta o exercício e constitui Conselhos com voto, mas sem voz, reverberando a ideia de que os Conselhos de controle social pouco (ou nada) fazem.

De fato, até algum tempo atrás, as reuniões dos Conselhos Municipais (quase todos eles) mantinham-se para compor o calendário obrigatório de plenárias, com pautas reduzidas e focadas sobretudo, nas demandas do executivo, como aprovações de contas e outras ações que, necessariamente, precisam do "aval" destas instâncias. Algo que já se tornava praxe dos Conselhos de Controle Social do interior. De uns tempos pra cá, não coincidentemente, mas pela inserção de pessoas militantes dos movimentos populares, associações e sindicatos, bem como por psicólogas/os ligadas às ações do Conselho Regional de Psicologia, a movimentação dada aos conselhos passou a reverberar positivamente. As reuniões passaram a ter maior frequência, inclusive com a realização de várias plenárias extraordinárias; fiscalizações passaram a ser feitas *in loco* e pautadas na análise documental; diálogos com o executivo tornaram-se mais frequentes, na tentativa de corrigir falhas observadas pelas/os conselheiras/os, e a sociedade mostrou-se mais efetiva neste processo de controle social.

Mesmo sendo função destes conselhos o controle social, por não ser praxe, estas posturas, de fiscalizadoras/es e consultoras/es, causa certo estranhamento. Por vezes o papel dos profissionais da Psicologia passa a ser questionado por gestoras/es e comunidade: O que querem psicólogas/os inseridos em discussões políticas? Importante que nos perguntemos, enquanto profissionais e produtoras/es do conhecimento: O que queremos nós, psicólogas/os, inseridas/os nas discussões políticas?

Responde-nos o caderno de Referências Técnicas para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS do CREPOP (pag. 20, 2010): "Este é o nosso compromisso ético-político, cada vez mais implicado com a produção de bem-estar bio-psicossocial, cada vez mais comprometido com a promoção da vida. Propor, a partir das nossas intervenções, atravessar o cotidiano de desigualdades e violências a estas populações, visando o enfrentamento e superação das vulnerabilidades, investindo na apropriação, por todos nós, do lugar de protagonista na conquista e afirmação de direitos."

Um dos desafios da inserção da Psicologia neste espaço é justamente o entendimento de que à Psicologia não compete tal função, de intervir na perspectiva dos direitos, quiçá do controle social. Ora, o próprio código de ética profissional aponta para a necessidade de uma atuação comprometida com os direitos fundamentais da

pessoa humana e, se a garantia de tais direitos perpassa pela militância em espaços políticos e de controle social, que isso seja feito. Aqui, cabe refletir sobre alguns artigos do Código de Ética Profissional. E vale, portanto, para relembrar dos juramentos feitos outrora, rever na íntegra alguns destes, comparando e contrastando com a realidade posta.

"I – O psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos." (CFP, 2005) A atuação nos conselhos torna-se cara à psicologia, uma vez que esta se propõe a garantir direitos, a vislumbrar a liberdade de toda e qualquer pessoa. Diga-se de passagem, o município em questão, tem fortes marcas de um tradicionalismo político, em que as pessoas sentem-se distantes destes espaços de participação e julgam-se coibidas em posicionar-se nos espaços de controle social. Não cabe à psicologia, neste sentido, provocar o protagonismo e autonomia?

"II. – O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão." (CFP, 2005) Uma vez estando nestes espaços de controle social, deveria ser vetado ao psicólogo se calar diante das situações de injustiça. Exemplificam-se aqui as muitas discussões feitas pelos referidos conselheiros municipais diante de situações que violam direitos básicos: há pessoas sem casa, sem comida, sem acesso digno à escola, sem atendimentomédico adequado. Tal qual preconiza a declaração dos Direitos Humanos, corrobora o código de ética profissional. Não convém a profissionais, comprometidos com o seu trabalho - ética e tecnicamente -, omitir-se diante destas situações. A presença, a voz e o voto dentro das instâncias de controle social são caríssimas.

"III. – O psicólogo atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural." (CFP, 2005) Ao citar este artigo, vale considerar a importância dada pela psicologia ao processo sócio-histórico-cultural na constituição do humano. é comum ouvir de gestores, profissionais que atuam nas políticas públicas e até mesmo pelo público usuário, falas que criminalizam o pobre e perpetua a pobreza. A pobreza, fruto de um sistema excludente e violento, é dita e aceita por muitos como sendo culpa das classes menos favorecidas

– a grande massa que faz uso da política pública – por vezes, de má qualidade. Torna-se imprescindível aos profissionais que estão neste campo, mais energicamente aos que atuam nos conselhos de controle social, contribuir na desconstrução tanto dos estereótipos e estigmas construídos em torno destas classes, quanto de um modelo meritocrático e excludente que coíbe os usuários dos serviços, atuando assim na cobrança de políticas efetivas, no combate à violações de direitos e redução das desigualdades.

"VII. O psicólogo considerará as relações de poder nos contextos em que atua e os impactos dessas relações sobre as suas atividades profissionais, posicionando-se de forma crítica e em consonância com os demais princípios deste Código." (CFP, 2005).

Muitas das queixas postas neste aspecto, referentes às relações de poder, estão ligadas às questões trabalhistas, das relações interpessoais, das difíceis condições de trabalho em equipes multidisciplinares, bem como limitações de recursos para o fazer da psicologia no serviço público. Registra- se, necessariamente, as condições precárias de trabalho de servidores públicos, por exemplo. Como estar em um Conselho Municipal de Assistência Social representando trabalhadoras/es do SUAS e admitir que alguns privilegiados tenham salários demasiadamente exagerados, sem atuar, de fato, ao passo que outros estão com vínculos precários, cargas horárias excessivas e salários significativamente inferiores? A garantia da dignidade das pessoas que são atendidas no serviço público perpassa, essencialmente, pela garantia da dignidade de quem está atendendo este público: as/os servidoras/es, inclusive psicólogas/os, importante registrar.

A atuação nestes espaços torna-se, por vezes, decepcionante, pois embora haja fiscalização e denúncias diante de fatos que são considerados imorais e ilegais, percebe-se que quase nada é feito para sanar, responsabilizar as pessoas envolvidas. Por tratar-se de decisões que são tomadas através de votos, em determinados momentos se percebe a conivência e o erro passa a ser acerto e, consequentemente, aceito por muitos membros, silenciosamente. O fato de atuar num conselho em cidade com nível populacional pequeno, onde a maioria das pessoas se conhecem, deixa brechas para que a ilegalidade no tratamento da coisa pública se perpetue.

"Muitas coisas mudam, mas outras permanecem. Há um diálogo entre os tempos que movem a vida social humana e provocam reflexões e surpresas. Disfarces

são usados para esconder práticas conservadoras, para misturar o novo com o velho, ressaltar novidades vazias em nome de transformações que apenas escondem velhas relações de dominação. Há uma luta constante, de cunho político, para ressaltar e justificar quem são os donos da justiça e da verdade." (MEC, 2009)

É imprescindível que mais psicólogas/os se lancem nesta seara, independente das vias pelas quais se insiram. Como dito em outro momento, uma das psicólogas inicialmente se inseriu nestes conselhos como representante do poder público, mas a maioria iniciou a atuação como representação da sociedade civil, sendo que, atualmente todas as/os psicólogas/os que compõem os conselhos de controle social em São Desidério, representam a sociedade civil.

Infelizmente ainda percebe-se resistência de algumas/ns gestoras/es ao indicarem pessoas com perfis críticos para representações nos conselhos de controle social, todavia essa inserção se dá por meio de representações da sociedade civil o que possibilita uma atuação mais empoderada. Neste caso, vale considerar uma importante orientação do CNAS (2013): "Quanto aos conselheiros da sociedade civil espera-se que não usem o espaço do conselho para defender os interesses das entidades que representam, mas que sejam capazes de trazer as contribuições dos segmentos que representam em favor da política pública, alimentadas também pelos debates e discussões próprias da sociedade civil, como os fóruns, movimentos sociais, etc."

Com estas marcas, profissionais da Psicologia construíram o entendimento de que a atuação profissional nas políticas públicas requer, para além de atribuições específicas da profissão, da ciência e das funções para as quais estão designadas/os, um comprometimento com posicionamentos, argumentos e formações políticas, que perpassam pelo entendimento de questões jurídicas, contábeis, de direitos sociais e de gestão pública, afinal a inserção da Psicologia na política pública desafia, e ao mesmo tempo possibilita o delineamento de um campo de estudo e atuação em construção, e que depende desta presença e participação das/os profissionais.

De modo geral, entende-se que a intervenção de profissionais da Psicologia nos Controle de Social possibilita a desconstrução acerca da concepção limitada sobre o papel da Psicologia na sociedade, antes visto apenas como uma profissão voltada para o atendimento clínico e/ou técnico, sem um olhar para as questões políticas e de militância. Grande parte da população atendida por psicólogas/os ou

mesmo as/os gestoras/es municipais não possuíam/possuem uma visão mais ampla da Psicologia como protagonista de ações na política pública, sendo estas inserções, em diferentes conselhos de controle social, uma forma importante de expandir olhares e compreensões acerca do papel da Psicologia, com evidente compromisso social. Todavia, cabe registrar que este caminho aí está em construção.

Compreende-se assim que a Psicologia, ao atuar nos conselhos municipais de controle social podem contribuir, significativamente, na qualidade do serviço público, tanto exercendo papéis de orientação e fiscalização às gestões, quanto no despertar da militância política nas/os usuárias/os das políticas públicas, ainda recuados no seu papel de protagonistas das vivências familiares e comunitárias, nas equipes multiprofissionais, em que os vínculos de trabalho ainda inviabilizam atuação mais autônoma e, principalmente, dentre a categoria de psicólogas/os, que precisa cada dia mais inserir-se nestas importantes instâncias de participação e controle social, politizando-se e garantindo qualidade nos serviços, condições de trabalho mais dignas e diálogos profícuos com a própria categoria, com a sociedade e gestores das políticas públicas

Destarte, conclui-se que, para além do trabalho técnico e restrito a campos e áreas específicas, a Psicologia como ciência e profissão precisa aproximar, dialogar, inserir-se, com maior veemência nos conselhos de controle social, conselhos de direitos, movimentos sociais, sindicatos, enfim, nos espaços de construção de humanos políticos, afinal:

“A política está, sempre, em nossas escolhas, que repercutem na organização da convivência humana. É fundamental pensarmos que somos responsáveis pelas mudanças e permanências históricas. Daí a responsabilidade social ser o cerne da política. Não há como ficar indiferente, pois a indiferença já é uma forma de se posicionar diante do mundo, de mostrar como valorizamos ou não nossa relação com os outros. Se a sociabilidade se desmantela, desmantelam-se os valores sociais, correndo o risco de crescer a banalização da violência, desfazendo as possibilidades de negociação e, consequentemente, abrindo espaço para práticas fascistas que não suportam as diferenças, por serem totalitárias.” (MEC 2010)

REFERÊNCIAS:

Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília: Conselho federal de Psicologia, 2005.

Conselhos de Educação e Direitos Humanos: diálogos da contemporaneidade. – Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica; Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2009.

Orientações Acerca dos Conselhos e do Controle Social da Política Pública de Assistência Social. Brasília: MDS; CNAS, 2013.

Referências técnicas para atuação do(a) Psicólogo(a) no CRAS/SUAS. Brasília: Centro de Referência técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP); Conselho Federal de Psicologia, 2007

Resolução CNAS nº 14, de 7 de dezembro de 2015.

4.6. Psicologia e Relações Raciais

A Imagem dos Erês: Representação Intraindividual de Crianças Candomblecistas em um Terreiro de Salvador

Thamires Wanke

A evolução à definição da Criança e da Infância (não como um fim em si, mas enquanto possibilidade de ser), ainda se mostra como um desafio na contemporaneidade. Embora muitos autores tenham versado sobre, de maneira geral a infância era vista de forma naturalizada (Santos e Galeffi, 2006). Porém segundo Ariés (1981), ela "nasce" somente na Idade Moderna, e o advento da infância surge em função das mudanças estruturais ocorridas na sociedade, justamente porque será neste momento em que serão vistas em dissonância ao adulto.

Na modernidade brasileira além dos conceitos que rodeavam o cenário global, eram articuladas outras ideias oriundas de um processo colonizador que inferiorizava determinadas infâncias em detrimento de outras (Pires, 2008). A política de embranquecimento produziu a negação e o silenciamento de grupos étnicos; o etnocentrismo influenciou negativamente e de forma incisiva as representações destas etnias e consequentemente as crianças oriundas destes meios. A infância indígena e negra foi marcadamente vista como destituída de humanidade, incivilizada e problemática (Santos e Galeffi, 2006).

A essa criança soma-se o preconceito por pertencer ao "povo de santo". O repertório adquirido nesses grupos por sua vez, vão de encontro, principalmente na escola, e são sufocados fora do espaço do terreiro (Caputo, 2012), sendo necessário a criação de estratégias de enfrentamento e muitas vezes fuga para a circulação no público (Guedes, 2005).

Considerando a pequena expressão dos estudos que relacionam crianças e religião, essa pesquisa se torna essencial para dar corpo a literatura especializada, mas principalmente na compreensão do comportamento religioso de um público que foi marginalizado historicamente por ser criança, negra e de Candomblé. Sem perder de vista a história singular dos participantes, essa pesquisa visa traçar uma representação do ser criança de Candomblé e com isso trazer em comunhão estudos e possíveis análises acerca da negritude e das experiências religiosas de criança. A necessidade em entender esses indivíduos, e toda a complexidade de suas lutas se

faz presente como atividade primordial no combate a invisibilidade desses pequenos agentes sociais.

Método:

A coleta de dados se deu por critério de conveniência, com 4 crianças candomblecistas de um Terreiro Soteropolitano, em data e horário definido por elas. Sua participação foi comum acordada entre os responsáveis religiosos e familiares e pelo próprio erê (criança), ressaltando objetivos de pesquisa e assegurando a confidencialidade das informações e o sigilo de suas identidades, em que os cuidadores assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido consentindo a participação dos erês.

Para avaliar o problema de pesquisa: O que é ser criança de Candomblé? foi solicitado a confecção de quatro desenhos: como se vê no seu espaço de culto, na sua escola, com sua família, e por fim como se enxerga no futuro. O propósito inicial do desenho temático foi o estabelecimento de vínculo entre pesquisador e erês e como principal instrumento de acesso as suas vozes.

Tragante (2014) salienta que os desenhos contribuem na confirmação ou para refutar hipóteses de pesquisa, além de fornecer novos dados e promover espaço de reflexão sobre sua produção e atuação no mundo.

Somado aos grafismos infantis, os relatos atrelados enriquecem o trabalho pois permite que a criança possa significar os signos/formas/contornos ali presentes, fornecendo espaço para que elas próprias elaborem seus pontos de vista e vivências, não se utilizando de elocubrações do pesquisador quanto a produção.

Discussão e Resultados:

Como resultado, foi possível recolher dados muito semelhante ao extenso acervo de Caputo (2012) em que traz o brincar de Orixás enquanto pratica comum entre erês no território do terreiro; brincadeiras de ‘despachamento’, evocação de cantos e danças rituais, além do respeito e certo temor pelos Eguns, espírito dos ancestrais etc.

Durante a confecção, os erês foram discutindo sobre as práticas e aprendizados no espaço de culto. Manoel: *Aquele dia foi massa…* (falando de uma festa em outro Terreiro), *aprendi uma nova cantiga pra Oxóssi,* (nesse momento toca com os lápis de cor no chão simulando o som que produziu no atabaque).

A prática de utilizar de qualquer objeto para produzir som é algo extremamente comum entre os meninos Candomblecistas. A maioria futuros Ogans aprendem a tocar atabaque desde pequenos observando e reproduzindo os toques rituais (Caputo, 2012).

O modelo educativo sustentado pela oralidade, se baseia no aprendizado contínuo, na tentativa e erro, no aprender olhando que envolve uma relação próxima com os mais experientes, configurando-se num modo de participação ativa do sistema do terreiro. (Queiroz, 2015)

O desenho de Ágata (ver Imagem 1.) a representa na festa de Oxum. Segundo ela, foi bem arrumada e bonita, porque é preciso estar '*linda'* nas celebrações dos Orixás.

(Imagem 1. Ágata na religião)

Antes que pudesse questionar sobre o desenho Manoel já toma a palavra: *Porque tem uma cruz no seu olho?* Ágata: *Não é uma cruz, é tipo meu olho brilhando…* Manoel: *Aaaaata, tia, é porque é festa da mãe dela, aí a gente fica assim.*

Manoel assim, significa o desenho de Ágata, dá sentido aos seus traços e generaliza a experiência sentida aos outros adeptos do Candomblé, o que inclui as crianças. A experiência do 'olho brilhar' remonta o prazer em participar das celebrações, principalmente se tratando, como no caso de Ágata de uma festa para o seu Orixá. Caputo(2012) traz que as crianças de Candomblé se sentem realizadas e

incluídas nas suas roças, relatam ser um espaço onde se sentem protegidas e importantes. Para as crianças o que também é muito importante e caro é o cuidado com a aparência nos momentos de festa; estes dados também se encontraram no trabalho de Pires(2008) porém com crianças de religiões de matriz judaico-cristã, e também no desenho de Dandara(ver Imagem 2)

(Imagem 2. Dandara na religião)

Dandara: Essa aqui sou eu na festa de Oxóssi *(*mostra o desenho) *eu tava com essa blusa nova aqui; eu desenhei eu na pracinha ali*, *eu tava brincando com meus amigos lá, mas não essas brincadeiras de sujar não, porque tava na festa e não podia ficar toda suja.*

Já Manoel confeccionou dois desenhos. O primeiro (ver Imagem 3) seria ele tocando atabaque; já no segundo (ver Imagem 4) desenha apenas o espaço; o que após questionamento das meninas, se desenha um pouco a contragosto por cima.

Uma possível explicação para Manoel ter feito dois desenhos, deixando o primeiro em incompletude é que ele não é Ogan, ou seja não ficaria a cargo dele tocar nas celebrações, em fala em outro momento diz: *Eu não sou Ogan não tia, sou rodante, porque minha mãe quando foi fazer o santo tava grávida e não sabia, aí o erê dela disse assim: Tem um 'bichinho' aqui dentro (risos), aí foi que descobriu que*

ela tava grávida de mim [...] mas eu queria ser feito grande pra poder ser ou Ogan, ou Obá ou Amiusan.

Ao questionar o significado disso, Manoel diz que é segredo. Essa manutenção do segredo por crianças foi também evidenciada nos trabalhos de Caputo(2005) mostrando que os erês também compartilham dos mistérios da religião e que contribuem no estabelecimento do awô mesmo com sua idade, cronológica, pouca.

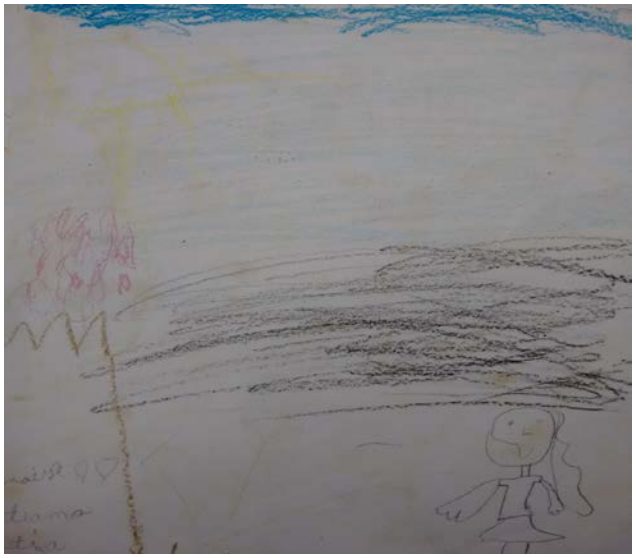
(Imagem 3. Manoel no Candomblé tocando atabaque) *(Imagem 4. Manoel no Candomblé)*

Aqui o sol, essa parte azul é o céu, o marrom o barro, as árvores daqui. Pergunto então sobre o que seria a parte preta Manoel: *Aí eu não sei..* Seguida de uma resposta rápida de Ágata: *Aí são os Aparakás tia.* Dandara: *A noite no beco ali do lado da casa de Yemanjá tem Aparaká.*

Ágata: *Isso daí é uma cerejeira, é a árvore dos Eguns…*

O temor para falar sobre Eguns e Aparakás, se tratando de energias vinculadas a morte para o Candomblé, também versa sobre um tabu social que liga-se a morte. Mesmo que na matriz africana esta seja vista como um processo do ciclo vital (Santos, 2012), a interdição principalmente no séc. XX na cultura ocidental, também atravessa a tradição do Candomblé e interpela as crianças com outros traços demarcatórios.

O desenho de Júlia (ver Imagem 5) é muito semelhante ao de Manoel, nega estar imitando-o, sendo alvo da discordância das outras meninas.



(Imagem 5. Júlia no Candomblé)

Após o primeiro momento, Manoel e Júlia se negam a fazer o desenho deles na escola, porém a medida que os demais iam desenhando, ao contrário do primeiro, em silêncio, as falas e inquietações começam a esclarecer-se. Os erês antes muito falantes e animados, parecem não querer mais continuar a dialogar.

Ágata: *Ninguém da minha escola sabe que eu sou do Candomblé [...]eu estudo em escola de cristão, todo mundo é cristão [..] Aí eu não sei, mas se eles não quisessem ficar mais comigo, eu não ia poder fazer nada, azar o deles.*(em relação a pergunta se as pessoas descobrissem sua religião).

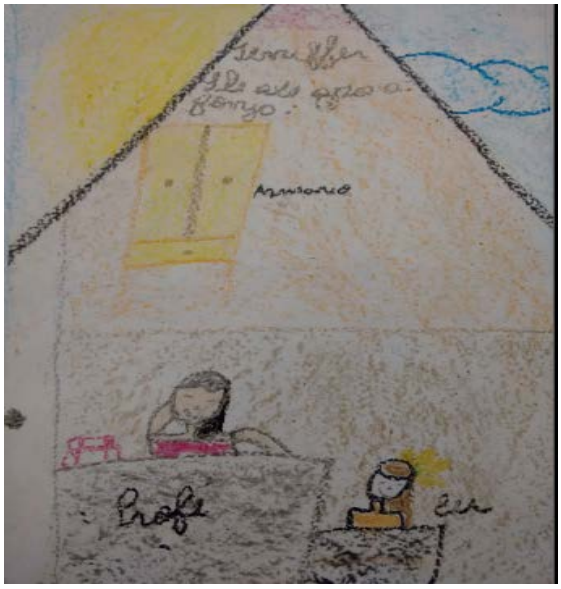
Manoel nunca foi a casa de seus colegas, nem ninguém a sua casa, segundo ele: "*Se eu chamasse eles não viriam, porque eu moro no Candomblé, eles não gostam de Candomblé, nem meu amigo que é da Umbanda nunca veio aqui, os outros colegas cristão dizem coisas feias do Candomblé.* Por fim resolve fazer um desenho, mas diz que não será ele na escola, (ver imagem 7); Júlia que também havia se negado fazer, faz um desenho super rápido que disse ser a frente da escola (ver imagem 8).

(Imagem 6. Ágata na escola)

(Imagem 7. Manoel na ‘escola’)

(Imagem 8. Escola de Júlia)

Dandara por fim acaba de fazer seu desenho (ver imagem 9) ela diz que a Professora dela é de lá do Candomblé e que a melhor amiga dela é do Candomblé também; ao ser questionada sobre outros colegas ela diz que são *amigos que não são amigos.* Dandara*: Os outros colegas são cristãos eles não falam comigo, eles passam* (representa como eles andam e olham para ela) *e me chamam de diabinha.*



(Imagem 9. Dandara na escola)

Com o exposto, pergunto a ação deles diante das situações de preconceito. Dandara e João: *A gente fala pra pró, iaí no final fica como se a gente tivesse errado, eles mudam tudo.*

Esses resultados são também verificados em Queiroz(2015) e Caputo(2012); a escola se configuraria nesse sentido num espaço de preconceitos e violência, em que os sujeitos estão a todo momento sendo violentados em função da sua pertença religiosa tendo impactos severos na sua representação pessoal.

A constante invisibilização que as religiões de matriz africana e seus adeptos, incluindo as crianças, sofrem, contribuem na cristalização e reprodução de estigmas e favorecem a dessensibilização no ‘chão da escola’ dos problemas relacionados a isso, e das violências perpetradas em nome do preconceito.

Os resultados encontrados nesse sentido, corroboram o trabalho de Santos(2005) na medida que traz o espaço escolar como formador de identidades culturais e nesse sentido, capaz de reproduzir intolerâncias. Outra semelhança também presente em Caputo(2012) está na identificação das crianças pertencentes

de religiões de matriz africana na maioria das vezes por brigas ou brincadeiras em que são chamadas de 'diabos, macumbeiros, feiticeiros' etc.

Embora, como aponta Sales Jr (2013, apud Queiroz, 2013) as crianças sejam estimuladas a assumir seu credo, principalmente cultivando a autoestima, no enfrentamento ao preconceito; a escola rompe com a segurança fornecida pela família e espaço de culto, retira da criança a legitimidade de sua crença e a fere de modos vis, seja pela equipe educativa, quer seja pelas outras crianças e suas famílias.

Isso gera comportamentos de esquiva e silenciamento, como também aponta os trabalhos de Queiroz(2015) e Caputo (2012), tendo como reflexo no caso das crianças aqui envolvidas a descrença de que o aparelhamento educativo garantisse dignidade.

Conclusão

Esses dados refletem um abismo entre essas crianças e os adultos que a cercam no universo escolar. Levanta questionamentos muito profundos acerca da estruturação do material didático, da aplicabilidade do projeto político pedagógico, da formação de pedagogos etc,

Embora não tivesse sido possível recolher os desenhos de como elas se veem na família e no futuro, a interdição imposta pelo desenho da escola já é um dado. Um dado alarmante e ao mesmo tempo que deveria direcionar o olhar das políticas públicas no enfrentamento a intolerância religiosa por exemplo.

Apesar dos problemas metodológicos, de orientação e ajustamentos que o próprio contexto impôs, essa pesquisa mostra-se válida primeiramente pela insuficiência de estudos na interface crianças e religião, e pela quase inexistência de trabalhos, apenas o de Queiroz (2015), em Psicologia, que versem sobre as crianças de Candomblé.

É necessário que mais pesquisas sejam feitas para se ter dados mais concretos e que possam dialogar com os achados, é mister que esses erês sejam ouvidos, para poder pensar o chão da escola como espaço de emancipação.

Referências

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

CAPUTO, Stela. **Educação nos Terreiros** - e como a escola se relaciona com crianças de Candomblé. Rio de Janeiro: Pallas, 2012

GUEDES, Maristela. **Educação em terreiros** - e como a escola se relaciona com crianças que praticam Candomblé. Tese de doutorado, Departamento de Educação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005

PIRES, Flávia. Tornando-se adulto: uma abordagem antropológica sobre crianças e religião. **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 143-164, 2010

QUEIROZ. Karla. **Convivendo com os Orixás: a trajetória de crianças adeptas ao Candomblé e o contexto escolar.** Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015

SANTOS, Ana; GALEFFI, Dante. O que é isto - A infância afrodescendente? **Práxis Educativa**, Ponta Grossa, v. 1, n. 1, p. 19-34, jan/jun. 2006.

TRAGANTE, C. **O desenho na pesquisa com crianças: reflexões a partir da educação em arte**. Anal Eletrônico do Simpósio Luso-Brasileiro em estudos da criança - Pesquisa com crianças: desafios éticos e metodológicos 2014

AÇÕES AFIRMATIVAS ASSOCIADAS COM CONHECIMENTOS SOCIOLÓGICOS E PSICOLÓGICOS PARA FOMENTAR CONSCIÊNCIA NEGRA

Edmundo Santos Silva

Ao longo da história do Brasil, a desigualdade social tem sido sustentada por alguns fatores, de acordo com Espinheira (2000), como por exemplo, o tratamento da coisa pública como privada. Através do nepotismo e do favoritismo, cujo alguém se sente no direito de colocar parentes e amigos nos melhores empregos, seja através do cargo que ocupa ou da influência exercida em órgãos e/ou instituições públicas, assim como observado por Sérgio Buarque de Holanda em Raízes do Brasil, tem-se uma prática comum no país, em que pessoas fazem amizades com seus superiores hierárquicos e com autoridades para extrair vantagens, prática esta que contribui para a concentração de renda no país e consequentemente para perpetuação da desigualdade social.

Outro fator que contribui para sustentar a desigualdade sócio racial no país é a divisão desigual e injusta de terras desde o início da colonização portuguesa até os dias atuais, considerando que no início a coroa portuguesa doava terras a seus cidadãos. Mesmo com o fim da escravização e com a proclamação da República, as terras continuaram nas mãos da *elite branca.* As terras foram ficando décadas após décadas e também séculos até os dias atuais nas mãos de poucos.

Sabe-se que acabou a escravização e a grande maioria dos ex-escravos ficou destituída de tudo, inclusive de terras para plantar e subsistir. Dentre estes aspectos, o racismo é um dos fatores mais perversos da desigualdade social, pois se nega a seres humanos o direito de ocupar espaços, de ter acesso a bens materiais e imateriais, simplesmente pelas suas características físicas, seja seus cabelos e /ou a cor da sua pele. São negados a essas pessoas, direitos que são de todos (as) os (as) cidadãos (as) na sociedade brasileira, de acordo com a Constituição do país, por isso que o termo desigualdade sócio racial se aplica corretamente.

Uma sociedade que exclui que deixa parte de seu povo à margem, seja por suas características físicas ou por pura negligência de sua sociedade política e, até mesmo civil, produz problemas como a violência e a criminalidade que assustam a seus cidadãos.

A violência pode ser considerada consequência da desigualdade social quando os fatores que a geram estão intimamente ligados à desigualdade social. Porém, pode ser vista como um fenômeno sócio étnico racial quando suas maiores vítimas são pessoas afrodescendentes. Hoje se teme muito a violência, mas a mesma é reflexo de um país que exclui e despreza seu próprio povo.

De acordo com Espinheira (2000), as condições para a emergência e reprodução da cultura de violência são efeitos do modelo econômico, social e cultural que enfatiza a exclusão social. Nenhum ser humano quer ser excluído, e muitas vezes o crime e, consequentemente, o uso da violência é a única forma que as pessoas, que são colocadas à margem da sociedade, encontram de serem aceitas. Isto ocorre, numa sociedade perversa como a capitalista que ensina erroneamente, através da mídia e outros meios, que você vale pelo que tem.

A violência está presente nos bairros periféricos e no cotidiano de crianças e jovens desses bairros. Muitos não querem se identificar com a raça negra por associá-la à violência, humilhação e exclusão. Por isso a necessidade de inserção de Políticas Afirmativas, associando conhecimentos sociológicos e psicológicos, que visem transformar esta realidade. Diversas áreas imbuídas em prol de um mesmo objetivo favorecem um benefício coletivo, como: transformação deste contexto através de uma perspectiva política e com a construção de uma consciência negra.

O trabalho nas oficinas de Formação de Lideranças, ocorridas na Escola Olodum com crianças e jovens em situação de vulnerabilidade social, é um exemplo destas ações, ocorrentes de forma interdisciplinar com grupo de psicólogos, pedagogos e cientistas sociais. São desenvolvidas atividades com foco em Ações Afirmativas e Consciência Negra com objetivo de destacar a importância destas no fortalecimento da autonomia, da identidade em afrodescendentes e conquista do respeito aos direitos.

A desigualdade sócio racial cria vários e complexos problemas sociais. Acredito que não existe outra forma de melhorar a sociedade brasileira, e especificamente a soteropolitana, se não forem criadas ações para combater o racismo e a desigualdade social; e a educação aplicada de forma interdisciplinar é um dos principais meios para esta transformação. Esta compreensão me orienta como cientista social no trabalho com os (as) alunos (as) da Escola Olodum para agir no objetivo de fornece-lhes conhecimento, educação e elevação da autoestima, através da valorização de suas

características étnicas e na construção de uma identidade autônoma e cidadã. Desta forma percebe-se a riqueza do trabalho em parceria com outras áreas do conhecimento: psicologia e ciências sociais se complementam e fazem com que o trabalho com as crianças e adolescentes da Escola Olodum seja mais produtivo. Venho da mesma realidade de pobreza de muitos desses meninos e meninas e, na minha vida, a educação (doméstica, religiosa e formal) e o conhecimento fizeram e fazem bastante diferença, por isso acredito que na vida deles (as) também podem fazer.

Segue abaixo algumas atividades desenvolvidas nestas oficinas.

Para trabalhar AÇÕES AFIRMATIVAS:

Objetivo da atividade

Destacar a importância das ações afirmativas no fortalecimento da autonomia, da identidade em afrodescendentes e conquista do respeito aos direitos.

Material

Revista *Ações Afirmativas, este é o caminho.*

Lápis, borrachas, folhas de ofício.

Como se Faz

Dividir a turma em dois grupos para lerem e discutirem a revista *"Ações Afirmativas este é o caminho..."* de Maurício Pestana, e solicitar que cada grupo escreva criando Ações Afirmativas que acreditem ser importantes ou necessárias para os negros e negras. Posteriormente, o educador ou educadora lê um texto sobre o conteúdo e explica o que são Ações Afirmativas. Por fim, abre-se o debate a respeito das mesmas para toda turma, pedindo que cada grupo expresse opiniões sobre a leitura solicitada, explanando quais foram às ações afirmativas que criaram e quais as lições extraídas.

Comentários

Em grupo podem criar ações afirmativas, exercitando posturas de cidadania, estimuladas pelo conteúdo da revista.

Para trabalhar VIOLÊNCIA X CONSCIÊNCIA NEGRA:

Objetivo da atividade

Desenvolver no grupo consciência étnica e valorização a sua identidade.

Material

Documentário *Preto no Branco.*

Como se Faz

Exibição do documentário. Posteriormente, sorteio de perguntas para fomentar o debate.

Cada membro do grupo, além de responder a pergunta que pegar no sorteio, dará sua opinião a respeito do tema.

Sugestões de perguntas:

Qual é a sua cor?

Qual é a diferença entre raça e etnia?

O que você pensa sobre os apelidados dados aos negros e negras?

Por que há negros (as) que discriminam outros (as) negros (as)?

Você se sente bem com a sua aparência? Por que?

Existe alguma relação entre violência e racismo?

Qual a diferença entre preconceito e racismo?

Para você, qual é a relação entre desigualdade social e racismo?

O que significa democracia racial?

Como você pode contribuir para reduzir o racismo?

Já discutiu a propósito da discriminação racial em algum local?

A realidade mostrada no vídeo, que foi produzido em São Paulo, é a mesma que ocorre em Salvador?

Para você, qual é a melhor forma de combater o racismo?

Comentários

É interessante perceber como o grupo se identifica com o documentário, como se envolve de forma reflexiva nas atividades e como respondem de forma positiva ao debate, de acordo com o objetivo desejado. Pode-se evidenciar a importância de conhecer e acessar outros recursos para melhor desenvolver a consciência negra.

Para trabalhar CORPO E SOCIEDADE:

Objetivo da atividade

Perceber qual a relação da dinâmica com a sociedade atual, observando como é conviver com o corpo do outro e ser manipulado (a) por outra pessoa.

Como se Faz

Dividir a turma em trios. O educador ou educadora, em cada trio, pergunta quem será os respectivos números 1, 2, 3. O primeiro será marionete, depois o segundo e por último o terceiro.

Todos e todas as participantes têm que passar pela experiência de manipulador e marionete. Cada grupo, por vez, faz primeiro movimentos uniformes e depois disformes. Posteriormente, cada grupo cria uma cena com início, meio e fim com a marionete número três. Em seguida, cada grupo cria um mosaico para demonstrar o que representou fazer aquela atividade, o sentimento que despertou nos respectivos grupos.

Finaliza-se com uma conversa sobre união, respeito às diferenças e a propósito de marionetes e manipuladores na sociedade, com cada participante exemplificando uma situação, cujas pessoas são feitas de marionete em algum grupo e/ou na sociedade.

Comentários

Os grupos podem dar vários exemplos enriquecedores de situações, cujas pessoas são tratadas como marionetes e de pessoas que são manipuladoras, por exemplo, “como os políticos fazem com as pessoas que não têm conhecimento, enganando para ganhar votos.” ; “grupos de colegas que influenciam os que são influenciáveis a fazerem coisas erradas e ainda, “casos de mulheres que são dominadas por seus parceiros como se fossem marionetes, em uma relação estabelecida numa sociedade machista como a nossa .”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ESPINHEIRA, Gey. Texto: Sociologia da Delinqüência: a iniciação do jovem. **Os tempos e os espaços do crime**. In A Outra face da moeda – violência na Bahia/Nelson de Oliveira, Lutz Mulert S. Ribeiro, José Carlso Zanetti (orgs.). Salvador: Comissão de Justiça e Paz da Arquidiocese de Salvador, 2000.

FERREIRA, R. F. **Afro-descendente: identidade em construção**. São Paulo: EDUC; Rio de Janeiro: Pallas, 2000.

HOLANDA, Sérgio Buarque. **Raízes do Brasil.** São Paulo: Companhia das Letras,1995.

PESTANA, MAURÍCIO. **Revista. Ações Afirmativas**, **Este é o Caminho**. São Paulo: Pestana Arte & Publicações, 2006.

SISS, A. **Afro-brasileiras, Cotas e Ação Afirmativa:** razões históricas. Rio de Janeiro: Quartel; Niterói: PENESB, 2003.

PROJETO BAOBÁ: ATENÇÃO, ESCUTA E DIÁLOGOS COM AS(OS) ESTUDANTES QUILOMBOLAS E AFRICANAS(OS) NUMA UNIVERSIDADE PÚBLICA

Djean Ribeiro Gomes

Introdução

O processo de estadia em um território estrangeiro, principalmente quando se trata em específico de um ambiente acadêmico/escolar, com uma gama de diversidade social, pode desencadear uma série de processos de exclusão a níveis individual e coletivo dificultando o processo de permanência de alguns estudantes. Esse processo de exclusão/inclusão é reflexo dos sistemas colonialista e escravocrata que deixaram suas marcas e heranças, sejam nos corpos propriamente ou nos comportamentos e hábitos dos filhos e descendentes. A partir desse processo histórico e social, alguns segmentos populacionais marcados pelas categorias analíticas de raça e classe, ao longo do tempo, se encontram na margem do acesso a determinados serviços que a sociedade brasileira disponibiliza, e no espaço acadêmico não é diferente. Dificuldades que vão desde uma ordem objetiva quanto subjetiva. Com a criação de políticas públicas para correção desse desastre humano histórico, o acesso para esses grupos sociais foi pensado em diversas esferas. Um deles é o espaço acadêmico, que além de possibilitar o acesso, foi, e ainda é, necessário refletir a permanência. Esse cenário demanda do contexto universitário a promoção de um espaço acolhedor onde toda sua diversidade de gênero, social, sexual, racial, possa se perceber e estar. A proposta dessa reflexão é evidenciar um projeto de intervenção destinado a promover um espaço de escuta e diálogo com estudantes universitários remanescentes de quilombos e estrangeiros de países africanos. Como iniciativa do setor de Psicologia da Pró-Reitoria de Assistência Estudantil e Ações Afirmativas (PROAE), foi elaborado o Projeto Baobá: Atenção, Escuta e Diálogos com as/os estudantes quilombolas e africanas/os da UFBA com a finalidade de propiciar acolhimento a esses estudantes através da PROAE.

Desenvolvimento

O desenvolvimento da vida universitária é compreendido como um conjunto de atividades e experiências vividas singularmente na condição de estudante, no processo de entrada e permanência dentro do período em que se tem vinculação com

a universidade. Esse processo inclui não apenas as vicissitudes acadêmicas (rotina de aulas, tempo de estudo, produção de trabalhos e apresentações), mas também as mudanças no âmbito pessoal (deslocamento, transporte, alimentação, moradia, convivência social, relacionamento familiar, relacionamentos interpessoais, lazer, etc.). São nessas questões ligadas à dinâmica acadêmica e às mudanças da vida pessoal decorrente da vinda para a UFBA que residem as maiores dificuldades enfrentadas no campo subjetivo vivido por estes sujeitos. A proposta do projeto é fruto da necessidade de ofertar uma escuta a estudantes socialmente estigmatizados pelas dinâmicas racista e xenofóbica que a nossa sociedade é produtora, e que se reflete no ambiente acadêmico.

Objetivos

Objetivou-se promover um espaço de escuta e diálogo para estudantes quilombolas e africanos da UFBA, a fim de ofertar atenção aos aspectos subjetivos que envolvem a vida universitária. Especificamente, o projeto buscou favorecer a elaboração, compreensão e desenvolvimento dos desafios subjetivos envolvidos na vida universitária, contemplando aspectos acadêmicos e não-acadêmicos dessa experiência, além de fortalecer os vínculos do estudante com a vida universitária (adaptação à cidade, envolvimento com os estudos, convivência entre colegas e professores). Ademais, proporcionar articulação dos estudantes entre si, concernentes às políticas de assistência estudantil e ações afirmativas, fomentando um protagonismo nas questões que lhes são pertinentes.

Metodologia do Projeto

A proposta foi desenvolvida a partir de cinco encontros, dentro do formato de roda de conversa, com duração média de uma hora e meia cada, a partir de estímulos audiovisuais (curtas metragens, vídeos, etc.), durante o turno noturno entre os meses de maio e julho do ano de 2015.

A perspectiva teórica utilizada foi múltipla, dentre elas, a perspectiva cultural e o entendimento dos efeitos do racismo na perspectiva fanoniana (Fanon, 2008); no que concerne ao grupo foi adotado os pressupostos do materialismo histórico dialético que considera aspectos pessoais, características grupais, a vivência subjetiva, aspectos históricos e realidade objetiva (Lane, 1984; André, 2008). Participaram do

projeto treze estudantes, quatro quilombolas e nove africanos (as). Dos elementos elaborados e trabalhados foram: solidão, principalmente aos finais de semana; a falta de integração entre si, de ambos os grupos; O pertencimento racial como elemento de exclusão bastante forte; A percepção do não pertencimento ao Universo UFBA; Baixa perspectiva de futuro; Relações de gênero x choque cultural.

As atividades foram divididas em planejamento dos encontros; Organização dos recursos físicos (data show, cadeiras, salas); Divulgação, e; Conteúdo a ser trabalhado a partir de cada encontro.

Resultados e avaliação

Participaram do projeto treze estudantes, quatro quilombolas e nove africanos (as). As temáticas que ensejavam as trocas nas rodas de conversa eram acordadas a partir de cada encontro. Apesar de o número ser relativamente pequeno de estudantes, o projeto mostrou-se bastante relevante e o formato de roda de conversa bem aceito.

O primeiro encontro foi de apresentação do projeto e sua relação com o Setor de psicologia, escuta e mapeamento das demandas dos estudantes, além da decisão consensual a respeito do dia e horário a serem realizados os demais encontros. Nesse primeiro contato as demandas iniciais foram dificuldade de interagir com os outros estudantes; falta de perspectivas em ir a um profissional de psicologia figurada em uma das falas, *"vou falar o que pra ele"*; a solidão em estar longe de casa, principalmente aos finais de semana, e; a falta de integração entre si, de ambos os grupos, visto que por um lado não se conhecem, e do outro, a diversidade de nacionalidades é bastante alta. Este encontro inicial revelou uma imagem da psicologia muito arraigada em décadas anteriores, que é uma prática elitista e classista, onde a população negra e as menos abastardas não se percebiam nesse espaço.

O segundo encontro foi demarcado pelas questões identitárias, da saudade provocada pela distância, e a possível comunalidade que une os dois grupos. Para nortear a roda de conversa duas perguntas serviram de estímulos:

"O que significa estar numa Universidade longe de sua Cidade-País natal?"

"Quais as dificuldades ou facilidades vocês encontram no dia-a-dia?

Foi consenso entre os presentes que a resposta da primeira pergunta responderia à segunda. Foi percebido nas falas o quanto o isolamento por serem negros é bastante forte, e que segundo os relatos as pessoas do interior que são brancas e os estudantes estrangeiros europeus, não são impactados por essa exclusão. Isso nos leva a pensar o quanto a especificidade da característica racial grupal é disparadora de ações discriminatórias direcionadas a esses grupos, que se estruturaram para além do comportamento manifesto objetivo, pois repercute nas experiências que organizam o sujeito considerando a estrutura psíquica, os sentimentos, as relações e interações sociais; as percepções, atitudes e normas sociais (Camino; Torres, Lima e Pereira, 2011; Techio e Lima, 2011). Uma das estudantes africanas expõe que as respostas e as perguntas estão imbricadas, "*estar aqui, o único propósito é adquirir conhecimento, mas a solidão, a depressão de estar longe da família é muito difícil, não ter com quem dividir, compartilhar as coisas, tem os amigos, mas não é a mesma coisa que irmão de sangue"*. Outra questão abordada foi à dificuldade de unicidade entre os estudantes africanos. Devido às diferenças regionais de cada país, e a questão política em ter um representante apenas dos estudantes estrangeiros africanos, fator que os desagregava, a exemplo da pouca presença deles, visto que todos estão na cidade mesmo no contexto de greve, diferente dos quilombolas.

A respeito do terceiro encontro, a partir de uma dificuldade técnica, ficamos a procurar de outra sala para a execução da atividade, quando uma das participantes quilombolas disse, *"é bom que a gente está aqui dentro e assim agente conhece a faculdade, esse prédio"*. Frase problematizada a partir de qual impedimento a impossibilitava de conhecer aquele prédio que faz parte da Universidade que ela estuda e é pública. Algumas perguntas direcionadas a todos possibilitou disparar a conversa: *"o que pode impossibilitar a entrada em locais dentro da universidade se não tem catraca? Que corrente invisível é essa que nos impossibilita? Será que não nos percebemos como sujeitos daquele espaço?"*

Nesse dia a atividade foi baseada numa película que ensejava a realidade de estudantes a partir da pergunta de uma professora sobre a expectativa de futuro daqui a 10 anos para estudantes de uma escola pública, majoritariamente negra, onde uma das mulheres negras é questionada por outro estudante negro, por querer ser médica. Como no contexto fílmico, foi possível observar a dificuldade de fazer essa abstração

projetiva, visto as intercorrências e fragilidade de seus suportes sociais. O debate também suscitou as diferenças entre os grupos quilombolas e africanos, a respeito do que é um quilombo, como cada grupo vivência o racismo, o sexismo e a xenofobia.

Foi também problematizado a questão da discriminação oriunda de sujeitos negros, como isso era possível; a questão da individualização e falta de coletividade; das críticas ao movimento negro em não acolher os negros de melanina menos acentuada. O debate foi extremamente caloroso, posições aparentemente opostas da perspectiva de como o racismo opera na vida acadêmica. Nesse quesito alguns deles relataram a solidão da sala de aula, *"às vezes você parece ter que estar implorando para fazer um trabalho em grupo, porque ninguém nunca lhe escolhe. Não que não seja eu não seja inteligente, mas porque eles se acham melhores, mas melhor em que?",* disse uma estudante quilombola de fisioterapia. Fala que teve ressonância no estudante de odontologia, ao afirmar que outros estrangeiros europeus têm mais apoio que os africanos, "*é como se a gente não existisse".* Este ponto nos remete ao negro (independentemente de sua nacionalidade) como um "ser sem cultura", diferente de outros sujeitos brancos estrangeiros não inferiorizados pela racialização (Fanon, 2008).

Foi pontuada a necessidade da unicidade de sujeitos negros da universidade, a questão do olhar do "outro que lhe é espelho" como dispositivo de visibilidade, como mecanismo de não-solidão. Também foi elaborado a função e importância de se organizar coletivamente e o reconhecimento desta pela universidade. Os coletivos estudantis, principalmente os que pautam especificidades de grupos sociais minorizados, também funcionam numa perspectiva de processos grupais. Martins (2007) afirma que

"[...] o fato de o próprio grupo ser uma experiência histórica, que se constrói num determinado espaço e tempo, fruto das relações que vão ocorrendo no cotidiano e, ao mesmo tempo, que traz para a experiência presente vários aspectos gerais da sociedade, expressas nas contradições que emergem no grupo, articulando aspectos pessoais, características grupais, vivência subjetiva e realidade objetiva" (MARTINS, 2007. p, 77).

Além da dinâmica de encontros coletivos nos espaços de convivência como o restaurante universitário, os pátios das unidades acadêmicas, foi proposto outros ambientes de lazer e acadêmicos para fortalecer a reciprocidade. Um bom reflexo

dessa troca foi a saída conjunta desses dois estudantes de cursos da área de saúde onde cada um falava de suas dificuldades em disciplinas comuns aos cursos, troca essa importantíssima, pois evidenciava que a dificuldade era natural e não porque eram menos inteligentes.

Este mesmo estudante africano, primeira participação dele no grupo, afirmou que não tinha vindo antes porque não gosta de falar dessas coisas de grupo, mas que gostou bastante da forma como as discussões foram feitas. Numa situação posterior informal, o mesmo estudante me encontrou e falou que precisava muito daquele espaço no 1º semestre, época que sentia muita dificuldade. Foi evidenciado que se quisesse algo mais individual também era possível. Ainda nesse momento a opinião dos menos falantes do grupo foi estimulada, evidenciando que o julgamento moral das falas não era objetivo e sim a troca de perspectivas, diferentemente de um espaço acadêmico, onde em alguns casos a expressão de um determinado argumento é motivo de desavenças maiores.

O quarto encontro foi circunscrito por uma oficina onde as questões de gênero e raça foram debatidas, a partir de uma demanda oriunda da conversa após o ultimo encontro a respeito das relações sociais de estudantes africanos, estudantes brasileiras e a diferença de cultura. Apesar de haver nesse encontro, a presença de apenas duas estudantes, a troca a respeito dos lugares de homem e mulher, atravessado pela cultura machista de ambas as regiões foi bem produtiva. As justificativas para as atitudes machistas também apareciam imbricadas de elementos racistas. Fruto, de acordo com André (2008), do processo de objetificação das mulheres negras desde o sistema escravocrata até os dias atuais, com a atualização das práticas racistas e machistas onde o corpo da mulher negra é o principal alvo dos reducionismos sexuais, onde o homem negro reproduz a assimetria de gênero e raça.

Apesar da dificuldade de reconhecer as posturas discriminatórias, o contraponto entre quilombolas/africanos, homens/mulheres e a exposição das imagens dos slides e as formas de expressão do machismo e racismo no Brasil, os estudantes africanos relataram o quanto é diferente a cultura onde as mulheres aqui *"são mais à vontade"*, mas que ao mesmo são criticados pelas suas posturas quando vão cortejá-las. Os homens colocaram suas dificuldades em se relacionar com as mulheres, enquanto essas expuseram a objetificação a partir do lugar de mulheres negras.

O quinto encontro foi ensejado com a finalização do projeto a partir de uma confraternização e síntese de tudo o que foi possível elaborar dos (des)encontros e trocas. Uma das estudantes relatou sobre todo o processo dos encontros como *"Uma iniciativa muito válida e importante, pois no meio acadêmico não temos um espaço para conversarmos e discutir assuntos ao qual debatemos nos encontros. Ressaltando o trabalho de escuta e troca de experiências, pois somos estudantes de comunidades, culturas e países diferentes, porém com uma ligação muito forte que nos une."* Houve ressonância nos demais que ratificaram o sentimento, inclusive de ser um "*porto seguro para se fortalecer".* Foi proposto que nas próximas ocasiões a divulgação fosse maior com a finalidade de alcançar outras pessoas e alternar os locais de encontros e horários.

Conclusão

O Projeto Baobá se mostrou eficaz e produtivo para as/os estudantes quilombolas e africanas/os. Esses dois segmentos estudantis se encontram no limiar de vulnerabilidade objetiva que atravessa a subjetividade, onde a oferta de um espaço de escuta, acolhimento produz elaborações de estratégias de enfretamento, resistência, e, sobretudo permanência numa universidade que é produtora de elementos estigmatizantes e excludentes. A produção de um espaço com esta configuração, nos coloca numa postura de ruptura do mito da democracia racial, evidenciado as diferenças e especificidades dos grupos sociais. Esse mito enquanto política e ideologia racistas acentuam a diversidade de interesses entre os vários segmentos dominados e acentua os privilégios do grupo social branco, seja no meio econômico, político, ideológico ou sociocultural, proporciona acesso as diversas transformações no plano estrutural da sociedade, de forma não equânime, haja vista esse mito processual não refletir as diferenças e particularidades dos demais grupos sociais (André, 2008).

Para pensar o acolhimento Dutra (2008) nos lembra que este se traduz como uma atividade que potencializa diversas relações entre o processo de acolher, abrigar, de perceber necessidades e especificidades, de inserir, de estabelecer relações sócio afetivas e informar o compartilhamento de conhecimentos e valores entre o anfitrião e o que chega, seja da cidade, do bairro, de um território, de um espaço para um novo local a ser socializado.

A realização das atividades demonstrou que o projeto além de ter sido bem recebido pelas/os estudantes, pode-se constituir como um importante lócus de reflexão e ressignificação dos aspectos relacionados à vida universitária. Fanon (2008) aponta que a partir do conhecimento das "feridas", este pode ser um caminho possível para se chegar a superação, transcendendo o complexo de inferioridade inculcado historicamente aos grupos racializados. Afirma também, que a emancipação dos negros só irá efetivar-se nos planos objetivos e subjetivos no intenso e movediço cenário das relações e práticas sociais existentes, a partir da historicidade dos indivíduos e de seus respectivos modos de produção subjetiva. Ou seja, o contexto institucional precisa criar um clima organizacional de pertencimento desse lugar, seja no viés político, cultural, econômico, e consequentemente epistemológico. Fanon (2008) nos lembra a importância das categorias respeito e reconhecimento na busca de um mundo mais justo.

O grupo, dessa forma, entra como ferramenta de (re)construção de estar no mundo, diante das adversidades provenientes de situações além de funcionarem como potencializadores de uma sensibilização individual e coletiva para os temas relevantes, especialmente, relações interpessoais e culturais.

Referências

AMMA, Psiquê e Negritude **Os impactos psicossociais do racismo**. Impressa Oficial do Estado de São Paulo. 2008;

ANDRÉ, M. C. **O ser negro - A construção da subjetividade em afro-brasileiros.** Brasília: LGE Editora. 2008;

CAMINO, L. (Org.); TORRE, A. R. R. (Org.); LIMA, M. E. O. (Org.); PEREIRA, M. E. (Org.). **Psicologia Social: temas e teorias.** 1. ed. Brasília: Technopolitik. 2011;

DUTRA, P. Z. **O pensamento de Derrida e a hospitalidade: Análise da recepção de calouros no curso de hotelaria na universidade de Sorocaba.** Dissertação de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade de Sorocaba. 2008;

FANON, Frantz **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: EDUFBA. 2008;

LANE, Silvia Processo Grupal. In: **Psicologia Social: o homem em movimento.** São Paulo, Brasiliense. P.78-98.1984;

MARTINS, S.T.F.M **"Psicologia Social e Processo Grupal: a coerência entre fazer, pensar e sentir em Sílvia Lane".** Psicologia & Sociedade; 19, Edição Especial 2: 76-80, 2007;

NOBLES, Wade Sakhu Sheti: Retomando e reapropriando o foco psicológico afrocentrado. In **Afrocentricidade*:* Uma abordagem epistemológica inovadora.** São Paulo: Selo Negro. 2009;

TECHIO, E. M; Lima, M. E. O. (Orgs.) **Cultura e Produção das Diferenças**: **estereótipos e preconceito no Brasil, Espanha e Portugal.** Brasília: Technopolitik. 2011.

PROJETO INTERVENÇÕES EM PSICOLOGIA

COM AÇÕES AFIRMATIVAS

Janine Lima da Costa
José Augusto dos Santos Neto
Taíse dos Anjos Santos

CONTEXTUALIZAÇÃO

A história do negro no Brasil é composta por atributos desfavoráveis que influenciam na construção identitária da população negra. No Brasil, especificamente na cidade do Salvador, os negros podem ser concebidos como “um Outro” que se difere nos níveis das origens, cultura, costumes e valores e que “não reconhecemos em nós mesmos” (ARAÚJO, 2002, p. 25). Esta ideia de diferente, de perceber o negro como um ser exótico dotado de tradições adventícias, portanto não passa só pelo âmbito da aparência física ou do comportamento, mas também pelo imaginário que circula entre o individual e o coletivo.

O racismo, apesar de deixar resquícios de discriminação, é combatido por lutas contínuas da população negra. A exemplo desta conquista tem-se a lei 10.639/03 que propõe novas diretrizes curriculares para o estudo da história e cultura afro brasileira e africana, somada a lei 11.645/08 que inclui os indígenas. Neste sentido, o presente projeto intervém, numa perspectiva psicológica, social e educativa, em escolas de Salvador, com docentes e discentes, evidenciando como o conhecimento da história e cultura afro-brasileira e africana, o entendimento da ancestralidade e políticas de ações afirmativas, contribuem para o desenvolvimento

das potencialidades e crescimento saudável deles. Objetiva-se com mesmo mudar não apenas os conteúdos, mas o olhar e os sentidos dados à diversidade étnico-racial.

A educação dentro de moldes adequados situada com realidade e contexto social promove o desenvolvimento individual. Pode-se considerá-la metaforicamente como uma ponte que liga o indivíduo e o ambiente que o cerca. Ela tem várias nuanças em termos de aplicabilidade, porém para que haja promoção adequada do aprendizado, faz-se necessário a compreensão do todo, da diversidade e particularidades existentes entre as pessoas. O sujeito vai aprendendo a ser no mundo, aprendendo tudo que lhe é apresentado por informações, vivências, experiências, estruturando assim sua personalidade, formando sua identidade. A educação entra neste processo, a partir do momento que, por intermédio de suas práticas, seus componentes são estimulados a assimilar a experiência culturalmente organizada e se converter, por sua vez, em membros ativos e agentes de criação cultural. (PALACIOS, 1995).

JUSTIFICATIVA

As ações afirmativas são medidas que se direcionam para o combate de práticas discriminatórias e excludentes da sociedade. Sendo assim, são criadas políticas públicas que visem maior participação dos grupos discriminados (seja na religião, na etnicidade, nas relações de gênero, condições sociais) no âmbito da educação, saúde, política, mercado de trabalho formal, dentre outros espaços ainda ocupados por uma minoria que mantem a ideologia eurocêntrica de desigualdade. (GEMMA, 2011). Para tanto, além da disseminação de informações favoráveis a mudança desta realidade e estímulo a estes grupos para reinvindicação dos seus direitos civis e constitucionais, faz-se necessário também atividades que trabalhem no campo da subjetividade, considerando que as práticas racistas interferem no emocional de quem recebe.

Pensar no racismo e em ações afirmativas para seu combate é compreender que o tema traz em sua essência questões diretamente relacionadas à identidade, subjetividade, valorização de si, que são conceitos que a psicologia se apropria e trabalha. Nesta perspectiva, muitas práticas podem ser desenvolvidas através de parcerias com educadores, educadoras e toda(o)s aquela(e)s que estão ligada(o)s à instituição, a partir da demanda observada. Além disso, oferece alternativas para que

o sujeito possa ressignificar os aspectos psicológicos associados à discriminação racial, na medida em que se envolve em práticas de cunho social. Com estes trabalhos, podem-se estabelecer planos de atuação que possibilitem o reconhecimento positivo da diversidade racial e a fundamental importância do conhecimento da história e cultura afro-brasileira e africana. A lei 10.639/03 e a escola se representam, respectivamente, como um instrumento e ambiente fundamentais para atuação e intervenção da psicologia a serviço dos direitos humanos, em prol de uma sociedade mais justa. A escola representa uma ponte de possibilidades, contribuindo para expressão, o entendimento, o conhecimento e a prática. (SANTOS, 2012).

As atitudes e relações que permeiam e decorrem na instituição escolar refletem na vida pessoal e social dos componentes da mesma e, por isso a realização de atividades em que sejam desenvolvidas o senso crítico a exemplo de debates, palestras, trabalhos grupais, dentre outros, é importante. Quando a Escola tem a consciência da existência do preconceito racial e promove atividades, envolvendo a promoção da igualdade, a prática tende a desconstruir estigmas - dentre eles o do racismo, na tentativa de uma construção e estabelecimento de relações mais saudáveis e respeitosas.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Facilitar o processo de entendimento entre educadora(e)s e educanda(o)s da relevância de conhecer a história afro brasileira e africana, através de sensibilização e discussão sobre o tema.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desenvolver atividades direcionadas a educadores e educadoras, a fim de proporcionar uma consciência crítica do papel do(a) educador(a), junto as suas possibilidades como multiplicadore(a)s no cumprimento da lei 10.639/03.
- Elaborar ações que possibilitem o fortalecimento da consciência negra de educanda(os) e integrantes da instituição de ensino.

- Verificar os argumentos nas discussões, empregar e valorizar os diálogos emergentes, referentes ao tema objetivado, como forma de esclarecer dúvidas, inquietações, conflitos que possam surgir.
- Discutir questões e problemas raciais que ocorrem nas escolas e sociedade.
- Instigar na(o)s profissionais e educanda(o)s da instituição reflexões sobre a pluralidade cultural, diversidade étnica para que sejam capazes de decodificar as práticas discriminatórias.
- Incitar à equipe da escola a criação de atividades e recursos próprios que possam minimizar relações discriminatórias no ambiente da mesma.

METODOLOGIA

O projeto foi desenvolvido em instituição de ensino, pois se entende que a educação nas escolas é um meio sem dúvida de passagem de conhecimento em que as pessoas aprendem aspectos e conteúdos relacionados ao seu meio cultural e social, como também ao mundo científico. A escola, considerada um preditor de destinos profissionais, ocupacionais e de trajetórias de vida, funciona como uma grande influenciadora para vida social e intrapsíquica dos indivíduos. Assim, o campo de atuação foi em uma Escola Municipal de Salvador. O público alvo consistiu em crianças, jovens e adultos pertencentes a respectiva instituição.

Na escola da rede municipal ocorreram duas etapas: a primeira direcionada a professoras e professores, distribuídas em dois encontros e a segunda com alunos e alunas desta mesma instituição, sendo as atividades realizadas em cinco encontros. Vale ressaltar que todas as etapas ocorriam uma vez por semana, com duração de quarenta minutos a uma hora. Com a(o)s docentes, foram discutidos tema como: o papel do(a) educador(a); o papel da escola; noções de pertencimento da cultura africana e afro brasileira; discriminação na escola e como desenvolver atividades na sala de aula com conteúdos das relações raciais. Com os educandos e educandas o foco principal foi o despertar da consciência negra com utilização de diferentes recursos. Para registrar os dados, ao longo de todos os encontros foram realizadas anotações manuais a partir do que foi evidenciado e produzido ao final de cada encontro. Era realizado um registo de campo para o(a)s facilitadores e facilitadoras

(vide anexo I) e para o público participante uma ficha de avaliação (vide anexo II). Embora existisse um roteiro, as atividades ao longo dos encontros foram também adaptadas a partir das necessidades do grupo.

DESCRIÇÕES DAS ATIVIDADES

- Com os (as) docentes:

1°) encontro: Quem sou eu?

- Objetivo: provocar reflexão sobre autoconhecimento.

- Material a ser utilizado: papel de oficio, lápis ou caneta.

- Perguntas lançadas:

Quais suas características pessoais?

Quais são as atividades que eu realizo fora da escola?

O que gosto de fazer e quais atividades que realizo me dão prazer?

2°) encontro: discussão do papel da(o) educadora.

- Objetivo: instigar a reflexão da(o)s professora(e)s sobre a importância do seu papel na escola e como poderiam contribuir na forma de passar e discutir conteúdos com seus alunos;

- Perguntas lançadas:

O que é ser educador/ educadora?

Quais as atividades que eu desenvolvo para aprimorar minha atuação enquanto educador?

Qual importância do(a) educador(a)?

Qual o sentido que eu dou ao meu trabalho desenvolvido nesta escola?

- Com educanda(o)s:

1°) encontro: dinâmica de apresentação com uso do barbante.

Objetivo: fazer com que o(a)s atuantes conheçam o grupo e que ele(a)s mesmos possam compartilhar tais dados. Compreender o funcionamento do grupo e o nível de entendimento com relação às questões raciais.

2°) encontro: Trabalho lúdico com colagem e desenho.

Objetivo: trabalhar a autoimagem na tentativa de perceber o que o(a)s aluna(o)s entendem por aparência (qual a representação que eles/ elas têm de si mesmo e do negro).

3º) encontro: exibição do filme “Vista minha pele”.

Objetivo: proporcionar um debate sobre o tema central, proporcionando o despertar à consciência crítica.

4º) encontro: trabalho grupal

Objetivo: realizar atividade de produção grupal a partir de temas que foram despertados ao longo dos encontros.

5º) encontro: desenvolver atividade a partir das necessidades que foram identificadas em cada encontro nos grupos específicos.

Objetivo: enfocar temáticas que sejam significativas para o grupo em busca do questionamento e discussão sobre a temática.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

HISTÓRIA, RAÇA E SUBJETIVIDADE

Na época da escravidão, da colonização do Brasil foi desenvolvida uma ideologia negativa do ser negro. A construção da história manipulada pela Igreja (pensamento teológico - político) e posteriormente pelos filósofos, iluministas, cientistas foi, segundo Munanga (2000), uma teoria legitimadora e justificadora de uma humanidade dividida em raças desiguais. Mesmo com o surgimento de novos pensadores e estudiosos para pensar questões da evolução do homem, e pensar sobre a raça humana, o negro e sua cor, sempre foi colocado como inferior.

O conceito de raça é evidenciado como socialmente construído, por se entender que conhecimentos da biologia, zoologia, botânica funcionaram como ponte e suporte para ciência do homem. A exemplo, tem-se a teoria de Buffon (1749 *apud* SANTOS 2002, p.10) que justificava a inferioridade do negro a partir da teoria de clima, afirmando que os negros não encontraram condições ideais para o desenvolvimento corporal, moral, intelectual e estético, por viverem nos trópicos, cuja temperatura é muito quente, logo, eram anormais. E, em contrapartida a essa ideia, o branco era visto como normal e não degenerado, pois conseguiu se adaptar ao seu clima temperado.

A partir de concepções racistas, verifica-se uma naturalização da inferioridade do negro e superioridade do branco arraigados à dominação.

A categoria raça é entendida como mecanismo de estratificação social fundamentado na percepção da diversidade fenotípica, como cor de pele e textura de cabelo. A raça constitui como um mecanismo importante e poderosíssimo na medida

em que opera enquanto determinante de distinção social, ou seja, da alocação dos indivíduos na estrutura social. Portanto, as desigualdades sociais são histórica e socialmente produzidas, constituindo-se como resultado de relações de poder assimétricas, social e politicamente construídas.(SISS, 2003, p.21).

E, o que tudo isso tem a ver com subjetividade? Considerando que a subjetividade também é constituída a partir de referenciais socioculturais, a subjetividade do negro, arraigada ao que ele valoriza e acredita, também se forma através de elaborações das experiências de racismo introjetadas ou vividas. Introjetadas porque não necessariamente as pessoas têm que sofrer diretamente a discriminação racial; mas aprende aspectos negativos sobre o ser negro: a criança, por exemplo, na escola, geralmente nos livros didáticos, a figura do negro só é colocada no quadro da escravidão. As histórias divulgadas e faladas do negro são dos açoites, grilhões, torturas, castigos e explorações. Sendo assim, a subjetividade do negro se compromete quando se pensa em fatores do passado. Porém isso não significa dizer que a subjetividade é algo cristalizado e estável, ela acompanha processos de mudança. (SANTOS, 2005).

CULTURA, EDUCAÇÃO, DESENVOLVIMENTO

Considera-se que o sujeito quando nasce está desprovido de conceitos e conteúdos sociais; suas representações serão construídas de acordo com vivências, troca de estímulos, associações, enfim elementos que podem situar-se nos níveis psicológicos, sociais e biológicos. E, embora nem todas as informações sejam incorporadas pelo sujeito, estão presentes na sociedade como forma do conhecimento. Ideologias do racismo, por exemplo, são noções que ficaram cristalizadas e perduram no presente, ocupando todos os lugares, inclusive instituições de ensino.

A criança vive no mundo da fantasia, da imaginação, logo, como já foi dito, as tradições, as crenças, formas de agir ou formar conceitos a respeito de algo tem forte influência dos adultos. Adultos estes (professores, pais, familiares, outros) que nem sempre atuam em favor da destituição de preconceitos, proporcionando a igualdade e o respeito ao próximo. (OLIVEIRA, 1994).

Percebe-se então o cuidado que as instituições de ensino devem ter no processo de aprendizagem, em destaque, das crianças, pois na mesma medida que

se deve mobilizar nos alunos senso crítico sobre determinados assuntos, não pode desconsiderar as diferenças individuais no âmbito grupal, e a percepção sobre o mundo que cada um tem. É bom que exista considerável heterogeneidade nos grupos escolares, até porque se aproveita a espontaneidade de cada um. No entanto, deve-se estar atento para verificar até que ponto as diferenças se colocam e de que forma elas se evidenciam: se rumo a autenticidade e criatividade, ou em direção a repulsa e exclusão de colegas.

Uma realidade constante e pertinente ao contexto escolar é a atitude de não se assumir, nem se identificar a etnia dos alunos e dos próprios mestres. A negação da negritude na sala de aula influencia a formação de um conceito fortemente preconceituoso. Além de não admitir o preconceito racial dentro da Escola, há ainda a prática de gestos, de risos, de sacarmos, cochichos e comentários em voz baixa para “não ofender o aluno”. A atitude de não querer causar um mal e de não ofender, na verdade, demonstra um preconceito e uma ação de segregação.

O preconceito pode ser transmitido pela prática escolar, bem como, ao longo do processo educativo, a despeito da vontade de quem o perpetua, ainda que não se esteja de acordo e que não se deseje praticá-lo. Esta transmissão pode não estar necessariamente evidente no ensinamento realizado pelo discurso. É fato que, ao longo do processo educacional pode-se transmitir noções ainda que no discurso se queira expressar outro conteúdo. (MENEZES, 2008). A partir da percepção desta transmissão velada da diferença com caráter pejorativo é possível à correção de tal distorção e a conscientização de todos aqueles que participam do processo escolar.

As crianças que sofrem qualquer tipo de discriminação, em destaque a racial, estão sujeitas aos sofrimentos psíquicos que possivelmente irá comprometer a forma dessas se expressarem no mundo. Psicóloga(o)s, que atuam como mediadora(e)s entre a(o) aluna(o) e o problema, pode fazer com que a condição étnica e racial da criança seja ressignificada.

Perante todos os aspectos relevados acima, a psicologia marca presença, quando se observa e atenta para o âmbito das relações humanas. A influência que uma pessoa tem sobre as ações e percepções do outro, e posterior compreensão, é de muita valia para atuação do psicólogo. Este necessita ter sensibilidade para lidar com as diferenças e consequência desta variedade na vida de cada um. Ou melhor,

necessita estar sensível às questões delicadas que englobam discriminações em geral, que podem corromper a vida do ser humano.

RESPONSABILIDADE SOCIAL DA PSICOLOGIA QUANTO ÀS QUESTÕES RACIAIS

Subjetividade e relações raciais, principalmente no contexto de Salvador, têm íntimo relacionamento com a psicologia. De acordo com Silva (2001), a psicologia poderia atuar, auxiliando àqueles que sofreram discriminação racial, ou trazem consigo sentimentos de inferioridade, baixa autoestima, além de construir junto com estes sujeitos estratégias de enfrentamento e superação diante do racismo. Ele coloca ainda que ela pode utilizar dos seus atributos epistemológicos para melhor investigar e produzir materiais, recursos que compreenda os reflexos e impactos da discriminação, e posteriormente contribua na minimização das desigualdades. Considera-se neste aspecto que a referida ciência tem poucas produções científicas e pesquisas com foco nas relações raciais.

A psicologia também tem um papel reparador já que há tempos (fins do século XIX e início XX) psicanalistas, antropólogos, médicos-psiquiatras (a exemplo: Nina Rodrigues, Arthur Ramos – que utilizavam da ciência para justificar a inferioridade do negro) no cerne de saberes psicológicos, sociológicos, antropológicos, alimentavam concepções racistas.

O enfoque individualista que tem sido geralmente privilegiado pela Psicologia está em sintonia com a sociedade desigual que tem sido o Brasil desde o tempo de colônia, e considero que permanecer nesse enfoque significa compactuar com o processo que produz a desigualdade. (AZEREDO, 2002, p. 15).

Sendo assim, percebe-se que a psicologia em seu bojo se apropria de variadas possibilidades para maior envolvimento com as questões raciais, tanto no que concerne às discussões e estudos teóricos como também trabalhos práticos. Dentre estas atividades tem-se, por exemplo, trabalhos psicoterápicos, trabalhos em grupo que promovam o direcionamento de ações (considerando também um trabalho pessoal interno), trabalho direcionado às políticas públicas, dentre outras, que possam desconstruir ideologias negativas do ser negro, sustentada na sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZERÊDO, Sandra Maria da Mata**.** O Político, o Público e a Alteridade como Desafio para Psicologia. **Psicologia, Ciência e Profissão**, 2002. p.14-23. (nº, 4).

BRASIL. Lei n° 10.639, de 09 de janeiro de 2003. Altera a lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da rede de ensino a obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira", e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 9 de janeiro de 2003. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.639.htm >. Acesso em 15 jan. 2013.

Grupo de Estudos Multidisciplinares da Ação Afirmativa - GEMAA. Ações Afirmativas. 2011. Disponível em: < http://gemaa.iesp.uerj.br/index.php**> .**Acesso em 22 jan. 2013.

MENEZES, Jaci Maria Ferraz de. **Educação e trajetórias de negros na Bahia. Inclusão, Exclusão e Resistência.** Universidade do Estado da Bahia. DEDC I- Programa de pós- graduação em Educação e Contemporaneidade. Trabalho apresentado como requisito a concurso de progressão para cargo de professor pleno. Salvador, Bahia, 2008.

MUNANGA, Kabengele. Superando o Racismo na Escola. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2000.

OLIVEIRA, Ivone Martins de. **Preconceito e Autoconceito: identidade e interação na sala de aula.** Campinas, SP: Papirus, 1994.

PALACIOS, J.; MARCHESI, A.; COLL, C. (org.) **Desenvolvimento Psicológico e Educação. Psicologia Evolutiva.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, vol.1.

SANTOS, Gislene Aparecida. A Invenção do Ser Negro: Um percurso das ideias que naturalizam a inferioridade dos negros. São Paulo: EDUC/FAPESP; Rio de Janeiro: Pallas, 2002.

SANTOS, Taíse; SILVA, E.;NETO, J.; COSTA, J. MACHADO, V. **Formação de Lideranças Afrodescendentes.** Escola Olodum, ano 2013. Salvador, Bahia.

SANTOS, Taíse. **Juventude e Expressão**. Revista Banto Nagô, informativo trimestral da Escola Olodum, ago. 2012.

SANTOS, Taíse. **A presença do racismo na trajetória de mulheres negras no mundo do trabalho: possíveis contribuições da psicologia**. Artigo de conclusão de curso, ano 2005.

SILVA, Marcus Vinícius de O. Psicologia, subjetividade e relações raciais no Brasil. In: BOCK, Ana M. **Psicologia e Compromisso Social**. Editora Cortez, 2001.cap. 6, p.93-108.

SISS, Ahyas – **Afro-brasileiras, Cotas e Ação Afirmativa: razões históricas**. Rio de Janeiro: Quartel; Niterói: PENESB, 2003.

ANEXO I

REGISTRO DE CAMPO
Local:
Horário :
Participantes: Presentes neste encontro:
Relator:
Tema do Trabalho: Data:
Atividade:
Objetivos Específicos:
Desenvolvimento do Processo Grupal:
Identificação de Demandas:
Dificuldades a serem superadas:
Sugestão de Trabalho para o próximo encontro:
O que aprendemos hoje:

ANEXO II

Quadro de avaliação das atividades

Avaliação dos encontros					
INDICADOR		Grau de satisfação			
		Excelente	Bom	Regular	Ruim
ORG.	1. Conteúdos trabalhados				
	2. Discussões das atividades				
	3. Adequação do conteúdo à prática profissional				
	4. Atendimento das expectativas				
	5. Duração das atividades				
	6. Iniciativa do encontro				

	7. Infraestrutura e organização				
SUGESTÕES					

4.7. Psicologia e Saúde

A PSICOLOGIA NUM NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SALVADOR/BA

Elizabete Oliveira Santana

Este relato tem como objetivo descrever um encontro entre a Política Pública de Saúde do país e a Psicologia através da experiência que vem sendo desenvolvida num Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) do município de Salvador. Nesta narrativa também se pretende fazer uma breve incursão sobre como a proposição da Atenção Básica em Saúde e a prática profissional em equipe interdisciplinar interseccionam-se e forjam a construção de um fazer específico da Psicologia. Para tanto, será feita uma breve caracterização do local de onde emerge a experiência, tanto do ponto de vista institucional quanto profissional, seguido da descrição da realidade do trabalho e das percepções sobre a experiência vivenciada.

O Sistema Único de Saúde (SUS) está organizado hierarquicamente por níveis de atenção e a Atenção Básica (AB) representa a Atenção Primária em Saúde (APS), devendo ser a principal via de acesso da população a assistência a saúde e onde devem ser ofertados os cuidados considerados essenciais. A Portaria 2488, emitida no ano de 2011 (BRASIL, 2012) é o nosso principal documento de referência, pois define a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e é onde o NASF está inserido.

O conjunto de ações de saúde desenvolvidas na AB busca alcançar os âmbitos individual e coletivo e abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a redução de danos com o objetivo de desenvolver uma atenção integral. O objetivo destas ações é causar impacto na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. A proposta é que elas sejam desenvolvidas por meio de práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais estas equipes assumem a responsabilidade sanitária.

Atualmente as necessidades de saúde da população são dinâmicas e o perfil epidemiológico está marcado pela coexistência das doenças infecciosas e parasitárias, das doenças crônicas não transmissíveis e dos agravos de causas externas (BRASIL, 2014). Neste sentido, as ações da AB e as tecnologias de cuidado utilizadas irão variar de acordo com as demandas, de forma que auxilie no manejo

das necessidades de saúde de maior frequência e relevância, observando, nos territórios, critérios de risco e vulnerabilidade e a referência ética de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida (BRASIL, 2012).

Alguns princípios orientadores do processo de trabalho na AB são: a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social. Um elemento fundamental da AB é o fato de ser desenvolvida tendo na territorialização a referência para pensar e ofertar o cuidado, ou seja, as ações e serviços oferecidos por este nível da atenção têm como base as necessidades de determinado grupo populacional, em um território definido. Por estar próxima da vida das pessoas, é possível observar a diversidade e singularidades vivenciadas se definida como metodologia fundamental a construção de uma relação de proximidade e diálogo entre profissionais, o território físico (e dinâmico) e a população atendida (CELA e OLIVEIRA, 2015). Através de uma relação dialógica com o cuidado podemos avançar sobre o paradigma de que o trabalho em equipe e a relação com os dados da realidade devem ser hegemônicos em relação às funções específicas de cada categoria na saúde (MERHY, 2004).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo adotado pelo país para operacionalização das ações de AB, como um mecanismo ordenador de toda rede de cuidado (BRASIL, 1998). Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados em 2008, através da Portaria 154 (BRASIL, 2008), como uma equipe integrante da ESF e que tem o objetivo de ampliar a abrangência das ações de saúde da AB, bem como sua resolubilidade. Os NASF são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento (multiprofissional), que devem atuar de maneira integrada (interdisciplinaridade) e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família (EqSF), através do apoio matricial (BRASIL, 2012).

O apoio matricial orienta o trabalho do NASF em duas dimensões: as ações clínico assistenciais, que incide sobre ações clínicas diretamente as pessoas usuárias dos serviços (atendimentos compartilhados e individuais, atividades em grupo, salas de espera, visitas domiciliares e territoriais, construção conjunta de projetos terapêuticos, etc); e as de cunho técnico pedagógico, que envolve produção de apoio educativo com e para as EqSF (reuniões organizativas, oficinas temáticas, discussão

de casos, planejamento e avaliação de ações, cogestão do processo de trabalho, etc) (BRASIL, 2014). Há uma espécie de hierarquia nesse processo organizativo que envolve o fato de a equipe NASF lidar primeiramente com as categorias profissionais de referência na ESF (Medicina, Enfermagem, Odontologia, Agentes Comunitárias/os de Saúde) e, consequente a elas, com toda a população adscrita.

Neste processo de trabalho fica ressaltado o fato de que não somos porta de entrada e que não funcionamos ao molde ambulatorial, destacando ainda mais a centralidade de que nosso objetivo é a ampliação de capacidade da AB. É a partir do trabalho em conjunto com as EqSF, na identificação de demandas, que serão reguladas as intervenções, individuais ou coletivas. Nossa oferta de apoio envolve a leitura e análise das demandas e a produção do cuidado, inclusive através de um processo de transferência tecnológica cooperativa e horizontal junto as/aos profissionais de referência. Ou seja, apesar de termos contato com a população – e isto ser necessário e essencial – nosso objetivo não é formar uma retaguarda de oferta de serviço especializado e sim aumentar o repertório de cuidado daquelas categorias que estão realizando o trabalho de ponta (direto) com a população (CAMPOS, 2007). Da mesma forma, faz parte do ato de cuidar conjunto, a realização de articulações na Rede de Atenção à Saúde e outras redes, como o Sistema Único de Assistência Social, redes sociais e comunitárias, para que a resposta as demandas da população sejam integralizadas nas suas respostas (BRASIL, 2014).

Com relação ao compartilhamento de ações, um fator determinante na presença do NASF é a contribuição na construção da integralidade do cuidado por intermédio da ampliação da clínica. Este aspecto envolve a interdisciplinaridade e tem como objetivo organizativo e político fortalecer a mudança do conceito de saúde na cultura das ações no SUS. Isso envolve a desconstrução do modelo de atenção tradicional, biomédico e centrado em procedimentos, com foco curativista, em favor de ofertar e construir um cuidado integral, onde os sujeitos ocupem a centralidade do olhar tanto de profissionais quanto de serviços (CELA e OLIVEIRA, 2015). É a ideia de que devem ser acolhidas as diversas dimensões da vida na construção de seus projetos terapêuticos: social, cultural, econômica, subjetiva, política, entre outras.

A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as EqSF tem como um dos desafios superar a prática do encaminhamento, com base nos processos de referência e contra referência, ampliando-a para um processo de

compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal. Isso representa um esforço também para corresponsabilização das(os) usuárias(os) e entre a AB e outros pontos de atenção, congruindo para o fortalecimento do princípio da integralidade e do papel de coordenação do cuidado (BRASIL, 2012).

A implantação da ESF no município de Salvador ocorreu há aproximadamente 18 anos, mas a cobertura atual ainda é baixa, representando menos de 30% da necessidade real da população[3]. A maioria das Unidades de Saúde da Família (USF) estão em áreas de vulnerabilidade, onde predominam condições urbanas precárias, pobreza, violência e baixa qualidade na oferta de equipamentos públicos. Este município possui a segunda menor cobertura de ESF das capitais do Brasil e a menor cobertura de NASF do estado da Bahia (MALTA, 2016).

Cada equipe NASF presta apoio a uma quantidade definida de EqSF, sendo o limite de 5 a 9 destas por NASF[4]. Atualmente, existem apenas 12 equipes destas no município, distribuídas em 6 Distritos Sanitários: Cabula/Beirú, 2; Cajazeiras, 2; Barra/Rio Vermelho, 2; Itapuã, 2; São Caetano/Valéria, 1; Subúrbio Ferroviário, 3.a composição profissional predominante é: assistente social, duas(dois) fisioterapeutas, nutricionista, professor de educação física, psicóloga e duas terapeutas ocupacionais. Todas (os) estas(es) trabalhadoras(es) foram contratadas(os) via concurso público, tendo, a maioria, uma média de dois anos nesta função.

Apesar de a PNAB prever que a ESF compreenda o processo de adoecimento com olhar ampliado sobre o território e realize ações de promoção da saúde através de atividades coletivas e educativas, a predominância das atividades desenvolvidas nas USF são as consultas ambulatoriais, vacinação, distribuição de medicamentos, marcação de consultas generalistas (médicas, de enfermagem e odontológicas) e consultas especializadas e exames diagnósticos na rede de saúde, acompanhamento do programa bolsa família, realização de aferições diversas, testes rápidos e curativos. A maioria das EqSF tem conhecimento sobre as diretrizes para o trabalho neste nível de atenção, mas a realidade cotidiana dos serviços é de alta demanda por procedimentos de diagnóstico e tratamento, sobretudo pela insuficiência da rede de saúde acolher toda população (SENA et al, 2012).

[3] Plano Municipal de Saúde de Salvador 2014-2017

[4] Portaria 3124, de 28 de dezembro de 2012 – Ministério da Saúde

No município de Salvador, sobretudo no NASF, o perfil das(os) profissionais da AB geralmente envolve pouca ou nenhuma experiência anterior na saúde pública e uma formação acadêmica sem ênfase para esta Política Pública. Diversos outros relatos e estudos já identificaram que as formações em saúde predominantemente privilegiam práticas orientadas pelos conhecimentos técnicos específicos da especialidade, com foco em ações individuais e do âmbito do privado, gerando um impacto na construção do trabalho em equipe na AB, incluindo a Psicologia (ARCE e SANTOS, 2014; ARCE e OLIVEIRA, 2015; AZEVEDO e KIND, 2013; CABRAL, 2013; CELA e OLIVEIRA, 2015; SANTEIRO, 2012).

Para realizar o trabalho da Atenção Primária, o sujeito precisa ser considerado em sua singularidade e inserção sociocultural, de outra forma não estaremos intencionando uma atenção integral, na qual envolve o respeito a outro e construção de autonomia (PEREIRA e BARCELLOS, 2006). A presença da Psicologia no NASF está vinculada incialmente ao campo da saúde mental, seja pela compreensão de indivíduos e coletivos como um corpo sociocultural dotado de subjetividade, seja pela necessidade de articulações de ações que envolvam o cuidado específico nesta área, que envolve a atenção psicossocial. Entretanto, sabemos que a formação em Psicologia, assim como a expectativa social por esta(e) profissional, gira em torno de uma prática voltada para atenção individual, privada e curativa, com destaque para a prática da psicoterapia.

Diversos esforços têm sido realizados para fortalecer a ampliação da atuação da Psicologia, assim como dos cuidados em saúde mental e da própria oferta de ações no SUS. Vale citar duas: uma foi a criação da Rede de Atenção Psicossocial[5], que veio estabelecer a necessidade de articulação em rede e continuidade do cuidado, tendo também no território sua referência para o trabalho; a outra inciativa é do esforço das Instituições de Ensino Superior junto ao Ministério da Educação e da Saúde na criação de mecanismos de integração ensino-serviço na reorientação da formação de profissionais de saúde, com objetivo de gerar implicação com os princípios e as demandas da realidade do SUS, assim como no seu fortalecimento, seja através do Pró-Saúde, PET-Saúde ou Ver-SUS (BATISTA, 2013).

[5] Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011 - Ministério da saúde.

DivAlgunsersos desafios e contradições têm sido enfrentadas pelas equipes NASF em Salvador, assim como pelas EqSF apoiadas, na medida em que o cotidiano de trabalho faz surgir um processo regular de reflexão e ação. Apesar da considerável carga horária dedicada ao trabalho na AB – predominantemente de 40 horas semanais – e da alta demanda por atendimentos, dificuldades estruturais e de condições de trabalho ruins, constantemente as equipes que atuam na AB passam por momentos reflexivos quanto a qualidade da resposta a demanda real da população. A educação permanente[6] tem passado a integrar diversos espaços nos serviços em que trabalhamos, não só alavancados pelo NASF, mas também por instancias da gestão, e fortalecidas pela chegada de novos profissionais, com engajamentos diferenciados em relação ao esforço de implementação da PNAB.

Algumas das estratégias utilizadas no dia a dia para fortalecer a centralidade no ato de cuidar e impregnar possibilidades de interdisciplinaridade envolve a ampliação da clínica. A participação da Psicologia traz um importante elemento do campo da saúde mental, representado na atenção psicossocial, que é ofertar experiências quem rompem com a ideia de cuidado fragmentado, sobretudo ao deflagrar, em ato, o grau de multifatorialidade que incide sobre os principais agravos acolhidos nas USF.

A maioria dos casos que são trazidos pela EqSF ao NASF demandam atenção a um sofrimento de ordem mental. Quando este é percebido imediatamente, existe uma tentativa de encaminhando para acolhimento da Psicóloga e isso requer habilidade de forjar diálogos e construir compartilhamento através de diversas argumentações, sobretudo para ampliar o olhar sobre o caso. Quando, em outras vezes, este sofrimento ainda não foi percebido pela equipe que o acompanha, a mesma tarefa de ampliação do olhar vai ser necessária, mas terá de contar com outras estratégias, onde a possibilidade de forjar um apoio ao colega na resolução do caso pode fazê-lo construir atenção sobre pontos que antes estavam invisíveis.

Apesar de a subjetividade ser um dos principais objetos da Psicologia, a compreensão de que o componente mental existe e funciona em relação a um corpo e a um contexto social, gera uma tarefa imprescindível e que reconfigura o próprio trabalho esperado tradicionalmente do âmbito do que seria do psicológico. É a tarefa

[6] Portaria 1996, de 20 de agosto de 2007 – Ministério da Saúde.

de auxiliar o outro na compreensão da totalidade do sujeito na medida em que, inclusive, se trabalha com a compreensão de saúde como um bem estar geral. Uma das formas de favorecer este encontro ocorre quando questões de ênfase orgânica (fisiológica) aparecem e, assim, auxiliam para que todas(os) sintam-se mais confortáveis de entender que o objeto de análise e cuidado é um outro dotado de uma complexidade que pode não ser possível observar apenas da sua especialidade ou de dentro da USF. As discussões de caso, visitas domiciliares, atendimentos compartilhados e planejamento de ações em conjunto entre profissionais e equipes são os momentos mais promissores neste ponto. Assim como a construção de projetos terapêuticos permite uma aproximação (das categorias) que vai gerar, em breve, uma corresponsabilidade isenta de competitividade por núcleo de saber. São então outras duas questões percebidas na experiência da Psicologia no NASF: a fragmentação dos saberes, que deve evoluir para compartilhamento; e a responsabilização do cuidado que deve evoluir para integralidade.

Para construção destas caminhadas de desenvolvimento de trabalho em equipe, seja para nos percebermos enquanto possibilidade interdisciplinar, seja para reconhecermos as possibilidades de nossos núcleos de saber, está identificado que são requisitados alguns fatores importantes: tempo, disposição subjetiva, compromisso técnico e ético, assim como intencionalidade ou implicação para com o campo de atuação.

Atualmente o trabalho interdisciplinar, socialmente comprometido tem avançado consideravelmente e pode-se dizer que está desenhada uma mudança do conceito de saúde e do modelo de atenção, sobretudo pelas equipes. Existe, porém, ainda um grande desafio de ordem estrutural, que envolve financiamento e decisão política quanto ao fortalecimento do SUS, o que incide diretamente sobre o principal recurso de cuidado, que são as(os) trabalhadoras(es).

Considero que existe uma Psicologia na saúde com grande potencial de fazer leituras junto aos territórios, serviços e população, sobre a história que está sendo construída. Este auxilio na reflexão das atuais realidades, entre as vidas coletivas e as experiências singulares trazem consigo uma possibilidade dialética importante para orientar transformações.

É importante ressaltar, por fim, que a presença da Psicologia demarca, tal qual das equipes interdisciplinares e do trabalho cooperativo exigido na AB, o

fortalecimento do próprio sistema de saúde e das práticas de cuidado, pois não retoma apenas o sujeito para o centro de observação e cuidado, mas enquanto um sujeito histórico, que determina as transformações, de acordo com o que vai sendo vivido: por e com ele, as coletividades e os territórios que estão inseridos e são também por eles construídos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARCE, Vladimir A. R. e SANTOS, Debora M. dos. *O Núcleo de Apoio à Saúde da Família como espaço de integração educação trabalho: a experiência do curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Bahia.* Distúrbios Comun. São Paulo, vol. 26, n.4, 2014. Disponível em: http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/viewFile/19436/16055

ARCE, Vladimir A. R. e OLIVEIRA, Elaine C. *O PET-Saúde no contexto do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: contribuições para a reorientação das práticas de saúde.* Tempus, actas de saúde colet, Brasília, vol. 9, n. 1, 2015. Disponível em: http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1692

AZEVEDO, Natália S. e KIND, Luciana. *Psicologia nos núcleos de apoio à saúde da família em Belo Horizonte. Psicol.* cienc. prof. [online]. Vol.33, n.3, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300002&lng=en&nrm=iso

BATISTA, Cássia B. *Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as universidades*. Barbaroi [online]. N. 38, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782013000100007&lng=pt&nrm=iso>

BRASIL. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.* 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL, Cadernos de Atenção Básica: *Diretrizes do NASF*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

BRASIL. Portaria 2488/2011. *Política Nacional de Atenção Básica.* Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Cadernos de Atenção Básica: *Núcleo de Apoio a Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de

Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

CABRAL, Débora L.; BATISTA, Andréa A.; MAGALHÃES, Maria Lúcia B. *A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família*. Physis - Revista de Saúde Coletiva. Vol.23, n. 4, 2013. Disponível em: http://www.redalyc.org/pdf/4008/400838271008.pdf

CAMPOS, G. W. de S. e DOMITTI, A. C. *Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde*. Cad. Saúde Pública [online]. Vol.23, n.2, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso>

CELA, Mariana e OLIVEIRA, Isabel F. de. *O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações.* Estud. psicol. (Natal) [online]. Vol.20, n.1, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2015000100031&lng=pt&nrm=iso>

MALTA, Deborah C. et al. *A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013*. C. Saúde coletiva. Vol.21, n.2, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200327&lng=en&nrm=iso

MERHY, E. E. *O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver-SUS Brasil: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PEREIRA, Martha P. B.; BARCELLOS, Christovam. *O território no Programa de Saúde da Família*. Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, Uberlândia, vol. 2, n. 2, 2006.

SANTEIRO, Tales V. *Processos clínicos em Núcleos de Apoio à Saúde da Família / NASF: estágio supervisionado*. Psicol. cienc. prof. [online]. Vol.32, n.4, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000400013&lng=en&nrm=iso

SENA L. A., CAVALCANTI R. P., PEREIRA I. L., LEITE S. R. R. *Intersetorialidade e ESF: limites e possibilidades no território de uma unidade integrada de Saúde da Família*. Rev. Bras. Cienc. Saude. Vol 16, n.3, 2012; Disponível em http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/12803/7873

APOIO MATRICIAL EM SAÚDE: COMPARTILHAMENTO DE SABERES ENTRE A EQUIPE DE SAÚDE MENTALE OS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIADO DISTRITO SANITÁRIO PAU DA LIMA, SALVADOR-BA

André Bomfim Dias
Nivea Alves Santos
Taís Oliveira da Silva
Tatiane Magno Herculano

INTRODUÇÃO: A psiquiatria clássica alicerçou o tratamento das pessoas com sofrimento subjetivo no isolamento do convívio social, expondo-as a tratamentos violentos, centrados na patologia. No entanto, na década de 1970, iniciou-se, no Brasil, o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), no qual trabalhadores, usuários e familiares organizaram-se na defesa dos direitos fundamentais do "louco", tecendo críticas à indústria hospitalar da loucura, à mercantilização do sofrimento mental, ao modelo curativo (biomédico), aos tratamentos desumanos e ao enclausuramento (ROCHA, 2012). Assim nasceu o projeto de Reforma Psiquiátrica Brasileiro, queobteve importante avanço no ano de 2001, quando foi sancionada a Lei 10.216/2001. A LeiPaulo Delgado, como ficou conhecida, redireciona o modelo assistencial em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária. Em 23 de dezembro de 2011, foi publicada a Portaria GM/MS nº 3088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta rede é constituída por sete componentes, entre os quais, destacamos a Atenção Básica em Saúde. De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica, estase configura como porta de entrada preferencial do SUS, formando um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral (BRASIL, 2011). Cabe à Atenção Básica (AB) coordenar o cuidado, elaborar e acompanhar os projetos terapêuticos singulares (PTS), bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de

atenção das Redes de Atenção à Saúde, assim como as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais (BRASIL, 2013). A Atenção Básica em Saúde integra a Rede de Atenção Psicossocial com a reponsabilidade de ordenação do cuidado, garantindo acompanhamento longitudinal dos casos e permanente processo de gestão compartilhada com o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.Localizado em Salvador, oDistrito Sanitário Pau da Lima (DSPL) possui 332.111 habitantes (IBGE, 2010), distribuídos em dez bairros. Sua redebásica é constituída por nove Unidades Básicas de Saúde (UBS), das quais, cinco são unidades tradicionais sem Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e quatro são Unidades de Saúde da Família (USF) – USF Cambonas, USF Nova Brasília, USF Canabrava e USF Dom Avelar. A única unidade especializada em saúde mental é o CAPS II Pau da Lima. Observa-se,no DSPL, a ausência de diversos pontos de atenção descritos na portaria da RAPS, ao tempo que se verifica a necessidade de criação de uma cultura de cuidado em saúde mental na atenção básica. O Ministério da Saúde orienta a implantação de equipes de apoio matricial em municípios onde o número de CAPS é insuficiente para garantir este apoio a todas as Equipes de Saúde da Família – ESF (BRASIL, 2003).Entende-se porapoio matricial ou matriciamentoo novo modo de produzir saúde, em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógica e terapêutica (BRASIL, 2011). Desse modo,no escopodo processo de reestruturação da RAPS do DSPL,realizou-se, em outubro de 2015, a implantação de uma Equipe de Saúde Mental (eSM). Atualmente esta equipe écomposta por uma assistente social e três psicólogos.Seu objetivo consiste em apoiar as equipes das USF na ampliação da resolutividade das ações de cuidado, dando-lhes suporte para poder compreender, intervir e acolher melhor as pessoas em sofrimento mental, bem como incluir, na sua prática, a dimensão subjetiva e social do ser humano, mediante uma escuta qualificada e sensível, facilitando a ampliação da clínica (COSSETIN, OLSCHOWSKY, 2011; FIGUEIREDO, ONOCKO CAMPOS, 2009).Seu processo de trabalho orienta-se pelo entendimento de que a educação é parte do trabalho das ESF,consistindo no processo de construção coletiva do saber entre os trabalhadores a partir da realidade de trabalho (SILVA; PEDUZZI, 2011). Compreende-se que o trabalho em saúde não se reduz à ação instrumental, haja vista que a racionalidade instrumental técnico-científica não recobre o complexo leque de necessidades dos

usuários dos serviços. As práticas em saúde se dão através da interação social, e isto implica ação comunicativa, intersubjetiva, na qual os sujeitos envolvidos – trabalhadores, gerentes, gestores e usuários – buscam alcançar algum grau de entendimento e coordenação das ações. Freire (1996, p. 10) destaca que a competência técnicocientífica e o rigor do qual não devemos prescindir no nosso fazer, "não são incompatíveis com a amorosidade necessária às relações educativas". De igual modo, a educação no trabalho possui dupla dimensão: ação instrumental e intersubjetividade. Neste campo, as realidades locais não são desconsideradas em prol do conhecimento técnico e as necessidades vividas e sentidas pelos envolvidos são reconhecidas e legitimadas. Qualquer perspectiva de coação teórica ou de imposição de prescrições ao trabalho é afastada. Neste entendimento, educar implica constituir espaços para reflexão, emprego da criatividade e inovação para reconfigurar as práticas de saúde. Nestes espaços, os conhecimentos prévios dos usuários e profissionais são reconhecidos e as práticas concretas cotidianas são tomadas como fonte de conhecimento. Afinal, quando se parte da realidade do sujeito envolvido na aprendizagem, ocorre a aprendizagem significativa. Os diferentes saberes são articulados em um processo de trabalho aberto com novas possibilidades de construção não previstas anteriormente em protocolos de atenção à saúde através do trabalho em equipe. Os profissionais de saúde são convocados a assumir a função de agentes críticos e reflexivos com capacidade de construir o conhecimento e propor ações alternativas para a solução de problemas. A prática educativa crítica envolve o movimento dinâmico do fazer e pensar sobre o fazer com a reflexão crítica sobre a prática atual a fim de desenvolver mecanismos de mudança. Cabe dizer que esta interação deve ser democrática, a todos deve ser facultada a possibilidade de participar da produção de saber, produzindo questionamentos das relações de saber e poder presentes entre os profissionais. Neste campo, as dimensões ética e política do processo são consideradas.**OBJETIVO:** O presente trabalho possuia finalidade de descrever e analisar o processo de troca de saberes e produção de conhecimento entre profissionais da eSM e das ESF do DSPL.**METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência de abordagem crítico-reflexivo de cunho descritivo-compreensivo sobre a vivência dos profissionais da eSM na oferta de suporte técnico e pedagógico aos profissionais das ESF.**RESULTADOS:** Desde outubro de 2016, a eSMsemanalmente realiza reuniões técnicas internas. Nesses encontros ocorrem o

planejamento, execução, acompanhamentoe avaliação de ações.Ao longo desses meses, foram realizadas também reuniões com as equipes das USF Canabrava, Cambonas, Dom Avelar e Nova Brasília. Nestes espaços, foi discutido o processo de trabalho da eSM e construída uma agenda de encontros regulares com cada ESF ou com o conjunto de profissionais da USF para discussão de casos e realização de atividades de educação permanente. Embasados pelos pressupostos da educação popular em saúde, todas as construções realizadas com as equipes partiram dos seus desejos e necessidades na operacionalização do cotidiano do trabalho vivo em ato. No escopo desse trabalho, destaca-se a experiência da realização de rodas de conversa com uma das ESF, devido à riqueza e profundidade dos encontros. Foram realizados encontros, quinzenais,com a finalidade de discutir a abordagem e manejo de pessoas com quadros depressivos ou com risco de suicídio. Os profissionais solicitaram a discussão de tais temáticas, em virtude do número elevado de usuários chorosos durante o atendimento e do embaraço de “não saber” em como lidar com essas situações.No campo da educação problematizadora, parte-se da situação presente, concreta, das aspirações da população em questão, a partir delas se deve organizar o conteúdo programático da ação política (FREIRE, 2013). Iniciou-se a roda de conversa com uma dinâmica, em que foi solicitado a cada participante (médico, enfermeiro, odontólogo, agentes comunitários de saúde, técnicos de saúde bucal e de enfermagem) que contasse a história do seu nome. A dinâmica tinha por objetivo possibilitar uma maior aproximação entre as duas equipes a partir do compartilhamento de um aspecto pessoal e transmitir a ideia de que somos pessoas que trabalham com pessoas que possuem uma história para além da história do adoecimento e do saber técnico-científico. Os profissionais participaram ativamente, desenvolvendo um diálogo amistoso acerca de suas histórias. Em seguida, solicitou-se que o grupo compartilhasse suas experiências pessoais, familiares e profissionais com pessoas com quadros depressivos que já tentaram ou cometeram suicídio. Neste momento, uma verdadeira troca de saberes, experiências, práticas e emoções,ocorreu a partir do relato pessoal do profissional médico da convivência com a depressão e desejo de morte desde a adolescência, bem como de abuso de substâncias psicoativas ilícitas. Cabe destacar que a figura do médico geralmente é cerca de idealizações e que sua palavra ocupa uma posição privilegiada na dialética de relações de poder dentro da equipe. Tal relato parece ter autorizado os demais

profissionais a compartilharem suas experiências pessoais, poisse seguiramfalas de outros integrantes acerca de familiares e pessoas próximas com episódios depressivos ou ideação suicida. Para construir esta relação horizontal regida pela confiança faz-se necessário um posicionamento ético que compreende acolhimento afetivo e respeito às histórias e saberes compartilhados. Vale recordar as palavras de Freire (2013, p. 111-113): “Se não amo o mundo, se não amo a vida, se não amo os homens, não é possível o diálogo. Não há, pro outro lado, diálogo, se não há humildade. [...] Ao fundar-se no amor, na humildade, na fé nos homens, o diálogo se faz numa relação horizontal, em que a confiança de um polo no outro é consequência óbvia”. Foi a partir destaperspectiva, que se propôs ao grupo a tarefa de produzir um diálogo sobre a temática de forma implicada, ao tempo que foi oferecidoum espaço de acolhimento. Tomando a obra de Paulo Freire como inspiração, podemos refletir sobre arelevância e os possíveis efeitos do acolhimento aos diferentes afetos e ao reconhecimento de saberes sem hierarquização.A roda de diálogo também pode se inscrever como espaço de acolhimento do mal-estar de cada um. A partir dos aportes trazidos pelas vivências dos profissionais, realizou-se a apresentação de alguns conteúdos teóricos, buscando tecer articulações, sem esquecer da advertência de Freire (2013, p. 120):“nosso papel não é falar ao povo sobre a nossa visão do mundo, ou tentar impô-la a ele, mas dialogar com ele sobre a sua e nossa.” Percebeu-se uma maior mobilização e desejo dos profissionais em incluir e manejar demandas em saúde mental na atenção básica com o aumento de casos trazidos para discussão na reunião da equipe. Ao longodeste processo, verificou-se a ampliação dos espaços de discussão e das ações de educação permanente em SM no DSPL, ao passo que se podeconstataralguma insegurança atreladaà abordagem da pessoa em sofrimento mental – sentimento comum entre profissionais da atenção básica. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A aproximação entre a equipe de apoio matricial e as equipes de referência pautada no compartilhamento dos saberes, em que estes são reconhecidos, legitimadose integrados, assim como, na horizontalização e na responsabilização compartilhada parece contribuir para a redução dos estigmas, das fantasias, medos e inseguranças associadas à assistência da pessoa em sofrimento mental, ampliando o desejo dos profissionais em incluir e manejar estas demandas na atenção básica. Acolher tais sentimentos, bem como, o sofrimento subjetivo relacionado ao trabalho dos profissionais da atenção básica parece possibilitar

melhores condições para aprodução de conhecimento. Diante do atual contexto de maiores investimentos na construção da RAPS do município de Salvador, este projeto pioneiro propõe-se ao compartilhamento e avaliação de seus resultados, tendo em vista ofortalecimento do cuidado integral à pessoa em sofrimento subjetivo na Atenção Básica emSaúde e a possibilidade de expansão dessa estratégia para outros pontos de atenção neste e em outros distritos sanitários. **PALAVRAS-CHAVE:**Saúde Mental; Apoio Matricial; Atenção Primária à Saúde; Programa de Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica**: o vínculo e o diálogo necessários. Inclusão de ações de saúde mental na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____**Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: 2011.

_____**Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental.** / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

_____**Portaria GM/MS nº 3088, de 23 de dezembro de 2011** (Republicada em 2013). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2011.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il.

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, p. 16-22, ago. 2009. Suplemento 1.

CENSO DEMOGRÁFICO 2010. **Características da população e dos domicílios: resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

COSSETIN, A.; OLSCHOWSKY, A. Avaliação das ações em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família: necessidades e potencialidades. **Rev. GaúchaEnferm.**, v.32, n.3, p.495-501, 2011.

FIGUEIREDO, M.D., ONOCKO CAMPOS, R. Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Cienc. Saúde Colet**., v.14, n.1, p.129-38, 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

ROCHA, T. S**. A saúde mental como campo de intervenção profissional dos assistentes sociais: limites, desafios e possibilidades**. Rio das Ostras: 2012.

SILVA, J.A.M; PEDUZZI, M. Work Education in Primary Health Care: interfaces between permanent education in health and the communicative action. **Saúde Soc**.;20(4): p.1018-1032, 2011.

CONSTRUÇÃO DO COMPROMISSO ÉTICO-POLÍTICO DA PSICOLOGIA NO CAMPO DA SAÚDE: EXPERIÊNCIA DO NÚCLEO DE ESTUDOS E FORMAÇÃO EM SAÚDE EM SALVADOR-BA

Rosana dos Santos Silva

Gabriel Leal Ribeiro dos Santos

Laura Augusta Barbosa de Almeida

Carlos Henrique Pereira Franco

Suzameri Souza Rodrigues

Luana Pitanga Suzarte da Silva

Bianca Regina dos Prazeres Santos

Anne Caroline Santos

Renner Pacheco de Jesus

Kaio Marcel de Souza Henriques

No Brasil em que as desigualdades socioeconômicas ainda prevalecem, a promoção da saúde tem pequena participação no desenvolvimento social. Porém, muitas propostas são criadas na área da saúde visando o desenvolvimento de ações de promoção, propagação e fomento do Sistema Único de Saúde (SUS). (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A prática de educação na saúde tente a ser um caminho do cuidado inter-relacionada ao espaço de reflexão-ação calcados em diversos saberes seja técnico-científicos, populares e culturais, além de ser uma área de conhecimento que requer uma visão integrada de várias disciplinas, tanto da educação como da saúde, como, por exemplo, psicologia, sociologia, filosofia, antropologia dentre outras. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Esse entendimento é reforçado ao se afirmar a educação em saúde como um campo diverso e múltiplo, para o qual convergem diversos princípios, os quais espelham diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre sujeito e sociedade.

A formação de recursos humanos em saúde, alinhada aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) se apresenta, como salientado por Ceccim e Feuerwerker (2004), como sendo um dos desafios postos à educação de profissionais deste campo no Brasil. Este espaço é uma tarefa socialmente necessária, pois deve assegurar para a sociedade compromissos éticos-políticos, bem como para as(os) profissionais da saúde.

"A formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado." (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Outrossim, acredita-se na urgência de uma Reforma da Educação que expresse o atendimento dos interesses públicos no cumprimento das responsabilidades de formação acadêmico-científica, ética e humanística para o desempenho tecnoprofissional. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A intenção é a retirada das ideias e dos valores oriundos do modelo médico-hegemônico implantados e predominantes na sociedade. Essas ideias mobilizam e interferem a possibilidade de consolidação do SUS. Logo, não haverá SUS sem uma desconstrução ativa do que está posto enquanto modelo.

Para além disso, é na construção do SUS a capacidade de formulação de novas narrativas que fundamentem a compreensão da saúde e sua prática como elemento fundamental para a luta de um projeto de sistema, por um projeto de sociedade e para a disputa do poder hegemônico.

A necessidade de enfrentamento deste desafio e a construção de espaços que fomentem a discussão para uma formação em psicologia que tenha um projeto crítico e societário (YAMAMOTO, 2012), mostra a necessidade do aprofundamento e difusão dos conhecimentos.

De outra maneira, para a Psicologia - área de estudo e de atividade profissional que aceita a definição da fragmentação como um traço imanente - não é comum (YAMAMOTO, 2012).

Por isso, a necessidade, em especial na saúde, para atuação profissional da psicologia nesse âmbito.

Destarte, destaca-se que, a possibilidade da proposição de projetos ético-políticos da profissão não elimina os limites da ação política na sua macro estrutura (YAMAMOTO, 2012).

"De fato, é difícil imaginar que as categorias profissionais com a complexidade que comportam hoje possam convergir para um único projeto profissional. Portanto, é perfeitamente lícito e plausível esperar que projetos alternativos concorram pela hegemonia na categoria profissional. Essa diversidade de proposições em busca de hegemonia pode, inclusive, ensejar a disputa de projetos que se situem dentro de um mesmo espaço do ponto de vista das perspectivas ideopolíticas e dos projetos societários aos quais, eventualmente, se perfilhem." (YAMAMOTO, 2012).

O presente trabalho teve como objetivo discutir a formação em saúde a partir da experiência do Núcleo de Estudos e Formação em Saúde (NEFES), bem como analisar as repercussões da participação no NEFES no processo de aprendizado das(os) estudantes sobre o SUS e na construção de um compromisso ético-político; Relatar a construção de intervenções artístico-políticas como uma das metodologias que favoreceram a reflexão sobre as políticas de saúde da população negra, saúde da mulher, saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais (LGBT), saúde da população em situação de rua, saúde do homem e saúde do trabalhador.

Trata-se de estudo descritivo acerca de um relato de experiência em que foram utilizados como metodologias intervenções culturais-políticas, oficinas, rodas dialogadas, cine debate, seminário sobre as políticas de cada segmento, mostra fotográfica e outros mecanismos que contribuíssem para o esclarecimento sobre as questões de gênero, sexualidade, etnia, raça, cor e outros determinantes sociais em saúde e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e as leis 8.080/90 e 8.142/90.

As ações e os encontros do núcleo são realizados na Faculdade Ruy Barbosa compus Rio Vermelho, na cidade de Salvador-Bahia. As atividades são pensadas para atingir profissionais, estudantes, militantes e pessoas interessas nas discussões propostas em cada ação.

O Núcleo de Estudos e Formação em Saúde (NEFES), criado em 2015 pela psicóloga-docente Rosana Silva e pelas(os) estudantes do curso de psicologia da Faculdade Ruy Barbosa, tem por objetivo a construção de uma atuação psicológica

mais próxima ao campo da saúde coletiva, dos objetivos do SUS e do compromisso ético-político da psicologia.

O projeto político-pedagógico do NEFES inclui a interseção entre saberes e fazeres, reconhecendo a potência da experiência para a construção compartilhada do conhecimento.

As reuniões do Núcleo são semanais e suas ações são estruturadas a partir dos seguintes eixos: Discussão teórica; práticas em saúde; intervenções político-artísticas e conhecimento circulante (rodas de conversas com trabalhadoras(es) da saúde, membros das comunidades representantes de seus coletivos sociais e estudantes). Os integrantes estão organizados em 5 Grupos de Trabalhos: Atenção Básica, Hospitalar, Saúde Mental, Gestão em Saúde e Controle Social, compostos a partir das áreas de interesse.

Políticas de saúde devem ser entendidas no contexto de uma rede de saberes e poderes em constante disputa, envolvendo atores políticos diversos, como movimentos sociais, partidos políticos entre outros. Por isso, a necessidade crescente de encontros que tenham como principal objetivo discussões de estruturação social.

Destarte, o NEFES se propôs em estabelecer uma agenda de ações que envolvessem as políticas trazendo os atores de construção, desde militantes de movimentos sociais até representantes do governo.

As ações estabelecidas e propostas para discussão e fomento das políticas de saúde tiveram como eixo norteador o mês de sua implementação e efetivação, começando pelo setembro que intitulamos como “setembro da diversidade” em que o mote da ação era a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

“A Política LGBT tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais” (BRASIL, 2010)

Seguindo o que preconiza o código de ética da atuação do profissional de psicologia, considera que a Psicologia pode e deve contribuir com seu conhecimento para o esclarecimento sobre as questões da sexualidade, permitindo a superação de preconceitos e discriminações, segundo a resolução 001/99 do Conselho Federal de

Psicologia, foi pensando nesta política e toda a discussão de diversidade de gênero e sexualidade, em uma sociedade binaria biológica – entendendo por binário o recorte de homem x mulher apenas -, LGBTfobica.

O momento foi de construção do saber e visibilidade das diversas formas de expressão da sexualidade. Para isso, no primeiro dia expôs-se à mostra 'Trans Visíveis e Invisíveis" que contem fotos de pessoas trans* e ainda nesse dia tivemos a Intervenção Performática contando com a participação de Drags Queens fazendo política artística.

No segundo momento, ainda sobre a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, propôs-se o cine debate com o documentário “Bombadeira”.

“O filme retrata o universo das travestis e transexuais que transformam o corpo através de profissionais conhecidas como bombadeiras. Por meio de aplicações clandestinas de silicone, passam pela "dor da beleza" em busca do tão desejado corpo feminino. Comoventes e fortes depoimentos mostram o dia-a-dia, a relação com as famílias, a discriminação, a religiosidade, anseios e sonhos das travestis e transexuais.” (MINISTÉRIO DA CULTURA, 2007).

Por fim, teve-se uma roda de conversa sobre a política Nacional de Saúde Integral da população LGBT. Para além de elucidar pontos importantes, problematizou-se e destacou-se - ainda na política – patologização, estigmas e rótulos. No que tange à saúde da população LGBT, é necessário que os princípios da universalidade, integralidade e equidade, constitutivos do SUS, sejam materializados em políticas públicas que promovam o enfrentamento das consequências excludentes da lgbtfobia.

O mês de outubro foi constituído de ações voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

“Propõe diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento, questões ainda pendentes na atenção à saúde das mulheres. Toma como base os dados epidemiológicos e as reivindicações de diversos segmentos sociais para apresentar os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher para o período de 2004 a 2007.” (BRASIL, 2004)

Um grande marco da introdução da dimensão de gênero – como demarcado social - na política de saúde no Brasil foi o Programa Nacional de Atenção Integral à

Saúde da Mulher (PAISM). Lançado em 1983, a partir da confluência de forças dos movimentos de mulheres e sanitarista. Ele potencializou novas narrativas para além da força hegemônica de saúde da mulher, apenas como o direito reprodutivo, montando, então, a cidadania como eixo principal. E assim, com direitos a vida e saúde. (BRASIL, 2004).

Para compor essa mobilização contou-se de dois momentos. O primeiro foi uma oficina de turbante contando um pouco sobre a representação política e ratificando como ferramenta de resistência das mulheres negras e contamos com poetas declamando poesias e conclamando a todas e todos para luta contra o racismo, machismo e xenofobia.

Em seu segundo momento lançamos uma discussão sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher fazendo um recorte das mulheres trabalhadoras domesticas, utilizando do cine debate como metodologia. Transmitiu-se o filme “Domesticas” para elucidação.

No mês de novembro, utilizou-se da mobilização racial – decorrente do 20 de novembro (dia da consciência negra) e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - para findarmos as ações do Núcleo.

“A construção desta política é resultado da luta histórica pela democratização da saúde encampada pelos movimentos sociais, em especial pelo movimento negro. É, outrossim, fruto da pactuação de compromissos entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, a fim de superar situações de vulnerabilidade em saúde que atingem parte significativa da população brasileira.” (BRASIL, 2009).

A importância do recorte racial tem sido, a despeito das dificuldades de minimização de discriminações históricas e das dificuldades de coleta – reivindicação dos movimentos negros – para que possa conhecer e demarcar os aspectos de vida e saúde da população negra, além de destacar e exigir a reparação social e político da maioria da população. (BRASIL, 2009).

Historicamente, a população negra (pardos e pretos) no Brasil teve menor acesso aos serviços de saúde, visto que em toda a construção da sociedade viveram e vivem majoritariamente à margem. Por isso, evidenciando o racismo institucional, a política emerge da luta dos movimentos.

Pensando nesse histórico e na falta de interseccionalização das outras políticas com o quesito raça/cor, propôs-se um primeiro momento onde trouxesse o histórico das lutas dos movimentos, especificamente o movimento negro e movimento das mulheres negras.

Após esse encontro, teve-se a intervenção performatica da Deusa do Ébano, que tem por missão levar ao público todo encanto, consciência e demarcação política da mulher negra.

Para finalizar as ações e atividades do Núcleo de Estudos e Formação em Saúde (NEFES) discutiu-se a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, construindo saberes sobre a saúde da população negra como uma questão de equidade e propondo reflexões importantes sobre o fazer ético político dos profissionais de saúde frente a essa demanda.

A participação no NEFES permitiu uma formação mais atenta e sensível às necessidades de saúde da população, ao papel político de psicólogos/as diante dos problemas sociopolíticos e das iniquidades em saúde, viabilizando a construção de um saber-fazer atuante e engajado na consolidação do SUS, na produção da equidade social e na construção de uma formação em psicologia atenta aos seus desafios ético-políticos.

Referências Bibliograficas

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para organização, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p.18055-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS n.992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 14 maio 2009. Seção 1,

BRASIL. Ministério da Saúde. 2004. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2010. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.** Brasília: Ministério da Saúde.

CECCIM, Ricardo B.; FEUERWERKER, Laura C. M.. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, June 2004.

YAMAMOTO, Oswaldo H. 50 anos de profissão: responsabilidade social ou projeto ético-político?. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 32, n. spe, p. 6-17, 2012.

DE MORRO DO CHAPÉU A SALVADOR: A TRAJETÓRIA DE PACIENTES NA BUSCA POR TRATAMENTOS DE SAÚDE

Michelle Santos da Silva

Encontrar-se numa circunstância de deslocamento contínuo da cidade em que vive para outra, ou permanecer fora de casa por um tempo muitas vezes indeterminado, traz algumas questões para a vida e rotina das pessoas que, obrigatoriamente, necessitam passar por isso, seja no papel de pacientes ou acompanhantes, vindos do interior para se tratarem nas grandes cidades. Deparar-se com a questão saúde/doença nesse contexto, nos remete à necessidade de pensar como esse processo todo ocorre: De que forma essas pessoas são informadas que precisam realizar seu tratamento fora de sua cidade? Como recebem e compreendem essa necessidade? Como lidam e vivem essa mudança e o deslocamento entre os locais. Frente ao desconhecido, em outra localidade, com outra organização de estrutura urbana, outros grupos de pessoas, costumes, relações sociais distintas, essas pessoas precisam deslocar-se para um contexto diferente do qual estão acostumados, tendo para isso que criar formas de lidar com o novo local. É a partir de preocupações como estas que esta pesquisa procurou documentar e discutir esse tema tão pouco mencionado na sociedade, ao mesmo tempo em que se buscou criar, através de depoimentos de pacientes e seus acompanhantes, espaços de visibilidade para essas pessoas que, por diversas circunstâncias, precisam ausentar-se de suas casas na busca por tratamentos de saúde que não são oferecidos na cidade onde moram. As Casas de Apoio/Saúde sejam elas vinculadas ao município de origem do usuário do serviço, ou ao próprio hospital no qual o paciente está se tratando, têm sido a principal forma de acesso aos serviços de saúde nas cidades maiores por parte das pessoas que vêm do interior. Durante o processo de tratamento, as datas estabelecidas para consultas, exames ou até mesmo para procedimentos mais complexos – como no caso de cirurgias, precisam ser seguidas. Em muitos casos, o paciente poderá voltar para sua cidade e aguardar até o dia da próxima consulta para fazer o retorno, ou permanecer na Casa de Apoio durante todo o tratamento. A diferença depende da complexidade de cada caso e demanda do fluxo de pessoas que precisam desses serviços. A despeito da quantidade de pessoas que precisam recorrer a este tipo de apoio, o grau de destaque dado a esse tipo de trajetória e

mudanças ainda é pequeno. Sobre o assunto, encontramos apenas algumas notas de jornais locais de estados brasileiros, relatos sobre pacientes como o que introduz este capítulo. Além disso, pouco encontramos sobre o tema nos estudos da área. Menos ainda são as informações sobre as relações entre esses pacientes que se vêem numa mesma situação de estar numa Casa de Apoio enfrentando demandas distintas, que poderão ser decisivas na permanência de longo ou curto prazo longe de suas casas e de suas famílias. Os motivos que têm levado os pacientes a buscarem tratamento estão, na sua maioria, relacionados ao Câncer, em seguida, doenças pulmonares e renais. Quanto às demais ocorrências estão relacionadas a tratamentos no serviço de angiologia e doenças cardíacas. Entre todos, os maiores acometidos são os adultos, apesar de existirem uma parcela de idosos e crianças que também passam pela casa. Não há um limite de tempo para permanecer na Casa, tudo depende do tratamento. Em média, o paciente chega a passar até quinze dias, como no caso de um paciente que realiza uma cirurgia, por exemplo, fica um período de repouso e após recuperação, estando em condições adequadas de saúde, poderá retornar para sua cidade local. Entretanto há pessoas que praticamente vivem na casa há mais de dez anos. Este trabalho tem como Objetivo Geral “analisar a percepção de pacientes e acompanhantes da Casa de Apoio à Saúde do município de Morro do Chapéu sobre o trânsito interior-capital”. Entre os objetivos específicos, estão: conhecer a trajetória de cuidado à saúde dessas famílias, identificar aspectos que caracterizam o cotidiano na Casa de Apoio, analisar as relações dessas famílias com a família de origem do interior e, compreender como lidam com esse processo de mudança e mobilidade entre Salvador e Morro do Chapéu – BA. Em termos metodológicos, essa é uma pesquisa qualitativa. A pesquisa social tem trazido uma grande contribuição quando se pretende optar pelo melhor tipo de intervenção, aquela que melhor satisfaça os objetivos de um estudo, enriquecendo o resultado através de escolhas que se adéquam às características singulares de cada grupo no qual se deseja pesquisar. Para tal, trabalhamos com entrevistas semi-estruturadas, onde o entrevistador pode explorar mais as respostas do entrevistado mesmo através de um roteiro especificado. Podem ser registradas informações através da sondagem das respostas, havendo maior interação de diálogo entre ambos. Assim, através desse tipo de intervenção, entrevistador e entrevistado desfrutam de um espaço maior já que não estão “presos” às perguntas e respostas. A sondagem do tema pesquisado auxilia

na compreensão de outras questões que possam estar relacionadas, mas que o entrevistado não trouxe. Foi utilizado um roteiro de entrevista com dados sócio-demográficos para identificar aspectos gerais do entrevistado como idade, raça, sexo, escolaridade, ocupação, entre outros e uma segunda parte com um questionário semi-estruturado versando sobre o tema da pesquisa. As entrevistas foram realizadas com três pessoas: uma mulher de trinta e um anos de idade, que acompanhava seu filho de treze anos num tratamento de Artrite Reumatoide Juvenil; um homem de trinta e nove anos que realiza tratamento de Hemodiálise; e uma mulher de vinte e três anos que realiza tratamento de uma Má Formação Artéria Venosa. O local em que foram realizadas as entrevistas foi na própria Casa de Apoio onde os entrevistados estavam. As entrevistas tiveram um tempo aproximado de trinta minutos e foram realizadas mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nas transcrições foi preservado o sigilo dos participantes. O acesso aos serviços de saúde e as diversas formas de tratamento a que os pacientes estão submetidos, acontecem das mais variadas formas, constituindo assim, um cenário de encontros e desencontros onde eles puderam construir, a partir de suas experiências, novos significados à suas vidas. Os entrevistados apesar de compartilharem do mesmo sistema de saúde, o SUS, e de uma mesma moradia, uma Casa de Apoio, deram significados distintos às suas trajetórias. No decorrer dos diálogos estabelecidos cada um pôde interpretar suas vivências de acordo com a condição em que se encontrava. Ana, a primeira entrevistada tem 31 anos de idade, é solteira, cursa o primeiro ano do curso técnico de Agroecologia vinculado ao Ensino Médio e recentemente foi aprovada num concurso na função de Auxiliar de Serviços Gerais. No interior, ela mora com o filho Felipe de 13 anos, e o acompanha à Salvador desde 2009 no tratamento de Artrite Reumatóide Juvenil que realiza com um Reumatologista. O nosso segundo entrevistado foi José que tem 39 anos de idade, é casado, cursou o Ensino Fundamental e se aposentou devido sua doença. Morava no interior com seus dois filhos, de 15 e 10 anos, e sua esposa. Ele realiza o tratamento de hemodiálise há aproximadamente dez anos. No início do tratamento costumava voltar para casa no interior, porém como o tratamento exige que ele esteja pelo menos três vezes na semana, José tem permanecido na Casa de Apoio, sem previsão de retorno, aguardando a oportunidade de um transplante, uma solução para que o mesmo retorne a uma vida normal, como antes. A última entrevista foi realizada com Marta

que, inicialmente tratava de uma Má Formação Artéria Venosa, porém com a descoberta da gravidez no decorrer do tratamento foi direcionada ao cuidado de sua gestação e somente ao final desta, retornará ao tratamento anterior. Ela tem 23 anos, cursa o 2º ano do Ensino Médio, e antes de iniciar o tratamento trabalhava em supermercados. O movimento de chegada e saída de pacientes muda o silêncio da rotina da Casa quando estes estavam prestes a partir ou chegando à Casa de Apoio. Alguns vêm acompanhados, outros sozinhos e, além disso, há uma constante presença de crianças, alguns idosos e adultos. Enquanto dura o tempo de tratamento, outra questão trazida pelos entrevistados se refere ao cotidiano na Casa de Apoio**,** como eles se sentem e como se estabelecem as relações de convivência entre os mesmos nesse ambiente. Considerando a história de cada um, a Casa de Apoio tem dois significados principais: para Ana e Marta ela é utilizada como lugar de passagem pelos curtos períodos e outras vezes, um pouco mais de tempo de acordo a necessidade de continuidade de tratamento. Para José, cujo tratamento exige outro tipo de cuidado, ela ganha outro significado: a Casa é vista para ele como lugar de moradia onde tem permanecido por longo tempo por se tratar de um cuidado contínuo. Pensar as condições em que cada um destes se encontra nesse processo de tratamento, auxilia na compreensão de que ao compartilharem um espaço único, não extingue a possibilidade de analisar e entender como (re) constroem suas vidas de formas diferenciadas. Além disso, encontrar-se nas condições apresentadas por eles, também sugere que este trabalho não se resuma ao simples fato de conhecer a história de cada um, mas também como cada experiência cria olhares e percepções mais ou menos precisas, a depender do sujeito. Para todos os entrevistados, a chegada à Casa de Apoio e a adaptação a mesma ocorre aos poucos. Para os entrevistados, inicialmente há certo estranhamento. Sentir-se como parte do grupo tem sido, como demonstrará os relatos, uma construção coletiva e que demanda tempo. Por outro lado, estabelecer relações de convivência nesse espaço acaba também preenchendo o vazio de algumas ausências como das pessoas próximas que ficam no interior, das atividades pessoais que são interrompidas, entre outros, e que vão se mantendo ao longo desses deslocamentos. No que se refere aos efeitos dessa nova rotina os momentos vividos em Salvador costumam ser compartilhados com outras pessoas que contribuem de certa forma, para lidar com os problemas que surgem, além de procurarem distrair-se diante do contexto de dificuldades ao quais

estão inseridos. Além dos serviços prestados pela equipe de profissionais que compõem a Secretaria de Saúde da cidade de origem, como marcação de consultas e organização das viagens, outros atores parecem complementar um quadro de apoio emocional que contribuem na construção de vínculos: são os funcionários da Casa de Apoio. Durante as entrevistas, todos os entrevistados destacaram constantemente o papel dos funcionários tanto da casa quanto do transporte no apoio a eles. Além de auxiliar na mediação dos contatos institucionais, eles aparecem nas falas dos entrevistados como pessoas que os apoiam no dia a dia quando no decorrer de suas trajetórias, distantes de suas rotinas, acabam criando outros laços afetivos. Dessa forma, são entendidas como pessoas que também amenizam seus sofrimentos. Este trabalho possibilitou conhecer melhor sobre as dificuldades e estratégias utilizadas por essas pessoas que realizam tratamentos de saúde longe de seus locais de origem precisando, para isso, adaptarem suas vidas a novas rotinas e desafios. Analisando esse trajeto encontramos situações de desgaste físico e emocional em todas as etapas desse processo de mobilidade. O acesso que é mínimo, e na maioria das vezes, ausente, no lugar onde moram levam a reincidência dessas viagens dependendo da complexidade da doença ou do tratamento, deixando-os suscetíveis à viagens de longa distância para dar continuidade ou iniciar um tratamento especifico de saúde. O tempo, os motivos, e a função que cada um desempenha, seja no papel de paciente ou acompanhante, mostraram-se aspectos importantes para definir o olhar que cada um lançou sobre suas experiências. Ao mesmo tempo em que relataram suas trajetórias de tratamento, também relembraram o antes – não estar doente, ou não saber - seus desafios físicos e emocionais pelo que passaram durante a descoberta da doença, sobre a necessidade de tratar-se fora da cidade local, e pelo que passam até o presente momento durante o percurso que realizam entre as duas cidades. Esses pacientes se ausentam de casa, vão para outra cidade e permanecem distante por dias ou meses sem retorno, ou com retornos breves, mas continuam a deslocar-se continuamente. A forma e intensidade de como essa ausência será sentida por cada membro da família depende da relação de dependência entre os mesmos. Foi notado ainda que, quando uma pessoa se encontra na condição de paciente, caso esta seja o responsável pela família, pela casa, a noção de perda e solidão ganham um sentido maior tanto daquele que se ausenta como daqueles que ficam. Além disso, a condição social de cada um deles reflete nas reações físicas e

psicológicas que carregam principalmente na forma como lidam com as mesmas e mais ainda na maneira como passam a viver diante de uma necessidade de cuidado maior. Diante da nova rotina à qual precisam adaptar-se, este trabalho procurou dar maior visibilidade a esse grupo, podendo servir como instrumento para novas pesquisas, através da elaboração de novos projetos, por exemplo, que venha beneficiar não apenas a comunidade local, mas outros grupos que também vivem situações como essa.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. SUS – Princípios e Conquistas. Brasília, 2000. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf> Acesso em 06 de Setembro de 2013.

BRASIL. VII Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília - DF, 1986. p. 4 Disponível em <www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf> Acesso em 04 de Setembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Brasília - DF, 2009. p. 44. Disponível em <www.dab.saude.gov.br/caderno_ab.php> Acesso em 20 de Outubro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, 2011. p. 19. Disponível em <www.dab.saude.gov.br/caderno_ab.php> Acesso em 20 de Outubro de 2013.

BATISTA, R. História Brasileira: Revolta da Vacina, 2010. Disponível em < http://www.historiabrasileira.com/brasil-republica/revolta-da-vacina/> Acesso em: 04 de Setembro de 2013

CAMILA, K. Diário do Nordeste: Pacientes do Interior buscam a Capital para lutar contra o câncer. Ceará – BA, 2012. Disponível em <http://diariodonordeste.globo.com/m/materia.asp?codigo=1210025> Acesso em 20 de Maio de 2013.

FONSECA, Natália da Rosa; PENNA, Aline Fonseca Gueudeville; SOARES, Moema Pires Guimarães. Ser cuidador familiar: um estudo sobre as conseqüências de assumir este papel. *Physis*, Rio de Janeiro , v. 18, n. 4, 2008.

LUZ, M.T. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2000, vol.5, n.2, pp. 293-312. ISSN. Disponível em < >http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232000000200006&script=sci_abstrat&tlng=pt> Acesso em 20 de Outubro de 2013.

MAY, T. Pesquisa Social. IN: MAY, Tim. Pesquisa social: questões, métodos e processos. 3.ed. Trad. Carlos A. Silveira. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 147 -148.

MOURA, L. R. R. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Tratamentos: Hemodiálise, 2013. Acesso em < http://www.sbn.org.br/leigos/index.php?hemodialise&menu=8> Acesso em 20 de Outubro de 2013.

POLIGNANO, M.V. História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão, 2011. Disponível em <http://www.fag.edu.br/professores/yjamal/Epidemiologia%20e%20saude%20publica/Historia%20e%20estrutura%20SUS.pdf > Acesso em 20 de Maio de 2103.

PALMEIRA, A. T. Representações sociais de doença crônica: um estudo qualitativo com pessoas com diagnóstico de insuficiência renal ou dor crônica. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Salvador, 2009.
PERES, C. M. A. Sociedade Brasileira de Neurorradiologia Diagnóstica e Terapêutica. O que é uma malformação arteriovenosa (MAV)? 2013. Disponível em < http://sbnr.org.br/mavs/> Acesso em 04 de Outubro de 2013.
PEREIRA, D. N. Incertezas de pacientes no sistema público de saúde. *Physis* Revista de Saúde Coletiva. p. 149. Rio de Janeiro 2010.
RABELO, MCM., ALVES, PCB., SOUZA, IMA. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.
BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Programa Estadual de TFD. Cartilha de Orientação ao Paciente. SUS, 2010. Disponível em <http://www.saude.ba.gov.br/direg/images/stories/Noticias/Cartilha%20TFD%20-%20Atualizada.pdf >Acesso em 06 de Setembro de 2013.
BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB. Manual de Normatização do Tratamento Fora do Domicílio – TFD.SUS, Salvador – BA, 2012. p. 4. Disponível em <http://www2.saude.ba.gov.br/cib/arquivos/Manual%20do%20TFD.pdf> Acesso em 06 de Setembro de 2013.
SPINK, M.J, Psicologia Social e Saúde - Práticas, Saberes e Sentidos. 8.Ed. Editora Vozes. Petrópolis, 2011.
SPINK, M. J., Matta, G. C. A prática profissional *psi* na saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In M. J. Spink (Org.), A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.
SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. Artrite Idiopática Juvenil. Cartilha para Pacientes. 2011. Disponível em < http://www.reumatologia.com.br/PDFs/Cartilha%20Artrite%20Idiop%C3%A1tica%20Juvenil.pdf> Acesso em 30 de Agosto de 2013.

O ACOLHIMENTO COMO DISPOSITIVO CLÍNICO NO PONTO DE CIDADANIA

Dhara Santana Teixeira
Mariana Barbosa Pires

O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão, de estar em relação com algo ou alguém (BRASIL, 2010). O acolhimento, partindo dessa definição, refere-se a principal diretriz da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (2006), sendo, assim, um dispositivo clínico para a efetivação dos princípios orientadores do Sistema Único de Saúde. Como diretriz, o acolhimento se apresenta com uma relevância política, ética e estética.

Política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros. Ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, dores, alegrias, modos de viver, sentir e estar na vida. Estética no que diz respeito à invenção de estratégias, nas relações e encontros do dia-a-dia, que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade (BRASIL, 2010).

Nessa perspectiva, o acolhimento torna-se mais potente quando compreendido e praticado na lógica política, ética e estética, dentro de uma relação equipe - usuário, não sendo, portanto, finito em um ato. Acolher, então, nãose refere apenas ao modo de recepcionar os usuários que chegamaos serviços de saúde, mas é o dispositivo que faz parte de todo processo de produção da saúde, destacando o compromisso com o cuidado. Franco e Merhy (2005) colocam que o desafio posto aos que trabalham com saúde é o de construir processos de produção de saúde que ofereçam um modelo centrado nas tecnologias leves[7], mais relacionais.

A partir desse entendimento, o presente trabalho pretende refletir sobre o acolhimento em saúde como dispositivo clínico e ferramenta de efetivação dos princípios do SUS, a partirdas especificidades do acolhimento realizado no projeto

[7]Sendo o trabalho em saúde fortemente influenciado e comandado pelas relações entre sujeitos, Merhy define que tecnologias leves são as tecnologias das relações, como o acolhimento, o vínculo, a autonomização, a gestão como forma de orientar processos (MERHY, 1991 apud MARQUES, LIMA, 2004).

Ponto de Cidadania– CETAD/UFBA, campo de estágio em psicologia das autoras, durante o ano de 2015.

Dispositivo clínico aqui é compreendido dentro do conceito de Baremblitt citado em Franco, Galavote (2010) que o entende como um sinônimo de agenciamento capaz de gerar acontecimentos revolucionários, disparando processos de transformação a partir das linhas de fuga do desejo, produção e liberdade. O acolhimento, então, é o dispositivo clínico que compõe todo e qualquer ato relacionado à produção de saúde e cuidado. O Ponto de Cidadania em sua proposta dispõe deste acolhimento comoato de aproximação e construção de vínculo para ocuidado. Acolhimento como ato cuidador e pautado na relação que se constrói entre usuário e técnico.

O projeto, inaugurado em junho de 2014, em Salvador, é fruto da parceria entre CETAD - UFBA (Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas - Universidade Federal da Bahia), SUPRAD (Superintendência de Prevenção e Acolhimento aos Usuários de Drogas e Apoio Familiar) e COMVIDA (Comunidade Cidadania e Vida). O serviço dispõe de dois contêineres com estrutura de recepção, banheiros e sala de atendimento; localizados em territórios identificados como problemáticosem relação às vulnerabilidades sociais que se vivem pessoas em situação de rua usuárias de substâncias psicoativas. Um dos contêineres está instalado na chamada Praça das Mãos, no Distrito Sanitário do Centro Histórico; e outro está instalado na região chamada Pela Porco, no Distrito Sanitário de Brotas.

O Ponto de Cidadania surge para oferecer um espaço de acolhimento a estapopulação com o propósito de fomentar o cuidado à saúde, o autocuidado e a cidadania, além de “prover a ampliação, diversificação e articulação da rede de serviços do SUS e SUAS para assistência a esta mesma população” (Projeto Ponto de Cidadania,2015).A perspectiva teórico-metodológica de intervenção proposta pelo Ponto de Cidadania pauta-se na atenção psicossocial, com ênfase nos conceitos de rede, território, clínica ampliada – acolhimento, vínculo e responsabilização - interdisciplinaridade e redução de riscos e danos.No processo do acolhimento, os profissionais atuam na desconstrução da demanda centrada no signo droga neste contexto da rua, através dos encontros, vínculos e afetos.

O acolhimento no Ponto de Cidadania não éuma formalidade com tempo e lugar e nem imperativo para o acesso ao projeto e ao que é ofertado por ele. Todo

usuário que chega ao serviço é acolhido, independente de ter sua ficha de acolhimento preenchida ou não. O acolhimento é realizado respeitando as singularidades dos usuários e no cuidado às diferenças, destacando a relevância ética.Por muitas vezes, é avaliado pelos técnicosda equipe que a ficha de acolhimentonão seja preenchida no primeiro encontro com o usuário, mas no momento em que a vinculaçãoesteja estabelecida e o processo de cuidado tenha se iniciado.

A equipe do projeto trabalha na perspectiva interdisciplinar. Háno serviço uma diversidade de profissionaisentre redutores de danos, psicólogos, enfermeiros, pedagogas, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, entre outros, que trabalham de maneira conjunta. Além disto, a equipe conta com a circulação de estudantes e residentes de diferentes formaçõesque imbricam ao trabalho novos olhares. A interdisciplinaridade concerne na compreensão de que na complexidade do que se acolhe na rua não há um conhecimento único que viabilize o cuidado, mas sim conhecimentos que se complementam e ampliam as possibilidades de cuidado. Dessa forma, os diferentes campos do conhecimento se complementam obrigatoriamente em ato o que vai levar consequentemente a expansão dos limites dos seus campos disciplinares (QUEIROZ, 2015).

Nesse sentido, há diversas estratégias de produção de saúde promovidas pelo Ponto de Cidadaniaque potencializam o acolhimento como relevância estética. Elas ocorrem no cotidiano, de forma interdisciplinar e com inventividade própria dos encontros. Exemplos dessas estratégias é o modo acolhedor aoreceber usuários novos, assistidos ou que tem pouco tempo de acesso ao serviço;as escutas qualificadas; as atividades lúdicas e culturais;as rodas de conversas;as oficinas temáticas; osencaminhamentos compartilhados para serviços de saúde e assistência social; as ações no território, como a atividade de campo; assim como o investimento em reestabelecer junto e com os usuáriosos vínculos familiares e sociais. Autores como Campos (1994, 2003), Teixeira (2003) e Takemoto e Silva (2007) defendem que o acolhimento não é necessariamente uma atividade em si, mas componente que “atravessa” toda a atividade assistencial, que não acaba, ou não deveria acabar no ato em si (ZINI, 2013).

Inicialmente o que se apresenta como demandano acolhimento é o uso abusivo de substâncias psicoativas e/ou a busca por respostas no âmbito da saúde ou cidadania. Oque se acolhe é uma questão que, muitas vezes, ainda não foi formulada.

É preciso formulá-la para em seguida tratá-la, fazendo com que ela se desloque – da droga ao fazer de cada um (REGO, 2009). A desconstrução da demanda, então, se dá, muitas vezes, na resposta às queixas iniciais, como por exemplo: confecção de documentos, atendimento no posto de saúde ou ter um cabelo cortado. Neste processo, o acolhimento é construído nestes pequenos atos, que se tornam a ponte que viabiliza a vinculação entre equipe e usuário.Assim, são nestes encontros, que parecem ser do imediato, que a vinculação se estabelece, a produção do cuidado vai acontecendo e o Projeto Terapêutico Singular (PTS)[8] vai sendo construído e reconstruído, tendo o acolhimento como ato permanente.

As demandas que surgem são múltiplas, desde curativo para um ferimento até uma passagem de retorno ao estado de origem do usuário (para os casos de usuários que migraram para Salvador). O que chega como demanda é a chave do processo de acolhimento. Um exemplo foi um usuário que acessa o serviço por conta de um problema de saúde com a especificidade de uma cirurgia urgente e neste processo de cuidado e resolutividade do caso, um projeto terapêutico singular foi construído e diversas questões que estavam para além da cirurgia puderam ser trabalhadas. O acolhimento foi o processo disparador de transformações em diversos âmbitos da vida do usuário no que concerniam suas relações com esposa e filho, a droga e o tráfico. Ficou clara neste caso, a importância do vínculo e do acolhimento.

Acolher requer prestar um atendimento com responsabilização e resolutividade e, quando for o caso, orientar o usuário para continuidade da assistência em outros serviços, requerendo o estabelecimento de articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos. Oencaminhar no processo de produção de saúde junto à população em situação de rua, usuária de substâncias psicoativas (SPAs), tem a especificidade de ser meio e não fim. O projeto se articula em rede - seja a rede de saúde, da assistência social, bem como as redes de base, como laços comunitários, mesmo quando estas redes não têm portas abertas ou se mostram insuficientes, enquanto serviço. Torna-se necessário, então, a disponibilidade da

[8] O PTS é um instrumento de organização e sistematização do cuidado construído entre equipe de saúde e usuário, considerando singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso. Projetos terapêuticos são, pois, resultantes de acordos possíveis e necessários entre ofertas e demandas, tomados tanto como experiências da vida prática dos usuários como dos saberes e experiência clínica dos trabalhadores e equipes de saúde. (BRASIL, 2010)

equipe no “estar com”, potencializando o protagonismo dos usuários e a corresponsabilização no cuidado, configurando o acolhimento também como relevância política.

Sendo assim, há uma avaliação da necessidade nos encaminhamentos à rede junto com o usuário, implicando-o no seu processo de cuidado. Para isso, é importante a garantia do acolhimento como um dispositivo clínico que permeia toda e qualquer ação, ampliando a efetividade das práticas de saúde. O trabalho é o cuidar no estar junto com o usuário desconstruindo mutuamente a demanda, a partir das queixas, promovendo capacidade de cuidado de si e abrindo possibilidades de movimento em suas histórias de vida. A mudança da posição subjetiva depende da formulação e elaboração de uma demanda dirigida ao cuidado singular (RODRIGUES & BROGNOLI, 2014).

Neste cuidado emancipatório pautado pela ampliação dos gradientes de autonomia promove-seentre usuários e equipe a possibilidade de desvelar e lidar com suas escolhas. Um cuidado tutelar, disciplinador, prescritivo e restritivo predetermina e estabelece, a partir de critérios externos, aquilo que a pessoa deve fazer e como deve se comportar (MERHY, 2007 apud BRASIL, 2013). Por isto, a importância da criação de estratégias, não só coletivas, mas no caso a caso e na perspectiva da redução de riscos e danos, considerando a singularidade e autonomia dos usuários. Ela deve ser operada em interações, promovendo o aumento de superfície de contato, criando pontos de referência, viabilizando o acesso e o acolhimento, adscrevendo a clientela e qualificando a demanda, multiplicando as possibilidades de enfrentamento ao problema da dependência no uso do álcool e outras drogas (BRASIL, 2003).

A redução de riscos e danos (RD) no Ponto de Cidadania é compreendida como uma estratégia, que está presente de maneira transversal no processo de cuidado. Constitui-se da criação junto com os usuários de estratégias de diminuição dos danos e riscos à saúde, sociais e econômicos, relacionados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas, e levando sempre em conta o tripé meio sociocultural,

produto e indivíduo[9].Assim, é preciso compreenderas vulnerabilidades[10], considerando o acesso a bens culturais e de cidadania(meio sociocultural), as substâncias psicoativas (produto) utilizadas e os seus efeitos, e a história de vida do indivíduo.

Então, para a construção do projeto terapêutico singular, é preciso compreender o tripé meio sociocultural, produto e indivíduo, a fim de entender a relação que o indivíduo estabelece com a droga, qual o lugar que ela ocupa em sua vida. A partir disso, traçar as estratégias de cuidado junto com o usuário, possibilitando o deslocamento da droga como signo no discurso da demanda, promovendo novos sentidos a ela. Desta maneira, o acolhimento se dá todos os dias e não há um início, meio e fim no acolher; há sempre um trabalho a ser feito, nesta contínua qualificação das demandas e desconstrução das queixas.

O PTS e a redução de danos ajudam, assim, a operacionalizar a perspectiva de uma clínica ampliada, que possibilita a emergência de dimensões subjetivas e a reconfiguração dos territórios existenciais, tanto dos trabalhadores em saúde quanto daqueles que eles cuidam. A dimensão processual desse modo de produção do cuidado ancora, mas, ao mesmo tempo, projeta a construção da integralidade em saúde naperspectiva de autonomia e emancipação dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2013).

Os desafios nesse campo de atuação e especificamente no Ponto de Cidadania são inúmeros. Por ser um serviço portas abertas, acolher toda a demanda e ainda ir ao encontro dos usuários, a viabilização de planejamento técnico do trabalho pode ser comprometida, entretanto, as reuniões clínicas semanais, que ocorrem com supervisão, oferecem uma estruturação, discussão e criação de ações estratégicas conjuntas. Além disso, devido à complexidade do que se acolhe, questionam-se aqui os chamados “buracos” da rede de assistência a esta população, o que torna um serviço como o Ponto de Cidadania na perspectiva do acolhimento sobrecarregado. Desta forma, os encaminhamentos que deveriam ser realizados podem não ser

[9]Olivenstein (1985)

[10]A noção de vulnerabilidade, compreendida enquanto o resultado de interações que determinam a maior ou menor capacidade de os sujeitos se protegerem ou se submeterem a riscos, possibilita a singularização das intervenções (OLIVEIRA, 2000 apud BRASIL, 2013).

efetivos, dificultando a construção de vínculos com os usuários e a produção de saúde.

Por todas estas reflexões é possível afirmar que o acolhimento no Ponto de Cidadania é um dispositivo clínico disparador de transformações nos processos de cuidado, bem como ferramenta de efetivação dos princípios do SUS. As estratégias de cuidado realizadas no cotidiano do trabalho potencializam o acolhimento e garantem a universalização da atenção, uma vez que todo e qualquer usuário é acolhido, ea integralidade das ações, buscando considerar as necessidades mais abrangentes dos usuários e integrando prevenção, promoção e assistência em saúde. Além disso, o acolher no projeto tem o compromisso ético de respeitar e valorizar as diferenças e singularidades, sem nenhum tipo de preconceito ou discriminação, e fortalecer a autonomia dos usuários na produção de saúde e cidadania.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha Humaniza SUS: caderno de textos: cartilhas da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. (Orgs.). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj/Abrasco, 2005.

MARQUES, G.Q., LIMA, M.A.D.S. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, 2004.

OLIEVENSTEIN, C. Destino do Toxicômano. São Paulo: Editora Almed, 1985.

QUEIROZ, D. C. O Ofício das Profissionais do Consultório de Rua: um estudo sobre a Técnica, Tecnologia e Subjetividade. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

RÊGO, M. Toxicomania: Movimentos de uma clínica. In: Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropologicas. EDUFBA, 2009.

ZIZI, R. L. Acolhimento como prática psicológica no contexto de um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas. Tese de Doutorado – Programa de Pós – Graduação Stricto Sensu em Psicologia do Centro de Ciências da Vida - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2013.

O OLHAR DAS ESTUDANTES DE PSICOLOGIA NUMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SOBRE A PROFISSÃO DO (A) PSICÓLOGO (A): RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA INTERDISCIPLINAR

Sarah Mabell Ramos da Silva Rios

Amanda Menezes Evangelista

Shiniata Alvaia de Menezes

Resumo:

O presente trabalho expõe a sistematização da experiência de duas estudantes de Psicologia numa Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade do Salvador, mas especificamente em dois serviços oferecidos pela mesma à comunidade metropolitana, os serviços foram: Grupo de Tabagismo e Sala de espera. Essa experiência foi fruto da parte prática do componente curricular, intitulado “Projeto Integrado de Trabalho VI”, oferecido pelo Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia. As atividades foram desenvolvidas durante seis semanas, no período entre 06 de Maio à 17 de Junho de 2015, com seis encontros, tendo acompanhamento supervisionado pela docente responsável pela disciplina, como também pela psicóloga da instituição, na qual a prática foi realizada. O objetivo dessa prática foi oportunizar espaços para as estudantes desenvolverem acolhimentos, escutas e orientações aos usuários (as) de tabagismo e dos serviços duma Unidade Básica de Saúde sobre doenças sexualmente transmissíveis, o uso de métodos contraceptivos, bem como HIV- AIDS, além disso, a prática visou também propiciar espaços para observação crítica das mesmas sobre a importância da atuação do (a) profissional de Psicologia numa Unidade Básica de Saúde Pública, inserido (a) numa equipe interdisciplinar. A instituição onde a prática foi desenvolvida está localizada na cidade do Salvador e faz parte atualmente do Distrito Sanitário Centro Histórico de Salvador- Ba (DSCH), além de está vinculada à Coordenação Municipal de DST/AIDS na área de assistência e prevenção às DST/HIV/AIDS, atuando na defesa dos direitos humanos e dos direitos de cidadania, contra o preconceito e a discriminação e na garantia do acesso universal à assistência gratuita (incluindo medicamentos específicos). Em vista da prevenção e promoção de saúde sua equipe é multiprofissional, composta por enfermeiro (a), médico (a) clínico(a), psicólogo(a),

assistente social, fisioterapeuta, infectologista, odontologista, farmacêutico(a) e corpo administrativo. Os principais serviços oferecidos por esta unidade são: Atenção básica, imunização, farmácia, aconselhamento, palestras e oficinas de prevenção às DST/Aids, testagem para HIV, VDRL (sífilis) e hepatite B, com aconselhamento pré e pós-teste, atendimento a pacientes com DST e Aids, atendimentos clínicos básicos, Redução de danos com grupos de tabagismo, Saúde e prevenção nas escolas e programa de controle de tuberculose. Isto posto, a presente prática caracterizou-se como uma prática de caráter exploratório-descritiva, na qual foram utilizadas como metodologias dinâmicas de grupos, atividades lúdicas de criação, relaxamento, escuta e fala, como também o uso das quatro cartilhas sobre grupo de tabagismo, oferecidas pela unidade aos usuários (as). Outra diretriz do trabalho foi a promoção à educação para os Direitos Humanos através de rodas de conversa, ações educativas, palestras e oficinas) com temáticas que perpassam os meandros da promoção e garantia de direitos, o público, principalmente para grupos em situação de vulnerabilidade social (crianças e adolescente, idosos, população de rua, dentre outros) e vítimas de preconceito, discriminação, intolerância, desrespeito, negligência e abandono. Os resultados obtidos com essa prática revelaram o quanto o (a) profissional de Psicologia depara- se constantemente com diversos desafios em sua atuação, que muitas vezes demanda ao mesmo (a) capacidades, até então não exploradas pelo mesmo (a), mas que o (a) convida a estar sempre se atualizando e disposto (a) a se adequar as diversas realidades da sua profissão, bem como promover cuidados numa equipe interdisciplinar, na qual os saberes são diferentes, mas a atenção e o objetivo é o mesmo. Essa proposta de intervenção aproximou o contexto da formação à realidade social de pessoas que durante muito tempo vivenciam a violação dos seus Direitos Humanos, como também evidenciou a difícil coexistência entre política social universal e lógica neoliberal, visando à construção de espaços coletivos de reflexão e fortalecimento dos sujeitos em suas lutas e resistências cotidianas, bem como oportunidades para (re) conhecimento dos direitos e deveres de cada cidadão/ cidadã, demandando uma continuidade de ações com mesmo caráter. É importante sinalizar que esta experiência interdisciplinar é de extrema importância para a formação e atuação do (a) psicólogo (a), o que revela ainda mais a pluralidade da Psicologia enquanto campo para a construção de saberes.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia; Saúde Pública; Direitos Humanos; Interdisciplinaridade; Políticas Públicas;

Introdução:

A Redução de Danos (RD) juntamente com o Programa Nacional de DST/AIDS (PNDST/AIDS) são Políticas Públicas do Ministério da Saúde, que partem do princípio de proporcionar aos usuários a partir do processo dialógico, condições para que os (as) mesmos (as) avaliem seus próprios riscos e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas, partindo da premissa de que mesmo sendo uma reflexão ampliada e delicada existem possibilidades de reduzir gradualmente os danos causados por alguma prática que cause ou venha a causar algum risco à vida humana. Nesta perspectiva, a proteção, promoção, atenção, cuidado e auto- cuidado são práticas que fazem parte da filosofia destas Políticas Públicas.

Vale salientar que a RD constitui uma estratégia de enfrentamento dos problemas como os diversos tipos de drogas, negando a possibilidade de extinção imediata e obrigatória do uso de drogas, no campo social, seja por meio da prática individual ou da manipulação de práticas com grupos de indivíduos em situação de vulnerabilidade ou risco devido ao uso de alguma droga.

Partindo desse pressuposto, Marlatt (*et al*, 2001) enfatiza que é um direito do (a) usuário

(a) de dispor do seu corpo das diversas maneiras que lhe convém, assim, a RD e o PNDST/AIDS não pode obrigá-lo (a) a parar de cometer algum comportamento, mesmo que este lhe cause danos, mas pode oferecer alternativas de práticas que promovam no indivíduo outros olhares sobre os seus comportamentos, respeitando a sua autonomia.

Contudo, em meio a toda essa abordagem, eis que surge a seguinte questão: como lidar com toda complexidade de fatores que estão vinculados a estas temáticas, umas vez que os inúmeros determinantes sociais e as características individuais das pessoas exigem ações cada vez mais complexas?

Esta é uma problemática que desafia as Políticas Públicas a promoverem cada vez mais novos espaços, que estimulem aos indivíduos a problematizarem e refletirem sobre a estrutura social que permeia o seu cotidiano, bem como as condições oferecidas por esta para a constituição psicológica dos (as) mesmos (as).

É neste patamar, que a articulação entre as redes de atenção, cuidado e promoção de saúde apresenta-se como um dos caminhos para garantir a efetivação das Políticas Públicas na sociedade. Em vista disso, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são serviços e parceiros essências neste processo, pois são estas que estão em contato direto com a população e as Políticas Públicas (CUTIARO, et al, 2009), oferecendo inúmeros serviços aos usuários a fim de aproximá-los destas políticas.

No que tange a RD e a efetivação do PNDST/AIDS, alguns espaços como grupos operantes terapêuticos, atendimento psicológico, atendimentos clínicos e assistência social, acolhimento na sala de espera, suporte assistencial médico são oferecidos diariamente nas UBS promovendo o desenvolvimento do vínculo do (a) usuário (a) com a instituição e vise versa, garantindo a adesão dos (as) usuários (as) aos tratamentos oferecidos.

O trabalho em questão expõe a sistematização da experiência de duas estudantes de Psicologia numa Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade do Salvador, mas especificamente em dois serviços oferecidos pela mesma à comunidade metropolitana, os serviços foram: Grupo de Tabagismo e Sala de espera. Essa experiência foi fruto da parte prática do componente curricular, intitulado “Projeto Integrado de Trabalho VI”, oferecido pelo Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia.

Desenvolvimento:

Nos últimos tempos, cada vez mais se verifica a formação de grupos na assistência dos serviços de saúde. Apesar disso, esta ainda é uma ferramenta pouco explorada e sistematizada, mas usada de diversas maneiras como sinalizado por Bechelli (*et al*, 2004), desde como estratégia de demanda, ou seja, como forma de sistematizar e alocar recursos assistenciais para satisfazer as demandas de um número grande de procura por atendimentos; como também uma estratégia para propagar informações sobre um determinado assunto relevante para a população, até

como uma prática alternativa para a compreensão crítica acerca das condições de vida proporcionadas pela sociedade aos sujeitos, sendo estes protagonistas no processo de saúde. Em vista disso, percebe-se o desenvolvimento de ações interdisciplinares entre os saberes e práticas profissionais.

Todo esse patamar está vinculado as grandes mudanças recentes no modelo de atenção à Saúde, onde a política do SUS com todos os seus princípios, torna-se o cenário de todas essas novas ações em prol da Promoção de saúde, que visão banir as práticas assistencialistas individualizantes, curativas e segmentadas em terapêuticas, concebendo novos olhares para a saúde e pondo a população como principal protagonista no processo de qualidade de vida.

Santos (2010) ao questionar sobre essa nova perspectiva do modelo de atenção à saúde, salienta sobre as principais formas de estratégias encontradas pelos (as) profissionais de saúde e pelas instituições para garantir o desenvolvimento desse novo olhar frente ao processo de Promoção da Saúde, sendo o trabalho em grupo uma das principais estratégias defendidas por diversos (as) pensadores (as), como também pelos (as) próprios (as) profissionais que estão diariamente ligados a esta prática.

O trabalho de grupo na visão de Souza (*et al*, 205) possibilita a quebra da relação vertical entre o profissional e o usuário do serviço de saúde, uma vez que favorece a construção e fortalecimento de vínculos, além de possibilitar a construção de espaços de reflexão com os sujeitos a cerca da sua realidade social.

“Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo.” (FREIRE, 1980) Durante a década de 1950, Paulo Freire ao longo do desenvolvimento dos seus estudos, buscou construir um método de leitura e prática onde o sujeito adquirisse conhecimento e habilidades não apenas no campo formal, mas que ele construísse uma compreensão crítica do seu mundo e de si próprio diante da realidade, assim buscou-se elaborar um método dialógico pautado na linguagem e na cultura dos sujeitos, dotados de um saber, que evoluem diariamente junto com a sociedade e a cultura.

Em sintonia com esses pressupostos, podemos pensar a realidade dos (as) usuários (as) que das instâncias públicas que aderem ao tratamento reunidos (as) em grupo, no qual a construção dos saberes dar-se mutualmente, num ciclo onde o (a) aprendiz ao mesmo tempo que aprende, ensina também, pois “ensinar não é transferir conhecimento, mas é desenvolver um trabalho junto com o aprendiz e está sempre pronto para ouvir o que o mesmo tem a dizer.” (FREIRE, 1980)

Assim, ao construir e proporcionar um espaço de fala e escuta para os (as) integrantes do grupo de Tabagismo e da sala de espera, numa Unidade Básica de Saúde, onde todos (as) os sujeitos podem ter acesso, o que se prioriza é a construção e o fortalecimento de um saber conjunto, no qual o enfoque dialógico e reflexivo sobre as condições de existência e a auto- organização frente as prioridades da vida dos (as) mesmos (as), perpassa pela dialética entre a autonomia e a heteronomia de cada indivíduo na sua realidade.

Reunidos em grupo os (as) usuários(as) empreendem uma prática de se “educarem”. Para tal, segundo Freire (1980), é preciso ultrapassar uma série de obstáculos não apenas cognitivos mais também ideológicos, onde é nesse reunir-se em grupo, junto ao outro com características um pouco semelhantes as suas, o sujeito começa a desenvolver a capacidade de vencer a visão ingênua do seu estar no mundo, passando a problematizar esse mundo e expressando-se diante dele uma nova linguagem e compreensão dos seus atos. Este processo trata-se de uma construção gradativa.

Segundo Freire (1980), a formação de grupos como estratégia terapêutica, torna-se um dos caminhos para sensibilizar o ser humano e leva-lo a problematização da sua situação existencial, o que o desafia a uma constante aprendizagem e reflexão sobre o seu atuar na vida, tal pensamento revela-se como uma das afinidades entre este pensamento e o pensamento de Pichon- Riviere (1991). Para ambos pensadores, no espaço de grupo o (a) coordenador, não pode se posicionar como dono (a) da verdade, do conhecimento, mas sim como alguém que trabalha com o desejo do grupo e com todos os percalços à aprendizagem e elaboração da reflexão pela vida dos sujeitos; haja vista disso, o coordenador do grupo deve-se ater a sua concepção de

grupo, o processo grupal, a estrutura, organização e o embasamento teórico-metodológico que norteará e influenciará na sua assistência e prática.

No campo da Saúde as atividades grupais já vem sendo desenvolvidas desde os anos de 1905 a partir da influencia da Psicanálise, Ciências Sociais, Sociologia, Antropologia Social e Psicologia Social (SANTOS, 2005). Foi nos Estados Unidos, com as práticas em massa, mais tipicamente como aulas ou terapias coletivas de J. Pratt numa enfermaria com pacientes diagnosticados com tuberculose.

Bechelli (*et al*, 2005) nos chama a atenção para dois importantes períodos durante o desenvolvimento das terapias em grupo: o primeiro diz respeito aos anos entre 1907 e 1950 quando esta pratica começou a se configurar e se desenvolver, ainda que fosse de forma experimental; ao passo desse processo o segundo momento diz respeito ao processo de expansão e "amadurecimento" dessa novo agir terapêutico, ocorrido entre os anos 1951 e 2000, no qual de forma mais cientifica e sistemática foi se tornando alvo de estudo e aprimoramento de diversos teóricos.

Santos (2005) enfatiza que em 1935 já se verificava a aplicação de práticas terapêuticas em grupos com alcoólicos anônimos e posteriormente esta prática só evoluiu gradativamente ao longo do tempo. Segundo este teórico, pensar em grupos operativos, requer pensar num conjunto de indivíduos reunidos com um objetivo em comum, onde a dialética de ensinar- aprender, promove o desenvolvimento de reflexões e novas práticas pelo grupo. Dessa forma, a aprendizagem em grupo possibilita a interação entre os sujeitos, o que é fundamental para a construção do sujeito, enquanto ser agente, social, histórico e cultural (AFONSO, 2006).

Neste sentido, Pichon (1998) frisa que na prática em grupo, onde o sujeito se referencia diante do outro, o ato de transformar o seu se ver no mundo e ser transformado por este é criar vínculos, estes fazem parte de um dos princípios organizadores dos grupos operativos, em que somos internalizados pelo outro, ao mesmo tempo que internalizamos o outro dentro de nós criando novas formas de lidar com a realidade, tecendo uma relação.

No contexto brasileiro, a psicoterapia de grupos atingiu o seu auge e se expandiu a partir da década de 50. Entretanto, foi com a II Guerra Mundial, onde havia

um número muito grande de demandas dos pacientes para os profissionais de saúde que o tratamento grupal ganhou maior visibilidade em todo o mundo. A partir de então cada vez mais essa prática tem ganhado espaço nos diversos campos sociais da vida do ser humano.

No contexto das Unidades Básicas de Saúde que adotam esta prática como forma de aproximar os (as) usuários (as), dos serviços de saúde (ou melhor, da rede de atenção e cuidado da saúde) e dos seus objetivos maiores que demandam a sua procura pelos tratamentos oferecidos, a realidade de cada grupo é caracterizada pela demanda maior dos (as) integrantes e suas atividades são baseadas nas características de cada usuário (a)

Ademais é importante salientar que as ações envolvendo a educação em saúde e prevenção às DST's nas UBS's especializadas no assunto são justificadas pela importância da conscientização dos (as) pacientes acerca das doenças e tratamentos, a fim de aumentar a eficácia destes e a aderência a hábitos saudáveis, além de conhecer melhor as situações em que se encontram os indivíduos atendidos, possibilitando uma proximidade maior entre a instituição de saúde e seu público alvo.

Geralmente, as UBS's tendem a ter um sistema médico-centrado, onde existe pouco trabalho de prevenção e pouca interação com a comunidade. Logo, não se sabe a causa do (a) usuário (a) não ter usado preservativo ou se usa, nem qual seu nível de acesso à informação e insumos de prevenção ou acerca das DST's, muito menos como ele (a) lida com a doença, no âmbito pessoal. Conversar sobre estilo de vida, exposições a situações de risco para as infecções relacionadas às práticas sexuais e uso de drogas auxilia o (a) usuário (a) a perceber melhor seus comportamentos e possibilidades de exposição ao HIV e demais doenças. É sabido que, a prevenção é importante não apenas para quem não foi contaminado (a), afinal a presença de uma DST é porta de entrada para outras DSTs, aumentando o risco de transmissão do HIV ou de recontaminação, caso a pessoa já seja soropositiva.

Zambenedetti (2012) argumenta que a noção de clínica ampliada ressalta a necessidade de contextualizar as intervenções, com o objetivo de alcançar o sujeito para além da doença ou sintoma que ele apresenta. Assumindo que as doenças se

expressam de modos diferentes e com implicações diversas na vida de cada pessoa, é relevante considerar essa subjetividade para um atendimento completo.

Uma estratégia para alcançar esse objetivo de educar em saúde é o aconselhamento durante sala de espera, que é uma boa oportunidade de aproveitamento do tempo dos (as) pacientes. Sobre sua experiência em uma prática deste tipo, Zambenedetti (2012) diz:

Nesta perspectiva, a problematização torna-se uma estratégia de trabalho. Ao invés de prescrever formas supostamente corretas de ser e agir, com sentido universalizante, partirmos de interrogações que possibilitam a exploração de diferentes experiências que as pessoas têm com a sexualidade, uso do preservativo, presença de uma DST e seus impactos. A coletivização da experiência possibilita desnaturalizar formas cristalizadas de ser e agir no campo da sexualidade, abrindo possibilidade de novas experiências. (ZAMBENEDETTI, 2012, p.1077)

O grupo, num contexto como este, é onde se reconstroem significados, com base em situações e relações marcantes dos próprios membros. Assim, as experiências são elaboradas por meio da troca de informações, da produção de insight, da identificação, das reações em espelho e da rede transferencial. Refletir e elaborar sobre sentimentos, comportamentos e conhecimentos compartilhados sobre a sexualidade humana, através de um trabalho que visa revalorizar o diálogo, o autoconhecimento e uma melhor integração entre sentir, pensar e agir (Afonso, 2000).

A educação para a sexualidade não é uma tarefa simples, visto que não se reduz em passar informações de um sujeito que sabe para outro que aprende. Sexualidade é algo constituinte do ser humano, e como tal, se apresenta intrinsecamente relacionada ao âmbito privado, sendo também resultado da cultura e das relações sociais estabelecidas pelas pessoas no decorrer de suas vidas (Rena, 2001). Atuando na interface entre psicologia da saúde e psicologia social comunitária, o objetivo de discutir sexualidade nestes grupos é transformar suas atitudes e comportamentos, estabelecendo relações entre a vivência da sexualidade com a saúde e com a auto-estima (Gonçalves & Godoi, 2002).

O grupo é descrito também como espaço adequado para que a equipe de saúde forneça orientação antecipatória sobre os exames e o tratamento. O grupo de sala de espera caracteriza-se como uma intervenção grupal em que o (a) profissional se habilita também a retirar dúvidas e promover os serviços disponibilizados pelo espaço. Muitas vezes nesses espaços informais, quando demandas psicológicas não são explícitas, é possível, com o desenrolar da intervenção, surgir um encaminhamento psicoterapeutico individual. É nessa medida que a sala de espera, sendo uma intervenção grupal que não necessita de um enquadre formal, pode gerar um produto dali inesperado.

Se a composição da sala de espera é heterogênea, seus beneficios também, além de propor troca de informações, pode diminuir a ansiedade da espera, esclarece dúvidas sobre saúde e qualidade de vida, pode tocar o indivíduo a possíveis reflexões sobre o eu e, não menos importante, serve como ferramenta de entretenimento para os usuários daquele espaço.

Diante destes contextos a presente prática das estudantes de Psicologia, caracterizou-se como uma prática exploratória- descritiva, no qual as mesmas puderam explorar dois serviços de atendimento com os (as) usuários (as) (Grupo de Tabagismo e Sala de espera), oferecidos pela UBS, por uma perspectiva de observar, explorar, conhecer, participar e analisar a importância desses serviços na promoção e prevenção da saúde humana, como também da importância da atuação do profissional de Psicologia neste campo.

A prática ocorreu no período entre 06 de Maio e 17 de Junho de 2015, com um encontro semanal, sendo as quartas- feiras o dia de atuação na UBS e as segundas-feiras o dia destinado para as supervisões com a orientadora. Vale pontuar que entre os dias 06 e 27 de Maio as atividades se concentraram no Grupo de Tabagismo e no período de 03 e 10 de Junho a concentração foi na Sala de espera.

Conforme pontuado anteriormente os espaços aonde as práticas foram desenvolvidas foi o Grupo de Tabagismo que se caracteriza como um serviço oferecido pela UBS, na qual por demanda espontânea qualquer indivíduo que pratique o tabagismo e tem interesse em parar, ou diminuir a frenquência do mesmo pode se inscrever e participar. Os encontros são semanais (um por semana), o dia depende

da agenda da psicóloga da unidade e a quantidade de participantes é ilimitada. Na presente prática, participaram no início das atividades seis usuários (as) (três mulheres e três homens) e no final apenas cinco deram continuidade com as atividades (três mulheres e dois homens). As atividades são baseadas nas quatro cartilhas oferecidas pela unidade de saúde, porém toda a coordenação dos momentos nos encontros são diversificadas, pois depende de cada facilitador.

Outro espaço experimentado foi a Sala de Espera, que configura-se como um espaço dinâmico onde os (as) usuários (as) enquanto aguardam o atendimento dos (as) profissionais de saúde, “compartilham” partes das suas histórias de vidas, experiências, saberes uns (as) com os (as) outros (as). Apesar do nome ser “sala de espera”, nem sempre este espaço é numa sala, ele pode ser em qualquer espaço destinado ao aguardo de algum atendimento. Trata-se de uma ação que envolve orientações aos pacientes sobre diversos temas relacionados ao cuidar da saúde humana, enquanto os mesmos aguardam algum atendimento na unidade de saúde. Esta prática envolve a reflexão, conscientização, descoberta, promoção e prevenção de alguns temas que não são cotidianamente debatidos nos espaços de convívio dos usuários, por isso a sua grande importância. Além disso, ela também apresenta- se como um momento de “relaxamento” para os usuários, pois muitas vezes, os mesmos chegam na unidade um pouco ociosos com os seus problemas de saúde. Nesta UBS os temas abordados na sala de espera com mais frequência, refere-se à sexualidade. São realizados diálogos sobre DST/AIDS, formas de prevenção, a importância do uso do preservativo nas relações sexuais, dentre outros.

A UBS aonde a prática foi realizada está localizada atualmente no Bairro Nazaré, na Rua do Carro, s/n. Trata-se de uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Centro Histórico de Salvador- Ba (DSCH).

Em vista da prevenção e promoção de saúde é composta por uma equipe multiprofissional. Os principais serviços oferecidos pela mesma são: Atenção básica, imunização, farmácia, aconselhamento, palestras e oficinas de prevenção às DST/Aids, testagem para HIV, VDRL (sífilis) e hepatite B, com aconselhamento pré e pós-teste, atendimento a pacientes com DST e Aids, atendimentos clínicos básicos, Redução de danos com grupos de tabagismo, Saúde e prevenção nas escolas e

programa de controle de tuberculose. Vale frisar que esta UBS está vinculada à Coordenação Municipal de DST/AIDS na área de assistência e prevenção às DST/HIV/AIDS, atuando na defesa dos Direitos Humanos e dos direitos de cidadania, contra o preconceito e a discriminação e na garantia do acesso universal à assistência gratuita (incluindo medicamentos específicos).

Considerações:

O entendimento sobre os diversos fatores que norteiam a vida humana é complexo e consequentemente, exige ações complexas, uma vez que cada pessoa possuem as suas próprias características, com seus objetivos de vida, com suas visões sobre o mundo e sobre o seu estar no mundo. Portanto, pensar num modelo único de cuidado, pautado no atendimento assistencial individual, desconsiderando os diversos determinantes sociais que se fazem presente nas vidas dos sujeitos, nos remete a considerar esta visão reducionista e falha, pois não consegue dar conta de todas as demandas que cada pessoa exige (MARLATT, 1999).

Logo, fazer parte duma proposta de trabalho que busca integrar as diversas nuances de cada usuário (a) da UBS, a qual a pratica foi desenvolvida, no processo de cuidado e promoção do cuidado é muito significante profissionalmente como pessoalmente, pois oportuniza novos (as) futuros (as) profissionais a refletirem sobre a real função que cada agente tem no espaço de trabalho.

Os resultados obtidos com esta prática revelaram o quanto o (a) profissional de Psicologia depara-se constantemente com diversos desafios em sua atuação, que muitas vezes demanda ao mesmo (a) capacidades, até então não exploradas por ele(a), mas que o

(a) convida a estar sempre se atualizando e disposto (a) a se adequar as diversas realidades da sua profissão, bem como promover cuidados numa equipe interdisciplinar, na qual os saberes são diferentes, mas a atenção e o objetivo é o mesmo.

Além disso, esta proposta de intervenção aproximou o contexto da formação à realidade social de pessoas que durante muito tempo vivenciam a violação dos seus Direitos Humanos, como também evidenciou a difícil coexistência entre política social universal e lógica neoliberal, visando à construção de espaços coletivos de reflexão e fortalecimento dos sujeitos em suas lutas e resistências cotidianas, bem como oportunidades para (re) conhecimento dos direitos e deveres de cada cidadão/ cidadã, demandando uma continuidade de ações com mesmo caráter.

É importante sinalizar que esta experiência interdisciplinar é de extrema importância para a formação e atuação do (a) psicólogo (a), o que revela ainda mais a pluralidade da Psicologia enquanto campo para a construção de saberes.

Referências:

AFONSO, M. e cols**. Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006;

ALBUQUERQUE, J. A. G. **Metáforas da desordem: o contexto social da doença mental.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978;

BECHELLI, L. P. C.; SANTOS, M. A. Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, V. 12, n. 2, mar/ abr. 2004;

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial/ Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde**. Brasília; Ministério da Saúde, 2004;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Oficina de aconselhamento em DST/HIV/AIDS para Atenção Básica**. Brasília, DF, 2005.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B. de; CASTRO, A. M. Avaliação de política Nacional de Promoção da Saúde.**Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, jul./set. 2004.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde**: sujeito e mudança. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 178 p.

CUTIARO, R. C. S. D. . **A contribuição da equipe multidisciplinar do Pronto Atendimento do Ciaps Adauto Botelho para efetivação da Lei 10.216 no Estado de Mato Grosso.** 2009.

DIAS, R. B.; CASTRO, F. M. Grupos Operativos**. Grupo de Estudos em Saúde da Família.** AMMFC: Belo Horizonte, 2006. Disponível em http://www.smmfc.org.br/gesf/goperativo.htm [acesso em 10/05/2015];

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980;

MARLATT, A. G. e cols. **Redução de Danos: estratégias práticas para lidar com o comportamento de alto risco**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999;

PICHON- RIVIÉRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 1998;

SANTOS, E. G. dos; **O grupo como estratégia terapêutica nos centros de atenção psicossocial álcool e drogas do Espírito Santos**. Tese de Mestrado em Saúde Coletiva. Vitória do Espírito Santos, 2010;

SOUZA, A.C. et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da Saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, p.147-153, ago. 2005;

GONÇALVES, B. D., GODÓI, C. M. B. (2002). **Sexualidade e afetividade: o que é isto?** In A. CARVALHO, F. SALLES, M. GUIMARÃES (Orgs.). Belo Horizonte: Editora da Universidade Federal de Minas Gerais.

MOREIRA JR., C. S. **Grupo de sala de espera em ambulatório de geriatria: a produção de sentidos sobre o envelhecimento humano.** Dissertação (Mestrado), Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

OLIVEIRA, Silva. As mandalas e o uso terapêutico. In: **Centro Português de Investigação e Formação em Terapias complementares**. Rio de Janeiro. 2012;

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA). **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** Brasília: Organização. Pan-Americana de Saúde, 2002.

RENA, L. C. C. B. (2001). **Sexualidade e adolescência: as oficinas como prática pedagógica.** Belo Horizonte: Autêntica.

SAN MARTÍN, Hernán. **Manual de salud pública y Medicina preventiva.** Barcelona:Masson, 1986

VERÍSSIMO, D. S.; VALLE, E. R. M. (2005). **Grupos de sala de espera no apoio ao paciente somático.** Revista da SPAGESP, 6(2), 28-36. Recuperado em 01 de maio de 2015, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.

ZAMBENEDETTI, G. (2012). **Sala de espera como estratégia de educação em saúde no campo da atenção às doenças sexualmente transmissíveis.** Saúde Soc., v.21, n.4, p.1075- 1086.

ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. (Org.). **Como trabalhamos com grupos.** Porto Alegre: Artmed, 1997.

O PONTO DE CIDADANIA E A IMPORTÂNCIA DE DISPOSITIVOS DE BAIXA EXIGÊNCIA QUE POSSIBILITEM A ARTICULAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: UM RELATO DE CASO NO CENTRO HISTÓRICO DE SALVADOR

Amanda Magalhães Souza
Francisco Carlos Cunha
Natália Machado Gonçalves

SOBRE O SUS E A ACESSIBILIDADE DAS POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

As políticas públicas estão diretamente relacionadas com o contexto social. Dentro desse âmbito, inclui-se o campo da saúde. Assim, é importante esclarecer que:

> As políticas públicas de saúde constituem-se de um conjunto de ações sociais dirigidas à garantia do direito à saúde em todas as suas dimensões (promoção, proteção e recuperação), orientado para a melhoria das condições de saúde da população e do ambiente natural, social e do trabalho, e visam, sobretudo, garantir às populações vulneráveis o direito a saúde (TEIXEIRA SANTOS; DE OLIVEIRA, 2013, p. 86).

Com a Reforma Sanitária que teve seu início no ano de 1970, surgiram inúmeros debates a respeito da necessidade do acesso à saúde e sobre a saúde pública dos cidadãos brasileiros. Com a Constituição Federal de 1988 e com a redemocratização brasileira, surgiu o Sistema único de Saúde (SUS) que diz no artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado”.

Os princípios que são utilizados nessa política são os que estão na Constituição Federal de 1988: “universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade da atenção e de participação da comunidade, na organização de um Sistema Único de Saúde (SUS) no território nacional” (TEIXEIRA SANTOS; DE OLIVEIRA, 2013, p. 86).

É importante destacar, que dentro dessas diretrizes, todo cidadão brasileiro possui direito à saúde, principalmente os que estão em situações mais vulneráveis e devem ser tratados como qualquer outro usuário do serviço de saúde, levando-se em consideração a sua singularidade e seu contexto sociocultural (SOUZA; COSTA, 2010).

A fim de reafirmar esses direitos, a reforma psiquiátrica, a partir da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, traz à tona o SUS:

> […] a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como à sua integralidade; valoriza a descentralização do modelo de atendimento, quando determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população (TEIXEIRA SANTOS; DE OLIVEIRA, 2013, p. 86).

Tratando-se de populações vulneráveis, a população em situação de rua se destaca por ser uma população marcada pela extrema pobreza, ausência de renda e acesso nulo ou precário a serviços públicos, além de possuir vínculos afetivos fragilizados. Assim, essa assistência apresenta uma complexidade que envolve os contextos de vida dessa população e a necessidade de ações de atenção integral, as quais promovam a acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, promoção de laços sociais para essas pessoas em situação de exclusão social, construindo um espaço em que proporcione o exercício de direito e cidadania (BRASIL, 2010).

Além disso, a atenção deve estar voltada para a prevenção de situações de vulnerabilidade e de risco, promovendo e favorecendo o desenvolvimento da autonomia desses indivíduos, através de ações que contribuam para o fortalecimento desses vínculos comunitários e familiares.

SOBRE A POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL

No Brasil, de modo geral, o desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde de usuários substâncias psicoativas refletiu a adoção do posicionamento proibicionista, seguido pelos países signatários de acordos internacionais, sobre a questão das drogas. Nesse caso, há um alto investimento de ações voltadas para a supressão da oferta, acompanhadas, em menor escala, por opções de tratamentos que estabelecem a abstinência como a única meta aceitável. Sendo esta, muitas das vezes, exigida antes do início do tratamento, configurando-se, então,como ofertas de "alta exigência" para aqueles que padecem, justamente, pela dificuldade de estabelecer limites na relação com a substância psicoativa de sua escolha.

Ao caracterizar esses modelos a partir da década de 70, Alves (2009) identificou em determinado momento a introdução do enfoque da redução de danos nas politicas públicas brasileiras, que impulsionou, em certa medida, a reorientação do modelo de atenção à saúde. Nesse contexto, os centros de referência em tratamento, pesquisa e prevenção, tiveram importante papel no desenvolvimento de ações de prevenção e assistência especializada ao uso abusivo de substâncias psicoativas, sobretudo, num primeiro momento com a produção de conhecimentos teórico-científicos e formação de recursos humanos. Neste período, também, deu-se maior aproximação com a perspectiva da redução de danos, até então desenvolvida por experiências europeias, que refletiriam nas futuras políticas sobre drogas.

Com a participação do Ministério da Saúde no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), as inciativas de atenção à saúde aos usuários, são impulsionadas por volta dos anos 2000, ainda que o posicionamento proibicionista permanecesse dominante. Em um breve resgaste, a Lei 10.409/2002 marca as primeiras referências às ações de redução de danos na legislação brasileira, e até mesmo a Política Nacional Antidrogas, apresenta alguns pressupostos para a construção de modelo de atenção à saúde de usuários de substâncias psicoativas orientado pela lógica da redução de danos (ALVES, 2009).

Na agenda da saúde pública, a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2003, representou a tomada, pelo

Sistema Único de Saúde da responsabilidade pela garantia de atenção as pessoas com problemas decorrentes do uso e abuso de substâncias psicoativas. Os desdobramentos da adoção de uma concepção mais ampliada e posicionamento moderado, em relação aos problemas relacionados ao consumo, culminam com a Lei 11.343/2006- que revoga a Lei 10.409/2002. Nessa, as atividades de atenção à saúde, buscam melhorar a qualidade vida e a redução dos riscos e danos associados ao uso, bem como a promoção e fortalecimento dos fatores de proteção (ALVES, 2009).

Na Bahia, o Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas- CETAD, vinculado a Faculdade de Medicina da UFBA, fundado em 1985, com a proposta de ser um espaço para se pensar a questão das drogas, por vias distintas das até então adotadas, ultrapassou a perspectiva dominante à época, apresentando uma guinada paradigmática na estrutura da atenção e dos cuidados aos usuários de substâncias psicoativas.

Além do tratamento ambulatorial com a participação de equipe multidisciplinar, investimentos foram realizados no sentido de desenvolver práticas de cuidados que extrapolassem os muros da instituição, com experiências exitosas desenvolvidas nos espaços de convivência dos sujeitos que tem os logradouros públicos como espaço de moradia, ou quando não, compartilham de uma vulnerabilidade potencializada pelas condições psíquicas e sociais.

O Programa de Redução de Danos (PRD), os projetos Consultório na Rua, Consultório de Cara na Rua e o Centro de Convivência Ponto de Encontro, compõem o rol de estratégias extramuros idealizadas e desenvolvidas pelo CETAD, que a salvo as especificidades de cada uma, tinham a redução de danos como a abordagem eleita.

No entanto, é importante notar que a mudança dos espaços tradicionais de tratamento (clínicas e hospitais), para os locais de convivência dos sujeitos, imprimirá contornos específicos ao trabalho realizado, pois, se antes os sujeitos eram retirados do seu contexto para serem cuidados, com o trabalho na rua a equipe é “desterritorializada”, e convocada a criar arranjos que dialoguem com as demandas apresentadas nesses espaços.

Muitas vezes, falar em pessoas em situação de rua envolve a compreensão anterior de um histórico familiar de agressões, abandono, cenas de violência, pobreza, envolvimento com atividades ilegais ou traumas, que as conduz a uma relativa falta de opção, já que a rua se estabelece como estratégia de sobrevivência, física e/ou psíquica.

Frente a contextos de grande adversidade, a substância psicoativa, de modo geral,entra como um recurso de enfrentamento. No caso da rua, diversos tipos de consumo e funções são desempenhados, favorecendo, além do pertencimento a uma cultura e grupo, um momento de lazer, estratégias de sobrevivência e, não raro, desenvolvimento de modelos abusivos de consumo.

Os efeitos químicos das substâncias psicoativas, muitas vezes, associam-se diretamente aos “sintomas” das pessoas em situação de rua. Seja através do alívio da sensação de fome, frio e cansaço, ou à possibilidade de sentir-se outro, mais forte e valorizado, as substâncias ocupam uma importante função, que torna mais difícil a sua desvinculação à esta população específica.

Funções as quais a substância encarna a exclusão simbólica que o usuário é objeto, mas também funciona como uma solução diante das vicissitudes a que está exposto. Assim, a droga como recurso, que desponta como sintoma social, responde a um contexto econômico e sociocultural, com incidências subjetivas.

Assim, para pensar o consumo e abuso de substâncias psicoativas pela população em situação de rua é preciso reconhecê-lo como um fenômeno complexo, que demanda diferentes frentes de análise.

Em meio a este panorama, a mais recente experiência desenvolvida pelo CETAD, no âmbito das estratégias extramuros, junto à Secretaria de Justiça Cidadania e Direitos Humanos (SJCDH) e em parceria com a Comunidade Vida, busca oferecer um espaço de acolhimento onde o cuidado com a saúde, o autocuidado e a cidadania sejam promovidos, sendo sustentado principalmente pelo paradigma da Redução de Danos.

SOBRE O PONTO DE CIDADANIA

O Projeto Ponto de Cidadania, em atividade desde 2014, surge com a proposta de cuidadoaos usuários de substâncias psicoativas em situação de rua, a partir da oferta de possibilidades que não envolvam,necessariamente, a interrupção do uso, nem a saída da rua. Possibilidades estas que surgem, então, através do desenvolvimento de atividades informativas/educativas relacionadas à cidadania e ao processo de reinserção familiar e social; do fomento à inserção no mercado de trabalho formal e informal; do empreendimento de ações de redução de riscos e danos; da sensibilização e articulação da rede de serviços intersetoriais do território de inserção, na busca de garantir a acessibilidade e inclusão social dos usuários de substâncias psicoativas em situação de rua, nos serviços e nas diversas políticas públicas (BAHIA, 2014).

Deste modo, dois contêineres, com um espaço para banho, um sanitário e uma sala de atendimento, foram instalados em duas áreas, previamente identificadas, que compartilham da presença de grande quantidade de usuários de substâncias psicoativas, em situação de rua, afastados dos serviços de saúde e assistência social, apesar da proposta de universalidade do SUS e SUAS.

É sabido que uma parte da população brasileira, mas especificamente a população em situação de rua e usuários de substâncias psicoativas, encontram diversas dificuldades para acessar os serviços ofertados por estas redes. Seja por resistência dos próprios usuários, decorrente de uma formação psíquica marcada pela violência e estigmas, ou pela resistência dos serviços de saúde, através de processos burocráticos e atitudes discriminatórias, a universalidade não tem sido garantida e o status quo de exclusão permanece.

A ideia de “baixa exigência” se refere, então, a uma lógica alternativa, onde poucos são os pré-requisitos exigidos para o acesso ao serviço.Assim, as mais diversas demandas encontram acolhimento, já que a construção terapêutica se pauta nas necessidades e possibilidades dos usuários destes dispositivos. Desta forma, esta lógica proporciona uma ampliaçãodo acesso aos pacientes interessados em cuidar de algum aspecto da saúde sem, necessariamente, tratar do uso abusivo de substâncias psicoativas ou exigir a sua abstinência.

Desta forma, a atuação de dispositivos de baixa exigência surge com a proposta de alcançar estes indivíduos em suas necessidades básicas e, então, encaminhá-lo aos serviços da rede SUS e SUAS, através de uma construção gradual pautada no vínculo e nas possibilidades do usuário. Esta parceria visa auxiliar, portanto, na capacidade do indivíduo em sustentar a sua presençanos espaços de cuidados disponíveis na rede, tanto na atenção básica quanto especializada.

No entanto, neste processo, o investimento na sensibilização da rede ocupa uma centralidade, levando em conta a dificuldade dos serviços em absorver as especificidades trazidas por este público, que é marcado por uma desassistência generalizada. A atenção a esta população, portanto, requer uma disponibilidade para a oferta de cuidado e seus possíveis desdobramentos por parte dos profissionais, o que não está sendo garantido, a despeito do que está preconizado nas políticas públicas (Política Nacional de Inclusão Social da População em Situação de Rua; Política de Atenção Integral de Usuários de Álcool e outras Drogas; e Política Nacional sobre Drogas).

O desenvolvimento deste tipo de atuação tem se mostrado importante, na medida em que contribui para a ampliação do acesso dessa população, funcionando, também, como catalizador de novas formas de cuidado.

A mencionada baixa exigência permiteao dispositivo, então, certa flexibilidade diante da singularidade dos assistidos, já que seus frequentadores podem escolher desde usufruir apenas do banho/sanitário, até desenvolver um plano de cuidado pessoal que envolva acompanhamentos e circulação no território. Esta amplitude de atuação se faz interessante por conta da própria dinâmica da população em situação de rua, que rompe com o tempo/espaço, expectativas sociais e, em certa instância, com o próprio estar no mundo.

Assim, o trabalho no projeto se relaciona ao resgate deste estar no mundo, onde, através da *disponibilidade* técnica e estratégica dos profissionais, se ofertam possibilidades que devem ser demandadas pelos assistidos, a partir das condições subjetivas de cada um. Tal disponibilidade abre, portanto, um leque de atuação de alta complexidade, ao se fundamentar em ferramentas relacionais.

UM RELATO DE CASO: T., UMA TRAJETÓRIA POSSÍVEL

O caso de T., mulher de 36 anos acompanhada pelo Projeto Ponto de Cidadania é emblemático no sentido de refletir a prática cotidiana dos profissionais do dispositivo, além de suas dificuldades e potencialidades.

O cuidado com ela se intensificou a partir de um mal-estar físico generalizado, que a fez, em companhia de uma técnica do Ponto de Cidadania, desejar acessar a Unidade de Saúde da Família (USF) de seu território, no intuito de ser atendida por uma profissional clínica com experiência com a população em situação de rua. Nesta consulta, foi diagnosticado que T. estava com tuberculose e, imediatamente, deu-se início ao tratamento.

Os medicamentos, então, foram levados ao Ponto de Cidadania, onde foi pactuado com T. que esta iria diariamente buscá-los. Assim, a técnica de referência desenhou um calendário, que permitiria gerir, de forma mais eficaz e acessível, a administração dos medicamentos, estratégia pensada como uma forma de empoderar T.e fortalecer o seu vínculo com o dispositivo.

Foi iniciada, portanto, uma rotina de cuidado com T. Nos momentos que esta não vinha até o dispositivo, um componente da equipe ia até sua casa, para garantir a continuidade do tratamento. O abandono e fracasso são elementos marcantes na trajetória de pessoas em situação de rua; então, visando evitar impactos negativos, a busca ativa consistiu em estratégia importante de suporte do cuidado.

Suas faltas no dispositivo se tornaram mais escassas, ou seja, ela passou a aderir ao tratamento de forma mais regular, e relatou uma melhora considerável do seu bem-estar físico geral. Diariamente, por volta do mesmo horário, T. passou a se dirigir ao dispositivo para fazer uso do medicamento e interagir com os membros do Ponto de Cidadania.

No entanto, T. passou a se queixar de dores no “pé-da-barriga”, além de sangramentos que não estavam relacionados à sua menstruação. Foi realizado, então, pela USF, um exame preventivo, concomitantemente, com o uso de antibióticos e pomadas vaginais.Neste período, T. começou a mostrar-se impaciente com o

acompanhamento médico e quantidade de exames solicitados, por vezes atuando com impulsividade e agressivamente com a equipe. Associado a este quadro, existia o consumo de substâncias psicoativas (álcool e crack) e diagnóstico de HTLV e Hepatite C.

Ao notar que o vínculo com a médica que lhe acompanhava se fragilizara, representantes da rede, em diálogo, acharam importante a inclusão de outra profissional, que pudesse tomar a frente do cuidado médico, enquanto que a primeira realizava uma espécie de matriciamento do caso.

O consumo de substâncias psicoativas continuou no decorrer deste processo de diagnóstico. No entanto, T. confessou à equipe que estava fazendo uso da cannabis como forma de reduzir o seu consumo de crack. Esta atitude explicita uma estratégia importante de Redução de Danos, utilizada frequentemente pela população em situação de rua.

Com a entrada da outra referência médica, profissional de um consultório na rua, foi realizado um exame de ultrassonografia transvaginal. Além disso, houve uma pressãoao distrito sanitário em relação ao resultado do preventivo, que ainda não havia chegado (cinco meses após ser realizado). Quando o resultado chegou, este demonstrou alterações nas células do colo do útero de T., assim como a ultrassonografia evidenciou a presença de miomas que, associadosao preventivo e dores que sentia, indicavam a presença de um câncer. Neste momento, é importante frisar a gravidade deste procedimento, já que um resultado entregue em tempo hábil poderia ser responsável, quem sabe, por alterar o percurso de T. No entanto, a precariedade e falta de investimentos na saúde pública, muitas vezes, acabam por prolongar a vulnerabilidade dos indivíduos que dela dependem.

A notícia foi passada para T., que se mostrou mobilizada, oportunidade em que a médica pôde lhe esclarecer as próximas etapas e características da doença. Ficou acertado, então, que ela seria encaminhada para um centro de referência no tratamento do câncer. No entanto, no dia seguinte, ela teve uma hemorragia uterina, que lhe impediu de comparecer ao centro, sendo encaminhada para uma UPA, onde

permaneceu uma semana (recebendo visitas de profissionais do projeto) até ser regulada e receber alta.

Neste momento, foram realizadas visitas e articulações com a família, que se mostrava afastada do caso. Foi possível perceber que a relação familiar da assistida era marcada por apego ambivalente, já que, ao mesmo tempo em que ela apresentava relativa estrutura familiar, era marcada por disputas e sensações de abandono, além de mágoas para com sua mãe. Quando recebeu alta da UPA, T. foi encaminhada ao centro de referência do tratamento de câncer, para dar início aos exames e consequente tratamento. As dores se agravaram significativamente, surgindo, inclusive, novas queixas. Após diagnóstico de câncer no colo do útero em condição avançada, T. passou a fazer uso de analgésicos fortes, que pareciam não surtir um efeito, já que a dor era frequente e, a cada dia, parecia piorar.

Os exames de praxe do centro levaram dois meses para serem concluídos, até que T. foi encaminhada para o tratamento (radioterapia) em outra instituição. Inicialmente, a recomendação era de que esta fizesse o tratamento de quimioterapia em conjunto com a radioterapia. No entanto, por conta de sua condições clínicas, a oncologista alterou a recomendação para o início exclusivo da radioterapia.

O agravo do quadro de T., que passou a ter dificuldades de locomoção, chamou a atenção de algumas providências que deveriam ser tomadas. Assim, foi convocada uma reunião com a sua mãe (M.) e irmã (I.), para fazer um repasse da atual situação clínica de T. Nesta ocasião, a sua mãe se sensibilizou e permitiu-se chorar, já que não havia se dado conta da gravidade do estado de sua filha. Além disso, relatou que T. havia recebido o diagnóstico de HPV há, aproximadamente, três anos, na ocasião em que deu à luz a sua última filha.

A partir desta conversa e algumas outras intervenções com a família, a atuação de M. se intensificou em relação ao cuidado com T. Ela passou a acompanhar a equipe do Ponto de Cidadania nos exames, assim como realizar visitas mais constantes e providenciar seu alimento. Essa aproximação gerou um desconforto a T. No entanto, com o agravo da doença, ela passou a aceitar as investidas maternas, que, paulatinamente, assumiu o cuidado com a filha de forma ainda mais intensificada.

A partir de determinado momento, logo no início da radioterapia, T. parou de se locomover sozinha, necessitando de que alguém a carregasse. Assim, começou a ficar mais tempo em sua residência, um pequeno espaço muito insalubre que, com a suas impossibilidades físicas e psíquicas, começou a juntar muita sujeira. Foi pensado, então, em se realizar uma reforma no local, que lhe possibilitasse o mínimo de conforto.

A família se interessou por esta estratégia e, depois de selecionar o dia, representantes do dispositivo, em conjunto com a mãe e irmão mais velho de T. se dirigiram à sua residência para fazer a limpeza. Enquanto isso, T. foi realocada para a casa de M., onde poderia ser mais bem cuidada e supervisionada (neste momento, com perda de apetite).

Este foi um período importante, já que houve uma aproximação considerável entre T. e sua mãe. Apesar de, por vezes, ainda haver certa rispidez na relação de ambas, pôde-se observar uma importante reconciliação. Afetos foram trabalhados enquanto M. encarava os cuidados necessários para o bem estar de T.

T. acabou perdendo as forças para continuar frequentando a radioterapia (depois de apenas quatro sessões). Assim, a médica do consultório na rua, que lhe acompanhava inicialmente, teve uma importante atuação, já queconseguiu viabilizar a internação de T. em um hospital local, aonde viria a falecer dois dias depois.

A notícia veio do próprio hospital, e os preparativos para o enterro, que ocorreria no mesmo dia, pela tarde, foram providenciados pela família. A equipe do Ponto de Cidadania articulou um veículo que levasse os conhecidos de T. ao cemitério, no intuito de que pudessem despedir-se. Representantes de outros dispositivos, que a acompanharam no seu processo, também estiveram presentes.

O envolvimento da equipe com o caso gerou uma mobilização que exigiu da equipe, então, uma atuação criativa e continuada, capaz de representar, quase emblematicamente, as possibilidades e estratégias possíveis para trabalhadores de campo.

Desde então, o cuidado continua, agora a partir de uma atenção voltada às filhas e demais familiares de T., que não ocupa mais a Praça Marechal Deodoro da Fonseca com seus rompantes de ira e entusiasmo, de demandas, reclamações e, principalmente, afetos. No entanto, é possível dizer que ela deixou sua marca, uma marca profunda que compõe a trajetória daqueles que tiveram a oportunidade de estar perto, de cuidar dela.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como conclusão, é possível refletir sobre a necessidade de investimentos, a nível federal, estadual, municipal e civil, em dispositivos de baixa exigência que contribuam com o acesso da população em situação de rua e usuária de drogas aos serviços do SUS e SUAS.

Atualmente, os profissionais que ocupam estes lugares encontram grandes dificuldades, por conta da quantidade de casos que necessitam de um acompanhamento intensificado, associado à precariedade da rede, que deveria funcionar como retaguarda fundamental.

Assim, visando garantir o princípio da universalidade e equidade, que prediz “Tratar os desiguais de forma desigual”, a População em Situação de Rua, usuária de substância psicoativa, e toda sua vulnerabilidade agravada, necessitaria de uma atenção especializada, assim como políticas públicas mais efetivas. No entanto, na prática o que se vê são entraves, em alguns momentos burocráticos e em outros psicossociais, que dificultam o acesso dessas pessoas aos serviços da saúde e assistência social de qualidade.

A População em Situação de Rua, usuária de substâncias psicoativas é afetada, em diversas instâncias, por estigmas, que levantam barreiras e dificultam os investimentos no cuidado. Assim, lidar com indivíduos que desviam dos parâmetros socialmente estabelecidos por determinadas classes, é escancarar os sintomas de uma sociedade desigual, o que não consiste em uma tarefa fácil. É nesse sentido que serviços de menor exigência se constituem como ferramentas de acesso primário das demandas desses indivíduos, de maneira a permitir, a partir dos vínculos, a

construção de outras formas de relação, que ultrapassem os estigmas que lhe são impostos.

O cuidado com População em Situação de Rua, usuária de substância psicoativa, então, constitui-se, em alguns momentos como uma tarefa de lapidação da demanda, para consequente encaminhamento à rede, que deve estar capacitada para lidar com as particularidades desta população. É um trabalho que não pode ser ingênuo, já que requer a compreensão de um fenômeno complexo, de constituição psíquica e social de uma população marcada pela carência de recurso e de limites.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Vânia Sampaio. **Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 25, n. 11, p. 2309-2319, Nov. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001100002&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Aug. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100002

BRASIL. Ministério da saúde. Coordenação nacional de saúde mental, álcool e outras drogas. **Consultório de Rua do SUS**. Brasília, 2010.

FILHO, Antônio Nery; PAMPONET, Gabriel; VON FLACH, Patrícia. **Do ponto de encontro aos pontos de cidadania: práticas de cuidado com usuário os de substâncias psicoativas em situação de rua.** IN: Olhares Plurais Sobre o fenômeno do Crack.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.3, p.509-517, 2010.

TEIXEIRA SANTOS, Jessica Adrielle; DE OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix. **Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico.** Sau. & Transf. Soc., ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.4, n.1, p.82-89, 2013.

POLÍTICAS PÚBLICAS E FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO: DESAFIOS PARA UMA ATENÇÃO HUMANIZADA EM SAÚDE

Ester Maria Dias Fernandes de Novaes

Edleusa Nery Garrido

A Psicologia baseada em um compromisso social seria aquela que se dispõe a responder às reais necessidades da sua população e da sua realidade (BOCK, 2008). Dessa forma, uma vez que os espaços de atuação profissional têm sido ampliados, entendemos que o aperfeiçoamento para ocupar esses espaços de forma comprometida precisa ocorrer paralelamente, senão teremos uma formação aquém das demandas que são apresentadas e não colaboraremos para o avanço da Psicologia enquanto ciência e profissão. Um exemplo disso tange à atuação de psicólogos nos serviços de políticas públicas no Brasil.

De acordo Baptista e Mattos (2011, p.61), por políticas públicas entende-se as "respostas dos governos às demandas, problemas e conflitos que afloram de um grupo social, sendo o produto de negociações entre os diferentes interesses, mediados pela racionalidade técnica, com vistas à manutenção de uma ordem". Nesse sentido, pensar em políticas públicas é refletir sobre "a ideia de que existe uma orientação política (do Estado) que é de interesse público e que atua, portanto, em função de um interesse maior, da própria sociedade, e que é a expressão daquilo que cada sociedade almeja" (BAPTISTA; MATTOS, 2011, p.61).

No cenário da Psicologia, as políticas públicas surgem então como um elemento preponderante nas discussões sobre atuação profissional e compromisso social, advindo também como fator importante a ser trabalhado na formação acadêmico-profissional desta área, haja vista sua relevância para diversos setores da sociedade, tais como saúde, educação, assistência social, dentre outros, setores esses em que a Psicologia tem se inserido cada vez mais.

A saúde, em especial, tem se constituído como uma relevante esfera para o trabalho dos psicólogos nos últimos tempos, tanto que "dados recentes revelam que a área pública em saúde tem surgido como o grande empregador da Psicologia, absorvendo, muitas vezes, aqueles profissionais que não conseguiram se colocar no mercado de trabalho nas áreas de intenção primeira do desejo de trabalhar" (SPINK,

2003 apud REIS; GUARESCHI, 2010, p.858). No entanto, questiona-se: tais profissionais têm sido habilitados para trabalhar nesses espaços?

Para atuar no campo da saúde, o conhecimento acerca das políticas públicas precisa considerar nuances e perspectivas que tangem ao trato do profissional com os usuários dos serviços, reconhecendo que estes têm direitos que precisam ser respeitados e demandas que precisam ser acolhidas. Logo, para atingir um estágio em que este patamar seja atingido, questões como a Humanização em saúde têm de ser debatidas desde o processo inicial da formação profissional.

Por Humanização, entende-se um princípio que "investe sobre a diferença, sobre um 'sujeito histórias de vida', ou seja, humanizar é considerar, no campo da saúde, a diversidade da população, das histórias de vida e conformá-las em categorias formuladas pelas noções de epidemiologia e vulnerabilidade, entre outros" (BERNARDES; GUARESCHI, 2007, p.469). Portanto, atribuir à Psicologia a necessidade de uma prática humanizada na saúde é requerer dela uma postura ética, política e atenta para o sujeito em sua multideterminação; é promover um espaço de acolhimento integral à pessoa, no qual lhe seja possibilitado o reconhecimento de si como sujeito.

Partindo disso, considerando que estamos inseridas num contexto de universidade pública, e pautadas na questão anterior que norteia esta investigação, nosso objetivo no presente estudo é discutir a formação em Psicologia e políticas públicas, tomando por base a Política Nacional de Humanização e a graduação em Psicologia da Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Sendo assim, nossa proposta é pensar a necessidade do estudo das políticas públicas de saúde na graduação em Psicologia devido ao grande impacto da formação sobre a atuação deste futuro profissional não só enquanto psicólogo, mas também como indivíduo e cidadão.

Ademais, salientamos que nosso intuito com este estudo é contribuir para a construção de reflexões sobre a temática, colaborando para novas formas de produção de saberes e práticas em Psicologia. Afinal, a formação profissional é um tema amplo que precisa ser discutido constantemente, haja vista a importância de se ter uma formação crítica na graduação, pois é ela que, primeiramente, dará base ao estudante para uma atuação eficiente.

Sobre o Sistema Único de Saúde

O conceito de saúde passou por diversas transformações ao longo dos anos, as quais foram demarcadas por períodos históricos e pela natureza das explicações vigentes em cada época, variando desde a noção de saúde como ausência de doença até o conceito ampliado, a saber, a compreensão de saúde como um direito (BATISTELA, 2007).

No Brasil, tal concepção ampliada de saúde entrou em vigor a partir da Constituição Federal de 1988, a qual promulgou que a saúde é um direito fundamental do ser humano e um dever do Estado. Isto porque, em meados da década de 1980, este país vivenciou um intenso processo de redemocratização, passando "por grandes transformações políticas, econômicas, demográficas e sociais" (PAIM et al, 2011, p.11). Uma destas transformações se deu com a criação do Sistema Único de Saúde brasileiro - o SUS, política pública que se constituiu enquanto durante diferentes períodos históricos, sendo formado por uma variedade de organizações públicas e privadas.

Para Mattos (2009, p.772), contudo, o "SUS que foi se desenhando no concreto da vida dos brasileiros nem sempre correspondia (e corresponde) ao ideário do movimento sanitário, embora sejam inequívocos os avanços produzidos". O SUS possui uma base legal bastante democrática e se pauta em valores que, verdadeiramente, buscam ofertar uma melhor qualidade de vida para a população. Todavia, ele enfrenta inúmeros desafios que têm impedido o alcance de ações ainda mais significativas no que tange à atenção à saúde, como a total humanização dos serviços públicos deste setor; alguns desses desafios recaem então sobre uma questão específica: os trabalhadores do SUS e sua formação.

A atuação no SUS requer um preparo de profissionais para lidarem com as mais variadas demandas que podem ser apresentadas pelo setor saúde. Portanto, discutir saúde, requer ponderar não apenas as questões estruturais que envolvem este setor, mas também - e principalmente - o campo das relações que são estabelecidas, pois é neste cenário que se encontra problemas importantes que reverberam sobre o SUS. É nessa instância, aliás, que surge a Política Nacional de Humanização (PNH), introduzindo um conceito base para lidar com as problemáticas relacionais no âmbito do SUS: a Humanização.

A Política Nacional de Humanização (PNH)

Ao compreendermos o SUS não como um Sistema abstrato, mas como uma constituição de indivíduos que, apesar de exercerem papeis distintos, formam um serviço unificado, passamos a perceber que ele é uma possibilidade de produção. No SUS, produz-se saúde, produz-se conhecimento, produz-se cooperação. Nele ninguém pode fazer nada sozinho, e é isso que nos permite dizer que o SUS somos nós.

Gestores, trabalhadores e usuários: o SUS é cada pessoa que o faz e isso é determinante para a forma como ele se apresenta. Não queremos com isso desconsiderar os problemas estruturais que este Sistema possui como escassez de verbas, situações precárias de trabalho, falta de medicamentos, de máquinas etc. No entanto, quando situamos o SUS no campo das relações, entendemos de forma mais clara que se, muitas vezes, os procedimentos e as possibilidades de intervenção são falhos, isso não se refere apenas às questões institucionais e políticas, mas também aos processos de trabalho e às relações estabelecidas entre os gestores, trabalhadores e usuários. Falta, às vezes, o contato com o outro, a empatia, a escuta. E, embora a "produção de atos de saúde [seja] um terreno do trabalho vivo (isto é, um terreno no qual predominam as tecnologias leves – relacionais - em detrimento das tecnologias duras – equipamentos e saberes estruturados)" (MERHY; FEUERWECKER, s/d, s.p.), muitas vezes o que se observa na prática é uma atuação baseada exclusivamente na técnica, nas ações quase automáticas: falta a Humanização.

Segundo Bazon, Campanelli e Blascovi-Assis (2004, p.91), "a humanização na área da saúde entrou em discussão no 'Movimento da Reforma Sanitária', ocorrido nos anos 70 e 80 do século XX, quando se iniciaram os questionamentos acerca do modelo assistencial vigente na saúde, centrado no médico, no biologicismo e nas práticas curativas". No entanto, foi apenas recentemente que a proposta de uma assistência humanizada passou a se materializar enquanto componente essencial das práticas em saúde.

A Humanização é o ponto de partida para a consolidação de práticas e atitudes que coloquem o sujeito e sua subjetividade como centro dos processos de saúde; ela é o sinônimo de refletir sobre os modos de produção de saúde e buscar formas de intervir que considerem o sujeito integral e não apenas o problema que ele apresenta. Humanizar, portanto, requer voltar ao princípio básico do que é ser humano e, embora

isso possa parecer redundante, é essencial, visto que foi preciso criar uma Política específica - a PNH -, para concretizar a importância de ações humanizadas no âmbito do SUS.

A PNH, também conhecida como HumanizaSUS, compreende a Humanização "como política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS" (BRASIL, 2004, p.14). Isto é, uma diretriz transversal que visa "concretizar mudanças nas ações e condutas voltadas aos usuários, funcionários e a quem atende a clientela do SUS" (ROMERO; PEREIRA-SILVA, 2011, p.333). Criada em 2003, essa Política caracteriza-se pela participação de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde. Trata-se de uma construção coletiva que "tem o propósito de produzir novos sujeitos capazes de ampliar suas redes de comunicação, alterando as fronteiras dos saberes e dos territórios de poder" (BRASIL, 2010, p.8). Isto é, ela é uma ação que requer implicação dos sujeitos, do contrário exercer o cuidado com o outro pode se tornar insustentável.

Por esse motivo, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional se apresenta como aliado dos profissionais que trabalham a partir desta Política, pois lhe permitem atuar segundo uma perspectiva que exige uma revisitação constante de sua prática, uma vez que precisam dialogar com outros profissionais acerca de sua esfera de atuação. Para isso ocorrer de maneira eficaz, entretanto, estes trabalhadores precisam ter uma capacitação profissional que os motive a estarem inseridos verdadeiramente na PNH, investindo em suas habilidades profissionais e acreditando que a partir de sua atuação é possível alcançar avanços no SUS.

É assim, então, que se revela a importância de, desde a graduação, os estudantes terem acesso aos conteúdos referentes às políticas públicas, pois este é um tema que precisa fazer parte do arcabouço profissional em qualquer contexto de trabalho, sobretudo nos serviços de saúde.

PNH e Formação em Psicologia

Considerando que o protagonismo e a autonomia são os principais fundamentos para que se coloque em prática a PNH e que a Psicologia atua conferindo ao sujeito a sua dimensão subjetiva, retirando dele a ideia de objeto e concedendo-lhe o papel de protagonista de sua própria história, vemos que existe uma ligação entre a proposta da PNH e a Psicologia.

A Psicologia atua de modo a acolher as demandas apresentadas e para isso ela precisa estar pautada numa atuação que lhe permita estar em contato com a subjetividade do indivíduo de maneira efetiva, isto é, entrar em contato com o outro de forma a acolhê-lo e atendê-lo integralmente. Nesse sentido, a Psicologia tem buscado, incessantemente, trabalhar conforme um modelo que zela pelo compromisso social; e na saúde pública, sobretudo no contexto da PNH, não é diferente.

De acordo com Benevides e Passos (2005, p.391), "a Política de Humanização só se efetiva uma vez que consiga sintonizar 'o que fazer' com o 'como fazer', o conceito com a prática, o conhecimento com a transformação da realidade". Desse modo, percebe-se que não basta saber a importância de práticas humanizadas na saúde, mas que é preciso organizar formas, criar estratégias para exercitar aquilo que a teoria já tem preconizado. Para isso, contudo, o profissional precisa ter um preparo que o habilite a atuar a partir de tais prerrogativas. É nesse sentido que discutir a formação em Psicologia se faz pertinente.

Conforme bem esclarece Silva (s/d, s.p), a profissão de psicólogo foi regulamentada no Brasil em 1962 a partir da lei federal de nº 4.119, a qual "estabelece as diretrizes para a formação, vida escolar, diplomação, critérios legais e civis para o exercício e o desempenho das funções do profissional". Esta lei apresenta importante papel na história da Psicologia no Brasil, pois, além de legitimar a profissão de psicólogo, ela deu base para que outros dispositivos civis fossem criados para auxiliar tanto a formação como a atuação dos psicólogos, tais como: a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS nº 218/97), que reconhece o psicólogo como profissional de saúde e nível superior; o Catálogo Brasileiro de Ocupações (CBO), que descreve atividades de sua competência; e os pareceres e resoluções do Conselho Nacional de Educação para o estabelecimento das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia, as quais estabelecem normas para o ensino de Psicologia no país (SILVA, s/d, s.p).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia constituem, conforme seu Artigo 2º, "as orientações sobre princípios, fundamentos, condições de oferecimento e procedimentos para o planejamento, a implementação e a avaliação" (BRASIL, 2011, p.1) dos cursos de Psicologia oferecidos no país, subsidiando tanto a formação de bacharéis em Psicologia, como

a formação de psicólogos e professores de Psicologia. Por esta razão, elas são os parâmetros que precisam ser seguidos e observados por cada um destes cursos.

Este documento apresenta pontos importantes para a formação e a atuação do psicólogo e propõe um núcleo comum da graduação em Psicologia que deve visar uma "atuação em diferentes contextos, considerando as necessidades sociais e os direitos humanos, tendo em vista a promoção da qualidade de vida dos indivíduos, grupos, organizações e comunidades" (BRASIL, 2011, p.1).

Nessa perspectiva, compreende-se que a Psicologia é voltada para o trabalho com subjetividades. Para lidar com isso, entretanto, é preciso "examinar não só o que somos, mas o que poderíamos ter sido, e, sobretudo, o que deveríamos ser frente às necessidades de nossos povos, independentemente de contarmos ou não com modelos para isso" (MARTIN-BARÓ, 1996, p.13-14), e por isso a formação profissional "é um tema que ocupa lugar de destaque nos debates concernentes à definição de políticas públicas e à reestruturação dos serviços de saúde que diz respeito, entre outros, ao ensino de graduação, pós-graduação e educação permanente no processo de trabalho" (SCARCELLI; JUNQUEIRA, 2011, p.342).

Nessa perspectiva, para que "o trabalho do psicólogo [possa] apontar para a transformação social, para a mudança das condições de vida da população brasileira" (BOCK, 1999, p.325), o exercício da profissão na saúde precisa estar pautada numa perspectiva que ajude o profissional a ampliar suas concepções, colaborando para que ele venha compreender a importância de estar comprometido socialmente e também entender a necessidade de estar se recriando em sua atuação profissional. Isso, porém, só é possível por meio de um viés crítico de atuação, o qual pode ser conseguido somente a partir de uma formação permanente, cujo início deve se dar ainda na faculdade.

Por esta razão, a formação precisa preparar os estudantes para suas futuras práticas profissionais, dando-lhes contribuições que lhes permitam atuar em quaisquer que sejam os espaços. Sendo assim, o estudo de políticas públicas deve aparecer como elemento preponderante na graduação, de modo a capacitar profissionais para o exercício em serviços públicos, concedendo aos psicólogos em formação maior segurança e mais traquejo nas suas atividades profissionais, a fim de que suas práticas sejam pautadas numa perspectiva que zele pela Humanização e pelo compromisso social - elementos indissociáveis -.

Sobre a formação em Psicologia: o curso da UNEB

O currículo do curso de Psicologia, em uso desde 1962, apesar de ser considerado como um modelo clássico de formação desta área, pois contempla as diferentes áreas e ainda destina quantidade considerável de tempo para a iniciação aplicada (GOMES, 2008), é bastante questionado. Não obstante, o modelo formativo baseado neste currículo permaneceu quase inalterado (SILVA, s/d, s.p), embora debates tenham se intensificado a esse respeito.

Devido a essa questão, discussões se intensificaram acerca do ensino de Psicologia no país e, juntamente com isso, houve também mudanças no paradigma de ensino na saúde que culminaram em uma movimentação intersetorial entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, no sentido de discutir e orientar mudanças na graduação das profissões da área da saúde, para implementação de diretrizes curriculares nacionais e renovação dos projetos pedagógicos dos cursos. Essa parceria apresenta a intenção de adequar a formação profissional e o desenvolvimento de recursos humanos em saúde, para que estejam vinculados aos princípios da integralidade da atenção e respondam às necessidades dos serviços de saúde (SARRETA, 2009, p.64).

Não obstante, as mudanças nesse campo têm acontecido a passos lentos, e o que se observa ainda é a prevalência de um modelo pautado na perspectiva biomédica. Diante desse contexto, nota-se uma necessidade veemente de se pensar a formação em Psicologia que tem sido oferecida e de se repensar as formas de produção de conhecimento desta área, pois a Psicologia pode colaborar como agente de transformações nos espaços públicos e favorecer uma atuação não pautada nas relações de poder, mas no cuidado com o outro. Porém, para isso se concretizar, o debate sobre formação tem que ser um fator primordial de discussão e de inovação que deve ser intensificado nas universidades, nos eventos científicos, nos fóruns de discussão e nas produções acadêmicas.

As universidades, aliás, desempenham um papel fundamental nessa construção e na formação dos psicólogos. É importante salientar que essas devem preocupar-se tanto com o referencial teórico, o qual deve ampliar a compreensão para uma atuação mais comprometida com as instituições/organizações, quanto para as práticas/intervenções. É fundamental que as intervenções promovam o trabalho em equipe, vislumbrando a inserção do psicólogo no campo transdisciplinar, dando

abertura para a discussão aberta dos problemas sociais, da saúde pública e coletiva, propiciando o espaço deliberativo no que tange ao compromisso social do qual o psicólogo não pode se eximir-se. A consecução dessas práticas impõe desafios éticos, políticos, culturais, sociais e históricos, o que implica uma confrontação crítica frente a todo um sistema. (ROMERO; PEREIRA-SILVA, 2011, p.338)

As universidades, portanto, precisam estar comprometidas com a qualidade dos profissionais que tem formado e com o retorno social que os mesmos darão quando da sua atuação profissional. Por esse motivo, o estudo de políticas públicas deve aparecer como elemento preponderante na graduação de modo a capacitar profissionais para o exercício em serviços públicos e para uma perspectiva crítica de sua atuação.

Nesse contexto, fazemos menção ao caso da Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Embora se trate de um curso novo, a graduação em Psicologia ofertada pela UNEB merece destaque no que diz respeito a esta temática de estudo. Tendo sido criado em 2011, este curso passou recentemente por uma reformulação de sua matriz curricular de modo a atender as demandas que estavam sendo apresentadas pelos estudantes em sua formação. Por esse motivo, um trabalho de conclusão de curso, em andamento, tem buscado identificar, a partir do ponto de vista dos graduandos, quais os subsídios que a graduação em Psicologia da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) oferece para uma futura atuação humanizada no Sistema Único de Saúde (SUS). Quer dizer, este estudo visa analisar as contribuições desta graduação para uma atuação profissional humanizada em saúde, de modo a compreender se este curso tem atuado para contribuir com uma Psicologia humanizada e comprometida socialmente ou se tem colaborado para perpetuar estigmas e estereótipos.

Essa investigação se faz interessante porque, compreendendo que as políticas públicas se referem ao coletivo e, portanto, encontram-se na ordem do social, entende-se que ampliar a discussão a seu respeito é buscar progressos para a sociedade, cooperando para o seu desenvolvimento e aprimoramento. De modo semelhante, pensar na formação profissional é se preocupar com os futuros trabalhadores que vão atuar junto à população, os quais poderão cooperar com a melhoria da qualidade de vida das pessoas, dentre outras coisas, prevenindo doenças e promovendo saúde.

Sendo assim, as universidades, não devem se preocupar em formar psicólogos "exclusivamente para o mercado, visando apenas a busca de novas formas de inserção no trabalho, [porque isso] pode ser um desserviço a médio e longo prazo para a atuação profissional" (FERREIRA NETO, 2010, s.p). Na verdade, precisam ter pressupostos amparados numa postura ética voltada para os interesses sociais, e é na busca de fortalecer instituições assim que insistimos na necessidade de se discutir a relação entre Psicologia e políticas públicas.

Considerações Finais

Constatando, em suma, que "não há saber verdadeiro que não seja essencialmente vinculado com um saber transformador sobre a realidade, mas não há saber transformador da realidade que não envolva uma mudança de relações entre os seres humanos" (MARTIN-BARÓ, 1996, p.17), buscamos aqui refletir e aspirar sobre este saber transformador que a relação psicologia-políticas públicas almeja alcançar.

Entende-se, a partir disso, que para atuar com base nesses preceitos o psicólogo tem de ser capacitado em todos os espaços que se propõem a realizar alguma formação em Psicologia, sobretudo na graduação. No entanto, para alcançar tamanha conquista, verifica-se que é preciso modificar o enfoque da Psicologia como área de atuação: necessita-se desmistificar o atendimento clínico individualizado como única forma de atuação profissional e fortalecer o enfoque na capacitação dos psicólogos junto às diversas camadas da população. Incute-se aqui a necessidade de habilitar profissionais para saber fazer e saber atuar em políticas públicas, sobretudo de forma humanizada, colaborando não só para a expansão da profissão, que passa a ocupar novos espaços, mas principalmente para acolher as demandas apresentadas pela população.

Portanto, promover discussões acerca da formação em Psicologia no âmbito das políticas públicas é construir um viés crítico de atuação profissional que favorece não só a formação, mas principalmente a qualidade do serviço e dos profissionais que estarão em contato com a população. Ou seja, promover tais discussões é colaborar para a construção de uma Psicologia cada vez mais humanizada e comprometida socialmente.

Referências

BAPTISTA, T. W.; MATTOS, R. A. de. Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. de F. (Orgs) *Caminhos para análise de políticas públicas.* Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: Acesso em: 16 mar. 2016.

BATISTELA, C. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F. *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007.

BAZON, F. V. M.; CAMPANELLI, E. A.; BLASCOVI-ASSIS, S. M. A importância da humanização profissional no diagnóstico das deficiências. *Psicol Teor Prát*., 2004, vol.6, n.2, p. 89-99. Disponível em: http://editorarevistas.mackenzie.br/. Acesso em: 30 dez.2015.

BENEVIDES, R; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, 2005, v.9, n.17, p.389-406. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14.pdf. Acesso em: 14 mar.2016.

BERNARDES, A. G.; GUARESHI, N. Estratégias de Produção de Si e a Humanização no SUS. *Psicologia Ciência e Profissão*, 2007, vol.27, n.3, p.462-475. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/pcp/v27n3/v27n3a08.pdf. Acesso em: 27 fev. 2016.

BOCK, A. M. B. A Psicologia a caminho do novo século: identidade profissional e compromisso social. *Estud. psicol*. Natal, 1999, vol.4, n.2, p. 315-329. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/epsic/v4n2/a08v4n2.pdf. Acesso em: 30 dez.2015.

___. O compromisso social da Psicologia: contribuições da perspectiva Sócio-Histórica. *Revista Psicologia em Foco*. 2008, vol. 1, n. 1. Disponível em:

<http://linux.alfamaweb.com.br/sgw/downloads/161_052333_1.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. *Resolução nº 5, de 15 de março de 2011*. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/. Acesso em 28 jun. 2016.

___. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS*: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

___. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

FERREIRA NETO, J.L. Uma genealogia da formação do psicólogo brasileiro*. Memorandum 18*, 2010. Belo Horizonte: UFMG; Ribeirão Preto: USP. Disponível em: http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a18/ferreiraneto01.pdf. Acesso em 19 abr. 2016.

GOMES, W. B. História da Psicologia para curso de graduação. In: CAMPOS, R. H. de F. (Org.) *História da Psicologia:* Pesquisa, formação e ensino [online]. Rio de

Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. 133 p. Disponível em: http://books.scielo.org. Acesso em 09 mar. 2016.

MARTIN-BARÓ, I. O papel do psicólogo. *Estudos de Psicologia*, 1996, vol. 2, n.1, p.7-27. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/epsic/v2n1/a02v2n1.pdf. Acesso em: 09 mar. 2016.

MATTOS, R. A. de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface*, Botucatu, 2009, v. 13, supl. 1, p. 771-780.

Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a28v13s1.pdf. Acesso em 12 abr. 2016.

MERHY EE, FEUERWERKER LCM. *Novo olhar sobre as tecnologias de saúde:* uma necessidade contemporânea. [online] Disponível em: http://www.uff.br/saudecoletiva/professores /merhy/capitulos-25.pdf. Acesso em: 15 mar. 2016.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, 2011, vol.S0140-6736, n.11, p.60054-8. Disponível em: http://www.ammabarbacena.com.br/files/2e9d93b8abf8ae74b148b4f04fdb3701.pdf. Acesso em 12 de abr de 2016.

REIS, C. dos; GUARESCHI, N. M. de F.. Encontros e desencontros entre Psicologia e Política: formando, deformando e transformando profissionais de saúde. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 30, n. 4, p. 854-867, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n4/v30n4a14.pdf. Acesso em 12 abr. 2016.

ROMERO, N. S.; PEREIRA-SILVA, N. L. O psicólogo no processo de intervenção da política nacional de humanização. *Psicologia & Sociedade*, 2011, vol. 23, n.2, p.332- 339. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n2/a14v23n2.pdf. Acesso em 31 mar.2016.

SARRETA, F.O. *Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS* [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 08 mai. 2016.

SCARCELLI, I. R.; JUNQUEIRA, V. O SUS como desafio para a formação em Psicologia. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 31, n. 2, p. 340-357, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n2/v31n2a11.pdf. Acesso em 12 abr. 2016.

SILVA, E. A. R. da. Diretrizes curriculares e a formação em Psicologia:debates constantes, consensos possíveis. In: GUARNIERI, I. L.; BOCCA, M. C. (Orgs.). *Psicologia em Foco*: uma abordagem no plural. 1ª ed. Cascavel - PR: Coluna do Saber, 2008, p.133-157. Disponível em: http://www.academia.edu/. Acesso em 12 abr. 2016.

POLÍTICAS SOCIAIS E O PSICÓLOGO NA SAÚDE: ATENDIMENTO PSICOLÓGICO NA PREVENÇÃO DE PARTOS PREMATUROS

Maria de Lourdes Silva

RESUMO: O presente estudo busca entender a relação entre a atuação do psicólogo na atenção básica de saúde e a prevenção de partos prematuros, considerando a carência de procedimentos rotineiros e básicos na assistência à gestante com acompanhamentos pré-natais. Para isso, foi realizado um estudo de caso de abordagem qualitativa, de caráter descritivo e transversal, através da análise de conteúdo de entrevistas semi-estruturadas com duas psicólogas que atuam no NASF referente a atenção básica em saúde pública no município. Para análise das entrevistas,as mesmas foram lançadas no software *TagCrowd*, e como resultado obtivemos uma (1) nuvem de palavra, a partir da qual abordamos a temática. O intuito deste trabalho é ampliar os conhecimentos em políticas públicas para o público das gestantes e com isso colaborar para a criação de estratégias em políticas de saúde que possam auxiliar na diminuição da incidência de partos prematuros, não obstante, colaborando para que a Psicologia possa desenvolver melhor o seu papel no âmbito da saúde pública, promovendo a escuta e acolhimento para a redução da angústia da saúde mental, assegurando a importância da atuação psicológica no pré-natal.

Palavras-chave: Atenção Básica de Saúde.Psicólogo. Prematuridade.

INTRODUÇÃO

O Conselho Federal de Psicologia (BRASIL, 2006), elegeu o ano de 2006 para discutir as contribuições que a psicologia pôde oferecer à saúde pública, visando ampliar e fortalecer a presença do psicólogo nas diversas áreas da saúde, seja em postos, ambulatórios, hospitais, em capacitação e gestão de pessoal ou na direção de serviços. É necessário, para tanto, discutir a atuação do psicólogo nesses diversos campos da saúde, a fim de que sua prática possa ser condizente com as características do serviço onde está inserido.

Segundo Santeiro (2012), os diálogos entre a Psicologia e a saúde pública têm se estreitado nos últimos anos. Esforços constantes visam à consolidação da profissão em seus compromissos com a realidade brasileira e com uma concepção ampliada de atuação do psicólogo, e também do psicólogo que se ocupa dos chamados “processos clínicos”. Uma das maneiras para ilustrarmos as afirmativas

anteriores trata-seda inserção do psicólogo no âmbito das Estratégias de Saúde da Família (ESF) e, mais especificamente desde 2008, como um dos profissionais que compõem o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Frente à complexidade dos processos de construção de mudança de modelo de atenção à saúde, este estudo abre espaço para discutir a atuação do psicólogo na rede básica, considerando como seu núcleo de saber se dispõe em uma estratégia voltada ao trabalho em equipes e com as comunidades. Tendo o Psicólogo como vetor de articulação entre os demais profissionais da equipe de saúde, buscando trabalhar conflitos e angústias inerentes ao processo de trabalho em equipe e com a saúde (COSTA, 2009). Sendo assim tentamos buscar melhorias e possíveis novos sentidos, quando decidimos defender práticas mais inclusivas e transformadoras, capazes de contribuir para a mudança nos modos de assistência à saúde em nosso país e, principalmente, reafirmar o compromisso social da psicologia enquanto profissão também atuante no campo da saúde.

Segundo Benevides (2005), pensar a atuação do psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde não é uma tarefa fácil. O tempo de inserção desse profissional nessas instituições públicas de saúde é relativamente pequeno; há um contingente reduzido de profissionais atuando na área - apesar de vir aumentando gradativamente, inexistem pesquisas mais sistemáticas, tanto nacionais quanto locais, sobre a atuação do psicólogo nesse campo específico de trabalho (DIMENSTEIN, 2000).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), afirma que o termo prematuridade, é todo recém-nascido (RN) vivo, de 36 semanas e 6 dias ou menos, completas de gestação contadas a partir do primeiro dia do último período menstrual. A OMS, mostrou que 15 milhões de bebês nascem antes do tempo por ano no mundo. O Brasil aparece em décimo lugar, com 279 mil partos prematuros por ano (BRASIL, 2012).

A ausência de acompanhamento médico é um dos grandes índices da taxa de morbimortalidade maternal e perinatal. Com a carência de pré-natal, órgãos federais se mobilizaram para a implantação de programas para atender as necessidades da mulher durante esse período gestacional. Em junho de 2000 foi instituído pelo Ministério da Saúde com a portaria/GM n. 509 o Programa de Humanização Pré-Natal (PHPN), que tem como finalidade reduzir as altas taxas de morbimortalidade, adotar medidas que asseguram a melhoria do acesso de um pré-natal de qualidade,

estabelecendo critérios para qualificar as consultas e promovendo o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto (SILVA, 2013).

Linhares et al., (1999), asseguram que a vulnerabilidade psicológica das mães frente ao impacto da prematuridade é inegável. Porém constitui-se em um momento ideal para suporte psicossocial, para o enfrentamento deste período crítico a internação do bebê na UTI-Neonatal. O nascimento do bebê prematuro tende a ser uma experiência emocional estressante para a maioria das mães, implicando muitas vezes na diminuição da qualidade dos cuidados dispensados à criança. O apoio psicológico à mãe de RN prematuros tem sido recomendado para ajudá-la no enfrentamento do período de crise vivenciada com o nascimento, e consequentemente com a internação do bebê na UTI.

Neste contexto, objetivou-se com a realização do presente estudo esclarecer qual relação que a atuação do psicólogo tem na atenção básica de saúde como colaborador para prevenção de partos prematuros, devido à carência de procedimentos rotineiros e básicos na assistência a gestante com acompanhamentos pré-natais, além de propiciar o entendimento entre políticas sociais de saúde e a atuação do psicólogo, e por conseguinte identificar a importância do psicólogo no pré-natal.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada por intermédio de um estudo de caso de modo quantitativo, descritivo e transversal, onde foram utilizadas entrevistas semiestruturadas com as psicólogas da Atenção Básica de Saúde, totalizando apenas 02 (duas) profissionais que atuam no NASF da cidadede Guanambi-Ba.

Inicialmente, foram efetuadas as entrevistas com todas as psicólogas (duas) que atuam na atenção básica municipal (NASF) com objetivo de certificar se a atuação deste profissional contribuirá no acompanhamento do pré-natal para diminuição da incidência da prematuridade.As entrevistas ocorreram em dois locais, a primeira em uma sala no ESF (Estratégia de Saúde da Família) Vomita Mel e a segunda no ESF São Sebastião, em salas cedidas para a entrevista, pois os psicólogos do NASFatuam espalhados pela comunidade nos 19 ESF.Logo,foramexplicados o teor e os objetivos da pesquisa, sendo que ao final foi assinado o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) para participação da pesquisa e o de autorização de uso de imagem e/ou depoimento.

A partir dessa coleta, a análise dos dados deu-se de modo quantitativo via *TagCrowd*, através da análise de conteúdo. De acordo com Bardin (2011), a análise de conteúdo visa obter através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores quantitativos ou não que irão permitir a inferências de conhecimentos às condições de variáveis inferidas destas mensagens. No qual ocorrerão três fases fundamentais em toda análise de conteúdo que são: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados – a inferência e a interpretação.

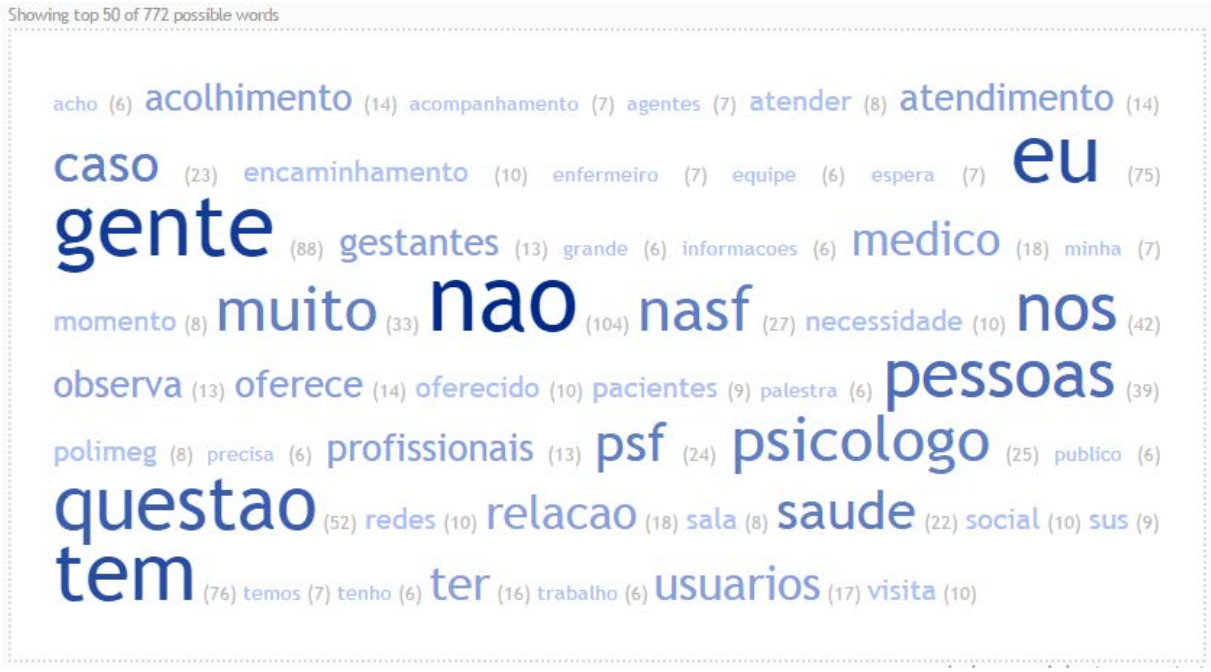
Para análise das entrevistas das psicólogas, as mesmas foram lançadas via *TagCrowd*, sem as perguntas e como resultado obtivemos uma (1) nuvem de palavra, no qual foram excluídas palavras da nuvem como: agora, ah, aí, ainda, ao, aqui, assim, até, atualmente, bastante, bem, coisa, com, comer, como, da, de, dela, deve, dois, dos, ela, ele, em, então, essa, esse, está, estão, falar, faz, fazer, isso, já, lá, mais, mas, mesmo, na, os, outros, para, pelo, pode, poder, por, porque, pouco, pra, quando, que, realmente, são, se, ser, tá, também, tanto, todo, tudo, um, uma, vai, ver, vezes, você, vou.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Antes de discutir sobre a análise das entrevistas efetuadas com as psicólogas do NASF, vale por bem conceituar Atenção Básica, que se caracteriza por ser um conjunto de ações de saúde, podendo ter ações individuais ou coletivas, com o intuito da promoção e a proteção da saúde, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde a fim de garantir a integralidade do cuidado e autonomia das pessoas. (FIGUEIREDO, 2012; CFP, 2009).

Como resultado da pesquisa de campo, pudemos dividir a análise de conteúdo referente às entrevistas das psicólogas em cinco (5) categorias: estrutura das políticas públicas, composição das equipes da atenção básica, competências desenvolvidas, gestação e o eu subjetivo. Observado na nuvem de palavras da Figura 1 a seguir:

FIGURA 1 – Nuvem de palavras do questionário aplicado as psicólogas do NASF



Fonte: Elaboração própria, com base nas entrevistas realizadas com as psicólogas do NASF, utilizando o TagCrowd.

Na primeira categoria referente a estrutura das políticas públicas no país, tivemos a frequência das seguintes palavras: NASF (27), PSF (24), saúde (22), usuários (17), redes (10), social (10), SUS (9), POLIMEG (8). Portanto, percebe-se que nas falas foram trazidas palavras que correspondem a composição das políticas públicas que fundamentam a Atenção Básica de saúde no país. Segundo Böing&Crepaldi (2010), no cenário atual, as nossas políticas públicas são regidas pelas leis do Sistema Único de Saúde (SUS), que se ampara no tripé da Constituição Federal Brasileira de 1988, e pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90.Os princípios doutrinários das referidas leis, são o da universalidade, igualdade, integralidade e intersetorialidade. (PAIN, 2015; SCARCELLI, 2011). Concomitante, o Programa de Saúde da Família, (PSF – que atualmente foi nomeado de Estratégia de Saúde da Família - ESF) a partir de 1994, vem a ser uma política pública de atenção primária a saúde, tornando-se porta de entrada do usuário no sistema de saúde, cujo intuito é o de reorganizar a Atenção Básica de acordo com os preceitos do SUS; juntamente com o Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), criado em 2008, que é uma estrutura vinculada à Atenção Básica que tem como objetivo a ampliação, o aperfeiçoamento a

atenção e a gestão da saúde nas ESF, oportunizando a construção do sistema deRedes articulada com os níveis de atenção (PAIN, 2015; FIGUEIREDO, 2012; NEPOMUCENO, 2011).

Diante das reflexões tecidas na construção desse texto, analisa-se empiricamente que pelo fato das entrevistadas fazerem parte da estrutura da Atenção Básica seus discursos fazem muita referência a estrutura e organização das políticas do SUS (9), PSF (24), NASF (27) e do sistema de Redes, mas um questão bem relevante foram as pontuações acerca de como esse trabalho de redes é desenvolvido através de encaminhamento para POLIMEG (Polimedica de Guanambi), CRAS (Centro de Referência da Assistência Social), CREAS (Centro de Referência Especializado em Assistência Social), CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) 2 e CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) e da relação que o NASF tem para com os princípios, diretrizes e objetivos preconizados pelo SUS.Vale por bem esclarecer que a Rede de Atenção à Saúde (RAS) é uma estratégia para o cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, com a missão de ser o primeiro ponto de atenção e a porta de entrada do sistema, constituída por equipes multidisciplinares que cobre a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde, além de procurar promover uma construção de vínculos e intervenções clínicas e sanitárias eficazes. (PAIN, 2015; BRASIL, 2014; FIGUEIREDO, 2012).

Na segunda categoria referente a composição das equipes da atenção básica, tivemos a frequência das seguintes palavras: pessoas (39), psicólogo (25), médico (18), profissionais (13), visita (10), pacientes (9), enfermeiro (7), agentes (7), trabalho (6), público (6), equipe (6). Como já vínhamos discorrendo sobre a estrutura das políticas públicas no país, competi-nos agora falar sobre a composição das equipes que desenvolvem esse trabalho, no qual a Atenção Básica através da articulação de todos os profissionais envolvidos busca o compartilhamento de responsabilidades e práticas a partir de um trabalho multidisciplinar e interdisciplinar. Dessa forma, de acordo com Brasil (2014, pag. 45) os profissionais “devem estar acessíveis para acolher a demanda espontânea e realizar o acompanhamento dessa população de maneira longitudinal por meio de ações de promoção, de prevenção, de tratamento, de reabilitação, de redução de danos e coordenar seu cuidado na Rede”.

Logo, os profissionais que compõem a Atenção Básica são: enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem, médico, agente comunitário de saúde, cirurgião dentista, técnico em saúde bucal, auxiliar em saúde bucal (PAIN, 2015; FIGUEIREDO, 2012). Além desses, assistentes sociais, psicólogos, educadores físicos, nutricionistas, terapeuta ocupacional, fisioterapeutas, dentre outros, devem compor as equipes do NASF. Como pudemos perceber através do discurso das entrevistadas, é procurado desenvolver o trabalho em conjunto, através da interdisciplinaridade, cujo propósito final acaba sendo o bem estar dos pacientes/usuários.

Entretanto, de acordo com Böing&Crepaldi (2010), na prática não há um local definido para o psicólogo na atenção primária, fazendo parte apenas os profissionais referidos acima nas Unidades de Saúde da Família (USF) e PSF. Só no NASF é que o psicólogo foi inserido, no qual, a presença desse profissional poderá possibilitar expandir a possibilidade de ofertas, seja por intermédio da escuta com os usuários, seja matriciando as ações dos outros profissionais. Ou seja, a atuação dele nesse contexto só vem a oferecer uma importante contribuição na compreensão contextualizada e integral do usuário, das famílias e da comunidade.

Percebemos na fala das entrevistadas que a partir das práticas dialógicas que a psicologia se interessa, existe então um favorecimento para a construção de espaços mais democráticos de convivência, que irá propiciar a integração entre profissionais e usuários, culminando assim para a eficácia do sistema idealizado pelo SUS.

Na terceira categoria referente a competências desenvolvidas, tivemos a frequência das seguintes palavras: caso (23), acolhimento (14), atender e atendimento (respectivamente 8 e 14), oferece e oferecido (respectivamente 14 e 10), encaminhamento (10), necessidade (10), sala (8), espera (7), acompanhamento (7), grande (6), informações (6), palestra (6). Como Já foi discorrido ao longo da análise sobre o papel dos profissionais que atuam no SUS, a Atenção Básica traz como um dos princípios e diretrizes básicas o de que o serviço de saúde deve se organizar para desenvolver funções como vínculo, acolhimento, escuta, o apoio, espaços de reflexão e oferecer respostas acerca da saúde dos pacientes ou minorar danos e sofrimentos destes, com o intuito da promoção de saúde, da prevenção de adoecimento e fortalecimento dos usuários (PAIN, 2015; BRASIL, 2014; FIGUEIREDO, 2012). No discurso das entrevistadas a palavra acolhimento (frequência de 14 palavras) se faz

muito presente e é de extrema relevância pois, uma das palavras chave da atuação do psicólogo na Atenção Básica é o acolhimento desse sujeito, desse usuário que chega até o atendimento com toda sua subjetividade, muitas vezes fragilizado pelo estado em que se encontra, é quem melhor do que esse profissional para respeitá-lo na sua individualidade, sem contar também da importância desse psicólogo como colaborador para procurar manter a ação de gestão para com os outros profissionais envolvidos com o sistema.

Na quarta categoria referente à gestação, tivemos a frequência das seguintes palavras: questão (52), muito (33), relação (18), gestantes (13), momento (8), precisa (6).Como já foi discorrido, a gestação é caracterizada por um período da vida da mulher que acarreta inúmeras mudanças biopsicossociais, no qual ocorrerão transformações tanto biológicas, quanto no seu bem-estar, e com isso alterando sua estrutura psíquica bem como o seu papel social e familiar (SILVA, 2013; BAPTISTA & DIAS, 2012; KLEIN & GUEDES, 2008). Portanto, durante esse período, as gestantes tendem a ficar mais vulneráveis, podendo a nível de estado emocional ficarem mais fortalecidas e amadurecidas ou mais enfraquecidas, confusa e até mesmo desorganizadas, cabendo assim a necessidade da equipe interdisciplinar que irá prezar pelo bem estar biopsicossocial dessa gestante (SILVA, 2013).

De acordo com Brasil (2001), o acompanhamento pré-natal é extremamente importante, pois através dele a gestante passará pelo acolhimento dos profissionais de saúde, e a partir desse primeiro momento, serão oferecidas respostas as suas dúvidas e incertezas sobre o que está ocorrendo com o seu corpo, além de apoio emocional aos seus sentimentos de medo, ansiedade, dúvidas, angústias e fantasias acerca do período gestacional e puerperal. Ou seja, os acompanhamentos médicos e psicológicos são extremamente importantes na gravidez. É particularmente relevante o acompanhamento psicológico, que traz como objetivos primordiais promover uma vivência mais equilibrada das emoções experienciadas por essas mães, possibilidade de um maior autoconhecimento de si e com isso uma maior aderência ao pré-natal (SILVA, 2013; KLEIN & GUEDES, 2008).

Segundo Silva (2013), após vários estudos, alguns pesquisadores observaram a importância dos fatores psicológicos durante a gestação, dentre eles Read, que desenvolveu a proposta da tríade medo-tensão-dor, no qual preconizava um programa de diminuição do medo pela educação da futura mãe. No Brasil um dos destaques é

Maldonado, que irá elencar alguns métodos de preparação na fase da gestação tais como: a técnica de dessenbilização sistemática, psicoterapia breve e o método de Intervenção Psicológica-Educacional (IPE). Portanto, a atuação do psicólogo nasaúde propiciará uma infinidade de possibilidades a serem trabalhadas com essas gestantes, principalmente na atenção básica, onde poderão ser trabalhadas todas as questões referentes, a gestação no período pré-natal, com o intuito de procurar amenizar os medos, ansiedades, tensões e crenças acerca do parto, e nessa hora que faz-se necessário a intervenção psicológica através de programas de psicoeducação, de intervenção grupal e de redução de estresse, de acordo com Silva (2013) e Klein & Guedes (2008).

Na quinta categoria referente ao eu subjetivo, tivemos a frequência das seguintes palavras: gente (88), eu (75), nós (42),tem, ter, temos e tenho (respectivamente 76, 16, 7 e 6), observa (13), minha (7), acho (6). Portanto, percebe-se que nas falas a todo momento foram trazidas palavras da nuvem que correspondem a essa subjetividade das entrevistadas que rementem a sua individualidade, ao seu intrapsíquico, as suas experiências, as suas vivências.Maheirie (2002), vai citar a teoria de Sartre sobre o homem enquanto, é um ser que se constitui ao mesmo tempo como corpo e consciência, no qual só poderá ser compreendida como sendo a relação a alguma coisa.Sartrepara ajudar a compreender a consciência como a relação ao objeto, fazendo sempre a consciência daquilo que ela não é, a dividiu em: ser em si, que é o objeto/coisas como sendo a própria objetividade, e o ser para si, aconsciência, como a própria subjetividade. Ou seja, é o tipo de ser que é para simesmo, será um tipode ser que estabelecerá sentidos, significados para o mundo e tambémpara si mesmo.

CONCLUSÃO

Concluímos portanto, que por mais que a atuação do psicólogo venha sendo uma caminhada de velha data através da saúde mental na área da saúde, ela acaba por chegar tardiamente e de forma miúda, procurando ainda definir seu campo de atuação, buscando abandonar o modelo biomédico, do qual vem a herança de um profissional pronto para desenvolver a psicologia clínica tradicional na Atenção Básica.

Logo, caracterizar e contextualizar a atuação psicológica na Atenção Básica passou a ser uma tarefa urgente e necessária pois a sua atuação se mostra prioritária, exigindo assim quer seja dos gestores das políticas públicas, quer seja dos psicólogos

uma nova mentalidade organizacional, profissional e um compromisso social. Uma vez definida e sacramentada essa atuação, poderemos colher os louros de intervenções que irão estar condizentes com o que é preconizado pelo SUS.

Portanto, de acordo com a análise do referido estudo ficou evidente a necessidade e a carência da atuação do psicólogo na Atenção Básicaguanambiense, pois nos foi apresentado as limitações acerca do atendimento, intervençõesestas pontuais e de pouca abrangência por parte das psicólogas do NASF e uma produção muito grande de demandade pacientes para a POLIMEG, gerando um fluxo no qual as duas únicas psicólogas que atuam na instituição não conseguem dar conta de todo encaminhamento da cidade. Deixando assim a desejar um acompanhamento para todos os públicos, não apenas para as gestantes, impactando para um adoecimento mental maior da população, para uma diminuição da qualidade de vida, e consequentemente para uma maior sobrecarga e gastos na atenção secundária e terciária.

E por fim, por meio desse trabalho pudemos através das entrevistas com as psicólogas alcançar respostas para os objetivos propostos, bem como, nos inteirar acerca da atuação e do papel do psicólogo na Atenção Básica e sua colaboração para prevenção de partos prematuros.Portanto, faz-se necessário maiores pesquisas acerca de temas que agraciem o modelo deste artigo ou modelos que contemplem as necessidades de ampliar o conhecimento na área.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, M. N.; DIAS, R. R. **Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanambara Koogan, 2012.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL, (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>. Acessado em: 23 abril 2016.

BRASIL, 2012. Portal Brasil. **O Brasil está entre os dez países com maior número de partos prematuros, aponta OMS**. Disponível em:<http://www.brasil.gov.br/OMS>. Acesso em: 4 abril 2015.

BRASIL, 2006. Conselho Federal de Psicologia**. I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública**. 2006. Disponível em: <www.crprj.org.br/publicacoes/cartilhas/saude-publica.pdf>. Acessado: 21 abril 2015.

BRASIL, 2001. Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde. **Assistência Pré-natal: Manual técnico/equipe de elaboração:Janine Schirmer*et al***. 3ª edição. Brasília, p. 66, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf>. Acesso em: 9 março 2015.

BENEVIDES, Regina. A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces?.**Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 21-25, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822005000200004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessado em: 15 abril 2016.

BÖING, Elisangela; CREPALDI, Maria Aparecida. O Psicólogo na Atenção Básica: uma incursão pelas Políticas Públicas de Saúde Brasileiras. **Psicologia: Ciência e Profissão**, n. 30 (3), 643-649, 2010. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v30n3/v30n3a14.pdf>. Acessado em: 23 abril 2016.

CFP - CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família**. Conselho Federal de Psicologia. – Brasília: CFP, 2009. Disponível em: < http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/12/Seminxrio_O_Nxcleo_de_Apoio-beta.pdf>. Acessado em: 23 abril 2016.

COSTA, D. F. C. da; OLIVO, V. M. F. Novos sentidos para a atuação do psicólogo no Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14(Supl. 1), p. 1385-1394, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800011>. Acesso em: 5 abril 2015.

DIMENSTEIN, Magda. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Estudos de psicologia**, v. 5, n. 1, p. 95-121, 2000. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/epsic/v5n1/a06v05n1.pdf>. Acessado em: 5 abril 2016.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de. **A Estratégia Saúde da Família na atenção Básica do SUS**. UNA/SUS - UNIFESP, 2ª ed., 2012. Disponível em: < http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf>. Acessado em: 24 abril 2016.

KLEIN, Michele Moreira de Souza; GUEDES, Carla Ribeiro. Intervenção psicológica a gestantes: contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 28, n. 4, p. 862-871, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932008000400016&script=sci_arttext>. Acesso em: 6 abril 2015.

LINHARES, M. B. M.; ARVALHO, A. E. V.; BORDIN, M. B. M.; JORGE, S. M. Suporte psicológico ao desenvolvimento de bebês pré-termo com peso de nascimento < 1500g: na UTI-neonatal e no seguimento longitudinal.**Temas em psicologia**, São Paulo, v.7, n.3, p. 245-262, 1999. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X1999000300006&script=sci_arttext>. Acesso em: 4 junho 2015.

MAHEIRIE, Kátia. Constituição do sujeito, subjetividade e identidade. **Interações**, vol. VII, n. 13, pg. 31-44, jan-jun, 2002. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/pdf/inter/v7n13/v7n13a03.pdf>. Acessado em: 8 maio 2016.

NEPOMUCENO, Léo Barbosa; BRANDÃO, Israel Rocha. Psicólogos na Estratégia de Saúde da Família: caminhos percorridos e desafios a superar. **Psicologia: Ciência e Profissão**. n. 31 (4), pg. 762-777, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n4/v31n4a08>. Acessado em: 23 abril 2016.

PAIN, Jairnilson Silva e outros. **O que é o SUS**. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/4/>. Acessado em: 23 abril 2016.

SANTEIRO, Tales Vilela. Processos clínicos em Núcleos de Apoio à Saúde da Família/NASF: estágio supervisionado. **Psicol. ciênc. prof**, v. 32, n. 4, p. 942-955, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000400013>. Acessado em: 15 abril 2016.

SCARCELLI, Ianni Regia; JUNQUEIRA, Virgínia. O SUS como desafio para a formação em psicologia. **Psicologia: ciência e profissão,** n. 31(2), pag. 340-357, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n2/v31n2a11 >. Acessado em: 23 abril 2016.

SILVA, E. A. T. da. Gestação e preparo para o parto: programas de intervenção. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 37, n. 2, p. 208-215, 2013. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/102/10.pdf>. Acesso em: 3 abril 2015.

PREVENÇÃO E TESTAGEM RÁPIDA DE HIV/AIDS COM FLUIDO ORAL NA POPULAÇÃO DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS DE SALVADOR: DESENVOLVENDO A ESCUTA E COMPREENSÃO.

Ariane Senna

O subprojeto viva melhor sabendo foi uma parceria do Ministério da Saúde com organização da sociedade civil de todo o Brasil. Teve como missão de implementar a testagem rápida por fluido oral entre as populações chaves da epidemia do HIV/AIDS na nossa realidade, em Travestis e Transexuais e, o objetivo de reduzir novas infecções pelo HIV nessas populações levando a prevenção e o diagnóstico precoce. Desenvolvido pela Fiocruz, o projeto trouxe em suas vantagens o processo prático da utilização do fluido oral extraído da gengiva e da mucosa da bochecha através de uma haste coletora, além da mobilidade, pois não foi necessário ter um espaço laboratorial para a coleta e o diagnóstico e em 15 minutos alcançava-se o resultado.

Obtivemos um desenvolvimento positivo com resultados importantes e suficientemente impactantes na população de Travestis e Transexuais. Através dele, foi possível adentrarmos em espaços onde jamais havíamos entrado, ajudar as pessoas onde jamais imaginávamos ter ajudado e sentir a falta de trabalhos que sejam mais duradouros mais efetivos, mais completos e principalmente com a presença de psicólogos (as). A qualidade e importância do projeto na cidade de Salvador sempre foi reconhecida pelos profissionais do setor de HIV/AIDS, que acompanharam o desenvolvimento e o crescimento dos resultados durante o ano de atividades.

Os pontos fortes foram o reconhecimento do mesmo pelas instâncias de saúde pública local, o empoderamento da equipe de educadoras (es), a aceitação do público abordado a proposta do teste, a política do projeto de ir ao encontro da população chave, trabalhar com a estratégia de educação de pares e, ótimos acolhimentos nos espaços onde foi divulgado (tve, rádio 88 FM).

De acordo com o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (2015), centrado na educação entre pares e em ações extramuros, voltado às populações-chave, o “Viva Melhor Sabendo” foi uma prova inequívoca que a parceria entre o governo, as agências internacionais e a sociedade civil – marca da atual resposta nacional à epidemia de HIV/aids que serve como uma estratégia acertada e extremamente eficaz para seu combate.

Os pontos fracos desse projeto foram a ausência de uma equipe interdisciplinar incluindo o psicólogo (a) para acompanhar o trabalho de testagem rápida de HIV nessa população, visto que as demandas que emergiam das mesmas em sua maioria não eram apenas para serem testadas e sim, escutadas sobre a sua caminhada e luta pela vida, compreendidas por suas ações que faziam se sentir culpadas e ajudadas em suas diversas especificidades: mercado de trabalho, saúde, problemas familiares etc.

Percebemos, dessa forma, que as desigualdades no atendimento em saúde para a população de travestis e transexuais estão colocadas tanto nos serviços de saúde, que operam de forma excludente e preconceituosa, quanto no âmbito das ações governamentais, que, mesmo com o avanço apresentado nos últimos anos, ainda ignoram muitas das demandas em saúde desse grupo populacional. (GUARANHA, 2013, p.3)

Nos últimos meses do projeto, multiplicaram-se os contatos (Ligações, Watsapp) de pessoas pedindo materiais de prevenção (Gel lubrificantes, camisinhas, folders) e ações de testagens e, nesse momento as ligações também surgiam com o desejo de escuta e compreensão das dificuldades encaradas pelas mesmas com sentimentos de desamparos, angústias, frustrações e ideias suicidas.

Em um ano de projeto crescemos em excelência em rede de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, envolvendo a coordenação Estadual e Municipal, a rede sus e a sociedade civil que, de acordo com o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (2015), através da avaliação do projeto entendeu-se a Capacidade Técnica nas abordagem das populações-chave, na oferta e realização do teste oral bem como nos aconselhamentos pré e pós-teste, o que foi também identificada como um dos fatores determinantes do sucesso da estratégia, a criatividade na resolução de eventuais problemas, reiterando que a estratégia tem grande resiliência e capacidade de adaptação às especificidades das populações abordadas. A parceria e o apoio das coordenações estaduais e municipais de DST/Aids foram também apontados na avaliação como fator crucial ao sucesso das ações das ONG.

Foram realizadas 58 reuniões durante o ano do projeto, sendo uma por semana afim de organizar metodologias, estratégias e ida a campo. As atividades do projeto viva melhor sabendo permitiram tocar espaços e alcançar públicos raramente

envolvidos em processos de prevenção e em acesso a saúde como: saunas, terreiros de candomblé, casas de massagem, boates, casas de meninas, lugares de prostituição, eventos LGBT, cinemas, faculdades, colégios, escolas de formação profissional, praças e locais de “pegação” onde os coordenadores viram no projeto uma forma de aperfeiçoar a ampliação ao diagnóstico, uma vez que as ONG conseguem ter acesso maior às populações chave para o HIV do que os serviços de saúde (Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (2014).

Nossa experiência demostrou como Travestis e Transexuais tem resistência ao acesso aos postos da rede SUS, relatando problemas de horários que se tornam incompatíveis com as suas rotinas diárias e temor de discriminação como não ser chamada pelo nome que deseja ser chamada, ao mesmo tempo em que demandam acolhimento, escuta e compreensão dos profissionais de Psicologia.

No entanto, embora o campo da saúde seja um campo normativo por excelência, que produz normalizações, regulações e situações de exclusão e preconceito, no Brasil a saúde pública apresenta uma perspectiva que pode representar uma brecha no discurso vigente - a proposta da Saúde Coletiva. A Saúde Coletiva surge para romper com a forma clássica de operar em saúde, propondo uma clínica centrada no sujeito através de ferramentas como a escuta, o acolhimento e o vínculo. (GUARANHA, 2013, p.8)

O projeto viva melhor sabendo favoreceu o acesso do público na rede SUS, através de encaminhamentos e acompanhamentos das educadoras (es) e nos despertou questionamentos de possibilidades de nos aproximarmos mais dessa população que por diversos motivos não batem em nossos consultórios.

Os estabelecimentos de saúde são, em sua maioria, movidos por ações e programas que tomam como modelo de sujeito aquele constituído no seio de uma família heterossexual, que tem uma vida “regrada” e com certos padrões de regularidade bem delimitados. O SUS, através de seus programas e políticas, tem pautado suas ações em torno de regras relativamente fixas de identidades de gênero, orientação sexual, relações familiares, forma de acesso à renda, afastando as pessoas que divergem destas normas sociais dos espaços de assistência à saúde. (GUARANHA, 2013, p.3)

De acordo com o Plano Nacional de enfrentamento da epidemia de Aids e das DST entre Gays, HSH e Travestis (2007), os princípios de promoção de ações de

atenção à saúde, de respeito à diversidade sexual, e da defesa dos direitos humanos das pessoas vivendo com aids e das populações mais vulneráveis, que sempre nortearam a resposta brasileira, complementam o eixo central da política ora apresentada. Somando-se a isso, este Plano parte da perspectiva de que somente será efetiva a resposta pública que considere todos os fatores que estruturam, produzem ou reforçam as diferentes dimensões das vulnerabilidades individual, programática e social que tornam gays, outros HSH e travestis mais suscetíveis à infecção pelo HIV e pelas doenças sexualmente transmissíveis. Assim, percebe-se que mais do que controlar as DST e Aids nessas populações são necessários combater e lutar contra os preconceitos que as levam a ser vulneráveis e marginalizadas (os) da sociedade.

No ano de 2009, as Travestis e Pessoas Trans conseguiram o direito ao nome social no cartão do SUS que de acordo com a Portaria 1.820 de 2009 em seu Art4°, Parágrafo único e inciso I descreve que:

Art. 4º Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos.

Parágrafo único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo lhe:

I - Identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas.

Vale Ressaltar que o acesso das pessoas LGBTs inclusive das Travestis e Transexuais são conquistados também por meio de Políticas que garantem a não violação dos direitos a Saúde dessa população, mas que não são respeitados passando na maioria das vezes despercebidos, como sem valores ou inexistentes. De acordo com o Ministério da Saúde (2013) a portaria n°2.836, de 1° de dezembro de 2011 institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de

Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) que tem o objetivo de Promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.

Esta política está embasada nos princípios assegurados na Constituição Federal de 1988, que garantem a cidadania e dignidade da pessoa humana, reforçados no objetivo fundamental da República Federativa do Brasil de "promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação" e no entendimento de que a discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incide na determinação social da saúde, no processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social reservado a população LGBT. (BRASIL, 2013)

Vale salientar que as Mulheres Transexuais e Travestis não adoecem apenas de Hiv/Aids assim como os demais Seres Humanos. Dentre esses adoecimentos podemos considerar que as mesmas apresentam algumas especificidades devido as condições a que se submetem como o uso indiscriminado e sem orientação de hormônios femininos e o Silicone Industrial. Há reconhecida relação entre o uso de hormônios femininos e a ocorrência de acidente vascular cerebral, flebites, infarto do miocárdio entre outros agravos, resultando em mortes ou sequelas importantes. Da mesma forma, os transexuais masculinos demandam acesso aos procedimentos de mastectomia e de histerectomia. A automedicação normalmente realizada com doses elevadas de hormônios masculinizantes é também um agravante no quadro de saúde destas pessoas. (BRASIL, 2013)

Apesar do projeto não ter ocorrido exclusivamente com a presença de psicólogos ou com os trabalhos inerentes a psicologia, nos mostra possíveis caminhos que ainda precisamos percorrer para que um dia possamos chegar próximo de uma sociedade mais justa e igualitária afim de contribuirmos para a sociedade conforme o nosso código de ética nos orienta.

Dessa forma, apesar do quadro de iniquidades no acesso à saúde para travestis e transexuais ser bastante evidente, é importante perceber que o SUS conseguiu avançar, e muito, desde sua implementação, e a voz de travestis e transexuais, de alguma forma, tem sido escutada. Mas como tem sido escutada e em

quais circunstâncias é uma das perguntas que ainda fica para próximos estudos. (GUARANHA, 2013, p.8)

Do ponto de vista ético e biopolítico, é possível pensarmos que a testagem de HIV sendo realizada através de educadoras sociais que não são profissionais da saúde poderão acarretar alguns prejuízos psicológicos e morais aos indivíduos que se submetem a eles. Por um outro lado, a política da testagem através das educadoras ajudaria a alcançar metas de combate à epidemia do Hiv e outras DST como jamais foram alcançados pelos profissionais de Saúde. Portanto, faz-se necessário pensarmos em políticas que assegurem o direito a saúde dessas populações que não acessam os serviços do SUS, planejando viabilidades que incluirão as mesmas possibilitando o encontro com os profissionais de Saúde que não se adequam ir ao encontro dessas populações.

Buscar promover a Saúde Integral dessas populações enxergando as diferenças de espaços, poder e vulnerabilidades poderão ser os caminhos que nos permitirão encontrar soluções afim de sensibilizar, mudar e/ou reinventar o SUS que nós temos para um serviço qualificado e disponível para ir ao encontro dessas populações.

Palavras-chave: Travesti; Transexuais; Interdisciplinaridade; SUS; HIV.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais/ Ministério da Saúde.** Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de apoio à Gestão Participativa. 2 Brasília: 1.ed., 1.reimp.2 Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e DST entre Gays, outros Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e Travestis**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2007.

BRASIL. **Portaria n° 1.820, de 13 de agosto 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Ministério da Saúde, Brasília, DF,2009.

Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. Disponível em: http://www.aids.gov.br/noticia/2014/coordenadores-estaduais-e-municipais-se-engajam-no-projeto-de-testagem-com-ong. Acesso em 02/07/2013

Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. Disponível em:

http://www.aids.gov.br/noticia/2015/resultados-do-viva-melhor-sabendo-confirmam-sucesso-do-primeiro-ano-do-programa. Acesso em 09/08/2013

GUARANHA, C. **Travestis e Transexuais**: *A questão da busca pelo acesso à saúde*. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais eletrônicos), Florianópolis, 2013.

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO: RELATO DE ESTÁGIO NO MUNICÍPIO DE ITABUNA-BAHIA

Gabryelle Marques

Indiara Mello

Jéssica Souza

Jéssica Nascimento

Thisciana Passos

Thayná Matos

Valéria Pereira

Luanne Freitas

Ana Cristina Barros

RESUMO

O Programa de Saúde da Família é um programa do Governo Federal que surge da necessidade de uma melhor distribuição do atendimento em saúde, possibilitando um acompanhamento mais próximo às famílias, visando a prevenção de doenças e a promoção de saúde. Para atingir tais objetivos, faz-se necessário o trabalho em equipe multidisciplinar, atuando diretamente nos problemas apresentados pela comunidade.Acolher os indivíduos significa ter disposição afetiva, escutar, aceitar e permitir que o outro expresse o seu sofrimento. O psicólogo também trabalha diretamente com o acolhimento e através da disseminação de conhecimentos/informações sobre saúde mental e bem-estar. Com isto, através desta experiência de estágio básico, objetiva-selevar o estagiário de psicologia a compreenderas possibilidades de atuação do psicólogo dentro do Programa de Saúde da Família e no contexto multidisciplinar.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família; Atuação do psicólogo; Estágio em psicologia; Prevenção e promoção em saúde.

INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) é um programa do Governo Federal que surge da necessidade de uma melhor distribuição do atendimento em saúde, possibilitando um acompanhamento mais próximo às famílias, visando a prevenção de doenças e a promoção de saúde. Para atingir tais objetivos, faz-se necessário o trabalho em equipe multidisciplinar, atuando diretamente nos problemas apresentados pela comunidade. Este programa foi implementado justamente para atender à demanda das comunidades que necessitam de atendimentos especializados, sem ser preciso se desloquemaos hospitais para os mais simples atendimentos.

Acolher os indivíduos significa ter disposição afetiva, escutar, aceitar e permitir que o outro expresse o seu sofrimento. O psicólogo também trabalha diretamente com o acolhimento e através da disseminação de conhecimentos/informações sobre saúde mental, identificando pessoas dentre aquelas que possuem problemas relacionados à diabetes e à hipertensão arterial e apresentam comprometimentos emocionais necessitando de assistência psicológica.Dessa forma, é possível ampliar a conscientização dos usuários acerca da doença que possuem e acerca de si mesmos, garantindo a estes a responsabilidade sobre o seu tratamento, tendo em vista que saúde também se refere ao bem-estar mental e social.

Objetivou-se neste estágio básico, levar o aluno de psicologia a compreender a atuação de sua futura profissão dentro do Programa de Saúde da Família e sua importância no contexto multidisciplinar. Os estagiários puderam vivenciar de forma prática,o funcionamento do PSF eas possibilidades de atuação do psicólogo neste espaço.Dentre outras atividades, puderam proporcionar acolhimento às pessoas atendidas da unidade, fazendo com que os mesmos se sentissem acolhidos, acalentados, ajudados, proporcionando também um maior vínculo entre a unidade e seus usuários.

É relevante que os acadêmicos de psicologia vivenciem esta realidade que vai além das paredes da psicologia clínica. Apesar de todas as dificuldades ainda encontradas, a inserção da Psicologia na saúde básica pode contribuir para uma melhor qualidade de vida dos usuários, da equipe e funcionários. Espera-se com este relato inspirar futuros psicólogos e supervisores de estágio para o trabalho nesta área, elencando sugestões e reflexões sobre suas possibilidades de atuação no PSF.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRIA

Promoção de saúde no PSF: história, conceitos e atribuições do Psicólogo

O Programa de Saúde Familiar (PSF) surge em 1994, a partir da proposta de consolidação das ações do Sistema Único de Saúde (SUS), criado com o objetivo de reestruturar o modelo de saúde daquela época. O SUS foi um produto dos movimentos sociais que começaram a surgir em 1980: o país experimentava uma fase de dificuldades sociais, políticas e econômicas, fatores que despertaram a indignação do povo. Nesse contexto, o modelo de atenção à saúde era basicamente voltado para pessoas ricas e a medicina mantinha o seu foco no controle curativo das doenças, sem se preocupar com a saúde integral do indivíduo ou com os fatores que o levaram à condição de enfermidade. A VIII Conferência Nacional da Saúde, realizada em 1986, configurou o grande marco de transformações na área da Saúde, onde emergiram propostas de restruturação das políticas de saúde, inclusive, convidando a população, em todas as suas camadas, para participarem e reivindicarem a criação de um novo sistema de saúde que fosse regido por princípios democráticos (YAMAMOTO, 2007).

Cardoso (2002) afirma que o PSF busca dar atenção primária à saúde, não somente para que as pessoas sejam curadas das doenças ou para que estas sejam prevenidas, mas os profissionais atuam em conjunto para a promoção de uma série de ações que auxiliem na melhoria da qualidade de vida e na valorização do papel do indivíduo no que tange ao cuidado, não somente da sua saúde em particular, mas da saúde da sua família e da comunidade no qual está inserido.

A criação do PSF traz à tona a ideia de que o homem é mais do que portador de doenças que serão curadas através dos procedimentos médicos. Ele resgata conceitos e ações que valorizem a interdisciplinaridade, difundindo informações à população e propiciando um cuidado mais completo à saúde dos indivíduos, substituindo o método extremamente assistencialista que vigorava antes da implantação do SUS. Desta forma, os profissionais, ao tratarem dos usuários, irão considerar a influência dos fatores emocionais e sociais na manifestação das patologias físicas, sendo as suas ações voltadas para a compreensão e escuta dos usuários (CARDOSO, 2002).

No que diz respeito à atuação do profissional de Psicologia no âmbito do Programa de Saúde Familiar, Cardoso (2002) afirma que compete ao Psicólogo atuar junto à comunidade, disseminando conhecimentos e informações sobre a saúde mental e identificando as pessoas que, dentre aquelas que possuem problemas relacionados à diabetes e à hipertensão arterial, apresentam comprometimentos emocionais que necessitam de assistência psicológica. Para França & Viana (2006), cabe a este profissional, também, a organização de um espaço terapêutico que sirva como lugar de troca de experiências e desenvolvimento de potencialidades e habilidades, de forma que esta prática auxilie no momento de atendimento das suas necessidades, causando impacto não somente no quadro clínico, mas, também, na melhoria da qualidade de vida.

Cardoso (2002) reforça que é fundamental a preparação do psicólogo para atuar em equipe, junto aos outros profissionais que compõem o PSF, de forma a facilitar a evolução clínica dos usuários por meio das promoções das ações que lhe competem. Essas ações se consolidam por meio da realização de grupos de discussão, grupos de psicoterapia, dinâmicas realizadas em grupo, teatro informativo, visitas domiciliares e atendimentos individualizados. Trabalhar com os outros profissionais e discutir e desmistificar a função da Psicologia são tarefas básicas e essenciais para a inserção do psicólogo no conjunto de estratégias de funcionamento do PSF. Portanto, a Psicologia aplicada à promoção da saúde na unidade básica pode ampliar a conscientização dos usuários acerca da doença que possuem, e acerca de si mesmos, garantindo a estes a responsabilidade sobre o seu tratamento.

Segundo Dimenstein (2001), podemos listar algumas dificuldades enfrentadas pelo psicólogo na atuação em saúde pública: faltas às consultas, atrasos dos usuários, as dificuldades de comunicação com profissionais e a elevada taxa de evasão e abandono, por vezes, entendido como falta de interesse da parte do usuário. A seguir, trataremos da importância e aplicabilidade do acolhimento nos serviços de saúde.

Importância do Acolhimento

De acordo com Leite *et al*. (2010), entende-se por acolhimento uma ação estratégica de mudança aplicada no processo de atendimento à saúde, que visa alterar as relações existentes entre os profissionais de saúde e os usuários. Neste sentido, o processo de acolhimento busca conferir humanização no estabelecimento das relações, criando vínculos e sensações de responsabilidades, baseados sempre no processo de valorização e escuta dos usuários.

Praticar acolhimento não se trata de uma ação com data e hora marcadas, muito menos de um local: tal prática instiga o compartilhamento de saberes, angústias e invenções, no qual o profissional toma para si a responsabilidade de abrigar e acolher o usuário no que se refere às suas demandas, buscando sempre resolver as pendências em questão (SOLLA, 2005). O Ministério da Saúde (2009) ainda difere a prática do acolhimento do processo de triagem, uma vez que aquela configura uma ação que deve ser constante e em todos os espaços e momentos em que são oferecidos os serviços de saúde. Desta forma, acolher os indivíduos significa ter disposição afetiva, escutar, aceitar e permitir que o outro expresse o seu sofrimento, possibilitando que a situação seja aliviada por meio da criação de alternativas de resolução dos problemas (MARQUES, 2005).

De acordo com Leite *et al*. (2010), a Política Nacional de Humanização (PNH) afirma que o acolhimento consiste da atitude do profissional em relação ao usuário desde o momento em que este chega ao local em que são ofertados os serviços de saúde. Sua função neste processo é ouvir as queixas e inquietações do usuário, deixando-lhe expressar os seus sentimentos e impondo, de forma adequada, os limites necessários desta relação, garantindo o processo de resolução do problema

do usuário sempre que possível, e quando não for, encaminha-lo para o atendimento necessário.

São objetivos da prática do Acolhimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009): substituir o modelo de entrada dos usuários nos espaços de serviços de saúde, que antes obedecia o sistema de filas e ordem de chegada; levar humanização às relações entre profissionais e usuários, possibilitando que estes sejam ouvidos e que as suas demandas sejam atendidas; desviar o foco de atenção que o modelo de saúde antigo apregoava, transferindo-lhe para o indivíduo, e não mais para a doença; aprimorar a atuação em equipe dos diversos profissionais que integram o sistema de atenção básica à saúde, buscando sempre orientar que estes atendam os usuários de acordo os riscos apresentados, bem como a complexidade dos problemas; aumentar a efetivação da responsabilidade dos profissionais de saúde em relação aos usuários e à resolução dos seus problemas, promovendo a criação de vínculos consistentes entre eles.

OBJETIVOS

Objetivo geral:

- Possibilitar ao estagiário de psicologia conhecer o papel do psicólogo e suas possíveis atuações no contexto do PSF.

Objetivos específicos:

- Realizar acolhimento e escuta terapêutica aos usuários da unidade básica de saúde;

- Desenvolver propostas que promovam saúde e qualidade de vida aos usuários da unidade (trabalhos com grupos, palestras, etc);

- Capacitar o estagiário de psicologia para atuar em equipes multidisciplinares de assistência.

METODOLOGIA

Caracterização do município

O município de Itabuna se localiza ao sul do estado da Bahia. Possui uma área total de 432,244 km² e está localizada a cerca de 426 quilômetros da capital (Salvador) da Bahia. É a quinta cidade mais populosa da Bahia, com 218.924 habitantes, de acordo com o último censo realizado. Comércio, indústria e serviços predominam no município. Foi reconhecidamente importante no período cacaueiro, com exportação para Estados Unidos e Europa. No que diz respeito à saúde, a cidade conta com alguns hospitais particulares e outros filantrópicos como o complexo Santa Casa, com 2 hospitais, e o Hospital de Base (público), abrangendo também atendimentos à população das cidades circunvizinhas (Lomanto Júnior, Ibicaraí, Itajuípe, Itapé, Buerarema, Jussari, Camacã, Coaraci e Uruçuca).

4.2 Local do estágio

O estágio foi realizado na Unidade Básica de Saúde Lourdes Alves, localizada no bairro Jardim Primavera,na cidade de Itabuna.A unidade Básica de Saúde Maria Lurdes Alves dos Santos, foi fundada no dia 30 de junho de 2004, implantada por recursos próprios para possibilitar à comunidade um atendimento de qualidade na área de saúde, conta com 10 salas, 1 sendo da administração, 1 sala dos agentes comunitários, 1 sala de ginecologia, 1 sala para atendimento do clínico geral, 1 sala para atendimento geral, 1 farmácia, 1 cozinha, 1 depósito e 4 banheiros, além do ambiente para atendimento da comunidade.

As pessoas atendidas na UBS Lurdes Alves são moradores dos seguintes bairros: Núcleo da Ceplac, Gogó da Ema, Jaçanã, Jardim Primavera, Novo Jaçanã e Parque Santa Clara. Os serviços ofertados na UBS são Planejamento Familiar, Gestantes, Saúde da Criança e do Adolescente, Hiperdia, Acompanhamento das doenças degenerativas, Avaliação do pé diabético, Saúde da Mulher, Envelhecimento saudável e acompanhamento familiar. Os atendimentos são de segunda-feira à sexta-feira nos horários de 07:00h às 17:00h.

Descrição das atividades

As atividades foram realizadas uma vez na semana, no período da tarde (14 às 17 horas), de março a junho de 2016. Neste mesmo momento, eram realizadas as supervisões teóricas, com leitura de texto e apresentação de artigos e a prática supervisionada. A abordagem prática dos estagiários era realizada de acordo com a demanda e sob supervisão do professor.O acolhimento aos usuários e o trabalho de psicoeducação sobre Diabetes e Hipertensão, era realizado enquanto os pacientes aguardavam as consultas do turno vespertino. Os estagiários se apresentavam e se disponibilizavam para escuta. Planejamos a formação de grupos informativos e palestras previamente agendadas com a equipe e pacientes, para tanto, contávamos com o encaminhamento dos outros profissionais da unidade (enfermeiras, nutricionista, médicos, agentes de saúde, etc).

Por se tratar de estágio básico em Psicologia, não foram realizados atendimentos psicológicos neste local. Os pacientes que necessitavam de acompanhamento psicológico eram acolhidos e posteriormente encaminhados para a Clínica de Psicologia da UNIME - Itabuna (Núcleo de Psicologia Aplicada). Em virtude do tempo reduzido, não conseguimos realizar visitas domiciliares. Durante a execução do estágio, tivemos algumas dificuldades como falta de água na Unidade, em decorrência do período de seca que afetou a região durante um longo período.

É importante salientar que a unidade não possui psicólogo, ou seja, não havia um serviço implementado anteriormente, este foi o primeiro semestre efetivo da execução do projeto, portanto, faz-se necessário um período maior para alcançarmos todos os objetivos e trabalhar a aderência dos usuários ao serviço de Psicologia.

RESULTADOS

Conforme ressaltam Leite *et al* (2010), ainda existe uma maior dificuldade com relação à descentralização do poder médico, pois quando não havia atendimento destes profissionais no turno vespertino, a demanda diminuía consideravelmente.

Neste primeiro semestre de atuação, os alunos puderam compreender o funcionamento da saúde pública, do PSF e o papel desafiador que o psicólogo desempenha nele, considerando, que o acolhimento humanizado, a escuta e as ações

psicoeducativas, podem desenvolver vínculos entre o profissional da saúde e o usuário, de modo que esta relação possibilite a inclusão do paciente como responsável pela sua saúde, proporcionando a construção da sua autonomia como cidadão.Visualizamos algumas dificuldades, principalmente no que diz respeito à adesão aos serviços oferecidos e a resistência dos pacientes e equipe ao trabalho com grupos (existe uma demanda maior para atendimento clínico/individual). Conforme ressaltam Leite *et al* (2010), ainda existe uma maior dificuldade com relação à descentralização do poder médico, pois quando não havia atendimento destes profissionais no turno vespertino, a demanda diminuía consideravelmente. Segundo Ferminoet *al* (2009), faz-se necessário preparar os acadêmicos de psicologia para este modelo de atenção à saúde, principalmente na construção de sua identidade dentro do contexto e postura ética necessária para atuação junto à equipe multidisciplinar.

6.CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das dificuldades encontradas durante a execução do estágio (falta de água na unidade, limitações com espaço e tempo, greves,etc), os estudantes tiveram a oportunidade de conhecer a realidade vivida pelos usuários e profissionais do programa, percebendo também, quão criativa e dinâmica deve ser a atuação do psicólogo neste contexto, corroborando com estudos similares publicados em outras regiões do país.Enfatizamos a importância da continuidade deste trabalho na Unidade Básica, afim de que os pacientes tenham a oportunidade de aderir aos benefícios do serviço de Psicologia. Por fim, salienta-se a importância de disciplinas relacionadas a esta atuação, no currículo das academias de Psicologia.

Referências Bibliográficas

BITTENCOURT, R. A. A.; MATEUS, M. L. F. Possibilidades de Atuação do Psicólogo no Programa Saúde da Família: A Experiência de Bonito-MS. *Rev. Psicologia Ciência e Profissão*, 26 (2), p. 328-345, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000200014>. Acesso em: 10 abr.2016.

BRASIL, *Guia Prático do Programa Saúde da Família*, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf1.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2016.

CARDOSO, C. L. A inserção do psicólogo no Programa Saúde da Família. *Psicologia Ciência e Profissão*, 22(1), 2-9, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000100002>. Acesso em: 15 abr. 2016.

DIMENSTEIN, MAGDA. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, Maringá,v. 6, n. 2, p. 57-63, jul./dez. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/pe/v6n2/v6n2a08.pdf> Acesso em: 15 abr. 2016.

FRANÇA, A. C. P.; VIANA, B. A.; Interface Psicologia e Programa Saúde da Família – PSF: Reflexões Teóricas. *Rev. Psicologia Ciência e Profissão*, 26 (2), p. 246-257, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000200007>. Acesso em: 15 abr. 2016.

FERMINO, J. M.; PATRÍCIO, Z. M.; KRAWULSKI, E.; SISSON, M. C. Atuação de psicólogos no Programa de Saúde da Família: o cotidiano de trabalho oportunizando repensar a formação e as práticas profissionais. *Rev. Aletheia* 30, p. 113-118, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942009000200010>. Acesso em: 15 abr. 2016.

LEITE, L.; LOBO, B.; LIMA, N. S.; MENGARDA, C. F. Acolhimento Multiprofissional em Estratégia de Saúde da Família; Espaço de Atuação para o Profissional Psicólogo. *Revista de Psicologia da IMED*, vol.2, n.1, p. 276-287, Porto Alegre/RS, 2010. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/39>. Acesso em 15 abr. 2016.

MARQUES, N. Entrevista de Triagem: espaço de acolhimento, escuta e ajuda terapêutica. In: Macedo, M., & Carrasco, L. (Org.). (Con) *Textos de Entrevista*. Porto Alegre: Casa do Psicólogo, 2005. Cap. 6, p. 161-180.

SOUZA, R. A. de; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. *Estudos de psicologia (Natal)*, 8(3), 515-523, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n3/19974.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2016.

YAMAMOTO, O. H. Políticas Sociais, "Terceiro Setor" e "compromisso social": perspectivas e limites do trabalho do psicólogo. *Psicologia & Sociedade,* 19(1),30-37, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>Acesso em: 15 abr. 2016.

PROJETO DE ATENÇÃO À PESSOA COM LÚPUS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Fabiana da Conceição Bezerra

No século XVIII, o termo Lúpus era utilizado para nomear diversas doenças com acometimento cutâneo. O médico francês Pierre Cazenave comparou-as com as mordidas de lobo, nomeando a doença como: “Lúpus Eritematoso”: Lúpus=lobo; Eritematoso= vermelho (MOREIRA; CARVALHO, 2001).

Apesar dos primeiros casos identificados terem surgido há mais de três séculos, ainda não se sabe muito a respeito das causas do Lúpus. De acordo com a Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR), o Lúpus pode se manifestar de forma cutânea ou sistêmica. A forma cutânea apresenta-se através de lesões na pele e a sistêmica acomete os mais variados sistemas do corpo. É uma doença crônica, autoimune e com sintomatologia multivariada. Sabe-se que o mecanismo desencadeador da doença ocorre da seguinte maneira: o sistema imunológico de uma pessoa com Lúpus sofre alterações e passa a não reconhecer e lesionar os diversos sistemas do corpo (SBR, 2011). Segundo a SBR “alguns sintomas são gerais como a febre, emagrecimento, perda de apetite, fraqueza e desânimo. Outros, específicos de cada órgão como dor nas juntas, manchas na pele, inflamação da pleura, hipertensão e/ou problemas nos rins” (2011, p. 5).

Moreira e Carvalho (2001) afirmam que a doença acomete, predominantemente, o sexo feminino numa proporção de nove mulheres para cada homem com a doença. No Brasil não há estatísticas atuais sobre a população com Lúpus. A prevalência em mulheres, segundo alguns pesquisadores, pode estar relacionada com a presença do estrógeno, hormônio feminino. O Lúpus pode trazer comprometimentos físicos e emocionais, pois exige numerosas modificações no estilo de vida, principalmente quando o diagnóstico é apresentado durante a idade produtiva. Segundo Cal, Borges, e Santiago (2006) o diagnóstico ocorre numa época da vida em que as pessoas estão fazendo diversos investimentos “sociais, econômicos e afetivos”, o que pode explicar alguns quadros depressivos. Os mesmos autores ainda afirmam que uma das manifestações possíveis nos casos de Lúpus são acometimentos neuropsiquiátricos, tais como: psicoses, convulsão, distúrbios de humor e cefaléia; havendo predominância da depressão. Outra característica que pode aparecer em pessoas com lúpus é a baixa autoestima, ocasionada pelas

diversas alterações corpóreas que alguns pacientes apresentam. Esses sintomas implicam no modo como as pessoas se percebem, afetando o convívio social, já que ainda é uma doença pouco conhecida e há o mito do contágio. Todos esses aspectos podem gerar intenso nível de sofrimento, agravando ainda mais a evolução do Lúpus e piorando o prognóstico (Cal, Borges e Santiago, 2006). Estes autores ainda trazem que a morbimortalidade associada à depressão pode ser prevenida em 70% se houver o tratamento correto da doença e a busca por estratégias de acompanhamento psicológico. Alcântara, Aguiar e Monteiro (2011), em uma revisão bibliográfica sobre o tema, apontam autores que corroboram com a relação entre as emoções e o Lúpus, tais como: Filho (2012), Ayache e Costa (2005), Mattje e Turato (2006), Araújo e Traveso-Yepez (2007). Para estes, os aspectos psicológicos podem mostrar-se como disparadores ou intensificadores das crises de Lúpus podendo, também, comprometer a realidade clínica do paciente. Verson (1995, *apud* Martins 2005) traz que a maioria das pessoas com Lúpus que procura um serviço de saúde mental tem como principais queixas a depressão e a ansiedade. Essas queixas podem estar associadas à crônica imprevisibilidade da doença. Essa cronicidade pode trazer como consequência a irritação, o cansaço, a instabilidade emocional, a capacidade de concentração alterada, os problemas com autoestima baixa, os problemas com a autoimagem corporal e as atividades sociais limitadas que são ocasionadas pelos cuidados que a doença pode exigir. Sendo assim, torna-se essencial dispensar uma atenção integral à pessoa com Lúpus. Considerando toda essa problemática, é possível afirmar que, mesmo os aspectos psicossociais não fazendo parte da etiologia patológica do Lúpus, estes podem ter papel definidor para o bem-estar do sujeito. Fatores socioeconômicos como o acesso a serviços de saúde especializados e o nível de escolaridade, estão intimamente relacionados ao aparecimento de sofrimentos emocionais já citados, como depressão, ansiedade, dentre outros. Assim, é de fundamental importância que a pessoa com Lúpus possa contar também com uma rede social forte, que a apoie e a acolha durante todo o processo. Essa rede pode ser composta por familiares, pessoas de uma comunidade religiosa, profissionais de saúde e colegas de trabalhos e/ou outros. A família é um instrumento fundamental no processo de cuidar, pois são nestas relações que se adquire segurança e confiabilidade. É possível estabelecer regras para uma nova identidade social, dando novos significados na existência. A pessoa acometida da doença, juntamente com suas bases relacionais, estaria dentro

de funções imprescindíveis à experienciação dos sentimentos de aceitação e de situações que promovam o reconhecimento de sua alteridade e seu crescimento emocional (Martins, 2005). A convivência com o Lúpus exige diversas alterações no cotidiano, além de flexibilidade para a convivência com a patologia. Sabe-se que a doença apresenta períodos de remissão, quando a doença encontra-se sem atividade e períodos de ativação, o que requer constantes internamentos (em alguns casos), medicações, frequência a ambulatórios, exames e intervenções variadas que interferem diretamente no cotidiano da pessoa e da família. Sarson (1983), citado por Martins (2005), em seu trabalho traz que o suporte social trata-se da existência da disponibilidade de pessoas que se mostrem preocupadas, que valorizem e que expressem o gostar para com o paciente. A percepção da existência dessa rede traz vários benefícios para a saúde da pessoa. Cohen (1988), citado por Martins (2005), verifica em suas pesquisas que o apoio social produz respostas que exercem influencia positiva durante o processo do adoecer. Por outro lado, o estresse ou o pouco ou nenhum apoio social influencia de forma negativa na saúde e no bem estar da pessoa. É suposto, portanto, que a percepção de um suporte social contribui positivamente para a qualidade de vida das pessoas com Lúpus. Sarson (et al. 1983) corrobora afirmando que este suporte está relacionado à saúde do indivíduo, a percepção de bem-estar, a satisfação com a vida, a redução do mal-estar e a resistência à doenças. Assim, a satisfação do indivíduo com o suporte social percebido por ele é uma das variáveis que está associada à satisfação com a vida. Observa-se então que o fortalecimento das relações interpessoais estabelecidas nos mais diversos contextos podem influenciar de forma positiva os processos de significação e sentidos no adoecimento (Araújo, 2004). Além do apoio social, outros recursos psicossociais são importantes para a convivência com essa nova condição. A crença religiosa, participação em atividades sociais, o acompanhamento psicoterápico, programas de lazer e o envolvimento em atividades laborais, readaptadas, se for o caso, são algumas alternativas possíveis para o enfrentamento da doença e melhoria da qualidade de vida. Sentir-se útil, produtivo, vislumbrar a possibilidade de uma vida ativa, apesar do Lúpus, faz com que a pessoa tenha desejo de viver, aumentando, assim, a adesão ao tratamento e melhor prognóstico da doença (Martins, 2005). Segundo Araújo (2004), não basta direcionar todas as atenções para os aspectos orgânicos da doença, é necessário considerar a subjetividade dessas pessoas que

precisam passar por diversas alterações no seu estilo de vida. A autora também traz a importância da interdependência entre os aspectos biológicos, sociais e psicológicos, que perpassam o processo do adoecer. Além de remédios, assistência médica especializada, procedimentos laboratoriais, existem outras necessidades que vão além dos aspectos biológicos da doença. A notícia de um diagnóstico crônico gera, consequentemente, um impacto no estilo de vida das pessoas, principalmente quando se trata de uma doença que, apesar de ter tratamento, ainda não se descobriu mecanismos para a cura. De acordo com Moreira e Filho (1992), citado por Araújo, Traverso e Yépez (2007), a vivência com Lúpus não é fácil e requer, da pessoa, cuidado e alterações no estilo de vida. Tudo isso está intimamente ligado à forma que a pessoa significa o seu processo de adoecer. Dessa forma, Moreira e Filho (1992), citados por Araújo, Traverso e Yépez (2007), afirmam: “reconhece-se que esse tipo de doença crônica tem uma dimensão psicossomática prevalente, sendo importante considerar o estresse e o sofrimento psicossocial no seu desencadeamento, evolução, agravamento e possível controle” (p. 119).O diagnóstico exige uma readaptação na vida para manutenção da saúde, onde é necessário que o indivíduo se adapte as maneiras de lidar com seu novo modo de ser, buscando desenvolver estratégias para superar dificuldades e conservar seu bem-estar biopsicossocial. Neste contexto, a psicologia pode contribuir para uma melhor readaptação da pessoa com Lúpus, fazendo a identificação dos recursos psicossociais que auxiliem a pessoa a lidar de forma mais adaptativa dentro nova condição, potencializando novos recursos de enfrentamento. Faz-se necessário então que o profissional de psicologia possa conhecer quais os sentidos dados pelas pessoas com Lúpus (Araújo, Traverso e Yépez, 2007). Torna-se relevante, portanto, o acompanhamento adequado em todas as etapas (diagnóstico, tratamento), uma vez que a ausência deste manejo pode interferir na forma com que o indivíduo constrói seus sentidos e signficados acerca da sua saúde. A qualidade dos sentidos e significados atribuídos acerca da doença são importantes para o controle da mesma. Estes também contribuem para adesão ou não ao tratamento, o que vai influenciar diretamente na qualidade de vida. Araújo, Travesso e Yépez (2007, p.123) afirmam que “para manter sob um relativo controle uma doença crônica não basta saber quais são as orientações que devem ser seguidas. É preciso também que a pessoa tenha *in-corporado* o que pode estar ajudando-a ou prejudicando-a nesse processo de adoecer”. A doença pode acometer

pessoas pertencentes a qualquer classe socioeconômica, e a significação da vivência com o Lúpus está interligada ao contexto histórico e classe social de cada indivíduo. Tais fatores podem interferir diretamente nos sentidos atribuídos ao processo de adoecer. Segundo Remem (1993), citado por Araújo, Traverso e Yépez (2007), uma pessoa pode concluir que, a partir da enfermidade, sua vida torna-se sem norte e direção, enquanto outra a compreende como algo que lhe dá um senso de ordem e propósito. Dessa forma, um suporte psicológico à pessoa com Lúpus e não só neste caso, mas à pessoas com doenças crônicas em geral, é importante para facilitar a resignificação do processo de adoecimento. Como foi visto, a Lúpus requer um tratamento diferencial, que vai para além do manejo medicamentoso, acompanhamento laboratorial e internações hospitalares. Assim, a importância dos aspectos psicossociais da pessoa com Lúpus influencia diretamente no prognóstico e, muitas vezes, é subestimado ou desconsiderado durante o seu tratamento. O desconsiderar de tais aspectos acontece, na maioria dos prognósticos, pela falta de conhecimento, tanto do paciente quanto da sua rede social, e até da rede de saúde envolvida, que ainda não possui a compreensão de que, qualquer que seja o acometimento do usuário, este deve ser visto de maneira integral, sendo valorizados todos os aspectos da sua existência. A ineficiência de Políticas Públicas para pessoas com lúpus na cidade de Juazeiro-BA, localizada a 505 km da capital Salvador, foi o principal mobilizador para a criação do Encontro de Atenção à Pessoa com Lúpus no município. Com o objetivo de proporcionar um momento de escuta qualificada, expressão de sentimentos, acolhimento e informação; trazendo o discurso do ser com Lúpus e de seu vinculo afetivo como forma de cuidado, de modo a sensibilizar e co-construir uma compreensão mais alargada do processo de adoecimento e enfrentamento. Partiu-se de uma visão integral da experiência humana, levando em consideração aspectos que transcendem os sinais/sintomas clínicos da doença. Sabe-se que a ausência de uma atenção integral a pessoa com Lúpus, considerando todas as variáveis que envolvem o processo do adoecer é uma lacuna comum nos serviços de saúde. A falta de espaços onde o usuário possa expressar suas emoções e sentimentos dificultam, dentre outros fatores, o processo de adesão ao tratamento, além de influenciar negativamente no prognóstico da patologia. Diante disso, tomamos como base a Educação Popular em Saúde para construir o primeiro contato com lúpicos na cidade de Juazeiro-BA. Segundo Brasil (2007), essa perspectiva

utilizada de forma pedagógica em espaços de vivências e aprendizagem possibilita um estreitamento entre “a assistência que representa intervenção pontual sobre a doença em um tempo e espaço determinados, e o cuidado, que significa o estabelecimento de relações intersubjetivas em tempo contínuo e espaço de negociação e inclusão dos saberes, dos desejos e das necessidades do outro” (p.16, 2007). A iniciativa nasceu no âmbito acadêmico no curso de Psicologia da Universidade Federal do Vale do São Francisco localizada na cidade de Petrolina-PE em 2012. Criado por esta autora que à época era acadêmica do curso de Psicologia e que vive com lúpus há 16 anos. O primeiro encontro aconteceu como atividade da disciplina Práticas Clínicas e institucionais. Tendo como objetivo principal a realização de um encontro com pessoas com lúpus e seus familiares que eram atendidos pela Secretaria Municipal de Saúde através do Setor de Tratamento Fora do Domicilio. Buscava-se congregar estas pessoas, que precisavam se deslocar para tratamento especializado na capital Salvador- BA, fornecendo lhes um espaço de acolhimento e informação sobre a patologia. O evento ocorrido em Outubro de 2012 foi um sucesso e em 2013 agora na disciplina de Estágio Profissionalizante, foi desenvolvido um projeto de intervenção na mesma Secretaria, sendo realizados encontros quinzenais com as pessoas com lúpus, familiares, profissionais de saúde e comunidade em geral. Os encontros tinham em média 50 pessoas e contaram com a participação ativa de diversos profissionais de saúde (Psicólogos, Nutricionistas, Reumatologistas, Dermatologistas...). Todos os encontros tinham com proposta levar não apenas informações sobre a doença, mas proporcionar um espaço de expressão e protagonismo aquele grupo que dificilmente encontrava nos ambulatórios a oportunidade de sair da posição de passividade. Foram realizadas também atualizações profissionais com os trabalhadores da Atenção Básica do município, buscando melhorar o atendimento à pessoa com lúpus na Rede de Atenção à Saúde. As atualizações se deram por causa das queixas das Pessoas com Lúpus no Município da falta de experiência no atendimento a pessoa com lúpus nas Unidades Básicas de Saúde, o que torna a vivência com a doença ainda mais difícil. A parceria com os meios de comunicação local (Sites, Telejornais, Blogs, Redes Sociais) foi fundamental para o alcance da população e divulgação dos encontros. No ano de 2014 com fim do Estágio Profissionalizante e das atividades de intervenção, as pessoas com lúpus e seus familiares que freqüentavam os encontros resolveram

continuar com o Projeto, hoje chamado de Grupo de Atenção à Pessoa com Lúpus. Há dois anos realizando encontros mensais, agora não só em Juazeiro-BA, mas em outras cidades do Vale do São Francisco. Os encontros são realizados em espaços públicos, onde através da roda de conversa os participantes podem falar dos seus medos e inquietações a cerca de uma doença tão imprevisível como o lúpus. Também são realizadas atividades junto a profissionais de saúde em formação nas Universidades e Escolas Técnicas da região. Onde o grupo esclarece dúvidas a respeito da vivência com o lúpus e distribui materiais educativos sobre a temática. São realizadas panfletagens em espaços de grande fluxo de pessoas, com o objetivo de reduzir o preconceito através da informação da população. A utilização das redes sociais e aplicativos de mensagens instantâneas tem sido uma excelente ferramenta de apoio ao grupo. Através dessas ferramentas as pessoas com lúpus e seus familiares recebem orientações sobre qualidade de vida na vivência com lúpus, podem trocar experiências e são informados sobre dispositivos que oferecem serviços gratuitos ou particulares para pessoas com lúpus na região do Vale do São Francisco. Na busca pela criação de novas políticas públicas no município de Juazeiro-BA, voltado para pessoas com lúpus, realizou-se pela primeira vez no dia 10 de maio de 2016 (Dia Mundial de Atenção à Pessoa com Lúpus), a primeira audiência pública na Câmara Municipal de Vereadores. Durante a audiência foram expostos os avanços nos cuidados a esta população e os desafios enfrentados por pessoas com lúpus na cidade, a exemplo da ausência do direito ao passe livre em ônibus urbano para pessoas em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Atualmente o grupo conta com 78 pessoas com lúpus e seus familiares. É perceptível a forma como essas pessoas aprenderam a resinificar seus sofrimentos, transformando o luto em luta. A melhoria na adesão ao tratamento, à coragem de falar sobre a doença em espaços públicos, o empoderamento para lutar contra o preconceito e a estigmatização, a participação familiar nos encontros é notório. O sentimento de não estar só também é frequente no relato dos participantes como afirmou D “No primeiro Momento do diagnóstico de lúpus ser confirmado, tive a felicidade de ver o anúncio do primeiro encontro em Petrolina-PE, presença de um reumato, muitas pessoas com o mesmo diagnóstico, os depoimentos de cada um presente me deu a certeza de que eu não era a única a lidar com o problema. A troca de experiências de cada um, as orientações do médico, as dúvidas esclarecidas, tudo me fortaleceu e fortalece a cada novo

encontro". O fato das pessoas serem acolhidas por pessoas que passam pelas mesmas experiências de dor e superação também foi mencionado na fala da participante Y: "Acho que a esperança de que vai passar, tem um gostinho diferente vindo de quem realmente entende o que vivemos... a gente sabe que não é da boca para fora". A efetivação de Políticas Públicas básicas como a Política de saúde após a criação do grupo também é relatado na fala da participante V: "O grupo me ajudou a ver a evolução médica na cidade. Fui diagnosticada há 13 anos em São Paulo e nem ao menos consegui realmente manter um reumato aqui porque na época só havia uma e era bem difícil consegui qualquer consulta com ela, então hoje é bom ver que hoje em dia já existe um grupo de pessoas que se apoiam e que a Rede SUS cresceu e hoje em dia pode ajudar todas as pessoas diagnosticadas". O apoio social foi relatado na participante R: "É muito importante na minha vida, porque desde que comecei a ir vejo que existem muitas outras pessoas com a mesma doença e hoje eu posso ter uma vida normal dentro dos meus limites, é maravilhoso a cada encontro, porque saiu a cada encontro cada vez com a certeza, que posso viver a cada dia sem medo. Gosto do carinho, preocupação, a força positiva que nos passa". A partir dos relatos dos encontros percebeu-se a repercussão do grupo na vida dessas pessoas. A maioria achava que estava só, tinha pouco conhecimento sobre a convivência com a doença, acreditava ser o diagnóstico uma sentença de morte, sem possibilidade de vislumbrar o futuro apesar do lúpus. Falar de esperança para essas pessoas e seus familiares é sem dúvida o grande e melhor resultado que o grupo poderia ter alcançado nesses anos de alquimia, de transformação do luto em luta. A oferta de um suporte psicológico a essas pessoas, que na maioria das vezes não conseguem chegar a um serviço de psicologia, e ver a qualidade de vida desta aumentar exponencialmente é extremamente gratificante. Acreditar que de fato psicologia deve ser para todos, todos os dias e em todos os lugares é o que nos mobiliza a seguir lutando por uma prática profissional mais comprometida com a garantia de direitos e com o compromisso ético-político da nossa profissão. Durante os encontros ao externarem suas percepções sobre o lúpus e compartilharem os sentidos da vivência do processo do adoecimento, há uma implicação com o cuidado do outro, de modo que as pessoas que convivem há mais tempo com a doença e "reaprenderam" a conviver com a mesma, acolhem o sofrimento dos que ainda não aceitam essa nova condição, legitimando assim, o espaço da fala/escuta e produção de sentidos.

Atividades como essa favorecem a ampliação da rede social de apoio ao doente crônico. As pessoas que não relatam esse apoio se mostram mais fragilidades com o adoecer do que os demais. Os familiares e amigos presentes também expressam como é conviver com uma patologia tão complexa e imprevisível, e o quanto tiveram que reaprender/reinventar modos de vida. A ausência de atividades sistemáticas de co-construção grupal com auxílio da educação em saúde e de atividades terapêuticas sistemáticas voltadas para doentes crônicos ainda não é uma prerrogativa das políticas de saúde locais. Contudo, compreendemos que atividades como essa deveriam ser incorporadas pelas redes de saúde, pois ajudam a integrar a rede de cuidados e a desmistificar concepções equivocadas sobre o processo de saúde-doença. Ademais, faz-se necessário suporte psicológico à pessoa com Lúpus de modo a facilitar a ressignificação do processo de adoecimento; sendo este um desafio que precisa de atores disponíveis a implicar-se no contexto.

Palavras-chave: Lúpus; cuidado; psicologia; saúde.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, G.C. de, Aguiar, C.C.M. de & Monteiro, K.C.C. (2011, janeiro/junho). A vivência de mulheres com lúpus eritematoso sistêmico. **Revista De Psicologia**. Fortaleza, 2 (1), 78-85.

ARAUJO, Adriana Dias; TRAVERSO-YEPEZ, Martha Azucena. Expressões e sentidos do lúpus eritematoso sistêmico (LES). **Estudos em Psicologia**. Natal: vol.12, n.2, p. 119-127, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, p.16, 2007.

CAL, Sílvia Fernanda; BORGES, Ana Patrícia; SANTIAGO, Mittermayer Barreto. Prevalência e classificação da depressão em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico atendidos em um serviço de referência da cidade de Salvador. **J Lirne**, Salvador, vol. 02, nº02, p.36-42, jul. 2006.

MARTINS, C. de S.C. (2005). Impacto do suporte social e dos estilos de *coping* sobre a percepção subjetiva de bem-estar e qualidade de vida em doentes com lúpus**. O Portugal**. Recuperado em 20, de março de 2016 em http://www.psicologia.com.pt/

MOREIRA Caio; CARVALHO, Marco Antônio P. **Reumatologia diagnóstico e tratamento**. Medsi, 2001,2° Ed.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. Lúpus Eritematoso Sistêmico. **Cartilha para pacientes**. Letra Capital, 2011.

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: UMA FERRAMENTA INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Isabel Campos Mustafa Figueiredo

A prática interdisciplinar tornou-se uma importante estratégia de ação dentro do contexto da saúde em seus diversos níveis de complexidade, trazendo um novo modo de se produzir cuidado para os usuários do Sistema Único de Saúde. Para compreender como se dá a prática interdisciplinar é necessário elucidar um pouco mais este conceito tão amplamente utilizado nos discursos das ciências humanas e sociais.

Dentro dos espaços acadêmicos, a existência de um alto grau de especialização tornou o campo do saber, de maneira geral, extremamente fragmentado. Este processo gerou um intenso mal-estar no que se refere à compreensão dos fenômenos, suscitando uma preocupação com a totalidade e com o sentido holístico das coisas. Com isto, a necessidade de uma mudança paradigmática no campo do saber se tornou essencial, trazendo a interdisciplinaridade como uma possibilidade de síntese e reintegração dos conhecimentos. Então, mais do que ser apenas uma metodologia de ensino e aprendizagem, a interdisciplinaridade objetiva reformular o saber, o ser e o fazer (COIMBRA, 2000).

Após todo este movimento a respeito da necessidade de se mudar o paradigma do conhecimento, estas idéias ultrapassaram os limites do campo apenas acadêmico e passaram também a integrar os discursos das práticas profissionais que lidam com o ser humano, buscando romper com a divisão da compreensão sobre o homem que deve ser compreendido em sua totalidade. Sendo assim, para Vilela e Mendes (2003), a interdisciplinaridade pode ser compreendida como sendo um processo e uma filosofia de trabalho que se movimenta quando existe a necessidade de enfrentamento dos problemas e demandas que preocupam determinada sociedade.

Ainda no que tange a transição do paradigma disciplinar para o interdisciplinar, este último possibilita um processo de conectar o conhecimento científico com a complexidade do mundo real e vivido, rompendo com a dicotomização entre a prática e a teoria. Por ser um conceito de compreensão do mundo como sendo constituído de diversas dimensões complementares e não isoladas, a proposta interdisciplinar

pode ser aplicada em diversas áreas onde haja a produção de conhecimento, como, por exemplo, a saúde (VILELA & MENDES, 2003).

Sobre a área da saúde, mais especificamente a Saúde Coletiva, o modelo interdisciplinar tem sido amplamente difundido, já que o seu objeto de estudo – o processo de saúde/doença e seus determinantes e condicionantes – envolve diversos aspectos como os sociais, biológicos e psicológicos. Mesmo com as dificuldades encontradas neste modelo aplicado a Saúde Coletiva, como será possível observar ao longo deste relato, este é o que mais se aproxima de contemplar os pressupostos do SUS no que se refere ao cuidado com o usuário, já que se torna mais possível dar conta das possibilidades ilimitadas envolvidas no fenômeno humano.

Tendo em vista o modelo interdisciplinar, a Estratégia de Saúde da Família se destaca por ter este processo de trabalho em sua composição, fazendo-se necessário compreender alguns dos seus pontos mais importantes e seus desdobramentos perante a prática dos profissionais no cuidado com o usuário. Como será visto adiante, esta forma de organização do sistema de saúde visa romper com o modelo biomédico tradicional, retirando o lugar de destaque do médico e dando voz e protagonismo aos demais profissionais na prática compartilhada da assistência.

A Saúde da Família surge, então, como uma estratégia para a organização da Atenção Básica dentro do Sistema Único de Saúde, sendo porta de entrada preferencial dos usuários dentro da Rede de Atenção à Saúde. Busca propor um novo modelo de assistência possibilitado pela atuação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde, em que estas podem ser integradas por profissionais da equipe mínima (enfermeiro, médico, técnicos de enfermagem e agente comunitário de saúde) ou equipe ampliada (enfermeiro, médico, odontólogo, técnico de enfermagem, técnico de saúde bucal e agentes comunitários de saúde) e também, quando existe, por profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que podem ser de diversas especialidades, onde também se insere o profissional de psicologia (BRASIL, 2012).

Para compreender melhor o processo de trabalho dentro da Estratégia de Saúde da Família, o Ministério da Saúde (2006) destaca algumas características essenciais da prática dentro da atenção básica em saúde, que são: a interdisciplinaridade, que busca a integração das áreas técnicas e profissionais de diferentes formações; e a valorização dos diversos saberes e práticas, em que possa

ser feita uma abordagem integral e resolutiva aos usuários. Além disso, o foco da assistência das equipes de Saúde da Família está no usuário, sua família, seu contexto, de forma integral e contínua, através do desenvolvimento de ações de recuperação, prevenção e promoção de saúde. Como a proposta é focar na família e na comunidade que o usuário está inserido, esta estratégia rompe com a prática da organização da rede de saúde a partir dos hospitais, trazendo-a para mais perto dos sujeitos e de suas realidades (ROSA & LABATE, 2005).

De acordo com Rosa e Labate (2005), também é importante ressaltar como uma característica da Estratégia de Saúde da Família, o resgate que é feito das habilidades que foram perdidas em decorrência da tecnologia excessiva, visto que é necessária a existência de um novo perfil de profissional que atenda a este modelo, o qual é pautado no trabalho interdisciplinar e na compreensão do sujeito em sua totalidade. Os autores ainda reconhecem que para atuar em Saúde da Família é necessário ir muito além do que é visto nas formações superiores, sendo necessário adaptar a prática para uma nova realidade.

Por ter como pressuposto a integralidade do cuidado, as equipes de Saúde da Família começaram a ter muitas outras demandas que passaram a extrapolar os limites dos profissionais que atuavam nas Unidades Básicas, evidenciando lacunas na assistência ao usuário e às comunidades que precisavam também ser olhadas e compreendidas. Pensando na necessidade de a Atenção Básica ser resolutiva e equitativa, o Ministério da Saúde (2014) criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, os quais são formados por equipes multiprofissionais que, basicamente, devem atuar de maneira integrada e apoiando profissionais da Atenção Básica, como os da Estratégia de Saúde da Família.

Segundo Neves (2012), o trabalho realizado pelo NASF é orientado através do referencial teórico-metodológico do Apoio Matricial, compreendido como uma estratégia de organização do trabalho que busca conceder suporte técnico em áreas específicas às equipes de Saúde da Família, dentro da dimensão assistencial e da dimensão técnico-pedagógica. Este tipo de ferramenta tecnológica evidencia a necessidade de integração contínua entre estas duas equipes; NASF e Equipes de Saúde da Família.

A relação entre as equipes, possibilitada pelo Apoio Matricial, deve surgir a partir das necessidades, dificuldades ou limites das equipes de Saúde da Família ou

de Atenção Básica, e busca contribuir para o aumento da capacidade de cuidado das equipes de referência e também para aumentar a abrangência de ações nas Unidades Básicas de Saúde. Além disso, o Apoio Matricial auxilia a articulação com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, possibilitando a continuidade do cuidado dos usuários. Logo, o NASF é compreendido enquanto retaguarda especializada para as equipes de Saúde da Família/Atenção Básica (BRASIL, 2014).

Para o Apoio Matricial ocorrer, é necessária a existência de momentos em que os profissionais da equipe de Saúde da Família e NASF possam discutir as estratégias de cuidado e de intervenção que serão realizadas dentro de seus territórios de abrangência, assim como discutir casos que exijam uma articulação maior da equipe no que se refere a construção do cuidado compartilhado. Para que exista esta possiblidade, uma ferramenta tecnológica também utilizada pelos NASF e equipes de Saúde da Família é o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Conforme o Ministério da Saúde (2013), esta estratégia, de maneira geral, busca articular ações oriundas da discussão coletiva multiprofissional que leva em consideração as necessidades, crenças e o contexto social de determinado sujeito ou da comunidade que está inserido.

A escolha para a construção do PTS de um determinado usuário geralmente ocorre levando em consideração a complexidade da situação do seu processo de saúde/doença e seu nível de vulnerabilidade, riscos e também possíveis potencialidades. As reuniões de PTS são semelhantes à discussão de “caso clínico” comuns entre profissionais, porém com a diferença de que estas discussões são feitas a partir de uma equipe interdisciplinar, apoiada pelas equipes NASF, e não apenas uma reunião de saberes distintos que somente expõem o que tem relação com a sua área de conhecimento. Também é importante seguir algumas etapas, que serão descritas posteriormente neste relato, sendo sempre produzido a partir de uma responsabilidade compartilhada entre os profissionais de saúde e o indivíduo (BRASIL, 2014).

Tendo em vista esta breve exposição, compreende-se que a utilização do PTS enquanto dispositivo de intervenção desafia os modelos tradicionais do cuidado em saúde, visto que pressupõe a necessidade de uma articulação interprofissional. Muitas vezes é necessário que além das equipes de Saúde da Família e NASF, envolvam-se demais instâncias, como outros serviços de saúde e/ou a rede intersetorial. É

importante enfatizar, ainda, que a riqueza e efetividade da construção de um PTS só é possível devido a articulação dos saberes oriundos do diálogo entre os profissionais das diversas áreas que compõem o cenário da Estratégia de Saúde da Família. Dentre estas categorias profissionais que podem atuar no NASF, a Psicologia se insere como uma das possibilidades de composição dessas equipes com a contribuição do seu saber.

A Psicologia tem cada vez mais adentrado o contexto da Saúde, em diversos espaços, como hospitais, Unidades Básica de Saúde e no terreno da saúde mental. Sua contribuição está bastante centrada na compreensão do processo saúde/doença e, na Estratégia de Saúde da Família, tem estado relacionada a práticas exitosas, como o trabalho em grupos, que são voltados para questões prevalentes na área da saúde, a saber, grupos de hipertensão, diabetes, de gestantes, dentre outros. Geralmente são grupos que possuem um caráter informativo e um número de encontros programado e determinado, além de, muitas vezes, serem desenvolvidos também em parceria com outras categorias profissionais (CAMARGO-BORGES & CARDOSO, 2005).

A inserção do psicólogo na Saúde da Família ocorre por meio do NASF e além do trabalho com grupos é importante destacar que, de acordo com o Ministério da Saúde (2010), de maneira geral, os profissionais de saúde mental que atuam no NASF, devem desempenhar as seguintes atividades: realizar ações clínicas relacionadas a sua responsabilidade profissional e priorizar abordagens coletivas; apoiar a Equipes de Saúde da Família nos casos com demandas em saúde mental; negociar com as equipes de referência circunstâncias que precisem de uma intervenção compartilhada; evitar ações de "medicalização" das situações comuns à vida cotidiana; promover atividades que busquem à transmissão de uma cultura de atenção antimanicomial, atenuando o estigma e a exclusão relacionadas à loucura; mobilizar recursos comunitários para produzir espaços de reabilitação psicossocial nas comunidades; articular ações intersetoriais; e expandir o vínculo com as famílias, aceitando-as como parceiras no cuidado.

Como foi descrito acima, a práxis do psicólogo nos Núcleo de Apoio à Saúde da Família visa, principalmente, dar Apoio Matricial às equipes de referência através do fazer assistencial e também técnico-pedagógico, aumentando a capacidade resolutiva dentro da Atenção Básica. Esta assessoria ocorre através de interconsultas,

orientações, capacitações, acolhimentos e estudos de caso, como exemplo o Projeto Terapêutico Singular, principal ferramenta para a articulação dos saberes em prol das intervenções ao usuário em situação de complexidade no processo saúde/doença (CAMARGO-BORGES & CARDOSO, 2005).

Tendo em vista a explanação teórica da prática da Psicologia em seu fazer dentro do contexto da Saúde da Família, o presente trabalho visa relatar a experiência da utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) enquanto ferramenta interdisciplinar em uma Unidade de Saúde da Família do bairro Francisco Pinto no município de Feira de Santana-Bahia a partir da observação participante da profissional de psicologia da equipe NASF que apoia esta unidade.

A Unidade de Saúde da Família a ser descrita neste relato está inserida no bairro do Francisco Pinto em Feira de Santana – Bahia, caracterizado por ser um local afastado do centro da cidade e marcado pela vulnerabilidade provinda da violência que acomete esta comunidade, onde existem frequentes assaltos e tráfico de drogas. As reuniões para a discussão e construção do Projeto Terapêutico Singular do Francisco Pinto ocorrem nas salas de reunião da unidade, sempre uma vez ao mês. Por vezes, o PTS não ocorre por conta de algumas atividades mais urgentes que demandam a articulação da equipe, mas sempre que possível é mantida a frequência mensal.

O PTS na unidade do Francisco Pinto ocorre desde o ano de 2010 e com a atual psicóloga ocorre desde 2013. Além do profissional de psicologia, outras categorias integram as discussões de caso do PTS, algumas de maneira mais ativa e frequente e outras de maneira mais esporádica e menos participativa. Todos os profissionais atuantes nesta unidade já estiveram envolvidos de alguma maneira no PTS, a saber: enfermeira, assistente social, agentes comunitários de saúde, dentista, nutricionista, fisioterapeuta, educadora física, médico, técnicos de enfermagem, técnica de saúde bucal e auxiliar administrativo. Os usuários também são convidados a participar do PTS assim como seus familiares e/ou responsáveis, além de profissionais da rede intersetorial, quando necessário.

Geralmente o PTS inicia com algum responsável para começar a discussão e sempre segue algumas etapas importantes, também descritas pelo Ministério da Saúde (2014), que são: 1) diagnóstico e análise – uma avaliação extensa que considera a integralidade do sujeito no seu aspecto biopsicossocial, possibilitando

uma conclusão a respeito dos riscos, vulnerabilidade, resiliências e potencialidades da pessoa; 2) Definição de metas e ações – a equipe faz propostas de curto, médio e longo prazo, que são discutidas e negociadas com o usuário em questão e/ou com familiar, responsável ou pessoa próxima; 3) Divisão de responsabilidades – são definidas as tarefas de cada um (usuários, equipe de Saúde da Família e Nasf). Além disso, é acordado que o profissional com melhor vínculo com o usuário seja a pessoa de referência para o caso, o que beneficia a dinâmica de continuidade do cuidado e 4) Reavaliação – é discutida a evolução do caso e também são feitas as devidas reorganizações de rumo, caso sejam necessárias.

Todo o processo do PTS na unidade do Francisco Pinto é registrado em três locais diferentes, que são: livro do Projeto Terapêutico Singular, livro de reuniões e prontuário da família do usuário estudado, sendo que estes registros ficam guardados na própria unidade.

É importante também destacar que na unidade do Francisco Pinto o PTS não é feito apenas com casos relacionados à saúde mental, apesar de serem maioria. Com o passar do tempo e das múltiplas demandas que existem nesta comunidade, foi necessário abrir o PTS para outros casos que envolvam situações críticas, complexas e que apresentam um nível significativo de vulnerabilidade e risco. Essas demandas geralmente são trazidas pelas agentes comunitárias de saúde, porém também podem ser trazidas por qualquer outro profissional da equipe.

No que se refere a participação da psicologia na construção e na prática do PTS da unidade do Francisco Pinto, é importante levar em consideração alguns aspectos específicos para enriquecer a discussão sobre a interface da categoria com o fazer interdisciplinar. Dentro do PTS no Francisco Pinto a psicologia se insere em duas esferas: apoio matricial à equipe, emprestando o seu conhecimento nas discussões, e também através das ações específicas relacionadas ao atendimento do usuário e sua família.

Em relação ao trabalho diretamente com o usuário, na construção do PTS no Francisco Pinto, muitas vezes é importante que haja uma escuta ao cliente para compreender o seu processo de saúde/doença, sua história de vida, fatores familiares e história da doença atual. São também levantados aspectos psicossociais envolvidos no aparecimento e manutenção das patologias, além de serem trabalhados dados importantes do processo de cuidado que está sendo discutido, caracterizando também

um fazer psicoeducativo. É importante ressaltar que estes atendimentos podem ser apenas com o psicólogo, mas também ocorrem de maneira compartilhada com outros profissionais, como a assistente social, enfermeira, dentre outros.

Sobre o Apoio Matricial ofertado aos profissionais de outras categorias durante a construção do PTS na unidade do Francisco Pinto, o psicólogo atua na elucidação dos fatores psíquicos envolvidos em cada caso, trazendo o seu conhecimento e estando aberto às considerações dos outros profissionais a respeito de suas contribuições. Muitas vezes, em casos que estejam relacionados à saúde mental, o psicólogo também colabora nas explicações de determinados transtornos psicológicos, possibilitando a ampliação do conhecimento dos outros profissionais. Por vezes, durante o PTS do Francisco Pinto, surgem necessidades da equipe que podem gerar capacitações específicas para a mesma, como ocorreu em dois momentos, em que foram feitas capacitações sobre Saúde Mental – Identificação de Sinais e Sintomas de Transtornos Psíquicos e sobre a Rede de Atenção Psicossocial de Feira de Santana.

Para contribuir com este relato, o qual enfatiza a articulação do psicólogo com outras categorias profissionais e a construção interdisciplinar do cuidado na Atenção Básica, Fermino, Patrício, Krawulski e Sisson (2009) trazem que diante da complexidade existente no processo de saúde/doença, é importante considerar as ações intersetoriais e interdisciplinares no sentido de criar condições de vida saudável. Além disso, segundo os autores, os profissionais da Saúde da Família passam a ser responsáveis pelo acompanhamento permanente dos indivíduos e suas famílias inseridos na comunidade, o que possibilita o estabelecimento de vínculos de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e também da população, sendo que isto só é possível a partir da prática interdisciplinar, o que não anula as especificidades de atuação de cada categoria profissional, assim como foi possível perceber na prática dentro da unidade do Francisco Pinto.

Com base neste relato, através das discussões no PTS, foi possível perceber uma maior fluidez da equipe em conduzir as ações estratégicas em relação aos casos estudados, o que evidencia o potencial positivo da interdisciplinaridade nesta unidade. É sabido por todos que mensalmente os casos mais críticos serão discutidos por uma rede de pessoas que dialogam entre si em busca de uma melhor condução, o que torna os profissionais mais seguros em relação às intervenções planejadas. Outro

aspecto importante é a aproximação da equipe com o usuário e sua família, visto que o mesmo é compreendido em sua totalidade não apenas sendo avaliado de maneira fragmentada, além de ter voz e postura ativa em seu processo de cuidado.

Embora o PTS nesta unidade ocorra há algum tempo e já tenha evidenciado bons resultados, ainda existem muitos desafios que devem ser compreendidos e superados. É preciso haver uma aproximação maior entre outras instituições da rede de saúde e também da rede intersetorial, para garantir uma atenção integral ao usuário. Além desse aspecto, as ações com a família, peça essencial do processo, ainda alcançam poucas proporções, já que é encontrada muita dificuldade no seu contato e participação. Apesar destes impasses que dificultam o processo de construção do PTS, esta estratégia vem sendo uma possibilidade enriquecedora de atuação em Saúde da Família nesta unidade, já que de fato coloca em movimento a proposta interdisciplinar dentro da reorganização da Atenção Básica em saúde.

No que tange a práxis psicólogo dentro desta unidade de Saúde da Família e, mais especificamente, sobre a sua atuação na equipe multiprofissional dentro da construção do PTS, é importante destacar que o trabalho possui aspectos positivos e também desafios. A equipe aceita as contribuições que a psicologia tem a oferecer, enriquece as discussões e compreende como importante a participação do psicólogo dentro desta unidade. Em contrapartida, ainda é preciso ultrapassar algumas práticas antigas que podem dificultar a construção do cuidado integral aos usuários, como a constante solicitação do psicólogo em qualquer caso que esteja relacionado a saúde mental.

Em muitos momentos a equipe tem dificuldade em acolher estes usuários, acreditando que apenas a psicologia pode dar apoio e suporte nestas situações. Porém, com a existência do PTS e também das capacitações, pouco a pouco foi sendo introduzida nas discussões a importância do acolhimento a estas pessoas pela equipe, visto que todos são profissionais de saúde e podem realizar uma escuta inicial humanizada. Desta maneira, compreende-se que a equipe funciona melhor se todos estiverem integrados, e possibilita-se também a desconstrução da idéia de que apenas um profissional é detentor de um determinado saber. Apesar do psicólogo ser referência no NASF em saúde mental, todos os profissionais podem contribuir com os seus diferentes conhecimentos nestas situações.

A partir do relato apresentado é possível construir uma reflexão importante a respeito da prática do psicólogo em um contexto multiprofissional. Este fazer pode ser compreendido como algo que se renova a todo instante, sendo construído aos poucos e com muito cuidado, onde o lugar do psicólogo foi conquistado dentro da saúde e atualmente passa por uma importante fase de consolidação e aprimoramento.

É mais do que necessário compreender a relevância do processo de criação dentro do contexto da Atenção Básica, ultrapassando os limites impostos pelas práticas tradicionais em psicologia e ampliando o olhar para além do que é ensinado nas universidades. Na Saúde da Família, o psicólogo atua pensando no sentindo holístico dos fenômenos de saúde e de doença, preocupado sempre com a totalidade dos acontecimentos e levando em consideração o sujeito inserido em um contexto sócio - histórico. Além disso, integra uma equipe onde é participante e também cuidador, já que está o tempo todo dando o apoio e a retaguarda necessária a estas equipes. Sendo assim, por ser uma prática emergente dentro da Psicologia, este é um trabalho que está sempre em processo de construção e de vir à ser.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica.** Brasília, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica:** Núcleo de apoio à saúde da família. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica:** saúde mental. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica:** diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, 2010.

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C. L. A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia e Sociedade.** Porto Alegre. v. 17, n. 2, p. 26-32, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 de agosto de 2016.

COIMBRA, J. A. A. Considerações sobre a interdisciplinaridade. In: PHILIPPI JR., A. **Interdisciplinaridade em Ciências Ambientais.** Signus. São Paulo, 2000.

FERMINO, J. M. et al. Atuação de psicólogos no Programa de Saúde da Família: o cotidiano de trabalho oportunizando repensar a formação e as práticas profissionais. **Aletheia**. Canoas, 2009. Disponível

em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141303942009000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 de agosto de 2016.

NEVES, A.V.M. **Políticas públicas de saúde para concursos.** Elsevier. Rio de Janeiro, 2012.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034,2005. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016&lng=en&nrm=iso>.Acesso em: 08 de agosto de 2016.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. v. 11, n. 4, p. 525-531,2003. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104116920030004000016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 de agosto de 2016.

RELATO DE EXPERIÊNCIA EM ESTÁGIO CURRICULAR BÁSICO COM ÊNFASE EM SAÚDE NO SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA SAE - SÃO FRANCISCO

Aline Ataíde Pinheiro

Ana Carolina Rocha Oliveira

Caroline Santos Batista

Nágila Maria Azevedo Rocha

Steffane Cavalcanti Rodrigues

Thaíse Bagdeve de Oliveira

Manuela Brito dos Santos

Mônica Lima de Jesus

RESUMO: A presente comunicação tem como objetivo relatar a experiência de seis estudantes no estágio supervisionado em Psicologia da Saúde, uma parceria entre o Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia e o Serviço de Atenção Especializada (SAE), vinculado a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, abordando o eixo temático Interdisciplinaridade e Psicologia: da formação ao prazer profissional. Trata-se de um serviço especializado de atenção em HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), que oferece testagem rápida para HIV/AIDS, Sífilis e Hepatites B e C, acompanhamento médico, assistencial e psicológico a pessoas vivendo com HIV/AIDS. O Aconselhamento em DSTs/HIV/AIDS é um procedimento importante e indispensável para a realização da testagem em HIV/AIDS e outras DSTs e pode ser individual ou coletivo. O atendimento é sigiloso e oferecido e realizado por uma equipe multidisciplinar de saúde. No Centro, geralmente, é oferecido aconselhamento individual pré e pós testagem. Nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs). Outro serviço oferecido no SAE-São Francisco são os grupos de apoio a pessoas que desejam parar ou reduzir o uso do cigarro, os chamado Grupos de Tabagismo. As supervisões das práticas no SAE-São

Francisco foram realizadas pela preceptora psicóloga e pela professora conjuntamente.

PALAVRAS-CHAVE: saúde; HIV/AIDS; DSTs; aconselhamento; tabagismo.

Introdução

A aprovação, em 2014, das Diretrizes Nacionais Curriculares (DNS) para os Cursos de Psicologia representou um importante momento na reformulação curricular e na preparação para uma formação ampla e diversificada da psicóloga, com atuação em diversas áreas e setores. Em seus princípios gerais as DNS explicitam que é meta central na formação do Psicóloga o enfoque na atuação profissional, na pesquisa e no ensino da Psicologia. Assegurando compromissos de reconhecimento da diversidade, complexidade e multideterminação dos fenômenos psicológicos, além de uma compreensão crítica dos fenômenos sociais, econômicos, culturais e políticos do país, fundamentais ao exercício da cidadania e da profissão (Brasil, 2004).

Com caráter generalista, falta nas DNC uma maior proposta de como adquirir as habilidades e competências nas crescentes e diversas áreas de atuação profissional que a Psicologia possui (Ribeiro e Luzio, 2008). Tal tarefa parece ficar sob responsabilidade das próprias instituições de ensino que organizam suas atividades práticas e de estágio de acordo com as orientações gerais.

Deste modo, temos na graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA) três disciplinas obrigatórias de estágio (Estágio Curricular I, II e III), as quais devem ser escolhidas entre as ênfases de saúde ou gestão de pessoas. Essas disciplinas tem caráter teórico-prático e são desenvolvidas ao longo dos últimos semestre da graduação. De acordo com as DNS e com o direcionamento dado pela UFBA, entendemos o estágio enquanto uma oportunidade para aquisição de experiência profissional em situações reais de trabalho.

A inserção e atuação da Psicologia nos processos de trabalho, em campo de estágio, implicam planejamento, implantação e avaliação das ações que serão desenvolvidas. Essas atividades pedagógicas necessitam ser organizadas, acompanhadas e orientadas por profissionais habilitadas, que relacionam o Projeto

Pedagógico do curso com a possibilidade de promover reflexões críticas entre teoria e prática.

Assim, o presente trabalho relata a experiência de estágio curricular com ênfase em Saúde de seis estudantes de graduação em Psicologia pela UFBA, no período de seis meses. As estudantes se dividiram em duplas e tinham experiências práticas semanais no Sistema Único de Saúde, no Serviço de Atenção Especializada em Saúde São Francisco (SAE São Francisco/SUS) e reuniões de supervisão e orientação em grupo. Essa experiência contou com a articulação da UFBA e o referido SAE através da orientação e cooperação das psicólogas, a professora Mônica Lima e da preceptora Manuela Brito.

Para os autores Boti e Rego (2008) a orientação é um componente essencial na formação da profissional de saúde. Nesta perspectiva a orientadora é aquela que cuida e se responsabiliza para que o processo de aprendizado com base na experiência teórica-prática ocorra corretamente e de modo seguro. Essa profissional tem como função oferecer suporte no desenvolvimento do conhecimento, estimulando as estudantes no processo de aprendizagem, no desenvolvimento das competências e na construção da autoconfiança.

A preceptora tem importante papel na inserção e socialização das estudantes no ambiente de estágio. Boti e Rego (2008) sinalizam que dentre as funções da preceptora está a habilidade de garantir que as estudantes adquiram prática e tenham maior confiança e segurança em suas atividades diárias, além de ter a capacidade de integrar conceitos e valores da universidade e do campo de trabalho. Essa profissional cumpriu um papel no suporte, ensino, compartilhamento de experiências e auxílio no desenvolvimento de estratégias para o desenvolvimento das práticas propostas. Este estágio esteve fundamentado nas contribuições teóricas, metodológicas e experiências das supervisora e preceptora, que se orientam na articulação entre a psicologia social, subjetividade e políticas públicas de saúde. Além das contribuições singulares de cada uma das estagiarias.

Através dessa experiência de estágio, a ser descrita no decorrer deste texto, percebemos a importância do vínculo universidade e serviço de saúde, com o duplo

acompanhamento através da orientação e preceptoria, o que nos permitiu uma aproximação ao SUS, ampliando nossas experiências e reflexões, permitindo-nos o exercício de nossas habilidades com liberdade para expor opiniões e encontrar o melhor modo de atuação. As estudantes passaram por seis meses de experiência profissional que trouxeram ganhos pessoais e profissionais.

Este texto está organizado em três partes. Na primeira, descrevemos o modo de funcionamento do Serviço de Atenção Especializado – São Francisco (SAE) e a nossa inserção como estagiárias, o processo de tutoria e orientação, bem como os estratégias que desenvolvemos para lidar com os desafios que encontramos. Posteriormente, embasamos teoricamente as questões que vimos ao longo dessa experiência como HIV e Aids e tabagismo no sentindo de dar maior alcance no entendimento sobre essas problemáticas. Por fim, concluímos o presente artigo indicando o longo caminho que ainda precisamos trilhar no fazer da Psicologia inserida às questões da saúde pública.

O SAE - São Francisco

O Serviço de Atendimento Especializado (SAE) - São Francisco é um centro de saúde especializado no vírus da imunodeficiência humana (HIV)e outras infecções e doenças sexualmente transmissíveis (sífilis, gonorreia, hepatites B e C, etc.) em Salvador. O SAE - São Francisco oferece atendimento médico especializado e clínico, atendimentos de assistência social e psicológico, aconselhamento pré e pós testagem, orientação farmacêutica e distribuição de medicamentos e demais insumo, vacinação e aplicação de medicamentos, além dos exames de aferição da pressão arterial e pesagem.

O principal serviço do SAE - São Francisco é o aconselhamento e a testagem. O aconselhamento ocorre antes e após a testagem, sendo o espaço para e escuta ativa, com cunho educativo, abordagem emocional e avaliação de riscos pessoais e sociais, sobre as DSTs, HIV, AIDS, o período da janela imunológica, entre outras questões e dúvidas que aparecem nestes momentos. A testagem oferecida no SAE é do tipo rápido e tem a possibilidade de identificar reação para sífilis, HIV e hepatites

B e C. Os resultados saem, normalmente, em vinte minutos depois de realizado a testagem.

Os grupos de tabagismo são reuniões divididas em quatro sessões conforme a indicação das cartilhas do Ministério da Saúde distribuídas no processo (INCA, 2016). Cada cartilha remete a uma temática a ser trabalhada pelo grupo na tentativa de desenvolver hábitos que diminuam o número de cigarros consumidos ou façam o participante parar de fumar. Além das reuniões e orientação em grupo são entregues adesivos de nicotina (medicamento Niquiti), com 21, 14 e 7mg, para auxiliar o processo de abandonar o cigarro.

Tanto o aconselhamento como os grupos de tabagismo tendem a ser atividades desenvolvidas pelas equipes de serviço social ou de psicologia, podendo, entretanto, ser uma enfermeira a conduzir o aconselhamento. O atendimento individual psicológico é uma atividade específica da equipe de psicologia, que atuando num ambiente especializado também tende a atender esses usuários.

No SAE - São Francisco, como outras unidades de assistência especializada, o atendimento individual psicológico tende a acontecer para um público específico, que normalmente já tenha passado pelo serviço. No entanto, pode também ocorrer por demanda externa, sendo realizado um acolhimento, até que haja um encaminhamento para outro serviço que possa atender melhor a demanda apresentada. Desta forma, os atendimentos chegam à equipe a partir de encaminhamentos, realizados pela equipe médica (infectologista e dermatologista), facilitadores dos grupos de tabagismo, demanda espontânea dos próprios usuários ou de outras instituições (de saúde e de educação, por exemplo).

Como estagiarias do SAE - São Francisco, fizemos a orientação de grupos de tabagismo, atendimento individual, acompanhamento e realização de aconselhamentos pré e pós testagem para DSTs com entrega de resultados de testagem, Feira de Saúde no Shopping Center Lapa e “panfletagem interativa” no Centro de Saúde Ramiro de Azevedo.

A coordenação e o processo de trocas de experiência no grupo de tabagismo foram bastante ricos. A participação e a colaboração em grupos de apoio como esses é de muita validade para quem precisa de estratégias para superar problemas, como a dependência química e/ou psicológica que desagrada a todos ao redor (inclusive o próprio fumante). O processo costuma ser bem custoso emocionalmente para os participantes, mas a maioria deles consegue reduzir a quantidade de cigarros.

O aconselhamento é um momento fundamental das atividades do SAE - São Francisco, visto ser o primeiro momento da realização do teste e um espaço de acolhimento do usuário para a coleta de dados do sujeito e informações e dúvidas a respeito do processo de testagem, prevenção, promoção e tratamento. Os resultados da testagem, por sua vez, geralmente, são momentos tensos, levando em consideração a expectativa que se cria a cerca do resultado, e muitas vezes o medo e a incerteza que acompanham tais processos.

A feira de saúde foi uma experiência enriquecedora, pois pudemos sair do centro de saúde e estar em contato com diversas pessoas que muitas vezes desconhecem, não tem tempo ou coragem de buscar serviços como o SAE - São Francisco para orientar, esclarecer sobre a importância e voluntariedade, gratuidade, sigilo da realização da testagem. Na feira, fizemos a distribuição de panfletos informativos e de preservativos, tal qual fizemos na parceria com o Centro de Saúde Ramiro de Azevedo. O que difere é a abordagem das pessoas, visto que na panfletagem interativa a entrega de panfletos e informações se dá de grupo em grupo – como uma variação possível da técnica de sala de espera – enquanto que na feira do Center Lapa optamos por uma abordagem mais individualizada.

Fundamentação Teórica

O primeiro caso de HIV e AIDS registrado no Brasil surgiu em 1982, na cidade de São Paulo. Ainda não havia muitas informações sobre a doença, métodos de prevenção ou medicamentos para tratá-la. Cientistas dos Estados Unidos consideravam inicialmente como um câncer que estava atacando o sistema imunológico das pessoas e tornando doenças consideradas pouco complexas, letais. As primeiras incidências surgiram no final dos anos 1970 nos EUA, Haiti e África

Central. Percebeu-se que os mais afetados eram os hemofílicos, haitianos, heroinômanos (usuários de heroína injetável), hookers (nome dado às profissionais do sexo, em inglês) e homossexuais. Devido a esse fato, a doença foi nomeada como “Doença dos 5 H” (BRASIL, 2013).

Neste contexto mundial, o Brasil, através do Ministério da Saúde e da sua Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis, na gestão do ministro Roberto Santos, em 1986, criou os Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), apostando na informação como método inicial para promover a prevenção da infecção, dando início à sua implantação. A procura voluntária de um bom serviço que oferecia orientação preventiva e testagem sorológica, em parceria com instituições de Saúde Pública estaduais e municipais, levou os Centros Nacionais de DST/Aids a aprimorarem o atendimento dos profissionais envolvidos nesse trabalho.

Segundo a UNAIDS (2016) O Brasil foi um dos primeiros países de baixa e média renda a oferecer tratamento gratuito para pessoas que viviam com HIV e Aids, em 1996, através do Sistema Único de Saúde (SUS), o que contribuiu para que a taxa de mortalidade e as demais consequências dessa doença fossem menores no país. A azidotimidina(AZT) medicamento destinado a pacientes com câncer, foi o retroviral utilizado para reduzir a multiplicação do HIV. Junto à disponibilidade de medicamentos, criaram-se campanhas de prevenção, não somente para evitar que pessoas adquiram a doença, mas para que a população tenha mais empatia, solidariedade e respeito às pessoas com o vírus.

A epidemia tornou possível a realização de exames sorológicos. Nos COAS a testagem era gratuita, confidencial e anônima. Eles eram feitos a fim de corroborar com as estratégias de redução de riscos para a prevenção ao HIV e Aids e, concomitante a isto, acessar o maior número possível de pessoas vulneráveis à infecção pelo vírus e poder passar o resultado com informações e modo de adotar comportamentos seguros ao risco de contrair ou transmitir a doença, através do aconselhamento, que passou a ser fundamental na pré e pós-testagem nos programas de testagem, que é uma prática baseada em valores humanistas, pautados no individualismo e no liberalismo econômico.

Essas ações proporcionam ao indivíduo mais conhecimento e autonomia acerca da própria saúde, permitindo que integre à sua vida pessoal as informações adquiridas sobre HIV e Aids e encontre alternativas pessoais e coletivas para o enfrentamento da doença. Essa é uma das práticas que pudemos exercer no Serviço de Assistência Especializada (SAE) São Francisco. O objetivo é oferecer atendimento integral e qualificado aos usuários, através de uma equipe composta por médicas (os), enfermeiras (os), técnicas (os) em enfermagem, psicólogas (os), farmacêuticas (os), assistentes sociais, etc. São disponibilizados atendimentos em infectologia, ginecologia; controle e distribuição de antirretrovirais; distribuição de insumos de prevenção; atividades educativas de promoção ao cuidado, prevenção, tratamento e controle de DST e Aids; além do atendimento psicológico.

Como estagiárias de Psicologia da instituição, pudemos acompanhar e realizar aconselhamentos pré e pós-testagem rápida, realizar atendimento psicológico aos usuários do SAE e fazer uma sala de espera no posto de saúde Ramiro de Azevedo – localizado no mesmo bairro. Também estivemos presentes na feira de saúde promovido pelo shopping Center Lapa e realizamos semanalmente uma atividade que nomeamos “panfletagem interativa”, onde pudemos distribuir folhetos informativos, falar sobre as DSTs e a Aids, além divulgar os serviços oferecidos no SAE São Francisco e distribuir preservativos.

Os resultados dessas e outras práticas, realizadas a nível nacional, contribuem para a diminuição de casos de HIV e Aids no país, e se aproximam da meta 90-90-90, que prevê que, até 2020, 90% das pessoas vivendo com HIV estejam diagnosticadas; destas, que 90% delas estejam em tratamento; e que, das pessoas em tratamento, 90% apresentem carga viral indetectável)(UNAIDS, 2016). Em um ano houve aumento de 13% no número de pessoas em tratamento contra HIV e Aids. (BRASIL, 2016).

As práticas anteriormente descritas foram enriquecedoras para a equipe de estagiárias, tivemos contato com mais pessoas e suas dúvidas sobre DSTs, pudemos responder algumas dessas dúvidas e divulgar um serviço que é gratuito e importante para a saúde. A quantidade de pessoas interessadas em realizar a testagem no SAE aumentou e foi também uma forma de promover mais interação entre o São Francisco

e o Ramiro de Azevedo, do qual recebemos elogios das profissionais do posto sobre a atividade que estávamos realizando.

Outra problemática amplamente discutida na atualidade é a questão do tabagismo e as consequências para a saúde. Essa discussão se torna mundial ao reconhecer que o tabaco é a segunda maior causa de morte no mundo, matando mais que a tuberculose, HIV/Aids e malária juntas com mortalidade anual de 200 mil pessoas ou 1 morte a cada 6 segundos, sendo considerada como epidemia tabagística (INCA, 2016).

Nepomuceno e Romano (2014), fazem uma crítica sobre a realidade epidêmica do tabaco imbricada com o contexto socioeconômico no qual vivemos. Para eles, a epidemia tabagística é fruto do capitalismo que a tudo vende e se beneficia da miséria e pobreza da humanidade, escolhendo quem morre e quem vive. A Organização Mundial de Saúde (OMS) reforça esse aspecto econômico do processo de tabagismo quando sinaliza que a epidemia do tabaco é consequência da pobreza, que, por sua vez gera ainda mais pobreza, num círculo vicioso. Além disso, em muitos países e inclusive no Brasil, o cigarro se torna muito mais acessível do que alguns alimentos e possui o efeito inibidor da fome o que ajuda nessa relação direta entre pobreza e tabaco.

No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os índices de pessoas maiores de 18 anos fumantes caem de 34,8% em 1989 para 14,7% em 2013, uma queda de 46% do consumo de tabaco no país (INCA, 2016). O grande fator influenciador da redução do número de usuários foi a adoção de inúmeras medidas que contribuem para a diminuição sistemática da popularidade do produto, destacando as leis de proibição de campanhas televisivas, taxação de impostos ao produto e implementação de programas anti-tabagistas em unidades de atenção primária à saúde do SUS. Ainda assim, o mundo enfrenta grandes desafios para a diminuição progressiva do uso do tabaco, pois a luta é também contra interesses mercadológicos de uma indústria agressiva, persuasiva e perversa.

Outro desafio é a implementação de um grupo de tabagismo na atenção básica que, de um lado, temos as orientações das 4 cartilhas produzidas pelo Ministério da Saúde e INCA, no qual propõe um planejamento para as pessoas que querem parar de fumar, e do outro entendemos que quando se trabalha com sujeitos que possuem relação de dependência com qualquer coisa não estamos apenas falando sobre riscos para saúde, mas também de uma relação criada a partir de um contexto que é vivido.

A cartilha tem embasamento na lógica da psicologia comportamental e leva em consideração aspectos importantes da quebra do hábito para atingir o objetivo de parar de fumar, além de dar dicas de como as pessoas podem driblar os efeitos da abstinência e se manter sem o cigarro. Cada cartilha é trabalhada uma vez na semana, totalizando 4 semanas mais 1 semana de manutenção. Além disso, são entregues adesivos contendo nicotina para ajudar na redução do cigarro e pastilhas (medicamento Niquiti).

Como estagiárias coordenamos um grupo de tabagismo durante o mês que estivemos na unidade. Através dessa prática a experiência de estarmos coordenando o grupo nos proporcionou uma visão ampla das questões de fumar que vão para além da díade fumar ou parar de fumar.

Depois de pactos sobre o sigilo e de um reconhecimento como grupo, os usuários começaram a falar sobre aspectos que não estavam apenas relacionados com ato de fumar ou a rotina associada a isso, mas sim ao seu entorno e como isso gerava a consequência do hábito e então um ciclo vicioso. Muitos começaram a sua relação com o tabaco por se acharem sozinhos demais, outros para aliviar das tensões provocadas no dia-a-dia e lidar com a ansiedade, outros ainda porque perderam alguém, ou por terem relações conflituosas com os familiares, ou porque está sem emprego etc. Independentemente do motivo que os levaram até ali o que percebemos acentuadamente é que o próprio grupo ia trazendo aspectos diversos de suas vidas e relações, então estabeleciam um entendimento outro sobre em que momento ou circunstância o cigarro entrava em cena e ganhava centralidade importante no contexto em que viviam.

O uso das cartilhas foi importante para guiar o grupo e ter um foco nas reuniões, porém foi também de extrema importância não nos prendermos a elas a fim de abrir possibilidades para outros temas e outras abordagens que facilitaram o grupo a se colocar mais profundamente em seus processos. Ao fim de cada reunião deixamos aberto o espaço para o atendimento individual ou marcado na agenda para conseguirmos dar conta de questões que mobilizaram muito o sujeito e que não tivemos espaço de trabalho no grupo.

No começo de cada reunião fizemos exercícios de respiração e de corpo e ensinamos para que pudessem replicar em casa para ajudar a dormir ou quando estiverem muito ansiosos. Além disso, potencializamos as ideias que eles traziam sobre as próprias estratégias que utilizavam para deixar de fumar, trazendo dinâmicas e ferramentas que favorecessem o empoderamento de cada sujeito presente no grupo como ator principal de suas questões e não assujeitados das milhares de problemáticas do contexto em que vivem.

Essas reflexões semanais nos fizeram perceber aquilo que Mehry (2002) traz como sendo um trabalho vivo em ato que só é possível ser produzido porque há a interação com o outro, produto de encontros de subjetividades. Isso se escapa com frequência quando temos em mente apenas na resolubilidade da biomedicina. Nepomuceno e Romano (2014) também contribuem nesse sentido ao entenderem que cada sujeito envolvido no trabalho de grupo conseguem dar outros significados para suas relações. A consequência dessa ressignificação é a retirada gradual do cigarro de uma centralidade que antes era colocada e por isso interrompem o uso. Entendemos então que a racionalidade biomédica pode e deve abrir brechas para a escuta das subjetividades e não apenas de sinais e sintomas.

Considerações Finais

Ao entendermos o papel da psicologia no campo de atuação à saúde do setor primário, identificamos o quanto ainda existe um déficit na formação do psicólogo para compreender a complexidade dos diferentes espaços de atuação. O que nos espera está para além de uma clínica individualizada que predetermina os sujeitos que ali irão estar (classe-média, consciente da sua condição de saúde, racionais, civilizados) aos

quais os aparatos de saúde sempre privilegiaram (Lupton, 2000). É fundamental ter essa compreensão para lidar com demandas outras que questionam os padrões aos quais estamos inseridos e dar conta de outro modo de fazer saúde.

Por fim, é importante salientar que a Psicologia tem contribuições importantes para oferecer em outros tipos de serviço, que não a apenas a intervenção clínica tradicional, que constituiu e exerceu hegemonia no campo da Psicologia brasileira, com a atenção voltada basicamente aos aspectos intrapsíquicos. A inserção da psicologia no SUS acontece a partir de um movimento de mudança, para uma nova perspectiva de compreender o processo saúde-doença-cuidado e com a atenção voltada para a integralidade que conjuguem dimensões subjetivas e condições sociais, econômicas e culturais concretas de vida.

Referências

BRASIL (2004), Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES 0062/2004 de 19 de fevereiro de 2004. Diretrizes curriculares nacionais para o curso de graduação em Psicologia, Disponível em: <http://www.abepsi.org.br/abepsi/linha_do_tempo/memoria/docs/fr_2004_2.htm>. (Acessado em 04/08/2016)

_____ Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento: Manual. Brasília, 1999. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cta.pdf> Acesso em: 07 ago. 2016

_____ Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual Simplificado de Aconselhamento em DST/HIV/Aids para Atenção Básica. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_simplificado.pdf> Acesso em: 30 jun. 2016.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação na área da saúde. Brasília, 2004.

_____(Org.). História da aids**.** 2013. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/2010/257>. Acesso em: 08 ago. 2016.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sérgio. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?. **Rev. bras. educ. med.**,Rio de Janeiro , v. 32, n. 3, p. 363-373, Sept. 2008 .

INCA -- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Observatório da Política Nacional de Controle ao Tabaco. Salvador, 2016. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/prevalencia-de-tabagismo> Acesso em: 04 jul. 2016

LUIZ RIBEIRO, Sérgio; AMELIA LUZIO, Cristina. Lasdirectrices curriculares y laformacióndel psicólogo para lasalud mental.**Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte , v. 14, n. 2, p. 203-220, dez. 2008 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682008000200013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 ago. 2016

LUPTON, Deborah. Corpos Prazeres e Práticas do Eu. Revista Educação e Realidade, 2000.

MERHY, Emerson Elias. Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

NEPOMUCENO, Thales Bhering e ROMENO, Valéria Ferreira. Tabagismo na relação de poder e saúde. Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.2, p.701-710, 2014.

UNAIDS (Org.). **Estatísticas.** 2014. Disponível em: <http://unaids.org.br/estatisticas/>. Acesso em: 08 ago. 2016.

TÍTULO: RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E INTERDISCIPLINARIDADE - RELATO DE EXPERIÊNCIA EM PSICOLOGIA NAS EQUIPES DE SAÚDE EM ONCOLOGIA

Raphaella Alves Pires

Rocío Andrea C. Quintana

INTRODUÇÃO: Como estratégia para modificar o padrão de acentuada especialização na área da saúde e visando a valorização do princípio da integralidade na produção do cuidado, o trabalho em equipe vem sendo ressaltado, destacando sua relevância nesse contexto (PEDUZZI, 2001). A atuação das equipes pode ser classificada de acordo com o tipo de interação entre os profissionais. Segundo Veit (2008) para que o trabalho em equipe de psico-oncologia ocorra de forma eficaz, é preciso considerar uma postura integrada, bem como uma visão integral sobre as inter-relações e os aspectos orgânicos, afetivos-emocionais, intelectuais e espirituais o sujeito. A interdisciplinaridade ocorre quando há integração entre profissionais na construção do conhecimento e na produção do cuidado.

A atuação em equipe tem sido amplamente disseminada no atendimento à saúde, podendo ser caracterizada de acordo com o tipo de interação estabelecida entre os profissionais. A interação é interdisciplinar no momento em que se é discutido por especialistas entre si aspectos comuns a mais de uma especialidade, sobre a situação de um determinado paciente. É multidisciplinar no momento em que existem diversos profissionais atendendo o mesmo paciente de modos independentes e é transdisciplinar quando as ações são planejadas e estabelecidas em conjunto (BUCHER, 2012). A implementação da Política de humanização em 2003 trouxe como um de seus princípios norteadores a atuação do trabalho em equipe multiprofissional. Também neste ano institui-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e logo após ocorre a promulgação da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que criou a Residência em Área profissional da Saúde (RMS) e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, observando assim um direcionamento ao cuidado de forma interprofissional (BRASIL, 2005) . Considerando a área da Oncologia, constitui-se como diretriz da Portaria nº 874 que institui na Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer o fomento à formação e à especialização de recursos humanos, assim como a qualificação da assistência por meio da educação

permanente dos profissionais envolvidos com o controle do câncer nas redes de atenção à saúde nos diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2013). Já na Portaria nº 140 detalha-se a necessidade de uma equipe em oncologia composta por diversos profissionais, incluindo o psicólogo (BRASIL, 2014). Nesta perspectiva, em 2013 cria-se o núcleo de Oncologia dentro da Residência Multiprofissional em saúde na Bahia. **OBJETIVOS:** Compreender o papel da psicologia no fazer interdisciplinar dentro da equipe de RMS em Oncologia; Descrever as atribuições do Psicólogo na equipe multidisciplinar. **METODOLOGIA:** Relato de experiência sobre a vivência do psicólogo inserido em uma equipe de RMS em Oncologia em um Hospital Filantrópico conveniado com o SUS, sob a perspectiva de duas Psicólogas Residentes. **RESULTADOS:** O referido Programa de Residência possui caráter multiprofissional e interdisciplinar, e carga horária de 5.760 horas, sendo que 1.062 horas de atividades teórico-práticas; 4.608 horas de atividades de estágio/trabalho e 90 horas para elaboração do produto final do curso. Segundo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde o estado deve oferecer não somente o apoio financeiro, como também o apoio técnico às especializações em serviços, como é o caso da Residência Multiprofissional em Saúde. Este apoio técnico é ofertado por uma instituição de ensino (no caso, a Universidade Estadual da Bahia) em que dentro do projeto pedagógico, a aprendizagem teórica reforça a importância do trabalho em equipe multiprofissional, uma vez que as aulas acontecem com os profissionais dos diversos programas da residência da UNEB, as quais abarcam diferentes níveis de atenção e áreas de atuação, facilitando assim a interlocução do conhecimento e da prática entre estes. O processo de formação através da residência multiprofissional permite uma vivência tanto na parte teórica (aulas semanais com demais profissionais do programa) como na parte prática, sendo esta a parte principal da vivência. A aprendizagem em serviço se configura não somente pela prática profissional (atividades desenvolvidas em serviço), como também pelas atividades de educação permanente ofertadas aos profissionais do campo, nas quais também se inserem os residentes. No ano de 2014, a Portaria nº140 estabelece que para ser credenciada e habilitada como CACON, UNACON ou Hospital Geral com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar, as instituições de saúde deverão atuar com equipe multidisciplinar que contemple atividades técnico-assistenciais realizadas em regime ambulatorial e de internação, de rotina e de urgência. Ainda segundo a portaria, a

psicologia deve estar inserida nestes serviços visto que têm se buscado a quebra do modelo biomédico nos serviços de saúde/ oncologia, e dessa forma os aspectos emocionais e psicológicos do paciente e familiares devem ser abordados. Percebemos como a vivência prática em UNACON e CACON se faz fundamental para a formação interdisciplinar da psicologia em oncologia, uma vez que nestes diferentes contextos identificamos as diferenças na assistência, como por exemplo a demanda de pacientes, disponibilidade de recursos, articulação com a equipe multiprofissional, enriquecendo assim nosso processo de formação. Durante as atividades desenvolvidas na prática temos contato com uma grande diversidade de casos, que abarcam diferentes diagnósticos, famílias e contextos culturais. Em cada situação se faz necessário um busca por informações acerca de cada aspecto envolvido nos processos de adoecimento e hospitalização do paciente. As atividades desenvolvidas pela psicologia no contexto hospitalar consistem em busca ativa nas enfermarias oncológicas, atendimento ambulatorial, responder solicitações de interconsulta, participação em reuniões de equipe, discussão de casos clínicos e acompanhamento de óbitos. Os atendimentos são focados nos pacientes e familiares, sendo estes desde crianças a idosos A Política Nacional de Humanização (2004) traz como um de seus princípios norteadores o fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, o que contribui de forma significativa para reforçar os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, principalmente a integralidade do usuário, uma vez que somente através do olhar de diversas áreas do conhecimento, é possível abarcar todos os aspectos da vida dos pacientes. Durante as atividades realizadas torna-se imprescindível a interação com outros profissionais da equipe, visto que as solicitações e observações destes sobre pacientes e familiares fortalecem o trabalho do psicólogo no hospital. Ainda, percebe-se como a psicologia contribui para o entendimento do âmbito emocional e subjetivo do paciente e família diante do processo de adoecimento, auxiliando os outros profissionais nesta compreensão. Outro fator influenciado pela interdisciplinaridade é a oferta de um cuidado integral aos pacientes, uma vez que, considerando a complexidade dos pacientes com doença oncológica, torna-se imprescindível abarcar todas as especificidades destes, agregando as diversas áreas do conhecimento em saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS**: Através da experiência da RMS em oncologia, pode-se perceber a relevância desta modalidade de pós-graduação para a formação do psicólogo que atua na área

da saúde, pois desta forma, o profissional tem a oportunidade de aprender e treinar em conjunto com outras áreas da saúde, fomentando assim o cuidado integral da pessoa com doença oncológica. Percebemos que esta modalidade de ensino traz o ponto de partida para a formação de profissionais através do viés interprofissional, porém ainda observam-se diversos desafios neste processo, pois no trabalho prático nos deparamos em algumas ocasiões com um fazer fragmentado na atuação de cada profissional e inclusive no projeto educacional da residência, percebemos a ausência de disciplinar direcionadas ao fazer do psicólogo em conjunto com a equipe multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério de Saúde. **Institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS. LEI Nº 11.129, DE 30 DE JUNHO DE 2005**, Brasília. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS**). PORTARIA Nº 874, DE 16 DE MAIO DE 2013, Brasília , 2013; BRASIL. Ministério da Saúde.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 140, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2014.** Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**.. PORTARIA Nº 140, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2014, Brasília , 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BUCHER, J. S. N. F. **Psicologia da saúde no contexto da saúde pública: uma complexidade crescente.** In O. H. Yamamoto & V. V. Gouveia (Orgs.()), Construindo a psicologia brasileira: desafios da ciência e prática psicológica (pp. 213-239). São Paulo, 2003: Casa do Psicólogo. Disponível em http://www.jornallivre.com.br/16123/a-pratica-do-psicologo-hospitalar-em-equipe-multidisciplinar.html, acesso em 10 de outubro de 2012.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia**. Rev Saúde Pública 2001;35(1):103-9.

VEIT, M. T. Serviços de Psico-Oncologia: Configuração e Implementação. In CARVALHO, V. A. et al. (Org.). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p 529-542.

SAÚDE COLETIVA E INCLUSÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO TRABALHO: O QUE OS PSICÓLOGOS TÊM A VER COM ISSO? ASPECTOS DE UMA PESQUISA EMPÍRICA QUALITATIVA

Gabriela Souza de Oliveira Sampaio

INTRODUÇÃO

Sabe-se que a inclusão no trabalho das pessoas com deficiência ainda não é estatisticamente satisfatória em nível mundial (OMS, 2011). São variados os fatores que explicam a sua não-empregabilidade. Destacam-se como principais fatores a baixa qualificação profissional (RIBEIRO; CARNEIRO, 2009), a ineficiência das políticas públicas e dos sistemas de garantias de direitos (ZANITELLI, 2012; VASCONCELOS, 2010), falta de informação acerca das potencialidades das pessoas com deficiência gerando preconceito, discriminação e por consequência, exclusão no mundo do trabalho (PÉREZ, 2012).

O "trabalho" compreendido como um *lócus* social que confere *status* ao sujeito de "ser dotado de utilidade", principalmente para a pessoa com deficiência (VASCONCELOS, 2010) apresenta também outras facetas, como local responsável pela produção de sofrimento e adoecimento. Contudo, o setor laboral confere socialização e acima de tudo, possibilidade da pessoa com deficiência se manter financeiramente e dar conta das suas necessidades básicas (DEJOURS; DESSORS; DESRIAUX, 1993).

No âmbito da saúde do trabalhador, tomado como um campo da Saúde Coletiva, preocupa-se com questões relativas às condições de trabalho dos trabalhadores e principalmente, executa ações de prevenção de agravos e danos como também promoção de saúde. O estudo da inclusão da pessoa com deficiência no trabalho e a obrigação legal de incluí-la insere essa temática no *hall* da reabilitação profissional e principalmente, exercita a prática de um novo paradigma ao incitar a prevenção da incapacidade (LEDERER et al, 2014) nos trabalhadores considerados "incapazes" e adoecidos para o trabalho.

O atual cenário que circunscreve o setor "trabalho" envolve diversas características destacando-se a precarização e a terceirização, por exemplo (DRUCK, 2011). Trata-se de características atuais que somadas às outras tais como, exigência

por volume de produção e manobras que reduzem os direitos dos trabalhadores impactam em todos os trabalhadores, principalmente nos trabalhadores com deficiência. No âmbito do serviço público, essa situação se torna mais agravante, já que está explícito o sucateamento de alguns órgãos, como por exemplo, autarquias como as instituições federais de ensino superior (LEDA; MANCEBO, 2009; CHAUÍ, 2003).

Admitindo esse espaço como mais uma oportunidade de inclusão das pessoas com deficiência no trabalho, visto que se trata de uma oportunidade imposta pela legislação (BRASIL, 1990; 2009), a presente pesquisa empírica qualitativa exploratória visou descrever o processo de inclusão da pessoa com deficiência em uma instituição federal de ensino superior. O questionamento colocado “o que os psicólogos têm a ver com isso” extrapola os objetivos da presente pesquisa, contudo busca trazer para a comunidade de psicólogos atuantes nas políticas públicas novas formas de atuação e produção científica.

OBJETIVOS

O principal objetivo é descrever o processo de inclusão da pessoa com deficiência em um órgão público federal. Entre os secundários, destacam-se conhecer o processo de inclusão da pessoa com deficiência no trabalho e descrever os desafios presentes no cotidiano laboral do servidor com deficiência e as estratégias utilizadas pelas pessoas com deficiência para lidarem com os desafios presentes no seu trabalho.

INTERLOCUTORES

Quadro 01: Características dos interlocutores com deficiência acessados

Interlocutor (a)	**Idade**	**Tempo de exercício como servidor (a)**	**Tipo de deficiência**
Alexandre	58 anos	22 anos	Def. física

Dorina	33 anos	02 anos	Def.sensorial
Lúcia	32 anos	02 anos incompletos	Def.sensorial
Paula	56 anos	23 anos	Def. física
Romário	27 anos	02 anos incompletos	Def. física

Fonte: elaborada pelas autoras a partir dos dados levantados, 2015.

METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa empírica qualitativa e exploratória que por meio de observação participante e direta, entrevistas em profundidade e semi-estruturada acessou dezesseis servidores com deficiência de uma IFES do estado da Bahia e seis servidores sem deficiência responsável pela lotação dos servidores. Como referencial teórico-metodológico foram utilizados aspectos da abordagem etnográfica (LAPLANTINE, 2004), junto a Etnometodologia (COULON, 1995) e a Análise Ergonômica no Trabalho (GUÉRIN et al, 2001). A análise dos dados pautou-se nas anotações realizadas no diário de campo, nas transcrições das entrevistas e posteriormente, elaboração indutiva das categorias de análise. Os dez servidores com deficiência foram entrevistados em profundidade e observados na entrada, realização das atividades e saída do trabalho ao passo que os servidores sem deficiência foram apenas entrevistados. A vivência com os colegas de trabalho foi alcançada a partir da observação das interações cotidianas. Os resultados foram interpretados a partir da Teoria do Reconhecimento (FRASER, 2000; 2003; 2007).

Quadro 02: Qualidade da produção empírica entre maio a novembro de 2015.

Interlocutor (a)	**Nº de observações (quantidade de dias)**	**Horas dedicadas à observação**	**Duração da entrevista (tempo aproximado)**
Alexandre	04 observações/dias	16 horas (4h por dia)	40 minutos
Dorina	09 observações/dias	18 horas (2h por dia)	49 minutos
Lúcia	10 observações/dias	40 horas (4h por dia)	100 minutos
Paula	02 observações/dias	12 horas (6h por dia)	43 minutos
Romário	12 observações/dias	48 horas (4h por dia)	66 minutos

Fonte: elaborada pelas autoras a partir da produção em campo, 2015.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (Parecer 1.029.089) e seguiu todos os preceitos éticos postos pela Resolução nº 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

De uma forma geral, observou-se a presença de servidores com deficiências "invisíveis", ou seja, a inclusão de pessoas com deficiência naquele órgão demonstrou

que essas deficiências foram cruciais para a inclusão. Primeiro, porque elas não eram tão impeditivas: mesmo com a existência das mesmas, os servidores obtiveram com sucesso inclusões em espaços educacionais anteriores. Segundo, essas mesmas deficiências, por serem invisíveis, não acarretariam discriminação no trabalho a menos que as pessoas revelassem que as possuíam.

Entendendo "inclusão" como inserção e permanência no trabalho, os principais resultados encontrados dizem sobre inexistência de práticas excludentes para a inclusão das pessoas com deficiência como também de práticas que garantam a permanência das pessoas com deficiência no trabalho, tal como evidenciados em outros estudos (RIBEIRO; CARNEIRO, 2009).

Percebeu-se que dada a inexistência formais de práticas, protocolos voltados para a população específica de servidores com deficiência e treinamento, os gestores incluem as pessoas com deficiência a partir de seus valores morais ou até mesmo podem não incluí-las por considerarem desafiador lidar com pessoas com deficiência ou não acreditarem que serão capazes de executar as tarefas (BAHIA; SCHOMMER, 2010; DELGADO; GOULART, 2011). Quando incluídas, os gestores desconfiam das suas capacidades e delegam menos tarefas, por outro lado, consideram as pessoas com deficiência como os melhores servidores, caracterizando este contingente populacional como "servidores pela metade" (VASCONCELOS, 2010).

(...) Se eu não, ou melhor, se nós não aceitássemos esse (a) servidor (a) com deficiência é o tal negócio: ele (a) fez o concurso, passou, e se ele (a) fica de um lado pra o outro e ninguém aceita o que vai ser dele (a)? ***Eu sigo uma religião, eu sou espírita, eu preciso ajudar*** [grifo nosso]*. Ele (a) tem que arranjar algum lugar. E aí, poxa vida, deixa ele (a) cá, pode trazer, a gente no que a gente puder a gente ajuda. E aí, quer dizer: existe certa dificuldade mesmo por causa disso, mas eu peço as coisas para ele (a) entendeu, eu dou algumas tarefas pra ele (a), ele (a) usa, ele (a) tem a forma de como usar o computador, eu tento da melhor forma possível, deixa ele (a) fazer, dá autonomia para ele (a) fazer, ele (a) não se sentir excluído (a), porque de repente, poxa eu estou aqui mas o camarada chega aqui, dá licença aí, chega no computador e faz um negócio. Não. Ele (a) vai, ele (a) participa das reuniões, ele (a) anota, ele (a) faz ata, ele (a) manda para gente, a gente faz as correções necessárias.*

Eu acho que fazer com que ele (a) não seja excluído (a), isso é importante. Como eu falei para você é a primeira pessoa que eu estou trabalhando. E ninguém veio aqui para nos ajudar a lidar. Eu procuro tratar como se fosse uma pessoa normal.

Marcos, servidor da equipe de lotação.

Quando ele (a) veio para cá, eu pensei: meu Deus, como eu vou ficar trabalhando com essa pessoa?Não sei lidar com essas coisas, eu vou ter que abrir o jogo. Aí eu falei como é que eu vou trabalhar com essa pessoa? Começou a me incomodar muito, muito, muito! Eu comecei a me sentir culpada por não saber lidar com ela. ***E eu sou evangélica e tinha que receber bem essa pessoa*** [grifo nosso]. *Eu e minha família escutamos um programa de rádio onde sempre lidava com pessoas com deficiência, eles cantando, pedindo música, coisas na igreja, mas nunca lidei com eles no trabalho. Hoje, ela conseguiu fazer com que eu ficasse mais à vontade.*

Sílvia, servidora da equipe de lotação.

Os colegas de trabalho são os protagonistas da inclusão da pessoa com deficiência porque eles as auxiliam nas atividades, na chegada e saída do trabalho e principalmente, as mantêm no trabalho (KULKARNI; LENGNICK-HALL, 2011; SIMONELLI; CAMAROTTO, 2011):

Cena: cooperação para amenizar as barreiras: fomento de acessibilidade realizada pelo gestor e colegas:

Observando o local de trabalho de Romário, as atitudes de cooperação entre os servidores são evidenciadas de forma concreta. Na porta de entrada da sua sala, existe uma fita adesiva, com a principal finalidade de evitar o trancamento da porta que limita a abertura da mesma por parte de Romário. A mesa em que realiza suas funções possui uma espécie de calço de madeira, que confere maior altura para encaixar a sua cadeira de rodas. O computador, um *notebook,* foi cedido pelo seu gestor, que em virtude da demora, não pôde esperar pela chegada de outro. A acessibilidade no banheiro foi também improvisada. Todas essas iniciativas, quando questionadas pela sua origem, tiveram como resposta dada por um dos colegas: "*ah, foi agente*! Os "*armengues*" (palavra escolhida pela equipe para se referirem às estratégias que realizaram) efetuam a inclusão de Romário cotidianamente. Além

disso, a volta para casa é garantida com rodízio dos colegas, que são mais que isso para Romário: "*são irmãos. Eu sou um privilegiado. Não poderia estar lotado em outro lugar. Em meio a um deserto, eu encontrei um oásis*" (DIÁRIO DE CAMPO, 02/06/2015).

A cena a seguir traduz o principal desafio enfrentado pelos servidores com deficiência no seu trabalho e a forma com elas o enfrenta: a (in)acessibilidade:

Cena: a montanha russa: são muitas emoções.

O local de trabalho de Alexandre situa-se no início de uma ladeira, muito alta. As calçadas na frente dessa unidade estão quebradas, com pedras soltas. É difícil para qualquer pessoa transitar naquelas imediações. Sua sala fica no quarto andar. Um ambulatório cheio às sete e meia da manhã. Alexandre chega às oito horas. Às onze horas, ele participará de uma atividade no formato de vídeo conferência. Uma pessoa que trabalha com Alexandre sinaliza: "*já são quase onze horas, não é melhor você se arrumar?"* ele pensa e concorda. Ele então convoca outra pessoa para guiar ele na cadeira de rodas: *"esta tem que ser um bem forte",* me explica. Uma pessoa se oferece. Pergunta para o colaborador forte *"você me leva até lá?"*. Informa que necessita de outra pessoa:*"preciso dela para parar os ônibus*, *porque nós dois sozinhos não damos conta disso".* Descemos o elevador e caminhamos em direção à outra unidade que fica há mais ou menos 300 metros dali. E são 300 metros de tensão. As calçadas não comportam a cadeira. Ele então vai pela parte asfaltada, ou seja, a rua. A rua é estreita. É no formato de ladeira e de mão e contramão. Descem e sobem ônibus e outros transportes, rentes aos limites da calçada e da rua, no meio fio. O meio fio é por onde Alexandre transita. Enquanto um dos colaboradores empurra a cadeira, o outro sinaliza com a mão um sinal de parada para o motorista do ônibus, que desce a ladeira na direção oposta. O ônibus para. Rapidamente, o colaborador empurra cadeira, ou melhor, alucinadamente. Eu tento correr para acompanhar as verbalizações no deslocamento de Alexandre e ele verbaliza: "*são muitas emoções*", se referindo ao desafio cotidiano do enfrentamento da inacessibilidade. Apesar da tensão, chegamos à outra unidade, onde ele continuará a exercer as outras atividades que fazem parte do seu trabalho (DIÁRIO DE CAMPO, 14/09/15).

As pessoas com deficiência compreendem as insuficiências institucionais e contam sua família (VON FURSTENBERG; IRIARTE; NAVARRO, 2012) e algumas estratégias individuais para se incluírem no trabalho. Dentre essas estratégias, revelam-se a superação e a omissão da deficiência, tal como encontrado em outras produções científicas (VASCONCELOS, 2010; CARVALHO-FREITAS; SUZANO; NEMPOMUCENO, 2011).

Mesmo identificadas inexistência de práticas que levem em conta a diversidade dos futuros servidores, foi verificado que a instituição se esforça para incluir a pessoa com deficiência da melhor maneira possível apesar das suas limitações. Existe uma preocupação em considerar as experiências profissionais anteriores para lotá-las em locais condizentes com sua formação e habilidades. Essa instituição por vezes se mostra bastante flexível com os servidores e sua rotina de trabalho, como por exemplo, reduzida carga horária. Atualmente, há um projeto voltado para a mudança de estrutura física dos espaços, visando maior acessibilidade. Esses pontos dizem de iniciativas que mesmo consideradas pequenas, ocorrem. Destaca-se o clima de acolhimento que idiossincrático desta instituição como principal ponto forte que mantém a pessoa com deficiência incluída no trabalho.

A universidade é uma instituição muito inclusiva. Faz parte da sua própria missão. Ela é inclusiva e tem uma responsabilidade social muito grande. Nós recebemos a pessoa com deficiência sabendo que isso é parte da missão da universidade: a inclusão de pessoas com todas as formas, credos e raças. Então eu acho que é isso que a universidade tem de positivo. É um ambiente mais saudável do que outros ambientes que são mais competitivos.

Vanessa, servidora responsável pela lotação de servidores na IFES.

MAS AFINAL, O QUE OS PSICÓLOGOS TÊM A VER COM ISSO? CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da presente produção empírica, colocam-se algumas questões. A primeira delas diz respeito da criação de modalidade de inclusão do servidor com deficiência no setor público, bem como a construção de um novo paradigma para compreender essa classe de trabalhadores que são sujeitos de direitos e que precisam ser tratados como desiguais na medida das suas desigualdades. A segunda

questão admite o psicólogo como ator social inserido nas políticas públicas (Sistema Único de Saúde/ SIASS - Sistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor) capaz de fomentar um campo de práticas, admitindo que ainda inexistem práticas robustas e solidificadas sobre novas formas de se pensar sobre um trabalhador visto como vulnerável no que tange a não garantia dos seus direitos.

Considerando a existência da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNSTT (GM/MS, 2012) que pressupõe ações em saúde do trabalhador em todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde - SUS, verifica-se a necessidade de apropriação da temática e construção de novas formas de saberes e práticas. A atuação do psicólogo no SUS não é algo tão recente, contudo, a atual discussão sobre precarização e modificações nas formas e estrutura do trabalho (DRUCK, 2011) se constituem um desafio para essa categoria.

A atuação nas políticas públicas exige do profissional da área de psicologia extrapolar as práticas clássicas, como por exemplo, a psicoterapia e avançar sob uma perspectiva política. Ademais, a partir da atual conjuntura, tendo como pano de fundo as modificações da estrutura do trabalho, com o incremento das fragilidades dos vínculos e aumento da atuação informal, entende-se que o trabalhador da atualidade encontra-se em vulnerabilidade. Esta última evidenciada no crescimento do volume de pessoas com incapacidades temporárias ou até mesmo, permanentes.

Como primeiras questões disparadoras para se pensar a construção de saberes na área,coloca-se a aproximação de intervenções que realizam interface entre a psicologia e a saúde pública, que dialoguem com sentidos do trabalho, ressignificação do mesmo, corpo sadio x corpo com defeito, prevenção da incapacidade, reabilitação, sentimento de utilidade x inutilidade, benefícios previdenciários, socioassistenciais e seu impacto na vida dos sujeitos, diálogo com empregadores para a modificação dos espaços laborais dentre outros aspectos. Todos esses eixos são pontos estruturantes que podem servir de guia para a direção de práticas que conversam com o proposto pela PNSTT.

Para concluir, ressalta-se não perder de vista que “trabalho” produz saúde e doença, contudo, a não inserção no mercado de trabalho pode trazer prejuízos aos indivíduos. Dentre esses prejuízos destacam-se os referente à perda de autonomia,

de sentimento de inclusão social, autoestima, gerir sua própria vida e de socializar-se. Esse tema, nascido na área médica e em grandes empresas, também é nosso, precisamos nos apropriar dele e contribuir para emancipação dos sujeitos enquanto seres de direito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Último acesso em 28 de dezembro de 2015.

_____, Lei nº. 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. **Diário Oficial da União** [da] República Federativa do Brasil, 12 de dez. de 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8112cons.htm. Último acesso em 28 de dezembro de 2015.

_____, Decreto nº. 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção e dá outras providências. **Diário Oficial da União** [da] República Federativa do Brasil, 21 de dez. de 1999. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm>. Último acesso em 28 de dezembro de 2015.

CARVALHO-FREITAS, M.N.; SUZANO, J.; NEPOMUCENO, M.F. Acompanhamento do primeiro ano de trabalho de pessoas com deficiência em uma instituição pública. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, São João Del- Rei, v. 4, n.2, p.310-317, 2011.

CHAUÍ, M. A universidade pública sob nova perspectiva. **Revista Brasileira de Educação**, nº 24, 2003.

COULON, A. **Etnometodologia**. Petrópolis, RJ: Vozes,1995, 134p.

DEJOURS, C., DESSORS, D.; DESRIAUX, F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas,** v. 33, n.3, p. 98-104, 1993.

DELGADO, M.C.S.; GOULART, I.B. Práticas de desenvolvimento de pessoas com deficiência em uma instituição do setor educacional. **Pesquisas e Práticas Sociais**, São João Del Rei, v.6, n. 1, 2011.

DRUCK, G. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? **CADERNO CRH**, Salvador, v. 24, n. 01, p. 37-57, 2011.

FRASER, N. Rethinking Recognition. **New Left Review**, v. 3, p. 1–8, 2000.

_____. A justiça social na globalização: redistribuição, reconhecimento e participação. Revista Crítica de Ciências Sociais, v. 63, p. 7-20, 2003.

_____. Reconhecimento sem ética? **Lua Nova**, São Paulo, v. 70, n. 101-138, 2007.

GUÉRIN, F. *et al*. **Compreender o trabalho para transformá-lo:** a prática da Ergonomia. 1ª Edição. São Paulo, SP: Fundação Vanzoline, 2001. 200 p.

LAPLANTINE, F. **A descrição etnográfica.** Tradução de João Manuel Ribeiro Coelho e Sergio Coelho. São Paulo: Terceira Margem, 2004. 137p.

LEDA, D. B., MANCEBO, D. REUNI: heteronomia e precarização da universidade e do trabalho docente. **Educação e Realidade**, v. 34, n. 1, p. 49-64, 2009.

LEDERER, V. *et al*. Exploring the Diversity of Conceptualizations of Work (Dis) ability: a Scoping Review of Published Definitions. **Journal Occupacional Rehabilitation**, Canadian, v.24, n. 2, p. 242–267, 2014.

_____**.** Relatório Mundial sobre a deficiência. Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência, **Governo do Estado de São Paulo**, 2011.

PÉREZ, S.V**.** Pessoa com deficiência = pessoa incapaz? Um estudo acerca do estereótipo e do papel da pessoa com deficiência nas organizações. **Cad. EBAPE BR**, v. 10, nº 4, 2012.

RIBEIRO, M. A.; CARNEIRO, R.A inclusão indesejada: as empresas brasileiras e face à lei de cotas para pessoas com deficiência no mercado de trabalho. **Revista da Faculdade de Comunicação da UFBA** Salvador, v.16 - n.50, p. 545-564, 2009.

VASCONCELOS, F. D. O trabalhador com deficiência e as práticas de inclusão no mercado de trabalho de Salvador, Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 121, p. 41–52, 2010.

ZANITELLI, L. M. A lei de cotas para pessoas portadoras de deficiência nas empresas brasileiras: o impacto e possíveis alternativas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n.17, p. 2085-2094, 2013.

TRABALHO COM AGENTES COMUNITÁRIAS DA COMUNIDADE BATE FACHO, NA CIDADE DE SALVADOR-BA

Alessandra de Jesus dos Santos

Tamiles Cerqueira Lopes da Silva

Paula Sanders Pereira Pinto

Resumo

Trata-se de um relato de experiência baseado em intervenções feitas com um grupo de agentes comunitárias de saúde realizados durante o projeto de extensão comunitária da Universidade Salvador – UNIFACS: Saúde integral, qualidade de vida, acessibilidade e preservação ambiental em espaços abertos urbanos: ações de conscientização na Comunidade de Bate Facho.

As atividades do projeto foram realizadas por quatro alunas voluntárias, sob supervisão. O agente comunitário de saúde desempenha o papel de mediador social, ou seja, funciona como elo entre a equipe e a comunidade. O papel do agente pode ser considerado a voz da comunidade dentro dos serviços de saúde ou uma extensão dos serviços de saúde dentro da comunidade. Tendo como objetivo desenvolver ações voltadas para as necessidades das agentes comunitárias de saúde, indicando benefícios à saúde e qualidade de vida, o fortalecimento do vínculo entre elas, o desenvolvimento do autoconhecimento, a valorização da autoestima e estimular a prática do cuidado com o cuidador. Conforme o objetivo do projeto foi possível alinhar a teoria com a prática durante cada encontro, possibilitando um olhar e uma compreensão mais ampliada sobre as questões sociais.

Palavras-chave: Agentes comunitárias; Autoestima; Cuidador;

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988. É um sistema que abrange todo o território brasileiro e está em constante processo de estruturação. Possui princípios que apontam para a democratização tanto nas ações, como nos serviços de saúde, tornando-se universais. Desta forma deixam de ser centralizados e passam a serem norteados pela descentralização. O acesso ao

SUS deve ser gratuito e baseado nos seguintes princípios: Universalidade: A saúde é um direito de todos e um dever do Poder Público; Integralidade: A atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades das pessoas, de forma que garanta a oferta necessária, independente das condições econômicas, idade ou local de moradia; Equidade: Redução das disparidades sociais existentes (Ministério da Saúde, 2009).

Após os resultados positivos do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1990, o Ministério da Saúde, com o objetivo de solidificar as propostas do Sistema único de saúde, criou em 1994, o Programa de Saúde da Família tem como objetivo atuar como substituição das práticas realizadas nos antigos postos ou centros de saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui-se como uma estratégia de mudança do modelo assistencial de saúde, caracteriza-se como uma porta de entrada do sistema de saúde, realizando o primeiro nível de serviços e ações. Atualmente atuam de uma forma reestruturada, atendendo ás necessidades básicas de saúde da população de acordo com a sua área de abrangência (Ministério da Saúde, 2009).

É recomendado que cada Unidade de Saúde da Família (USF) trabalhe com uma ou até três equipes multiprofissionais, de acordo com o número de famílias existentes na área. As equipes de saúde da família atuam com um número fixo de famílias. A USF deve realizar uma assistência contínua, integral e de qualidade, desenvolvida por uma equipe multiprofissional, na unidade e também em visitas domiciliares. Cada equipe deve ficar responsável por uma área onde residem entre 600 a 1.000 famílias, com limite máximo de 4.500 habitantes. As equipes de saúde da ESF são compostas por um médico clínico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um dentista, um técnico em higiene bucal e quatro a seis agentes comunitários. (Ministério da Saúde, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (2009), atualmente no Brasil existem mais de 200 mil agentes comunitários de saúde em atuação. Cada Agente Comunitário de Saúde (ACS) da equipe é responsável por uma área de aproximadamente 20 a 250 famílias. A equipe de saúde da família precisa conhecer a realidade da população sob sua responsabilidade, os contextos familiares e a vida comunitária para desenvolver

um processo de planejamento em cada uma de suas fases: na programação, na execução e na avaliação das ações e serviços de saúde.

De acordo com Ministério da Saúde (2009) os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) precisam residir nas respectivas áreas de atuação, para garantir a vinculação e identidade cultural com as famílias sob suas respectivas responsabilidades, por isso o dia a dia dos ACS é junto aos domicílios de sua área de abrangência.

O Ministério da Saúde (2009) define como competências para o Agente Comunitário de Saúde: o trabalho em equipe, mapeamento de sua área responsável ou territorialização, cadastro das famílias e atualização dos mesmos, visitas domiciliares, o planejamento das ações de saúde, desenvolvimento de ações com ênfase na prevenção e promoção de saúde, monitoramento de grupos específicos, a prevenção e o monitoramento das doenças prevalentes na área e o acompanhamento e a avaliação das ações de saúde.

O agente comunitário de saúde desempenha o papel de mediador social, ou seja, funciona como elo entre a equipe e a comunidade. O papel do agente pode ser considerado a voz da comunidade dentro dos serviços de saúde ou uma extensão dos serviços de saúde dentro da comunidade. O ACS tem um papel fundamental na ESF, pois ele está mais próximo dos problemas que afetam diretamente a comunidade. Sua ação favorece a melhoria de problemas que afetam a qualidade de vida das famílias, como por exemplo, saneamento básico e condições precárias de moradia (Ministério da Saúde, 2009).

O desenvolvimento deste trabalho no projeto de extensão com o grupo de ACS da Comunidade Bate Facho na cidade de Salvador-BA permitiu constatar a sobrecarga do trabalho e consequentemente o aumento do índice de estresse, podendo desencadear outros transtornos, assim como, prejudicar o convívio sociofamiliar. Ficaram evidentes as dificuldades de relacionamento, esquecimento e outras carências afetivas, além do risco de desenvolvimento de estresse.

As condições de trabalho podem causar adoecimento pelas cargas psíquicas geradas por fatores físicos, biológicos, organizacionais, incidentes no processo de

trabalho. Assim, as doenças psicossomáticas podem ser desencadeadas por estresse.(Santos; David, 2011, p. 52).

O estresse pode ser definido como: “uma reação do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, causada pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrite, amedronte, excite ou confunda, ou mesmo que a faça imensamente feliz” (Lipp & Malagris, 2001, p.477).

O stress apresenta quatro fases: Alerta é a primeira fase do stress e pode ser considerada como a fase positiva, pois o organismo se prepara automaticamente para a ação. Logo em seguida aparece a fase de resistência, ocorre quando a pessoa tenta lidar com os seus estressores de modo a manter sua homeostase interna. A terceira fase, quase-exaustão é caracterizada pelo enfraquecimento do organismo, que não está mais conseguindo se adaptar ou resistir ao fator estressor. Nesta fase, as doenças começam a surgir. A fase de exaustão é a fase final do *stress*, podem ocorrer doenças graves, inclusive a depressão (Lipp & Malagris, 1995).

Fatores como as mudanças no estilo de vida das pessoas, funções de trabalho exaustivas e intensas estão deixando as pessoas debilitadas e consequentemente vulneráveis ao *stress*. Atualmente as pessoas estão cada vez mais estressadas, afetando a saúde, a qualidade de vida e principalmente a sensação de bem-estar, pois a grande maioria não sabe como lidar com os possíveis causadores do stress (Lipp, 2001).

Desta forma, o presente trabalho tem como objetivo relacionar as situações de estresse com o trabalho das agentes comunitárias de saúde (ACS) da Comunidade Bate Facho, na cidade de Salvador-BA, baseando-se no relato sobre o seu cotidiano. Desenvolver ações voltadas para as necessidades das agentes comunitárias de saúde, indicando benefícios à saúde e qualidade de vida. Além disso, produzir conhecimento acadêmico para possíveis intervenções e medidas preventivas com o propósito de reduzir os danos que o estresse e a ausência atenção e cuidado trazem para a saúde do trabalhador.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência baseado em intervenções feitas com um grupo de agentes comunitárias de saúde realizados durante o projeto de extensão comunitária da Universidade Salvador – UNIFACS: Saúde integral, qualidade de vida, acessibilidade e preservação ambiental em espaços abertos urbanos: ações de conscientização na Comunidade de Bate Facho. O contexto deste estudo foi a comunidade Bate Facho da cidade de Salvador-BA.

O trabalho foi feito em dois momentos distintos. A primeira parte foi em outubro de 2015, quando se deu o contato inicial com a as agentes comunitárias de saúde. Foi solicitado que elas auxiliassem nas visitas a serem realizadas na comunidade, com o intuito de aplicar questionários sobre percepção de saúde e qualidade de vida dos moradores. Durante a aplicação dos questionários e contato constante com as agentes, foi verificada a demanda por um trabalho direcionado para elas.

Desde então, as discussões foram voltadas para o desenvolvimento de estratégias de intervenção para com as agentes, com o objetivo identificar as demandas das mesmas e valorizar o cuidado com o cuidador, que é negligenciado no cotidiano.

A segunda parte iniciou-se em março de 2016, foram realizados encontros e atividades de escuta, roda de conversa e dinâmicas com as agentes comunitárias. Foram realizados seis encontros quinzenais, com a duração de 2 horas cada um, entre os meses de Março e Junho, nas dependências da Escola Comunitária do Bate Facho, espaço anteriormente utilizado como Associação dos Moradores.

No primeiro encontro foi realizada uma entrevista com as agentes comunitárias para se apresentar a proposta e verificar quantas gostariam de participar do projeto.

No segundo encontro foi aplicado o Inventário de Stress de Marilda LIPP, sob supervisão da orientadora, com o objetivo de avaliar o nível de ansiedade, estresse e/ou depressão nas agentes. O inventário permite verificar se a pessoa tem stress, em que fase está (alerta, resistência, quase-exaustão ou exaustão) e qual a prevalência de sintomas, sejam físicos ou psicológicos.

No terceiro encontro fizemos a dinâmica Roda da Vida, que se encontra disponível na internet. Os materiais utilizados foram: folha de papel com a roda da

vida impressa, extraído do blog de Tiago Oliveira, e lápis de cor. A Roda da Vida trata-se de um círculo dividido em doze partes como um gráfico de pizza, representando as quatro grandes áreas da vida: relacionamentos, qualidade de vida, profissional e o pessoal. Para realizar a avaliação, é necessário atribuir uma nota (de 0-10) referente à satisfação que a pessoa tem em cada área.

No quarto encontro foi solicitado que cada agente comentasse sobre um dos aspectos da roda da vida, aplicada na semana anterior, seguido da dinâmica do corredor do cuidado, com o objetivo de estimular a prática do cuidado entre elas, ou seja, o cuidado com o cuidador. A dinâmica foi conduzida da seguinte forma:

As agentes ficaram de pé, solicitamos que fechassem os olhos, e colocamos um fundo musical para que elas pudessem relaxar. Em seguida, organizamos todas elas em duplas, uma de frente para a outra, com o intuito de formar um corredor. A partir disto, as organizadoras retiraram a agente da ponta direita do corredor, conduzindo-a a passar através do corredor para que assim, as demais pudessem tocá-la e se responsabilizarem por ela enquanto estivessem passando pelo corredor, em seguida uma das organizadoras à recebeu com um abraço e a conduziu de volta no corredor, com a instrução de que deveria cuidar da outra da forma que foi cuidada anteriormente. Logo, outra agente foi conduzida pelo corredor, e assim sucessivamente, até que a última agente recebeu os cuidados.

No quinto encontro foi realizada a dinâmica do espelho, com a declamação do poema – Quando me amei de verdade, tendo como objetivo sensibilizar as agentes para que percebam a importância da autoestima. Toda a dinâmica foi realizada da seguinte forma:

Inicialmente questionamos o que elas entendem sobre autoestima, em seguida abordamos as consequências da baixa autoestima e a importância do autoconhecimento. Após essa primeira etapa iniciamos à dinâmica da caixa com espelho – Foi perguntado para as agentes qual o presente gostariam de receber, o que ou quem é a pessoa mais importante da vida delas. Em seguida, foi relatado que dentro da caixa elas iriam encontrar um presente, sendo este o melhor presente que elas poderiam receber, sendo assim, a regra foi que cada uma deveria levantar-se

para olhar o interior da caixa, reconhecer qual o seu presente, deixá-lo lá e voltar em silêncio para seu lugar sem contar para outra pessoa qual foi o seu presente.

A discente que conduziu a dinâmica leu o poema (Quando me amei de verdade) enquanto as agentes olhavam seus respectivos presentes. Quando a última agente olhou e o poema terminou de ser declamado, a condutora passou para a etapa seguinte que foi receber o feedback das agentes sobre a dinâmica.

No sexto encontro, foi solicitado para que as agentes relatassem sobre como foi cada etapa do projeto, o que sentiram, resultados e etc,. Posteriormente distribuímos para elas uma folha de papel com uma boneca impressa e lápis de cor e seguir as seguintes instruções: Em três áreas da boneca coloque os seguintes aspectos: como você se percebe, como percebem você e como gostaria de ser percebida.

Após essa etapa cada uma leu para o grupo o que haviam colocado na boneca de acordo com as instruções. Em seguida, foi pedido para que as agentes confeccionem uma carta para sua colega de trabalho, foi feito um sorteio para direcionar as cartas, depois fornecemos papeis, tintas e lápis de cor, para que pudessem elaborá-las. Após essa etapa cada uma leu a carta e entregou para sua respectiva colega sorteada.

Ao final de cada encontro foi destinado um espaço para o feedback das agentes, onde fizemos pontuações e sugestões direcionadas para á prática e atenção em saúde e bem estar do cuidador.

Este é um projeto que faz parte do projeto de extensão comunitária da UNIFACS, no qual somos alunas voluntárias. O projeto tem como objetivo estimular o aluno a aplicar os conhecimentos adquiridos na sala de aula, interagir constantemente com a sociedade, desenvolver campos de práticas integrados em territórios específicos, promover a produção de conhecimento interdisciplinar, estimular o compromisso social dos estudantes. Todas as atividades foram desenvolvidas em conjunto com as demais voluntárias da extensão e sob supervisão da professora.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Entre o grupo de cinco agentes comunitárias que trabalham na Comunidade do Bate Facho, quatro participaram da entrevista, e decidiram participar do projeto, o que demonstra que a proposta a ser desenvolvida ao longo do semestre foi bem aceita.

Os ACS são carentes de formação profissional, eles são privadas principalmente de conhecimentos necessários para lidar com o estresse que está presente diariamente no trabalho. Todas as agentes relataram uma negligência por parte dos gestores por não abordarem estas questões com os trabalhadores, gestão inflexível e desvalorização do trabalho, causando a desmotivação.

Com o objetivo de avaliar o stress das agentes comunitárias, antes de dar início as oficinas com as mesmas, decidiu-se aplicar o Inventário de Stress de Marilda Lipp. Após análise dos itens respondidos, verificou-se que três das quatro agentes comunitárias apresentaram um quadro de stress.

A análise dos resultados permitiu verificar que a maioria apresenta sintomas de stress e se encontra na fase de resistência, com uma sintomatologia predominantemente psicológica, porém apresentam também sintomas físicos. Indicando, no momento, uma possível tendência mista ao estresse. Como possui sintomas característicos da fase de resistência, é possível observar que é necessário tomar medidas para que não adentrem na fase de quase exaustão.

Para a minoria, o resultado do Inventário foi negativo para estresse, entretanto houve relato e queixas de questões físicas como insônia, problemas com a memória, hipertensão arterial e excesso de gases e questões psicológicas como diminuição da libido e sensação de incompetência nas áreas. Contudo, para este grupo, também foi constatado certa relutância e dificuldade em falar de questões que causam desconforto.

A queda de produtividade, desmotivação, irritação e impaciência no trabalho dificuldades, interpessoais, desânimo, relações afetivas conturbadas, doenças físicas, depressão e ansiedade foram alguns aspectos identificados nas ACS após a verificação dos resultados do Inventário de Stress de Marilda LIPP.

De acordo com Lipp (2000), a resistência ocorre quando a fase de alerta continua ou novos estressores se acumulam, o organismo entra em ação para impedir

o desgaste total de energia, se adapta ao problema ou elimina. Quase Exaustão é a tensão excede o limite que o organismo pode gerenciar, a resistência física e emocional começa a se quebrar.

Identificamos relutância por parte de algumas das agentes quando determinados temas eram abordadas nas reuniões, tais como relacionamento interpessoal, família, dificuldade em dizer “não” e o limite de horário do trabalho (muitas tendem a exceder o horário), pois estão sempre prestando serviço à comunidade mesmo em horários de descanso eou finais de semana. Na medida em que os moradores reconhecem e valorizam o trabalho das ACS na comunidade, o hábito de estar sempre a serviço é reforçado, pois elas temem perder a admiração e bom convívio com os moradores, causando, muitas vezes, conflitos familiares e internos, pois tendem a abdicar de compromissos pessoais.

A dinâmica do corredor do cuidado, realizada no quarto encontro, superou nossas expectativas e tomou proporções maiores do que as esperadas. As agentes se emocionaram, falaram da importância e do carinho que sentem uma pela outra.

O quinto encontro foi bastante produtivo, pois trouxe importantes reflexões e contribuições para as agentes. No feedback constatamos a valorização do cuidado com a colega de trabalho, as contribuições do outro para a formação da autoestima, formação de vínculo, compartilhamento de histórias de vida e principalmente confiança.

No sexto encontro as agentes abordaram assuntos relacionados à família e amizade. Em seguida, começaram a confeccionar as cartas, se mostraram bastante participativas e entusiasmadas com a atividade, constatamos isso através dos desenhos, pinturas que foram feitas e da comoção que a atividade causou entre elas, em seguida, disponibilizamos um momento para o feedback das agentes, que foi bastante positivo. As atividades com as agentes comunitárias encerraram-se neste encontro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado tem implicações para o campo da psicologia inserida na comunidade. O trabalho desenvolvido no projeto de extensão permitiu o

desenvolvimento da capacidade de síntese durante a produção dos relatórios, elaboração de hipóteses sobre os fenômenos observados, sugestão de estratégias, planejamento de ações e desenvolvimento de intervenções de acordo com as demandas identificadas.

No início do projeto, identificamos relutância por parte de algumas das agentes quando determinados temas eram abordadas nas reuniões, tais como relacionamento interpessoal, família, dificuldade em dizer “não” e o limite de horário do trabalho. Mas, na medida em que as reuniões aconteciam, tais temas foram trabalhados e as agentes puderam expressar e compartilhar suas emoções e opiniões.

Através das intervenções constatamos que o vínculo entre as ACS foram fortalecidos, as atividades contribuíram para que elas pudessem desenvolver o autoconhecimento e valorizar a autoestima, além de oferecer estratégias para controlar o stress, como alimentação, exercícios físicos, lazer e etc,.

Conforme o objetivo do projeto foi possível alinhar a teoria com a prática durante cada encontro, possibilitando um olhar e uma compreensão mais ampliada sobre as questões sociais.

Através da revisão de literatura identificamos a escassez de trabalhos, na área da psicologia, sobre o cuidado com o cuidador e a valorização do profissional direcionado às agentes comunitárias, estes elementos essenciais são comumente negligenciados na prática. Por isso, se faz necessário a realização de pesquisas voltadas para esta temática, pois é de extrema importância ter um olhar voltado para os trabalhadores de saúde desde a graduação, para que assim, sejam desenvolvidas a sensibilidade e uma prática profissional humanizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde:** Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2009. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf>. Acesso em: 06 maio 2016.

L.E.N. Malagris & A.C.C. Fiorito (2006). **Avaliação do nível de *stress* de técnicos da área de saúde. Estudos de psicologia**, vol.23 nº.4 Campinas.

Lipp, M. E. N., & Malagris, L. E. N. (2001). **O stress emocional e seu tratamento. In B. Rangé (Org). Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria** (pp.475-490). Porto Alegre: Artmed.

Lipp, M. E. N., & Malagris, L. E. N. (1995). **Manejo do estresse. In B. Rangé (Ed.). Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicação e problemas** (pp. 279-92). Campinas: Psy II.

Lipp, M. E. N. (Org.). (2004). **Stress no Brasil: Pesquisas avançadas**. Campinas: Ed. Papirus.

Lipp, M. E. N. (2000). **Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

MCMILLEN, Kime; MCMILLEN, **Alison. Quando me amei de verdade**. 2011. Adaptado por Rogério Ramos. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/quando-me-amei-de-verdade/61914/#ixzz47j4xoZEN>. Acesso em: 20 maio 2016.

OLIVEIRA, Tiago. **Ferramenta de Coaching**: Roda da Vida. 2014. Disponível em: <http://coachtiago.blogspot.com.br/2014/09/ferramenta-de-coaching-roda-da-vida.html>. Acesso em: 20 maio 2016.

SANTOS, Luiz Fernando Boiteux; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. PERCEPÇÕES DO ESTRESSE NO TRABALHO PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE. **Revista Enfermagem Uerj,** Rio de Janeiro, v. 1, n. 19, p.52-57, 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a09.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2016.

TREINAMENTO DE PAIS NA COMUNIDADE: CONSTRUINDO JUNTOS UM FAZER ENTRE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA E ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Iara Carla Rodrigues Soares

Mariana Guedes de Carvalho

Nos acolhimentos realizados no Centro de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência de Vitória da Conquista (CAPSIA), observou-se um número significativo de famílias em busca de esclarecimentos e avaliação de crianças no que diz respeito a queixas comportamentais e dificuldades no relacionamento cuidador-criança. Entre outras, esta problemática foi avaliada em estudos americanos que apontam como maiores ameaças à saúde das crianças em seu país, envolvendo alta taxa de mortalidade infantil em certas comunidades: altos níveis de injúrias intencionais e não intencionais, dependência química, problemas comportamentais e de desenvolvimento, consequências de cuidado inapropriado, disfunção familiar, gravidez indesejada, entre outros. (Rushton – American Academy of Pediatrics Committee on Community Health Services, 2005 apud ALMEIDA, 2010). Fatos que também observamos em nossa realidade.

Considerando este contexto e o fato de que a relação estabelecida entre pais e filhos é fundamental para os futuros relacionamentos da criança, e observada a necessidade dos serviços de saúde identificarem situações de risco à criança na dinâmica familiar e proporcionarem apoio e educação em saúde às famílias sobre a função parental, a fim de melhorar condições de saúde e da qualidade de vida (BRASIL, 2012).

O termo parentalizar designa a influencia positiva que uma pessoa exerce sobre o sentimento que tem de ser pai e mãe (ou outro responsável que desenvolva este papel), refere-se à vivência da identidade parental e aos sentimentos de competência dos pais com relação aos cuidados que eles dispensam à criança. Demott afirma, sempre que os pais desejarem os profissionais de saúde devem lhes disponibilizar grupos de apoio que promovam a aquisição de habilidades na formação da parentalidade. (DEMOTT, 2006 apud BRASIL 2012)

Considerando:

- As equipes da atenção primária estão localizadas na comunidade onde as famílias residem e monitoram o crescimento e desenvolvimento de todas as crianças em seu território;

- A recomendação dirigida a profissionais que prestam cuidados de saúde a crianças do século XXI na atenção básica em obter dados sobre a forma da família disciplinar e as oportunidades que a criança tem para atividades lúdicas e sociais (ALMEIDA, 2010).

- As equipes da atenção primária proporcionam atividades de suporte familiar e atividades educativas e inclusivas na comunidade para as famílias e as crianças e adolescentes, P. 149 (BRASIL, 2011).

- O CAPS Infantojuvenil é um serviço que atende casos de transtorno mental severo e persistente (portaria n° 336/GM – 19/02/2002).

- O CAPS Infantojuvenil de Vitória da Conquista tem recebido número considerável de famílias necessitando de orientação quanto a promoção do desenvolvimento das crianças no que se refere a comportamento, limites e rotina.

- O objetivo em comum dos serviços de saúde: auxiliar as famílias a criar um espaço físico e subjetivo que ofereça aos seus filhos um ambiente suficientemente bom para o desenvolvimento. (BRASIL, 2011).

- O apoio matricial como “um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações” (BRASIL, 2011).

Propomos no final de 2015 este projeto de trabalho e matriciamento entre CAPS Infantojuvenil e a atenção primária, compartilhando um instrumental de trabalho - “Treinamento de Pais” - que pode ser aplicado nas Unidades Básicas de Saúde, a fim de prevenir problemas comportamentais em crianças, o desgaste dos responsáveis e tratar casos leves no território.

O principál objetivo do programa (Disciplina não-coersiva: Treinamento de pais) criado pelo laboratório de Neuropsicologia do desenvolvimento e Psicologiada Família da UFMG é,

“Fazer com que os pais desenvolvam uma atitude mais positiva em relação à criança, contribuindo para desanuviar o ambiente familiar. Através de técnicas como o recreio especial, atenção seletiva aos comportamentos obedientes e treinamento da obediência e economia de fichas, os pais são ensinados a trabalhar a motivação da criança e a organizar rotina. Com isto, as atenções paterna e materna acabam adquirindo um valor muito maior como reforçador” (HAASE, 2000).

Pensando nisto, os grupos educativos foram constituídos, ocorreu semanalmente (as quartas-feiras das 8h às 10 - 11h) com temáticas pré-determinadas e com o máximo de 10 participantes. Consistiu em cerca de 7 sessões, mais uma reunião inicial de discussão de caso, em que os pais receberam explicações sobre as causas do mau comportamento em crianças, orientações em métodos disciplinares não-coercivos.

O público-alvo foram pais/ responsáveis de crianças de 4 a 12 anos que apresentam comportamentos desadaptativos (dificuldades de comportamento: birras, intolerância a frustração e aos limites apresentados, por exemplo) e cujos pais necessitem de orientação para o manejo. Contamos também com a participação fundamental dos grupos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Este grupo teve como principal objetivo “capacitar os pais na promoção de um desenvolvimento mais adaptativo das crianças com dificuldades de comportamento” (PINHEIRO, et al).

As principais contra indicações são presença de alterações muito graves na estrutura familiar, na presença de desagregação familiar, grande vulnerabilidade social ou de patologias psiquiátricas mais severas na família, tais como alcoolismo, drogadição, psicoses e etc. A técnica exige uma análise cuidadosa do potencial real da família, uma vez que existe o risco de aumentar o desajuste e o sofrimento. Como já referido, alguns autores consideram, inclusive, que a presença de **patologia**

psiquiátrica grave em um dos pais ou de um grau elevado de disfunção na estrutura familiar são contra-indicações formais para a utilização deste tipo de abordagem Barkley (1997b) apud Haase (2000).

Os temas abordados foram:

1. Identificando fatores que interferem no comportamento das crianças
2. Preste atenção no seu filho
3. Aprendendo a dar ordens e ensinando seu filho a brincar sozinho
4. Aprendendo a lidar com regras e limites através da construção da rotina
5. Aplicando suspensão
6. Antecipando problemas: lidando com crianças em lugares públicos
7. Melhorando o comportamento na escola.

Objetivos

- ✓ Compartilhar a metodologia do “Treinamento de Pais” a fim de matriciar e fornecer esta ferramenta para ações de prevenção e promoção de saúde na atenção primária.
- ✓ Orientar e apresentar estratégias no manejo diário dos comportamentos desadaptativos das crianças;
- ✓ Promover reflexão sobre situações diárias envolvidas às queixas apresentadas;
- ✓ Esclarecer sobre a co-responsabilização dos pais/ responsáveis na mudança de comportamento da criança.
- ✓ Promover o desenvolvimento adaptativo de seus filhos com dificuldades de comportamento.

- ✓ Fortalecer relação cuidador/criança.

As experiências nas unidades

Os trabalhos deram início após reunião com coordenação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e os ntegrantes dos NASF's para avaliar a viabilidade da execução do projeto e definição das equipes que iniciariam.

Três equipes NASF se prontificaram (Morada dos Pássaros, Jardim Valéria e Limeira). Foi apresentado cronograma de datas para estas unidades, com consulta à diretoria da atenção especializada, que no momento respondia pela gerencia do CAPS IA. Porém devido dificlcudades com a redução da equipe do CAPS IA após saída de profissionais foi vetada a realização do grupo na zona rural, Limeira. Foi proposto pela gerência do CAPS IA, em comunicação com gerencia do NASF, que psicólogo do NASF Limeira participasse da ação na UBS Jd Valéria.

A proposta foi matriciar os casos/ desta demanda na atenção básica e trocar esta ferramenta de trabalho, assim foi apresentada a participação dos ACS e profissionais do NASF em todos os encontros como condição para acontecimento dos mesmos, de modo que a equipe consiga, futuramente, realizar o trabalho autonomamente em seu território.

O grupo aconteceu perdurando sete semanas, com temas semanais e discussões sobre a intervenção após cada encontro.

Experiência na Unidade Morada dos Pássaros:

Foi realizado reunião de apresentação e discussão de caso com equipe de saúde da família (ESF) e NASF no dia 24 de fevereiro de 2016. Na ocasião discutimos os casos identificados pelas ACS's de acordo com reunião realizada anteriormente, identificamos conjuntamente necessidades das famílias e se havia indicação para participar deste momento desta intervenção e profissionais da unidade deram outros encaminhamentos internos aos casos. Assim foram definidos 10 casos.

Determinadas às famílias e datas, foram elaborados convites a serem entregues pelos ACS, esclarecendo o objetivo do grupo. Esta foi uma estratégia apontada como necessária para favorecer a adesão das famílias à proposta, visto que a equipe percebe baixa adesão às atividades grupais na unidade. Esta dificuldade de adesão é associada pela equipe à característica territorial de maior poder aquisitivo, fato identificado como barreira para adesão aos atendimentos na proposta atual da Estratégia Saúde da Família, que é diferente da proposta ambulatorial de atendimentos individuais.

Após cada encontro a equipe ESF e NASF foram muito participantes da discussão a cerca dos casos e manejo do grupo, características especificas do território e do CAPS IA.

Durante o grupo a participação das famílias foi inconstante, com justificativas que não tinha com quem deixar as crianças ou atividades domésticas a fazer. Mesmo diante das dificuldades expostas o grupo ocorreu e com boa participação da equipe, com reflexões práticas que remeteram as suas experiências. O que possibilitou revisão de conceitos, fortalecimento da empatia com os usuários atendidos e aquisição desta nova ferramenta de trabalho.

"[...] temas pertinentes e importantes conhecimentos e ensinamentos que podemos não apenas ser multiplicadores, mas praticantes em nossa rotina [...]" (NASF)

"[...] Ensinou-me a aceitar meus erros, que muitas das vezes peco pela autoridade de mãe." (ACS)

Percebemos grande envolvimento da equipe na proposta com vista em dar continuidade a este tipo de atenção às famílias, inclusive com sugestões de adaptação à realidade da população e do serviço:

"Os temas abordados e as discussões foram excelentes. A interação das pessoas presentes nos encontros também foi muito boa. [...] Acredito que os encontros podiam ter um número menor, porque talvez resolveríamos o problema de adesão das pessoas no grupo" (NASF)

Houve a dificuldade da liberação dos ACS para participação dos encontros, devido campanha contra a proliferação do Aedes Aegypti, o que seria necessário para a apreensão da proposta visto que os temas são interligados e graduais. A participação deles é fundamental, para que com este conhecimento possam fazer orientações pontuais nos lares e apresentarem com propriedade as propostas destes grupos que acontecem na unidade.

"O formato dos encontros foram de grande valia para nós como profissionais e pais, deixo a crítica em relação à fragmentação, pois não podemos estar em todos os encontros [...]" (ACS)

A maneira como manejamos, em ambas as unidades, foi pautada no respeito e no diálogo contínuo, sem julgamentos, visando sempre reflexão da própria prática e de juntos construir um fazer. Como processo grupal foi realizado trabalho de favorecimento a coesão grupal, empatia e construção do conhecimento em conjunto. Foi dado atenção especial ao sigilo das experiências compartilhadas. Pontos que apareceram na avaliação da equipe.

"Apesar de só ter participado de dois encontros, foi muito bom, gostei da forma de condução e mediação dos mediadores. A participação foi boa, as histórias, as lembranças, a troca, a confiança." (ACS)

Nesta unidade houve participação regular de todos os profissionais do NASF e da enfermeira e ACS's. Houve também aproximação de técnicos de enfermagem, dentista e segurança da unidade. O que reflete o envolvimento de toda unidade na atenção integral às famílias.

Na UBS Morada dos Pássaros, apesar da frequência irregular dos usuários, foi alcançado o principal objetivo da ação partilhar com toda a equipe NASF e ESF esta ferramenta de trabalho e matriciar quanto a atenção a aspectos de promoção, prevenção de agravos e intervenção a fatores da saúde mental infantil e de seus cuidadores, consequentemente. Nosso objetivo principal foi capacitar e fortalecer a equipe para o seguimento no trabalho.

Experiência na Unidade Jardim Valéria:

O grupo na UBS Jardim Valéria teve início dentro do mesmo processo do primeiro, com reunião para apresentação dos casos com participação da ESF e NASF. Os casos foram identificados pelas ACS, apresentados e discutidos como na unidade anterior.

Devido a indisponibilidade de espaço dentro da UBS, o grupo foi realizado no CRAS (Centro de Referência em Assistência Social) Jd Valéria. O CRAS inteirou-se da proposta e também indicou casos que acompanha e que são do território da UBS. Como também foi possível encaminhar e orientar algumas famílias para acompanhamento e participação em outras atividades propostas por esta instituição da assistência social, o que favoreceu a interlocução entre os serviços. Gerente do CRAS permanecerá em contato com NASF para continuidade de propostas conjuntas, inclusive com esta demanda.

Neste território há maior número de famílias socialmente vulneráveis, importante presença de fatores de violência e grande densidade populacional.

Este grupo foi marcado pela participação ativa dos usuários do serviço, sendo composto em sua maioria por mães e avós. Nesta experiência os resultados foram predominantes em relação a intervenção direta às famílias.

Em seus discursos o medo da violência e que as crianças sejam atraídas pelo tráfico foi recorrente, também das estratégias para lidar com isso, como deixar as crianças “presas” em casa, nada de brincadeiras na rua.

Outro ponto importante foi a falta de apoio de outros familiares na criação das crianças, muitas se percebem sobrecarregadas, sem tempo para cuidar de si mesmas. Foi posto pelas participantes sobre o chamado “machismo”, o que compete às mulheres e aos homens no contexto de educação dos filhos e tarefas domésticas. Observamos que as mulheres trazem em sua história que este é papel apenas das mulheres e sentem-se como únicas responsáveis quando algo não vai bem, em alguns casos, os pais são ausentes e quando tentam imprimir regras/limites é por via da punição física. Estas também utilizavam a punição física, consideramos que esta foi maneira que vivenciaram enquanto crianças.

Compartilhamos outras alternativas com vistas a valorização do bons comportamentos e habilidades das crianças buscando a todo tempo fortalecer vínculos. Podemos concluir que isto aconteceu à medida que nos encontros elas traziam sobre suas experimentações e a repercussão positiva na relação com suas crianças e a consequente diminuição das chamadas “surras”.

Na UBS Jardim Valéria houve importante engajamento da profissional Psicóloga nas ações, com participações pontuais de outros profissionais do NASF e visita de agentes comunitárias em um encontro. Sugerimos em próximas ações prosseguir com o estímulo para a participação de todos os profissionais da ESF e NASF nas ações dirigidas ao cuidado integral a família e à saúde mental.

Considerações finais

Ambas unidades pensam em prosseguir com esta ação, compartilhamos o referencial teórico e os materiais usados e nos colocamos a disposição das equipes caso haja necessidade.

Nas unidades tivemos resultados diferentes que foram influenciados por características institucionais dos serviços envolvidos e do território. Cabendo cada unidade avaliar a sua realidade e recursos.

Ao avaliarmos o trabalho executado pudemos levantar algumas sugestões para ações futuras. Uma delas é garantir que haja atividades para crianças em paralelo ao grupo, de modo que as famílias possam participar e as crianças também estarem em observação e porque não intervenção. Disponibilidade do grupo em turnos diferentes, pois houve desistência devida incompatibilidade de horário. Houve dificuldades no transporte e na disponibilidade de agenda das técnicas do CAPS IA, sugerimos aos gestores estímulo as ações conjuntas entre os serviços da rede.

O fato das equipes estarem no território é um facilitador para atenção às famílias, por conhecer muito bem o território e a realidade das famílias. Um serviço essencial para a saúde pública.

Finalizamos com uma das experiências, esta foi relata por uma mãe que referiu, após participação no grupo, ter mais paciência com o filho. Estava desanimada, mas ao pôr em prática algumas orientações, recreio especial por exemplo, percebeu

melhora na relação com o filho e em alguns comportamentos indesejáveis. Além das falas dos familiares, foi positivo receber a avaliação dos técnicos quanto a pertinência da atividade/ temas assim como se declararam mais seguros para atuar nestes casos.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, Paulo Vicente Bonilha. **Atenção Primária à Criança e ao Adolescente do Século XXI: análise de situação e perspectivas.** In: Campos GWS; & Guerrero AVP, organizadores. 2a Ed. Manual de Práticas da Atenção Básica. Saúde Ampliada e Compartilhada. São Paulo: Editora Hucitec; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento.** Caderno n°33. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

FREITAS, P. M.; et al. **Efeitos de um Programa de Intervenção Cognitivo-Comportamentalpara Mães de Crianças com Paralisia Cerebral.** Revista Interamericana de Psicología, Vol. 42, Num. 3, pp. 580-588, 2008.

HAASE, V. G., et all. Disciplina não coerciva - Treinamento de Pais. Psicopatologia do desenvolvimento – relatórios técnicos. FAFICH/UFMG. Belo Horizonte,p.72-135, jul/dez 2000. Disponível em <http://www.swbrasil.org.br/uploads/download/6b2d8da363b258601be2233db145cd185ccf61ad.pdf> Acesso 03/07/2016.

Pinheiro, M. I. S., Haase, V. G., Amarante, C. L. D., Prette, A. D., &DelPrette, Z. A. P. D. (2006). **Treinamento de habilidades sociais e educativas para pais de crianças com problemas de comportamento**. Psicologia: Reflexão e Crítica, 19, 407-414.

UM OLHAR PARA A SAÚDE DO PAI TRABALHADOR E SUA INTERFACE NA RELAÇÃO COM FILHOS PEQUENOS

Sara Maria Cunha Bitencourt Santos
Lúcia Vaz de Campos Moreira

A presente pesquisa é oriunda da dissertação de mestrado da primeira autora, sob orientação da segunda, a qual esteve amparada no tripé estresse, envolvimento paterno e trabalho, diante das mudanças contemporâneas que chegam ao interior das famílias. Nesse sentido, segundo Oliveira, Cavazotte e Paciello (2013), o modelo tradicional de família cedeu espaço a uma ampla diversidade de configurações familiares, com predomínio daquelas nas quais homem e mulher têm dupla fonte de renda, monoparentais chefiadas por mulheres, dentre outras.

A mudança da estrutura familiar, associada ao massivo ingresso da mulher no mercado de trabalho, implicou em uma reorganização de papéis dentro da família. O modelo vigente durante a maior parte do século XX, no qual o homem era o encarregado de prover o sustento da família enquanto à mulher cabia responsabilizar-se pelo cuidado dos filhos e da casa, já não tinha mais lugar. Logo, a partir da busca feminina pela conquista do espaço público, os papéis desempenhados pelo casal no interior da família precisaram ser revistos (Cerveny; Chaves, 2010).

Nesse contexto emerge o construto de *envolvimento paterno*, por meio do qual percebe-se um movimento de reavaliação da identidade social do homem pai, viabilizando que elementos da masculinidade clássica sejam mesclados a um comportamento mais participativo e engajado. Assim, têm destaque pesquisas diversas que constataram o quanto o pai contemporâneo vem se mostrando mais engajado, disponível, cuidadoso e afetivo, sendo comparativamente considerado, portanto, como mais envolvido na vida do filho (Lamb, 1992, 2010; Souza & Benetti, 2009; Bastos *et al.*,2013).

Apesar desta constatação, ainda são escassos os estudos sobre o envolvimento paterno no contexto brasileiro, principalmente quando são considerados os primeiros anos da infância (Silva & Piccininni, 2007). Esses anos iniciais da criança, tidos como um período pré-escolar, e que são tão fundamentais para o desenvolvimento infantil, também conclamam para um intenso envolvimento e participação dos pais, necessários para a promoção de saúde na infância e fases

seguintes (Rocha *et al.*, 2011). Nesse aporte, faz-se mister destacar os dados apontados pela literatura no que concerne ao prejuízo da saúde de trabalhadores diante de uma busca incessante, e não frequentemente sêm êxito, para conciliarem duas esferas que atuam enquanto pilares sociais – família e trabalho.

À título de exemplo, em Programa Institucional Interdisciplinar que buscava oferecer suporte àqueles que apresentavam acentuados quadros de estresse, impactos na saúde e altas taxas de absenteísmo, foram evidenciados relatos laborais permeados de tensões provocadas pelas inúmeras fontes de estresse às quais os trabalhadores estavam expostos no cotidiano e os seus desdobramentos no que tocava à conciliação das demandas sobrepostas pela família e trabalho (Camarotti; Bitencourt & Coslop, 2010). Segundo Barham e Vanalli (2002)

Demandas simultâneas no âmbito familiar e no trabalho, e a sobrecarga de responsabilidades (quando as do trabalho estão somadas às familiares) podem gerar conflitos, sendo que esses conflitos implicam em uma variedade de custos pessoais e profissionais. Nesse sentido, torna-se necessário usar estratégias que melhorem o equilíbrio entre as demandas familiares e de trabalho. (p. 53)

Conforme Barham e Vanalli (2012), as demandas simultâneas do trabalho e da família acarretam em conflitos com elevados custos pessoais e profissionais, suscitando a relevância em lançar mão de estratégias que promovam o equilíbrio dessas duas esferas. Estudo recente realizado com 95 magistrados evidenciou que dentre os que apresentaram quadros de estresse, 46% obtiveram licença médica para tratamento de saúde nos anos anterior e corrente à coleta de dados, e os casados mostraram 2,2 vezes mais chances de sofrer estresse do que os solteiros, dentre os quais 37% tinham filhos (Lima; Bitencourt, 2013).

A partir desse contexto e considerando que muitos dos pais que apresentam quadros de estresse e comprometimento na saúde emocional têm filhos pequenos que demandam deles atenção, tempo e cuidado, surgiu um problema a ser investigado: o estresse do pai influencia o envolvimento paterno? Partindo de uma revisão da literatura com o objetivo de verificar o estado da arte em relação ao estresse do pai e suas possíveis relações com o envolvimento paterno, a partir dos descritores “estresse ou *stress*” e “envolvimento paterno ou *father involvement*” nas seguintes bases de dados - Portal de Periódicos Capes (Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior), Scientific Eletronic Library Online

(Scielo), Periódico Eletrônico de Psicologia (Pepsic) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) no período de 2009 a 2014, não foram encontrados artigos que se propusessem a relacionar as duas categorias em questão.

A partir de nova busca com utilização dos descritores em separado, foram identificados 813 artigos, dentre os quais 367 focavam na temática do estresse e 446 no envolvimento paterno e destes, apenas 111 tinham o pai como centro ou elemento importante para a pesquisa, o que equivale a aproximadamente 13,7%. Portanto, foi evidenciada uma lacuna de pesquisa no que toca à qualidade do envolvimento paterno frente ao estresse do pai. Ao mesmo tempo em que havia essa escassez de estudos, fez-se essencial lembrar do quanto o estado emocional do pai também poderia vir a afetar diretamente o envolvimento paterno e a qualidade das relações familiares (Souza & Benetti, 2009).

Logo, o estresse entraria exatamente nessa perspectiva, podendo influenciar tal estado emocional. Entre os principais argumentos que evidenciaram a relevância desta pesquisa, cabe destacar que o estresse atinge, na contemporaneidade, 90% da população mundial com consequências sérias aos envolvidos, o que justifica uma preocupação por parte da Organização Mundial de Saúde (José, 2012; Vieira; Alves & Junior, 2012) e dos pesquisadores. Por outro lado, foi constatada a relevância do envolvimento paterno, em especial nos primeiros anos de vida da criança. Segundo Passos (2011) “Um grande desafio das pesquisas atuais sobre família é compreender as repercussões das suas novas configurações na constituição psíquica e nos processos de subjetivação de seus filhos” (p. 1013). Tendo em vista a consequente escassez de pesquisas brasileiras que dessem conta de tal fenômeno emergente, a presente pesquisa pretendeu contribuir com avanços científicos na área da saúde e sua interface trabalho-paternidade.

Diante do exposto, o presente estudo buscou investigar possíveis relações entre estresse e envolvimento paterno de servidores públicos com filho(s) pequeno(s), no contexto de uma organização pública localizada em Salvador (Bahia). Para atingir tal objetivo, foi escolhida uma abordagem multimetodológica, com estratégias quantitativas e qualitativas (Gil, 2002). Participaram do estudo 30 homens que eram servidores efetivos de um Órgão público, em Salvador, e pais de pelo menos um(a) filho(a) com idade entre zero e seis anos incompletos. Eles também possuíam nível

superior de escolaridade e ocupavam cargo de especialidade compatível à sua formação.

Após aprovação do estudo no Comitê de Ética em Pesquisa da UCSal, os funcionários foram convidados, por e-mail institucional do Órgão em que atuavam, a participar da investigação. Os que aceitaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, preencheram os instrumentos "Formulário para levantamento de dados sociodemográficos" e o "Questionário de fontes de estresse presentes no cotidiano" (ambos construídos pela pesquisadora). Além disso, também responderam o "Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp" - ISSL (Lipp, 2005).

Dentre os respondentes, foram escolhidos aleatoriamente cinco com estresse e outros cinco sem estresse (conforme diagnosticado por meio do ISSL), e eles participaram de entrevista na qual foi utilizado o roteiro "Conciliação entre envolvimento paterno, família e trabalho", também elaborado pela pesquisadora. Houve análise estatística para os dados quantitativos e análise de conteúdo das respostas das questões abertas.

Cabe mencionar que a pesquisadora viabilizou retorno dos resultados levantados no presente estudo, tanto para os participantes quanto para o Órgão público em questão. Aos participantes que referiram interesse, foi dada devolutiva individual via e-mail e/ou presencialmente, nos casos daqueles que apresentaram fases de estresse mais avançadas. A estes últimos também foi possível oferecer suporte pontual com encaminhamentos de saúde que se fizessem necessários. Também foi possível dar um retorno para o Órgão em questão, por meio, inclusive, da oferta de um exemplar da dissertação eletrônico e impresso, principalmente para os setores responsáveis pela gestão de pessoas e pela saúde ocupacional do corpo funcional em questão, seguido de disponibilidade da pesquisadora para esclarecimento de dúvidas e/ou implementação de ações que viessem a contribuir com o presente panorama.

Antes de indicar os principais resultados levantados no presente estudo, faz-se de suma importância apresentar um breve panorama dos dados sociodemográficos dos participantes. Assim, os 30 pais respondentes ingressaram no Órgão público pesquisado no período de 1992 a 2014, apresentando uma média de 7,5 anos de trabalho. No que concerne à área de atuação e a carga horária de trabalho semanal, dois terços (63,4%) dos servidores atuavam no campo Judiciário, um terço (33,3%)

na área de Tecnologia da Informação e apenas 3,3% na Administrativa. No que se refere à carga horária de trabalho semanal, um pouco mais da metade dos participantes (56,7%) dedicavam entre 35 e 45 horas no trabalho, 36,7% tinham uma jornada inferior a 35 horas e apenas 6,7% ocupavam mais de 45 horas nas suas atividades laborais, sendo que nesta última condição encontravam-se apenas os servidores da área Judiciária. A remuneração mensal líquida dos mesmos variou de R$ 5.550,00 a R$ 13.000,00, sendo o valor médio de R$ 8.972,93. Vale salientar que três participantes não informaram sua renda.

Quanto aos principais resultados encontrados na presente pesquisa, pouco mais da metade dos participantes (54,0%) informou que o seu cotidiano estava permeado de muitas fontes estressoras, distribuídas nas diversas áreas do cotidiano – família, trabalho, saúde e sociedade contemporânea. Na percepção dos mesmos, as que mais interferiam negativamente no envolvimento deles com os seus filhos pequenos, foram: (a) família: “ter passado recentemente por separação/divórcio” e “dedicar pouco tempo para a família”; (b) sociedade contemporânea: “mudar de cidade” e “considerar que a sua presença com os filhos pode em parte ser substituída por produtos de consumo (presentes)”; (c) saúde: “enfrentar problemas de sono” e “adotar hábitos de vida prejudiciais à saúde (ex: fumo e sedentarismo)”; (d) trabalho: “considerar a sua carga horária de trabalho semanal excessiva”. Foi detectada a presença de quadro clínico de estresse em 53,3% dos participantes, entre os quais 50,0% encontrava-se na fase de Resistência e 3,3% na fase de Quase-exaustão.

Em relação à predominância de sintomas, um pouco mais da metade dos respondentes (56,0%) apresentaram sintomas físicos e psicológicos, tendo destaque para tensão muscular, insônia, vontade súbita de iniciar novos projetos, irritabilidade excessiva e sensibilidade emotiva excessiva. Ao se comparar o envolvimento paterno de pais com estresse e sem estresse, percebeu-se que ambos os grupos referiram um alto envolvimento, em termos de interação, acessibilidade e responsabilidade. Entretanto, foram encontradas entre eles diferenças de percepção sobre os impactos dos fatores estressantes, pois enquanto o grupo de pais com estresse destacou os impactos negativos do estresse na saúde e no envolvimento com os filhos, os pais sem estresse relataram uma percepção mais positiva da vida e uma maior facilidade na conciliação de demandas profissionais e familiares.

Os dados confirmam os encontrados na literatura, haja vista que segundo Oliveira (2007), estudo junto a 220 magistrados e servidores públicos elucidou que 66% dos participantes identificaram a presença de muitas fontes de estresse no cotidiano, e apenas 18% informaram se deparar com poucas delas. Brito e Rodrigues (2011) concordam ser inegável o crescimento de estressores na sociedade contemporânea, os quais acabam gerando um intenso desgaste no indivíduo, tanto físico como mental, refletindo em tensão e ansiedade. Ainda segundo Brito e Rodrigues (2011), as principais fontes de estresse na vida pós-moderna são: urgência contínua; imediatismo; busca pelo prazer instantâneo e intenso; consumo como estratégia para obter o reconhecimento social e bem-estar; assaltos; medo do outro; tecnologia avançada; aumento de conflitos e reorganização familiar; casamento de duas casas; globalização; excesso de competição e metas cada vez mais desafiadoras no âmbito profissional; pouco ou nenhum controle sobre as atividades realizadas; aceleração do tempo; diminuição das distâncias e sentimento de competitividade.

Esse crescimento veloz de fontes estressoras acaba por trazer desafios aos pais contemporâneos no que diz respeito ao equilíbrio entre o trabalho e as responsabilidades familiares, sem que a saúde seja prejudicada (Zanelli *et al.*, 2010). Preocupada com essa questão, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), por meio de escritórios situados no Brasil e em Portugal, lançou uma série de notas[11] com o intuito de fornecer conceitos, informações e fomentar boas práticas que tivessem como foco facilitar a conciliação entre o trabalho e a família, eixos fundamentais para a saúde mental.

Assim, fica evidenciada a necessidade de outros estudos que aprofundem aspectos relacionados a estresse, trabalho e envolvimento paterno de modo a contribuir com a saúde dos pais que almejam a necessária conciliação entre o trabalho e o envolvimento com a família e os filhos, principalmente se estes forem pequenos, tendo em vista, inclusive, as peculiaridades e grandes demandas que essa fase acarreta. O espaço também está aberto para a realização de pesquisas que

11 Disponível em <http://www.oitbrasil.org.br> Acesso em: 04 ago. 2016.

visualizem verificar como se dá o envolvimento paterno em diferentes fases do desenvolvimento infantil, uma vez que conforme Fagan e outros (2009), ainda há pouca discussão acerca das transições que o pai enfrenta dentro da paternidade. Por fim, também é de suma importância comparar o envolvimento tanto do pai quanto da mãe com seus filhos, tendo em vista os desafios contemporâneos postos a ambos. Pesquisas que olhem para essas temáticas estarão contribuindo substancialmente para a saúde dos trabalhadores, familiares, organizações e sociedade em geral.

Referências

Bastos, A. C. S.et al. M. (2013). Fathering in Brazil: a diverse and unknown reality. In: Shawalb, D. W.; Shawalb, B. J.; Lamb, M. (Eds). *Fathers in cultural contexto*. New York: Routedge, 228-249 [tradução Ana Cecília Bastos], p. 1-16.

Brito, S. C., & Rodrigues, E. P. (2011). O Estresse e a ansiedade na sociedade do século XXI: um olhar cognitivo-comportamental. *Revista FSA,* Teresina, n. 08.

Cerveny, C. M. O., & Chaves, U. H. (2010). Pai? Quem é este? A vivência da paternidade no novo milênio. In: Moreira, L. V. C; Petrini, J. C.; Barbosa, F. B. (Orgs). *O pai na sociedade contemporânea*. Bauru, SP: EDUSC.

Fagan et al. (2009). Pathways to paternal engagement: Longitudinal effects of risk and resilience on non-resident fathers. *Developmental Psychology*, 45, 1389–1405.

Gil, A. C. (2010). Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas.

José, F.E.M. (2012). Estresse e desempenho em concursos públicos. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS.

Lamb, M. (1992). O Papel do Pai em Mudança. *Análise Psicológica*, 1(X): 19-34.

Lamb, M. E. (2010). How do fathers influence chidren's development? Let me count the ways. In: Lamb, M. E. (Ed). The role of the father in child development. 5th ed. New York: John Wiley e Sons, p. 1-26. Tradução de: Elvira Mejia Herrjón. Revisão de: Lúcia Vaz de Campos Moreira.

Lipp, M. E. N. (2005). Inventário de Sintomas de Stress para Adultos. Ed. Casa Psicólogo.

Oliveira, J. B. (2007). Resiliência e Controle do Stress em Juízes e Servidores Públicos. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Oliveira, L. B., Cavazotte, F. S. C. N., & Paciello, R. R. (2013). Antecedentes e consequências dos conflitos entre trabalho e fami lia. *Revista de Administração Contemporânea, 17*(4)2, 418-437.

Passos, M. C. (2011). Família, laços e sofrimento psíquico. Revista Mal-estar e Subjetividade - Fortaleza - Vol. XI - Nº 3 - p. 1013 -1031.

Rocha, L. P. et al. (2011). Influência recíproca entre atividade profissional e vida familiar: percepção de pais/mães. *Acta Paul Enferm*, 2011, 24(3), p. 373-80.

Silva, M. R.; Piccininni, C. A. (2007). Sentimentos sobre a paternidade e o envolvimento paterno: um estudo qualitativo. *Estudos de Psicologia*, Campinas, 24(4), p. 561-573, outubro-dezembro.

Souza, C. L. C.; Benetti, S. P. (2007). Paternidade contemporânea: levantamento da produção acadêmica no período de 2000 a 2007. *Paideia*, jan-abr. 2009, vol. 19, n. 42, 97-106.

Vieira, S. S. C.; Alves, F. J. S.; Junior, F. S. (2012). Análise do nível de estresse do profissional de contabilidade. *Revista Contemporânea de Contabilidade*, UFSC, Florianópolis, v. 9, n. 18, p. 103-118, jul./dez.

Zanelli, J. C et al. (2010). *Estresse nas Organizações de Trabalho:* compreensão e intervenção baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed.

4.8. Psicologia e Saúde Mental

A PRODUÇÃO DO SER NO DESENROLAR DO ACOMPANHAMENTO TERAPEUTICO

Beatriz Vieira Silva
Paula Cardoso Teles
Monique Araújo Medeiros Brito

O arcabouço teórico que sustenta a clínica do AT encontra-se em fase de franca expansão. Há muitas definições e perspectivas de compreensão do AT. Aqui se elege o pensamento de Guattari (1990) para conceituar a prática do AT e nortear essa investigação, comentado por Dimenstein e cols. (2007) e por Araújo (2006): O AT é uma prática que se dá em agenciamentos que vão da subjetividade humana aos espaços sociais, dos espaços sociais ao meio ambiente, do meio ambiente à subjetividade. Tudo isso com a força da instantaneidade. Não é uma clínica unicamente do indivíduo problemático/doente/necessitado, mas uma vivificação da subjetividade na cena/cenário público e da própria cena/cenário público, se dando em um registro ecosófico (Araújo, 2006: 31).O acompanhamento terapêutico é, pois, uma estratégia fundamental no processo da Reforma Psiquiátrica e de inserção de pessoas com sofrimento psíquico na vida extramanicomial. É uma modalidade de atenção que utiliza o espaço público e a cidade como espaço onde processa sua ação na medida em que visa à circulação do usuário na cotidianidade, investindo em estratégias de enlace social. Bezerra(2009) diz que não é uma prática restrita a um grupo específico de técnicos, podendo ser exercida por diferentes pessoas que, após treinamento adequado - conhecimento do processo da Reforma Psiquiátrica, seus conceitos chaves, como desinstitucionalização, equidade, integralidade, acolhimento, vínculo e responsabilização; aproximação com a prática do AT, situando-a historicamente e contextualizando seu surgimento; aprofundamento em relação à condução clínica do AT sob diferentes aspectos, a partir de temas como transferência e direção do tratamento; enfim, uma preparação para fornecer ao paciente uma possibilidade de escuta -, podem exercer a função de acompanhantes terapêuticos. O dispositivo do AT insere-se para além do espaço estrito dos estabelecimentos de saúde, realizando uma "clínica sem muros", na qual o *setting* terapêutico se configura a cada incursão no espaço urbano. Dimenstein (2009) O trabalho do AT se situa num contexto contemporâneo de produção de subjetividade que segrega todo modo de subjetivação

diferente do padrão, do considerado "normal" - portanto, o do portador de transtorno mental, resultando no enfraquecimento de sua potência criadora de novos modos de existir. A ética deve, então, embasar o acompanhamento terapêutico, impedindo o enquadramento à hegemonia de qualquer modelo teórico e prático, comprometendo-se em encontrar vias criadoras para cada sujeito que constituirá seu novo e singular mundo. A prática que é alvo de discussão neste trabalho, o Acompanhamento Terapêutico, insere na atenção à saúde mental em concordância com a proposta da Reforma Psiquiátrica de promover a reinserção social do paciente portador de transtorno mental, o qual, antes de possuir qualquer diagnóstico, é um sujeito com nome, desejo, história e direito de exercício de cidadania. Na história da saúde mental, esses sujeitos têm sido marginalizados e excluídos do convívio na sociedade por apresentarem um diferente modo de ser/estar no mundo, que é rejeitado e desconsiderado, posto que vai de encontro às formas de existir padronizadas e concebidas pela maioria da população como normais. (falta autor) O acompanhamento terapêutico é uma forma de criar possibilidades reais de vida para os portadores de transtornos mentais, apostando no seu potencial criativo de se colocar no mundo. Busca reinserir o usuário na sociedade resguardando sua presença no meio social e familiar, configurando-se como uma prática cujo espaço clínico está nas ruas, tanto nas adjacências dos serviços de saúde quanto nos diferentes espaços sociais por onde o sujeito circular, ou seja, não apenas restrito à instituição. A prática que relatada faz parte do currículo disciplinar do curso de Psicologia na Faculdade de Tecnologia e Ciências de Vitória da Conquista. Onde este paciente estava sendo atendido por outras duas estagiárias a cerca de um ano. É importante resaltar que mesmo em modalidade de estágio, o acompanhado em questão não é deixado de ser assistido. Pois há um cuidado de não deixa-lo sem visitas periódicas. Tornando o AT atemporal. Na oportunidade da primeira visita o que ocorreu foi a apresentação do caso a nós. Foram até a residência juntamente conosco, as estagiarias que passaram este caso. Ao chegar, falamos de forma breve com a mãe do acompanhado, e logo em seguida iniciamos uma conversa com o próprio. Informando- o que a partir daquele momento, seríamos nós que iríamos o acompanhar. Ele, que aqui chamaremos de A, não demonstrou nenhuma reprovação, pelo contrário, percebemo-lo muito falante nessa ocasião. Com o assunto, alimentação, A. mostra sua insatisfação quanto ao seu peso, nos informando que a ritmo alimentar está errado, pois não alimenta-se

bem, mas sente muita fome. Ele também nos informou sobre os horários que estavam ingerindo os medicamentos, sendo errados quanto a orientação do medico psiquiátrica. Por consequência dessa má administração, A. sente muito sono ao longo dia. Sugerimos a troca dos horários e uma tentativa de alimentar-se nos horários corretos. A. nos fala sobre os cigarros e a ansiedade que o mesmo traz. E realça a importância dessa droga na sua vida. Percebe também que os medicamentos são importantes e diz ‘ sentir medo de parar de tomar’ pois o remédio o ajudou bastante ‘ contra as crises’. Assim, A. fala sobre o medo das pessoas, pois sente que elas a seguem. E por isso não vai a rua, pois as pessoas vão o seguir ou ele irá perder a consciência. Percebemos neste primeiro encontro, A. muito expressivo e logorreico, não intimando-se por nós estarmos ali pela primeira vez. Fato este, que nos deixou alegre e muito confiante. Pois A. demonstrou empatia e consequentemente nosso trabalho com ele começou de uma forma muito afetiva. Apesar de no primeiro encontro já ter tido essa experiência de troca, no segundo encontro, A. quase não mudou o discurso comparado ao primeiro. Ele fala sobre as vozes e que as vezes ‘as crises vem’. Fala novamente sobre a solidão, a tristeza e o vazio. Sentindo falta das ‘ vozes’ e das ‘pessoas’. Mostra indignação do mundo a todo momento, dizendo que ‘este mundo não é para mim’ , ‘me sinto diferente das pessoas’. Complementando que os remédios o fazem bem. Neste segundo encontro, a mãe que será chamada de AL, tem a mesma reação do primeiro: Não diz nada. Apenas observa nossa conversa com A. As vezes, eles trocam olhares, como forma de autoconfirmação e afeto. Apesar de não expressar em palavras, percebemos que existe uma cumplicidade entre mãe e filho. No terceiro encontro: A. Diz sentir muita angustia e “pressão”, nos relatou que nessa semana teve 3 dias de crise em casa. E que as vozes sempre vinham, até mesmo com a televisão da casa diz se sentir ameaçado e se sente incomodado com o fato de imaginar que ela também pode vir o “agredir”. Deixei-o falar, e falava muito da sua solidão, tristeza, que sonhava muito com cemitério e morte e diz que não sentia medo disso, pelo contrário, gostava desses tipos de sonhos. Diz que ao acordar sente muito medo e fica a refletir sobre isso, mas diz que isso o satisfaz de alguma forma. Hoje mais cedo relata que foi a porta de casa e ficou a observar o céu, e a falar para si mesmo que esse mundo não servia para ele. Nos relatou também que ao ir dormir, se as “ pessoas” não puxarem papo com ele, ele mesmo as procura para conversar sozinho em seu quarto. Diz que sente muita vontade de poder controlar o pensamento

dele, para conseguir viver nesse mundo e que as 10:00, 11:00 da manhã são os seus momentos mais angustiantes, de mais sofrimento interno. Fala muito que as “pessoas” que ele conversa cobram muito dele, e conversa com mães de santo e pais de santo também. A - Usa óculos há um ano, diz que não enxerga tão bem. Reclama também de problemas estomacais, diz sentir dores e “bolos” na garganta. Não gosta muito de ler, de escrever, nem de pintar. Mas há oscilações também no que diz, tem momentos que diz não querer fazer nada, já em outros momentos pode sentir uma inquietação e dizer que quer realizar várias tarefas para a melhoria do seu bem estar. Disse-me que por vezes as conversas com as tais “pessoas” é muito “pesada”, mas fala que isso o faz bem, que se sente bem. Diz que não consegue ter muita força no corpo, na mente, e sente muitas dores nos ossos. Lembrou que quando era mais novo na escola tinha muita dificuldade em enxergar e a aprender, e que os outros colegas dele nunca queriam fazer trabalhos de escola com ele. Terminamos a visita ele lembrando de um episódio que se passou com ele, disse que uma vez aqui no centro da cidade , no terminal de ônibus ele foi atravessar a rua sozinho e não olhou para lado nenhum, teve a sensação de ficar cego e sentiu uma grande angustia e aperto no peito e quase foi atropelado. Me contou também que uma vez tomou um remédio que acabou saindo de casa , quebrou o vidro de um carro de uma senhora, invadiu algumas casas, disse que se sentia desorientado, e acabou por ser preso e agredindo o policial, assim sentiu a necessidade de pedir ajuda a sua mãe e pediu para ser internado para então iniciar o seu tratamento. No quarto encontro: Também quis muito conversar, falar nesse dia e eu novamente deixei e fiquei a escutá-lo. Disse que ficou a observar o céu outra vez na porta de casa e teve a sensação que o mundo estava acabando e caindo em cuima dele. Não consegue comer nada há dias, tomar banho não sente vontade e sente choques no corpo e medo todo tempo. Diz está a fumar 5 cigarros por dia, e sente falta da nicotina no corpo. O momento que diz se sentir melhor é a noite. Não gosta muito de sair de casa, pois disse que se sente tonto e trêmulo, sem forças no corpo inteiro. E fala que essas sensações são bastante frequentes. Disse não ter tomado o remédio ontem, que se esqueceu e sentiu muita tristeza, uma “depressão profunda” (palavras do paciente), e sentiu medo de perder “o juízo”, algo que teme o tempo todo. No encontro seguinte, ao chegar na casa de A, fomos recebidos pela mãe. Ele estava deitado na cama, e assim que chamamos ele veio ao nosso encontro. Sempre muito atenciosos, sentamos na sala. Adriano nos conta como foi a visita ao CAPS, na manha

deste dia. Informando que nada além do habitual. AL nos informa que já estava de saída, e por isso não demoramos muito neste encontro. Novamente, A. volta a questão dos horários dos medicamentos, e diz que informou ao médico psiquiátrica a nossa conversa. E que ele reafirmou o nosso conselho quanto a mudanças de horários e propôs uma nova possibilidade de ingerir os medicamentos. Reafirmamos o encontro e na oportunidade, trocamos o horário do encontro, para as tardes de segunda feira. No quinto encontro, A. começa novamente pela tristeza, explanando que sentia só e que sente falta das pessoas, principalmente da mãe e do pai. Neste encontro, percebemos um abatimento, pois A. falou bastante sobre morte, e que se isso acontecer, poderá ser bom. Porque sente-se muito só. Logo fala que não sente nada pelo parentes (nada= sentimento) e que existia uma grande confusão dentro dele, com essa falta de sentimento. As vezes chora escondido para as pessoas não pensarem que ele é louco e diz mais novamente que sente-se sozinho. Após, lembra das amizades antigas e questiona porque os amigos o chamavam para sair. Diz que atualmente não sai porque as construções, prédios, pessoas, e os perfumes o ameaçam. Mas, que sente falta de sair e levar uma ‘ vida normal’ como, dançar forró, ter uma namorada, e fala sobre as categorias: Pobre e negro. Ao mesmo tempo que diz sentir falta destas coisas ele não permite vivencia-las. Com esse discurso, propomos um passeio na semana seguinte. Pois percebemos que nas últimas semanas, A. não mudava o repertorio. Um Ciclo de uma hora de acompanhamento entre remédio, solidão, remédio e solidão. E acreditamos que vários fatores contribuíam para essa estagnização: a presença da mãe sempre nos acompanhamentos e falta de produção de historia de vida. Já que A não saia da casa, não conseguia viver outras experiências, fazia tempo que não via as pessoas de fora, não sentia o ar,não via o céu do céu para além da sua casa. A. resiste ao convite, diz que acha melhor não irmos. Que não sente-se preparado. Percebemos uma desconfiança, um medo de deixa-lo sozinho. Apesar da reposta negativa, reafirmamos a proposta e pedimos para que ele pensasse sobre. Para a próxima semana, irmos a uma praça ou dá um volta pelo bairro. Na semana seguinte, fomos com plano B, caso A. não queira sair, iriamos propor uma brincadeira no quintal de sua casa. Um jogo da quebra-cabeça. Chegando até sua residência, ele nos diz que não vai ao passeio. Pelos mesmo motivos: insegurança e medo. Feito! Fomos para o quintal! A. Cria novamente uma resistência. Mostra insatisfação ao nosso convite, e diz estar bem alí,

na sala com sua mãe e nós. Insistimos. Mostramos a ele que poderá ser bom, que no espaço que estávamos ficando em todos os encontros, estava nos prendendo. E que conversar conosco e brincar, seria uma experiência diferente. A. aceitou! Um passo dado! Levamos uma toalha e um jogo. Neste momento, envolvemos A. em todo processo: de esticar a toalha no chão até retirar o jogo da caixa. Foi um encontro diferente. Um encontro de outro olhar para com A. Não mais sentados no sofá e sim no chão. Frente a frente. Olho a olho. Brincamos! O quebra-cabeça foi montado por nós, e principalmente por ele. Percebemos um “autoboicoite” a todo momento dele. Pois dizia que não sabia, que não enxerga. Mas, na pratica se saiu bem! Após peça montada, A. começa a lembrar do seu pai e de sua infância. Nos fala sobre os problemas familiares vividos. E suncitamente, diz, que seu pai bebia muito e possivelmente batia em sua mãe, pois diz que “ minha mãe sofria muito na mão do meu pai”, nos relatou sobre envolvimento com drogas por parte do seu irmão e sobrinho. E diz que também já experimentou. Mas, atualmente não usa. A todo momento Adriano pedia para que falássemos baixo, pois os vizinhos “ mexem com coisa errada” e ele sente medo de alguém esta escutando nossa conversa. Foi um encontro de avanços e acontecimentos, diríamos. Pois percebíamos que A. precisava produzir histórias e talvez nos mostrar outros lados da sua própria história. E acreditamos que a mãe, pode ser um fator para que A. continuasse com o mesmo discurso ao longo de mais de 3 semanas. Sétimo encontro. Um encontro positivo. Aconteceu na segunda como de costume. Tudo indicava que seria um encontro ali na sala. Ledo engano. Pela primeira vez A. aceita sair conosco. Antes, conversamos um pouco, sentamos no mesmo sofá, na mesma sala, e perguntamos a ele então se íamos passear ou não. Pois tinhamos feito a proposta a ele na semana passada. Ele relutou um pouco, disse não estar bem, disse que não queria. Mas quando pensamos que não iamos conseguir sair, ele diz: " Então vamos sair, eu quero, vamos" Ficamos super felizes com essa decisão dele. Decidimos por um lugar mais calmo, e fomos então em direção da Olivia Flores, para mostra a A. um pouco da UESB (Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia). Passeamos dentro do carro mesmo pelo campus da universidade, depois retornamos e ao sair de lá paramos em uma fonte de agua nova que havia próximo. Sentamos em frente a essa fonte. Ficamos lá a refletir, a observa-lo, ele todo instante dizendo que estava bem, que estava se sentindo bem, e disse que a agua que caia da fonte não era legal, parecia várias lentes de óculos a se

movimentar, se questionou para onde será que ia aquela água. Não sentimos ele incomodado de ali estar com a nossa presença. Pois quando chamamos ele a primeira vez para sair, ele disse que se incomodaria de estar na rua e as pessoas passando e vendo ele conosco, que elas poderiam achar estranho. Ficamos lá a observar o por do sol. A sensação dentro de nós foi de pura gratidão e alegria ao ver a evolução de A. de percebe-lo bem ao nosso lado, de não estar em casa e mesmo assim estar com uma respiração normal, calmo, como ele sempre se apresenta para nós. Para confirmar que este encontro tem sua singularidade e grande importância, PALOMBINI, diz que, o setting do acompanhamento terapêutico é aberto, se dando em qualquer lugar, ou ao menos qualquer lugar é um potencial clinico para o acompanhamento terapêutico; seu tempo varia de acordo com as situações, necessidades, contratos... o que faz com que um acompanhamento possa variar de minutos de atendimentos até dias inteiros. “Propor-se à desmontagem dos clichês, dos saberes consagrados e se lançar em um espaço aberto de atuação, sem fronteiras demarcadas e sem medidas previas de tempo, tem sido o desafio desse campo”. A experiência descrita nos leva a entender que na prática do acompanhamento terapêutico há elementos importantes que devem perpassar esse dispositivo clínico-político: a presença dos princípios da Reforma Psiquiátrica nos discursos, leis e medidas administrativas nos diferentes atores desse processo (governo, serviço, profissionais, comunidade); um espaço de atuação externo aos muros do hospital; um campo de conhecimentos amplo que não se restrinja a um único saber; e a disponibilidade ao encontro pelo acompanhante e pelo acompanhado para experimentar o novo e o inusitado (Palombini, 2006) Consideramos então, que o acompanhamento terapêutico um dispositivo importante para transformar o modo de vida do acompanhado e todas as pessoas que são atendidas por esse meio de cuidado.

Referencias:

ARAÚJO, F. R. (2006). *Um passeio esquizo pelo acompanhamento terapêutico: dos especialismos à política da amizade.* Rio de Janeiro: sem editora.

BEZERRA, G.C. Acompanhamento terapêutico na proposta de alta-assistida implementada em hospital psiquiátrico: relato de uma experiência Rio de Janeiro, Psicol. clin. vol.21 no.1, 2009.

GUATTARRI, F. (1990). *As três ecologias.* Campinas: Papirus.

PALOMBINI, A. L. (2004). *Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento.* Porto Alegre: Editora da UFRGS.

INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: UM PEDIDO LEGÍTIMO, UMA MEDIDA ILEGAL(?)

Marcus Vinícius de Oliveira Silva
Tamiris Santos Sapucaia Leal Reis
Victor Brandão Ribeiro

Introdução

A decisão de realizar uma pesquisa sobre os pedidos de internação compulsória por familiares de pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas se deu a partir de minha experiência como psicóloga na Defensoria Pública do Estado da Bahia entre 2013 e 2014, tendo feito, por aproximadamente quatro meses, o acolhimento das famílias que solicitavam internação compulsória.

Nesse período, eu estava finalizando minhas atividades no Programa de Atenção Domiciliar à Crise - PADAC - vinculado à Universidade Federal da Bahia, sob as orientações de Marcus Vinícius de Oliveira, com a proposta de atender em domicílio pacientes em crise que abandonaram o acompanhamento em um Centro de Atenção Psicossocial e a declarada intenção de evitar a internação psiquiátrica, desmistificando a ideia de que o tratamento para o sujeito em crise é a contenção física e química. O principal legado dessa experiência foi a compreensão de que o investimento intensivo no vínculo com o sujeito é a tecnologia de cuidado mais eficaz para reestabelecer os vínculos sociais, já que a crise é relacional. “Sem ressonância social, o fato psíquico deixa de ser relevante” (OLIVEIRA, 2007, p. 52). Ou, como relata Lobosque (2011, p.4580):

Inventamos o pensamento, a linguagem... e eis que, de repente, essa invenção deixa de ser socialmente partilhada para assumir o caráter solitário e intransmissível daquilo que a psicopatologia denomina como neologismo, delírio, estereotipia. Ou, num outro exemplo, consumimos as chamadas substâncias psicoativas, muitas vezes como forma agradável de laço social, e eis que o seu uso, sobretudo daquelas mais nocivas, torna-se para alguns uma ruptura dos laços que nos ligam às pessoas e à vida, isolados como restos nas ruas.

Então na Defensoria vivi um conflito quando percebia que o lugar privilegiado para cuidar da crise era o hospital psiquiátrico que afasta o sujeito, já com laços sociais fragilizados, sabendo que, se nada se altera na sua relação com o outro e com o social, a crise tende a se repetir. Alguns questionamentos me afligiam: por que essas

famílias pedem por internação compulsória ao invés de pedirem pelo cuidado, pela assistência integral? Seria a internação o sinônimo de cuidado no imaginário dessas famílias? Qual o resultado dos movimentos sociais, da reforma sanitária e psiquiátrica e do conjunto de determinações legais (leis, portarias, decretos, Constituição, Códigos) e políticas públicas com base em uma nova orientação de cuidado em saúde mental? A Reforma Psiquiátrica em curso é realmente Antimanicomial (na ética, na técnica, na política e na prática)?

Na presente oportunidade então decidi pesquisar sobre esse fenômeno da judicialização da saúde mental, focando nos casos que envolvem o abuso de drogas, já que este é o "mal-estar do momento" para o qual tem se voltado diversas políticas públicas nos últimos anos. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, transversal, cujo objetivo é desvelar os sentidos dos discursos em torno da experiência dos familiares solicitantes de internação compulsória em Salvador, na Defensoria Pública do Estado da Bahia.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com três familiares que solicitaram internação compulsória na referida Defensoria no período acima citado em que eu prestava tal atendimento, a fim de resgatar o momento no qual esses pedidos foram feitos à Justiça.

A abordagem teórico-metodológica escolhida para uma construção cartográfica do percurso (im)preciso desse estudo foi a Análise Institucional, sistematizada por René Lourau em 1969 como uma abordagem teórico-metodológica, a despeito da expressão "Análise Institucional" ter sido inaugurada por Guattari (L'ABBATE, 2012 apud LUZIO, 2013).

A principal novidade que o campo da análise institucional traz é a noção de implicação do pesquisador que vai de encontro ao paradigma da neutralidade científica, além da noção de que a institucionalização é um processo historicamente construído a partir de uma dinâmica entre forças instituintes e instituídas (LOURAU, 1993 apud NASCIMENTO; TEDESCO, 2013). A análise institucional e a cartografia fazem um bom diálogo, já que esta última trabalha com o conceito de produção de subjetividade como um processo que acontece pelo encontro de vetores políticos híbridos com componentes existenciais, históricos, econômicos, filosóficos e outros. Fazer cartografia nesse sentido é mapear processos e suas vicissitudes. Tanto a análise institucional como a cartografia partem do princípio da indissociabilidade entre

sujeito e objeto (NASCIMENTO; TEDESCO, 2013). Optei pela perspectiva da Análise Institucional Sócio-Histórica a fim de analisar alguns vetores historicamente construídos e sua atualização no momento presente, tendo em vista que:

[...] a sócio-história significa colocar em perspectiva histórica uma 'realidade' estudada em sua atualidade, quer se trate de uma realidade tangível (instituição, fenômeno, acontecimento) ou abstrata (representação, noção, conceito, teoria) dito de outra forma, [a sócio-história] atualiza a dimensão diacrônica dessa realidade (SAVOYE, 2003 apud L'ABBATE, 2013, p. 48).

A pergunta instigadora dessa pesquisa é: o que leva um familiar a pedir internação compulsória para um usuário abusivo de droga(s)? Podendo ser destrinchada em duas perguntas: quais as motivações desse familiar solicitante e qual a sua compreensão acerca da internação compulsória e dos demais serviços de assistência no campo de álcool e outras drogas? Para tanto, analisarei alguns vetores históricos e sociais em jogo na construção de tais demandas dirigidas à Defensoria Pública do Estado da Bahia.

Judicialização da saúde

A relação entre Justiça e Saúde vem se estreitando no Brasil desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 que define o direito a saúde como um direito social no *caput* do artigo 6º e no seu artigo 196 o qual determina:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Desde a Era Vargas até então, a saúde foi mercantilizada de forma tal que seu acesso era restrito àqueles que pudessem pagar pelos planos privados ou aos que tivessem pela sua condição de trabalhador, sendo um benefício trabalhista (ASENSI, 2010). A oficialização da saúde como direito de todos na Carta Magna é fruto de movimentos sociais que construíram a Reforma Sanitária no contexto de redemocratização do país na década de 1980, sendo inegável o avanço representado em relação ao exercício efetivo da cidadania pelos brasileiros diante do quadro de distorções estruturais do sistema de saúde e desigualdades que estava posto no país (BAPTISTA; MACHADO; LIMA, 2009).

Entretanto, o que inicialmente deveria se expressar na garantia de formulações de políticas públicas efetivas que promovessem a justiça social tem, em sua concretude, se expressado em elevados números de mandatos judiciais com demandas relativas à saúde. Esta, então, se tornou mais um objeto de judicialização. Este fenômeno vem sendo tratado por alguns autores como 'invasão do Direito sobre o social' (VIANNA; BURGOS; SALES, 2006, p. 3 apud ASENSI, 2010, p.40), ou seja, "o surgimento do protagonismo do Judiciário na efetivação de direitos, principalmente de cunho social e coletivo" (ASENSI, 2010, p.40). Dessa forma, operadores do direito, como promotores, defensores públicos e juízes têm sido compelidos a lidarem com questões do Direito Sanitário e das políticas públicas de saúde.

Internação compulsória e seus conflitos legais

Dentre as diversas demandas de saúde feitas à justiça temos as questões referentes à saúde mental e à internação compulsória referida na lei 10.216/2001, conhecida como lei da Reforma Psiquiátrica, que no seu artigo sexto trata das três modalidades de internação psiquiátrica:

Art. 6o A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça

Apesar da referida lei ter sido conquista de uma luta iniciada mais de duas décadas antes de sua promulgação, não foi recebida pela militância antimanicomial de forma calorosa, já que ela ainda parecia longe do ideal pretendido, como conta Oliveira (2012). O seu projeto inicial foi alterado de forma importante, tendo se tornado uma lei inócua em relação a regramentos de grande relevância como é o caso da internação compulsória que neste projeto se configurava de maneira explícita como relativa aos casos de medida de segurança, ou seja, quando a segregação do paciente decorre do cometimento de crime (SKROMOV, 2013).

Outros pontos que deveriam ter sido melhor especificados acerca das internações involuntárias e compulsórias são: quando ela se justifica; qual seu período máximo de duração; se o referido laudo médico circunstanciado necessário para qualquer internação pode ser feito por um médico vinculado a clínica de internação; ou se esse laudo só pode ser feito por um profissional que acompanhe o paciente, pois seria quem poderia afirmar o esgotamento das tentativas de tratamento aberto (SKROMOV, 2013). Sem essas especificações na lei, tal avaliação fica a cargo dos operadores do Direito (promotor público, defensor público, juiz) que, tecnicamente, não têm preparo para realizar esse julgamento.

Apesar da internação compulsória constar em lei como já citado, existem contradições entre essa proposta e outras normas jurídicas. Inicialmente, é possível contestar a constitucionalidade do caráter compulsório do tratamento de saúde já que a dignidade se configura na Constituição Federal de 1988 como um fundamento da República brasileira, dessa forma, norteando todo o regramento legal. Além disso, a internação compulsória também viola a autonomia e liberdade das pessoas usuárias de droga, sedimentada no artigo quarto da Lei 11.343/06. Ainda de acordo com o artigo 15 do Código Civil de 2002, “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou intervenção cirúrgica”, sendo interpretado como “ninguém, nem com risco de vida, poderá ser constrangido a tratamento médico”. Sendo assim, independente do seu estado clínico, o paciente é sujeito de direitos. Caso este se encontre em estado de total inconsciência que o torne incapaz de expressar seu desejo, este deveria ter seu atendimento garantido em leitos de hospitais gerais como ocorreria com qualquer doente em situação semelhante. Após sua recuperação de consciência, não se justifica mais uma internação involuntária. Ademais, a justificativa do “direito à saúde” que respalda o Ministério Público e Defensoria Pública para a solicitação de internação compulsória não se sustenta, já que como direito, é facultativo o tratamento e não obrigatório (SKROMOV, 2013).

Reforma psiquiátrica, o campo de álcool e outras drogas e família

Além das questões legais, a Reforma Psiquiátrica traz em seu cerne uma nova proposta ética de cuidado, prevendo atenção integral em Saúde Mental com a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por serviços abertos pautados pela lógica do cuidado e pelo respeito à liberdade, de modo a primar por iniciativas de acesso ao trabalho, moradia, lazer e cultura; e entendendo que o convívio social e

exercício da cidadania são direitos de todos, de forma a nos conduzir para uma sociedade mais humana e justa.

Como fundamental instrumento para a efetivação da Reforma, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), instituídos pela portaria GM 336/2002 que estabelece alguns critérios para a definição do que seria um CAPS: realização prioritária do atendimento de pacientes com transtornos severos em sua área territorial e de influência; possuir equipes interdisciplinares que funcionem independentes das estruturas hospitalares; oferecer atendimentos individuais e em grupo; atendimento à família; atividades de suporte social e inserção comunitária; oficinas terapêuticas; e visitas domiciliares. Os CAPS devem prestar um serviço acolhedor e de confiança, evitando qualquer tipo de contenção física, onde o usuário permanece no serviço por criar vínculos com este centro.

Porém, este não é o único serviço a prestar suporte em saúde mental, tendo sido instituída pelo Ministério da Saúde a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pela portaria 3088 de 2011, que é constituída por componentes diversos em atenção básica, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter provisório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação social.

Apesar de diversas portarias, leis, decretos e outros documentos jurídicos, estes não se fazem suficientes para garantir a Reforma Psiquiátrica brasileira que ainda está em curso. Segundo Amarante e Giovanella (2008, p.141):

O aparato manicomial, é preciso insistir, não é o hospital psiquiátrico, embora seja a mais expressiva instituição na qual se exercita o *isolamento*: é o conjunto de gestos, olhares, atitudes que fundam limites, intolerâncias e diferenças, em grande parte informadas pelo saber psiquiátrico, existentes de forma radicalizada no hospício, mas presentes também em outras modalidades assistenciais e no cotidiano das relações sociais.

Abandonar a lógica manicomial não se restringe à extinção dos hospitais psiquiátricos: a desinstitucionalização não se dá apenas com a desospitalização, mas engloba também o desmonte dos mecanismos psiquiátricos de exclusão/controle e a construção de novas possibilidades criativas, onde os atores tenham participação

ativa. Há uma reforma mais difícil e mais lenta em curso que é a transformação cultural, a desmontagem dos *manicômios mentais.*[12]

Dentro desse movimento da Reforma Psiquiátrica, houve um grupo que ficou inicialmente esquecido, o dos usuários de drogas. Os alcoolistas eram parte da clientela, parte da "sobra social" encarcerada nos manicômios juntamente com seu público principal, os loucos (psicóticos e esquizofrênicos), para fim de "desintoxicação" (OLIVEIRA, 2013). Já os consumidores de "drogas de salão" (cocaína, heroína, ópio, absinto), "vícios elegantes", eram encaminhados para os hospitais psiquiátricos privados (CFP, 2013). Nery Filho (2009) relata que na década de setenta os usuários de maconha e outras drogas ilícitas se encontravam no Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira e os alcoolistas estavam na Casa de Saúde Ana Nery. Ressalta ainda que, já na década de oitenta, após a lei de drogas de 1976, o usuário de maconha tinha a opção de declarar-se traficante ou doente, de modo que na maioria das vezes declarava-se doente e era encaminhado para perícia no Juliano Moreira, ou ainda para o Manicômio Judiciário caso houvesse alguma coisa de implicação legal.

À medida que os manicômios vão sendo extintos, não se pensou de imediato em uma rede de suporte e cuidado dentro da saúde mental voltada para a dependência química, tendo este ficado a cargo das comunidades terapêuticas e grupos de alcoólicos anônimos (OLIVEIRA, 2013;).

Para entendermos melhor essa "negligência" do campo de álcool e outras drogas na Saúde Mental podemos tomar a reflexão de Merhy (2012) acerca dos sujeitos "não humanos". Ele relembra que o imaginário social hoje ocupado principalmente pelos usuários de drogas, também já cercou os "leprosos" que carregavam uma força simbólica mais impactante do que a enfermidade em si e que foram substituídos no começo do século XIX pelos "loucos", os sem razão, os anormais que atravessam "os séculos XIX e XX como o principal ícone do humano não humano" (p. 11). Atualmente ganham destaque, segundo o autor, os anormais do desejo, os usuários de drogas, os que não têm seu modo de viver determinado pela estética da vida saudável. O desvio agora é da ordem do desejo, mais do que da razão, de modo que se criam mecanismos de repressão do desejo a fim de disciplinar

[12] Expressão que ganhou destaque no livro *A nau do tempo-rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura* (1993) de Peter Pál Pelbart, filósofo, ensaísta e professor.

esses “anormais”. As comunidades terapêuticas e a internação compulsória se tornam o baluarte desse cuidado-controle.

Na transição da figura do louco do lugar de horror para o usuário de droga, este último ainda responde perante a sociedade com um agravante: o de voluntariamente, pela via do desejo, abrir mão da sua capacidade de autorregular-se, ou seja, de exercer individualmente a vida política. Os loucos ainda logram de alguma condescendência social por terem sido acometidos por uma fatalidade que os impedem de autodeterminarem-se. Sobre os usuários de drogas recai um julgamento moral diante do crivo social (OLIVEIRA, 2012).

Segundo Domanico (2006) é na década de 1990 que se instala um “pânico moral” em torno do crack com importante participação da mídia que tratava a substância como mortal e assustadora. Burke (2012, p. 183) relembra que o termo “pânico moral” teve origem em um estudo de Cohen (1972) segundo o qual

[...]é identificada uma ameaça à sociedade, o indivíduo, grupo ou evento ameaçador é apresentado de maneira exagerada e estereotipada nos meios de comunicação e, por um breve período pelo menos, se cria considerável comoção pública.

Ora, partindo-se da lógica de que a substância tem um poder destruidor e determinante sobre um humano, sendo o sujeito um dependente químico, pois é a droga que lhe captura orgânico-subjetivamente, de forma a desconsiderar sua condição desejante-subjetiva que se faz presente inclusive no abuso; supostamente, apenas a abstinência poderá “salvá-lo”, a interdição entre a droga e sua vítima. Esta é a promessa da internação compulsória (MERHY, 2012).

Com a criação de instituições como o manicômio que têm uma finalidade higienista e de proteger a sociedade da loucura, dos anormais da desrazão, as famílias foram banidas do cuidado e da convivência com os doentes mentais, ficando a cargo da medicina a cura dos que se comportam de modo desviante. Com os novos ideais da Reforma Psiquiátrica, os serviços substitutivos ficam legalmente responsáveis pelo atendimento à família com a Portaria 224/MS de 1992 a fim de oferecer referências de cuidado para lidar com a loucura. Ainda, a Portaria 336/GM de 2002 garante a inclusão de atividades comunitárias, visitas domiciliares e atendimentos à família na assistência prestada ao paciente com vistas a favorecer a integração dele à comunidade e à família. (SILVA, 2009).

Entretanto, alguns autores (Oliveira, 2007; Leão e Barros, 2008; Moreno e Alencaste, 2003 apud Silva; 2009) trazem uma reflexão sobre a postura dos profissionais de saúde mental frente aos familiares, tendendo essa a ser moralizante e culpabilizadora, de forma a desautorizá-los e responsabilizá-los. Merhy e Feuerwerber (2007 apud Silva, 2009) tratam disso quando referem à disputa de cuidado entre agentes, família e pacientes no qual os primeiros supervalorizam seu saber técnico e não legitimam o potencial de cuidado da família e do próprio paciente.

Silva (2009) refere estudos acerca da dinâmica familiar de portadores de transtornos mentais crônicos que apontam para uma sobrecarga em múltiplos âmbitos: emocional, financeiro e social, sendo a sobrecarga emocional a mais difícil de lidar pela percepção da família, de modo que buscam a reinternação do paciente. Melman (2001 apud Silva, 2009) ainda assinala para a necessidade de informações voltadas para a família acerca dos transtornos mentais, prognósticos, tratamentos e remédios. Dessa forma, Silva (2009) conclui que a família do doente mental se encontra desamparada a despeito da proposta reformista de que ela seja convocada a ter um papel participativo no tratamento com a desinstitucionalização.

Posto isso, não é difícil inferir que o processo pelo qual passam as famílias de pessoas com sofrimentos psíquicos agudos, envolvendo principalmente as psicoses, não é tão diferente daquele enfrentado pelas famílias dos usuários abusivos de substâncias psicoativas desde que a droga se tornou o último dos males, gerando semelhante vergonha familiar, que atingia outrora os familiares dos psicóticos. Deste modo, podemos perceber alguma legitimidade nos pedidos das famílias por internação, já que possivelmente não lhe seja garantida a informação e o suporte necessário para o cuidado do familiar usuário abusivo de substância psicoativa.

Construção social da demanda por internação

Faz-se necessário, por fim, uma reflexão sobre a construção de tais demandas pois, mais importante do que atendê-las é lê-las. Franco e Merhy (2010) fazem uma análise sobre as demandas de usuários feitas aos serviços de saúde e sua produção imaginária de onde tiramos importantes observações para tratarmos de nossa problemática. Ao analisar esses pedidos, os autores notam que os usuários de serviços de saúde por vezes solicitam determinados procedimentos que, contudo, não são capazes de satisfazer sua necessidade. Semelhante a um fetiche, “[...]o usuário forma uma imagem que coloca no procedimento toda expectativa de ser cuidado e

protegido, quando na realidade, este é um recurso limitado, pois ele é apenas uma parte de um complexo processo produtivo da saúde [...]" (FRANCO; MERHY, 2010, p.185).

Dessa forma, ao demandar determinado procedimento, no caso a internação compulsória, as famílias estão, a nível imaginário, acessando o "[...]universo simbólico que dá significado amplo ao procedimento, atribuindo-lhe uma potencialidade que ele não tem, que é a de produzir o cuidado por si mesmo. " (FRANCO; MERHY, 2010, p.186). Não é difícil concluir que a produção imaginária da demanda de internação é fortemente influenciada por uma lógica manicomial que ainda opera socialmente, pois historicamente – no Brasil desde a chegada da família real em 1808 – o isolamento foi a única forma de tratamento conhecido para problemas humanos, sociais e de saúde concernentes aos transtornos mentais e, mais recentemente, à dependência química, ou seja, sofrimentos psíquicos intensos, complexos que geram "perturbação social".

Baremblitt (2012) ao tratar sobre a análise institucional atenta para importância de se identificar os aspectos conscientes manifestos de um pedido e os aspectos não ditos (inconscientes) que nada mais é do que a análise da demanda, a fim de saber qual a origem da problemática implícita no pedido. Para o autor, é preciso de partida estar ciente que a demanda não é espontânea, ela é produzida pela oferta que a antecede. Se os hospitais psiquiátricos ainda persistem (essa antiga e conhecida oferta) e instituições jurídicas como o Ministério Público e a Defensoria Pública estão disponíveis para judicializar pedidos por internação psiquiátrica, diante da ausência de outras ofertas, temos uma condição ao menos necessária, mas não suficiente para a construção da demanda por internação compulsória.

Como efeito (também) de um imaginário social historicamente construído que associa cuidado em saúde mental à internação psiquiátrica ainda remanescente em tempos de Reforma e extinção de manicômios, tem-se uma sobrecarga de pedidos de internação compulsória. Outrora, esses pedidos não necessitavam da intervenção jurídica, já que as internações involuntárias aconteciam sem grandes barreiras. Com a diminuição de leitos psiquiátricos, as famílias precisam judicializar essa demanda para alcançarem o mesmo objetivo de antes.

Em termos numéricos, entre 1996 e 2005 houve uma diminuição de leitos psiquiátricos no SUS de 72.514 para 42.076 (BRASIL, 2005). Entre 2006 e 2015 a

diminuição foi de 40%, de 40.942 para aproximadamente 25.000 leitos (CASTRO, 2015). O Núcleo de Apoio Psicossocial da Defensoria Pública do Estado da Bahia atendeu no período entre agosto de 2012 e janeiro de 2013 uma média de vinte pedidos de internação compulsória por mês. Apenas dois dos mais de cem casos atendidos foram considerados aptos para solicitar a petição de internação compulsória (MOREIRA, 2013).

Diante do exposto, abstraímos lgumas perguntas em torno do nosso objeto de pesquisa, qual seja, os pedidos de internação compulsória feitos por familiares à Defensoria Pública da Bahia: Quando a família pede por internação compulsória, o que de fato ela pede? Qual o subtexto? A internação compulsória é capaz de satisfazer suas necessidades? O que isso diz sobre a Rede de Atenção Psicossocial?

Resultados e discussão

Buscamos nas três entrevistas reconstruir e atualizar o mapa objetivo e subjetivo que guiou essas famílias à Defensoria Pública, a fim de solicitar internação compulsória para um parente que apresenta uso abusivo de substância psicoativa, em dois casos para um filho e em outro para um cunhado. Para fazer uma análise desses pedidos, tentamos focar nas motivações e na compreensão da família acerca da internação psiquiátrica e compulsória, além dos outros serviços de saúde mental.

Há de se considerar que a entrevistadora já possuía vínculo com as entrevistadas, pois havia feito o acolhimento inicial delas ao buscarem a Defensoria com escuta e encaminhamentos, fato que pode ter favorecido o estabelecimento do rapport necessário para o compartilhamento de tais memórias e afetos.

Logo de início, devo ressaltar que ganha destaque a intensidade e as tonalidades afetivas em todas as entrevistas, tanto no conteúdo como na expressão dos discursos. “Desespero” “sofrimento” e “medo” foram significantes com marcada presença nas entrevistas, bem como relatos de frequentes conflitos familiares, inclusive com a comunidade, envolvendo a questão do uso abusivo de SPA’s. A associação do problema apresentado com uma questão de segurança pública também apareceu nas três entrevistas: em um caso a pessoa já havia cumprido pena no Hospital de Custódia e Tratamento, em outro havia um temor de que ele fosse preso pelo fato de ser usuário de droga e no terceiro caso havia uma intenção inicial

da própria familiar de denunciá-lo em uma delegacia por determinado comportamento socialmente não aceito, mas que dizia respeito a uma condição psíquica psicótica.

Os significantes afetivos aparecem como motivadores para o pedido de internação compulsória, pedido esse que chega muito imbricado com uma demanda de afastamento, como fica claro em alguns trechos: “ele já estava expulso da minha casa lá”, “Só [pensava] em botar na cadeia e não tirar mais de lá, só queria assim”, “Nos escondemos lá em Pernambués”, “eu vi, mas quando eu vi eu entrei num ônibus pra ele não me ver, não saber onde eu estava”, “eu tive que me afastar para viver. ”

As três familiares apresentavam uma clara demanda de afastamento: em dois casos já havia uma história de abandono do familiar que passava pelo problema em torno do abuso de substâncias psicoativas, principalmente do crack, tendo essas familiares saído de casa e se escondido em outro bairro. No outro caso havia uma intermitência entre permanecer na casa da cunhada (solicitante) e da mãe em outra cidade.

O discurso das famílias nessas entrevistas dá sinais da sobrecarga emocional referida por Silva (2009) que direciona a família a buscar a reinternação, ou o afastamento, como forma de aliviar essa sobrecarga, como denunciam algumas falas: “Eu tava no ponto morto”, “Eu tava louca [quando procurou a Defensoria], nem conseguia raciocinar”, “minha vida se transformou num inferno”. Esse quadro ainda se agrava pela não legitimação do potencial e das capacidades da família como cuidadora, o que dificulta o manejo das famílias dessas situações problemáticas envolvendo a crise por não se perceber capaz ou com as ferramentas necessárias para tal. Essa situação de desamparo ficará mais clara adiante quando tratarei da percepção das famílias acerca dos outros dispositivos de cuidado.

O medo, sofrimento e desespero não são fruto somente da experiência do familiar na lida com a problemática, mas também do “pânico moral” em torno das drogas. Segundo Vianna (2014) a mídia tem uma postura sensacionalista frente às questões das drogas, promovendo um medo em relação a estas e seus usuários através de notícias chocantes que abordam mortes bizarras e relações entre crimes e drogas, exagero do número de casos, dos danos causados pelas drogas, deixando de lado uma abordagem com racionalidade ou fins informativos.

A construção desse imaginário social em torno dos usuários de drogas lhes confere um status de não-humanos como dito por Merhy (2012), onde nessa relação

droga-sujeito a primazia é da droga, é ela quem tem um caráter ativo, é ela que causa a dependência, o vício, que captura o humano não-humano. Desse modo, a internação é uma forma de interdição dessa relação, de proteger o sujeito assujeitado à droga. Portanto, a demanda não é somente de afastamento de si, mas também da droga, de controle-interdição do desejo criminalizado.

Esse imaginário fica claro em alguns momentos das entrevistas como quando uma mãe fala sobre as drogas de uso do filho: “maconha, cocaína e por último agora foi o crack, essa que tem acabado com a minha vida, com a vida dele com a vida da família. ” E quando outra mãe diz “a substância destrói tudo”. Dessa forma, a solução seria “uma vaga para internar ele, um lugar que ele não saísse porque um lugar comum eu já botei em tudo, já fui em todos, até particular. O problema é que todos ele saia, nada ele ficava. Eu queria alguma coisa assim, que o governo ajudasse que ele não saísse. ” Outra mãe fala sobre a experiência com internação: “No internamento ele não usava droga. Pelo contrário, era simplesmente como a gente está aqui e atividade. Tudo normal, sem um tipo de droga. ”

Qual o imaginário em torno da internação e dos outros tratamentos? Por que a internação psiquiátrica como modo privilegiado de cuidado em detrimento de outras ofertas da RAPS?

Das três entrevistadas, todas relataram experiências anteriores com outras formas de cuidado em saúde mental/álcool e outras drogas. Uma não soube referenciar bem qual o serviço que havia sido acessado, mas nos outros dois casos se buscou o CAPSad (em um caso mais de um), centros de recuperação com cunho religioso e hospital psiquiátrico. O acesso a esses serviços não representou uma garantia de cuidado já que alguns encaminhamentos vieram do próprio serviço substitutivo, o CAPS, “ um serviço extra-hospitalar que tem como principal objetivo a redução de internações psiquiátricas” (BRASIL, 2007). Ganha destaque que os relatos dos familiares indicam uma ausência de suporte, citando esses serviços apenas quando questionados sobre eles.

Um caso é muito ilustrativo. A mãe relatou que a assistente social de um CAPSad onde seu filho era matriculado foi na residência deles e fez um relatório “pra internar ele, pedindo ajuda. ” Questiono e ela me conta a situação: “esse dia desse relatório, ela foi porque eu tinha ido desesperada que M. [inicial de seu filho para quem pedia ajuda] estava lá acabando com todo mundo, aí eu fui lá e quando chegou lá ela

foi e quando ela viu já foi M. saindo. Todo mundo viu. Ai quando ela chegou eu disse: me ajuda, me ajuda. Só que eles tiveram medo! Viram M. na rua assim, tiveram medo da reação dele. Mas eu disse: ele não vai machucar ninguém não (...), mas aí eu senti que eles tiveram medo disso de se aproximar de M. E aí ela foi até na vizinha, na casa onde a gente morava, na casa onde ele tava lá... a gente não morava na época não, mas eu levei ela até a casa, quando chegou lá viu a casa toda destruída. Aí pegou a casa toda destruída, foi aí que elas fizeram esse relatório pra encaminhar porque ela viu a situação ali (...) elas mesma viram. Tanta coisa que eles viram que ela me ajudaram sem nem ver M."

Nessa mesma entrevista, inicialmente eu havia perguntado sobre as formas de tratamento para o uso de drogas que ela conhecia e, em dois momentos diferentes, ela afirma que "para o uso de drogas só centro de recuperação, mais nada". Então, pergunto sobre o CAPS já que ela havia referenciado ele em outro momento, mas parecia não associar o serviço ao tratamento para o uso de drogas. Então ela responde: "Medicamento, só medicamento. De depressão. Aqueles comprimidos... só dava comprimidos. " Questiono se o CAPS não oferecia outras coisas além da medicação, ao que ela responde: "Só isso. Só medicamento e atividade. Mas atividade ele não fazia mesmo (...) ele não tinha concentração".

Relato semelhante aparece em outra entrevista: "Ele ia no dia da consulta somente. Passar pela triagem, pela parte do pedagogo, nada disso... muitos lá faziam isso, mas ele não. Ele fazia parte da médica. "

É necessário destacar que nos três casos existe uma associação de abuso de substância psicoativa e psicose, pelos relatos parecem se tratar de pessoas que apresentaram surtos psicóticos antes do início do uso de SPA, porém, na percepção da família, o quadro se agrava com o uso de drogas.

Diante disso, questiono: este serviço tem funcionado como substitutivo favorecendo uma reforma psiquiátrica antimanicomial? Recordo-me quando certa vez, quando atendia a essas famílias, entrei em contato com um CAPSad para informar a situação de um usuário do serviço através do relato da mãe. Era uma situação grave, como as que estão sendo aqui relatadas, eu solicitava que a equipe tentasse uma abordagem de atenção domiciliar conforme previsão da Portaria GM 336/02:

Atendimento Intensivo: trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou

dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário. (BRASIL, 2004c, p. 16)

O retorno que escutei da coordenadora do CAPSad foi que lá se trabalhava com autonomia do sujeito e não podiam obrigá-lo a aceitar o tratamento; se ele quisesse poderia ir lá e ser atendido, caso contrário a equipe não teria como fazer nada. Esse discurso de aceitar ou não aceitar o tratamento também é trazido por uma família quando perguntou se já haviam tentado algum serviço aberto como o CAPS e o CETAD onde seu irmão era acompanhado: “Já. Mas ele não aceitava. Não aceitava de jeito nenhum”. Além dela, outra entrevistada relatou que “ele não tinha cabeça” para fazer as atividades do CAPS, “não tinha concentração”. O que está em jogo aí? Qual a oferta que se faz?

Trago aqui a experiência de uma das familiares com o Programa de Intensificação de Cuidados (PIC) vinculado ao Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas. Este programa tem por objetivo:

Investir na produção de tecnologias de cuidado intensivo para usuários abusivos de álcool e outras drogas, que ampliem os dispositivos de intervenção (recursos terapêuticos) para atender as demandas dos casos mais graves, que não respondem eficazmente ao modelo de atenção ambulatorial (RIBEIRO; TRANQUILLI, 2015).

Após atendimento na Defensoria Pública, o caso passou a ser acompanhado pelo PIC, que se utiliza da presença clínica orientada e a intensificação do investimento humano, ampliando as ofertas de cuidado na crise e evitando as re-internações psiquiátricas. Entre as três famílias escutadas, apenas essa afirmou ter recebido alguma ajuda de fato e ter transformado sua percepção acerca da situação conflituosa que lhe gerava sofrimento.

Essa familiar conta que passou a entender o que lhe foi explicado no primeiro atendimento na Defensoria Pública acerca da complexidade da problemática e que uma internação psiquiátrica não daria conta de dar o suporte necessário e esperado. Sobre o que mudou na sua percepção, com as palavras dela: “eu não sabia que tinha essa doença dele ficar atacado e depois melhorar”, “eu não sabia que o médico podia ir lá em casa, ficar com ele...Foi muito lá em casa, saia com ele (...) Ficava o dia todo lá em casa”, “Ele agora tá mais calmo, bem melhor. ”, “eu converso com ele quase normal agora. ” Ela conseguiu uma vaga através da Defensoria para interná-lo no

Hospital Especializado em Saúde Mental Mário Leal, mas com o suporte e orientação do PIC ela conseguiu “negociar” com ele para que não fosse internado, mas “parasse” de beber. Ela afirma que ele “bebe um pouquinho” atualmente. Ele está sendo acompanhando por um CAPS na região onde está morando e a família (essa cunhada e o pai foram referidos) vão lhe visitar com alguma frequência.

Esse caso foi o mesmo que referi anteriormente em que ela dizia que ele “não aceitava [tratamento]. Não aceitava de jeito nenhum” e que ela queria denunciá-lo em uma delegacia para que ele ficasse “15 anos na cadeia pra pagar o que ele tá me devendo”.

Paradoxalmente, o mesmo serviço que havia a encaminhado para a Defensoria para que solicitasse internação compulsória foi o que os acolheu posteriormente. Vê-se que dentro do mesmo serviço existem muitas linguagens e perspectivas distintas coexistindo em uma constante disputa.

Temos aí um exemplo de prática antimanicomial, pois além de evitar a internação psiquiátrica diante da disponibilidade de um leito, foi possível oferecer suporte à crise, intervir no território, rearranjar os laços familiares e trabalhar no âmbito informativo com a principal cuidadora naquele momento, a cunhada.

Lobosque (1997, p. 29) alerta para a proposta de uma urgência sem manicômios e diz:

(...) não se trata de funcionar como um pequeno centro de excelência, atendendo uma dúzia de belos casos clínicos e fechando a porta para o grosso da demanda quando toda a esquipe estiver de agenda cheia; a proposta é que o serviço dê conta de haver-se com os distúrbios psíquicos graves da região que referencia.

De acordo com a autora, o fim do hospital psiquiátrico como “baluarte de todo um paradigma” (LOBOSQUE, 1997, p. 28) é condição necessária para a efetivação dessa nova proposta de cuidado em saúde mental, mas o fim do hospital psiquiátrico enquanto instrumento de dominação não é suficiente para subvertê-la.

Por fim, deixo uma questão que me surgiu durante a elaboração deste trabalho: podemos de fato dizer que a Defensoria Pública realiza internações compulsórias, já que apesar de a justiça garantir o leito psiquiátrico ela não se responsabiliza pelo acesso concreto a ele? Se o sujeito recusa a internação e esta se realizará de forma involuntária ficará a cargo da família obrigá-lo, geralmente pelo uso da força, a se

dirigir até o hospital psiquiátrico. De todo modo, ainda que não seja o responsável pelo caráter compulsório, o judiciário como um todo é ao menos cúmplice desse processo.

No percurso dessa cartografia foram identificados alguns vetores que direcionaram as famílias entrevistadas a buscarem a internação compulsória como solução de uma complexa problemática em saúde mental: intenso sofrimento psíquico por parte do familiar, por onde perpassa uma demanda de afastamento, supostamente para alívio da sobrecarga emocional, associado a ausência ou fragilidade de suporte dos serviços substitutivos à crise, à comunidade e às famílias; pânico moral em torno das drogas associado a um imaginário social em torno da internação como possibilidade de tratamento eficaz por interditar a relação do sujeito com a droga. Diante desse quadro, as famílias buscaram por ajuda no judiciário em forma de pedido de internação compulsória, talvez menos para o outro do que para si próprias.

Considerações finais

Utilizamos alguns referenciais teóricos para tratar das questões em torno da judicialização da saúde, das implicações legais em jogo na internação compulsória, da reforma psiquiátrica, da família, do campo de álcool e outras drogas e, por fim, da construção social da demanda por internação a fim de articular os achados nas entrevistas com a literatura na tentativa de cartografar os pedidos por internação compulsória.

Deixo algumas reflexões que se abrem a partir desse trabalho, pois o movimento é mais de expansão do que de conclusão. Caberia acrescentar nessa cartografia uma pesquisa em campo nos serviços substitutivos referidos, entrevistas com os profissionais de referência, a fim de conhecer a perspectiva deles acerca do caso, da Reforma, da crise, da internação e de compreender os jogos de forças instituintes e instituídas que se dão nesses serviços, tendo em vista que chamou a atenção uma redução à medicina - consultas médicas e dispensação de medicamentos - das propostas de cuidado dos CAPS referidos. Ainda ficaria mais rico sendo possível entrevistar os verdadeiros sujeitos, em última instância, da pesquisa. Aqueles que são objeto dos pedidos, do cuidado, dos olhares, para quem se pede a intervenção.

Ademais, alguns pontos podem ser melhor explorados como a relação entre o uso e abuso de drogas e outros transtornos mentais e o pedido pela internação

compulsória, já que coincidentemente (ou não) todos os casos tratados aqui apresentavam quadros psicóticos graves. Pode ser interessante também um levantamento sobre o perfil desses pedidos, talvez pela própria Defensoria Pública abordando quais as drogas mais frequentes envolvidas nesses casos, os serviços buscados anteriormente, a origem do encaminhamento.

Por isso deixo como sugestão que se mantenha o acolhimento a essas famílias na Defensoria e Ministério Público por uma equipe especializada em saúde mental, já que sabemos que há demanda suficiente para constituição de tal equipe, porém com vistas a outros encaminhamentos que não o jurídico. Durante o período que realizei esses atendimentos, fiz um exaustivo trabalho de escuta das famílias, acolhimento, contatos telefônicos com os serviços de referência (coordenadores, psiquiatras, técnicos de referência) a fim de questionar o encaminhamento e solicitar a responsabilização deles pelo cuidado, reuniões com a área técnica de saúde mental da secretaria municipal de saúde, participação no Grupo de Trabalho da RAPS, entre outros. Infelizmente esse não é o fluxo padrão. Aposto também na judicialização de causas coletivas, exigindo que a política de saúde mental seja efetivada e haja um benefício da população como um todo e não em casos individuais.

Fica clara a necessidade de fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial em Salvador em vários aspectos. Atualmente contamos somente com três CAPSad em um município com população estimada em 2.921.087 habitantes, de acordo com último censo do IBGE. Apenas um deles em modalidade de funcionamento 24h que nesse momento está voltando a funcionar na modalidade II, diurno e sem leitos de retaguarda. Contamos com a Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti e com o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, ambos vinculados à Universidade Federal da Bahia, que oferecem relevante suporte na área de álcool e outras drogas com atendimentos ambulatoriais, atividades de formação, projetos e atividades extramuros. Contudo, ainda assim é uma rede muito precária e insuficiente.

Outra questão suscitada por esse estudo é: qual a dificuldade em fazer uma clínica antimanicomial? Para ser antimanicomial é preciso que de fato se substitua o hospital psiquiátrico, para tanto é necessário que esses serviços pretendidos substitutivos cuidem da crise.

Ferigato, Campos e Ballarin (2007) tratam de algumas questões que estão em jogo na atenção à crise. As autoras sinalizam para a importância da postura de suporte

do profissional em saúde mental, “apresentar-se como uma pessoa benigna, interessada, disponível e participante” e a importância da escuta: “ao oferecer a escuta, criamos a demanda, o sujeito se dispõe a se abrir e a ser ajudado. ” (Dolto, 1983, apud Sterian, 2000 apud Ferigato, Campos e Ballarin, 2007).

Oliveira (2013, p. 94) trata da importância do vínculo na saúde mental e como este pode transformar o discurso comum de “não aceita tratamento”. Ele diz:

Quando nos dispomos diante de outro ser humano numa posição de abertura, receptividade, boa vontade e não julgamento, produzimos automaticamente uma resposta relacional desse sujeito. São poucos os humanos que se mantêm insensíveis diante de alguém que proponha: “Eu estou aqui à sua disposição, aberto para te ouvir, não farei julgamento e partirei do que você me disser para poder agir”. Essa postura cria laços independentemente da vontade, pois é inerente à humanidade constituir vínculos. Essa receptividade é uma ferramenta com enorme potencial. Perguntam-me se ela seria efetiva no caso do Fernandinho Beira Mar. Eu respondo que sim, até para o Fernandinho Beira Mar. É preciso ter paciência e achar o ponto de enlaçamento a fim de que o outro ceda à disposição para o vínculo. Laço social é a disposição para encontrar o outro.

O que há é que a proposta para assumir tal postura não se reduz a uma ação simples, é um desafio e exige desejo e muito investimento do profissional. A escuta é difícil, a presença é pesada, a angústia do paciente mobiliza as questões conscientes e inconscientes do profissional e é necessário dar conta de tudo isso.

Ferigato, Campos e Ballarin (2007) apontam para alguns recursos institucionais necessários para o atendimento à crise e considero esse levantamento de extrema relevância. Elas elencam: recursos financeiros e materiais a fim de possibilitar um suporte 24h do serviço; condições arquitetônicas antimanicomiais conciliando humanização e segurança; leitos para retaguarda proporcionando que na crise se mantenham os mesmos profissionais com quem é vinculado e contato com pessoas do seu convívio; papel da gestão a fim de viabilizar tecnicamente a reforma através de matriciamentos, equipes de referência, supervisões, treinamentos e outros; espaços de interlocução entre os profissionais de modo a dar consistência à equipe e possibilitar lidar com o mal-estar comum à clínica da crise; uma rede de suporte extra CAPS não só em saúde como articulando outras áreas tão fundamentais quanto como

esporte, cultura, assistência social, considerando o fortalecimento dos laços sociais e afetivos; e recursos humanos. Deixei este por último, pois gostaria de destacá-lo.

As autoras ressalvam a necessidade de uma equipe interdisciplinar capacitada e treinada e citam Lobosque (2001) ao falarem em "descentrar espaços" para se referir à desmistificação do lugar central do psiquiatra no tratamento. Segundo Saraceno et al. (2001 apud FERIGATO, CAMPOS e BALLARIN, 2007, p.39): "cada decisão de uma intervenção farmacológica deve estar incluída dentro de uma estratégia geral que tem em seu centro o projeto terapêutico singular do usuário e não a simples eliminação dos sintomas".

Diante dos caminhos percorridos, destaco a necessidade dos serviços que se pretendem substitutivos aos hospitais psiquiátricos fazerem o movimento de adequação das suas ofertas às demandas do público a que atendem, ao invés de esperarem pelo contrário, que os usuários se formatem ao modelo rígido de cuidado que oferecem. "No tratamento para os transtornos mentais, a densidade tecnológica necessária para atender a crise está, substancialmente, centrada no saber de natureza técnica sobre as relações intersubjetivas, dessa forma, prescinde-se de hospitais e leitos. " (SILVA, 2009, p.12).

Merhy (2012) alerta para um risco eminente da internação compulsória indiscriminada se tornar a única opção de cuidado para os desviantes do desejo. Risco que se agrava diante da possibilidade de os serviços substitutivos estarem reproduzindo a lógica manicomial a despeito de terem sido criados com o propósito de inovarem no cuidado em saúde mental.

É imprescindível não perder de vista o caráter político e ético do nosso exercício profissional em qualquer espaço, nos questionar a quem estamos servindo, que demanda estamos atendendo, quais necessidades satisfazendo, que sociedade construindo. A Reforma Psiquiátrica que comporta a cidadania, que constrói uma sociedade mais justa e humana e que está afinada com a ética do sujeito é Antimanicomial.

Referências Bibliográficas

AMARANTE, P., GIOVANELLA, L. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. In: AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 113-148.

ASENSI, F. D. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde**. Physis,** Rio de Janeiro, vol.20, n.1, p. 33-55, 2010.

BAPTISTA, T. W. F.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes**. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 14, n. 3, p. 829-839, mai. /jun. 2009.

BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 6. ed., Belo Horizonte, MG: Editora FGB/IFG, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Lei n. º 10216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Lex-**Legislação em Saúde Mental 1990-2004, Brasília, 5.ed. amp., p. 17-19, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. º 336, de 19 de fevereiro de 2002. Atualiza normas constantes da Portaria MS/SAS n. º 224, de 29 de janeiro de 1992 e estabelece os centros de atenção psicossocial nas modalidades CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. **Lex**- Legislação em saúde mental: 1990-2004, Brasília, 5. ed., Ministério da Saúde, p. 125-36, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Ministério da Saúde – Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos Depois de Caracas. Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança de modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, janeiro de 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS; 2011.

BURKE, P. **História e teoria social.** 2. ed., São Paulo: Editora Unesp, 2012.

CASTRO, M. Com reforma, número de leitos psiquiátricos no SUS diminuiu 40%. **EBC Agência Brasil,** Barbacena-MG, 22 de ago de 2015. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2015-08/com-reforma-numero-de-leitos-psiquiatricos-no-sus-diminuiu-40-em>. Acesso em: 15 nov 2015.

CFP - CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Documento de Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogas (os) em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas**. Brasília: CFP, 2013.

DOMANICO, A. **Craqueiros e cracados: bem vindo ao mundo das nóias – Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil.** 2006. 220 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, 6(1), 2007, p. 31-44.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Construção Social da Demanda.** 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2010, p. 183-195.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas de população 2015**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=29&search=bahia>. Acesso em: 25 set. 2015.

L'ABBATE, S. Análise institucional e saúde coletiva: uma articulação em processo. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (Org). **Análise Institucional & Saúde Coletiva.** 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 31-88.

LOBOSQUE, A. M. Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.16, no.12, p. 4590-4592, dez. 2011.

_____. Pelo fim próximo do hospital psiquiátrico. In: **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos**. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 25-31.

LUBISCO, N. M. L., VIEIRA, S. C., SANTANA, I. V. **Manual de estilo acadêmico: monografias, dissertações e teses.** 4. ed. Salvador: EDUFBA, 2008.

LUZIO, C. A. Atenção psicossocial e psiquiatria biológica: uma trajetória histórica. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (Org). **Análise Institucional & Saúde Coletiva.** 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 471-509.

MERHY, E. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas e cidadania em debate.** Brasília: CFP, 2012, p. 43-52.

MOREIRA, C. **Reunião promovida pela Defensoria discute internação compulsória na Bahia e fortalecimento da Rede**. 24 jan 2013. Disponível em: <http://www.defensoria.ba.gov.br/portal/index.php?site=1&modulo=eva_conteudo&co_cod=8113>. Acesso em: 15 nov 2015.

NASCIMENTO, M. L.; TEDESCO, S.; Análise institucional e cartografia: efeitos de contágio. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (Org). **Análise Institucional & Saúde Coletiva.** 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 597-606.

NERY FILHO, A. Entrevistas. In: NERY FILHO, A. et al (Org.). **Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas.** 1. ed. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2009, p. 283-305.

OLIVEIRA, M. V. População de rua e consumo de drogas: vulnerabilidades associadas. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas, direitos humanos e laço social.** Brasília: CFP, 2013, p. 84-98.

_____. As internações, as drogas e a lei. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas e cidadania em debate.** Brasília: CFP, 2012, p. 43-52.

RIBEIRO, V. B.; TRANQUILLI, A. G. **Tecnologias psicossociais de cuidado para usuários abusivos de álcool e outras drogas**. Trabalho apresentado no 11. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Goiás, 2015.

SILVA, M.V.O. Psicose e ressonâncias sociais. In: **Rev. In-Tensa. Ex-Tensa**. Salvador-Ba: UFBA, Ano I, n. I, p. 52-69, jul. 2007.

_____. **Transtorno mental, Família e Reforma Psiquiátrica: dinâmicas subjetivas e tecnologias de cuidado.** 2009. 63f. Projeto de pesquisa – Laboratório de Estudos Vinculares e Saúde Mental/ Universidade Federal da Bahia, 2009.

SKROMOV, D. Internações: Aspectos jurídicos, políticos e sua interface com a saúde mental. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas, direitos humanos e laço social**. Brasília: CFP, 2013, p. 157-168.

VIANNA, F.A.F. **A Influência da Mídia na Formação da Política de Drogas**: O caso dos Estados Unidos da América. Brasília: Conteúdo Jurídico, 2014.

O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO COMO DISPOSITIVO CLÍNICO DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Jamille Porto Dias

Kueyla de Andrade Bitencourt

INTRODUÇÃO

Com o objetivo de contribuir com discussões sobre estratégias de intervenção na área de saúde mental, este relato de experiência apresenta e problematiza a ‘’clínica’’ do Acompanhamento Terapêutico (AT) como uma possibilidade singular do cuidado ofertado à saúde mental na atenção psicossocial. A experiência surgiu como proposta de Estágio Curricular Profissionalizante do nono período do curso de Psicologia da Universidade Federal da Bahia – Campus Anísio Teixeira, que aconteceu no semestre de 2014.1, o grupo de estágio propôs para a equipe do Centro de Atenção Psicossocial, tipo II (CAPS II), de uma cidade da região sudoeste da Bahia, realizar o AT neste serviço, considerando-o como um potencial dispositivo de intervenção terapêutica que envolve o sujeito em sua dimensão subjetiva, social e existencial, com a perspectiva de desinstitucionalização terapêutica, inclusão e ressignificação do usuário dentro de seus espaços de convivência, além disso como articulação de projetos terapêuticos, prestados aos usuários do CAPS, centrados na atenção psicossocial juntamente com a rede de políticas públicas no município.

Para Muyalert (2006) problematizar o AT significa, também, considera-lo na perspectiva do campo clínico, cujas intervenções se dão a partir das criações produzidas nos encontros, nas vivências partilhadas, nos vínculos e relações construídas entre o acompanhado e sua rede social. Logo, o AT como dispositivo clínico utiliza-se dos recursos e potenciais disponíveis no cotidiano do sujeito para ofertar e ampliar as possibilidades de cuidado, desinvestindo de uma clínica curativa e adaptativa e investindo na reconstrução da existência. (ESTELLITA-LINS; OLIVEIRA; COUTINHO, 2009)

Sendo assim, discussões sobre o acompanhamento terapêutico como uma possibilidade de cuidado e intervenção à sujeitos acompanhados por serviços de saúde mental, perpassam pelos argumentos apresentados por Gruska e Dimenstein (2015), de

acordo com os autores, se o cuidado em saúde mental está relacionado ao aumento do grau de autonomia pessoal, funcionamento psicossocial e integração comunitária de usuários, logo o AT, como um dispositivo de ampliação das possibilidades de circulação na cidade e de estruturação da vida cotidiana, auxilia tanto a evitar o isolamento, o abandono, a cronificação e a institucionalização quanto pode contribuir para o modelo psicossocial de cuidado e para a consolidação e garantia dos direitos dos usuários com transtornos mentais.

Para que se possa fazer cumprir o objetivo principal deste escrito, que é relatar a experiência do acompanhamento terapêutico no campo da saúde mental, é necessário discutir e problematizar sobre o que pôde ser observado na convivência mais próxima do cotidiano do CAPS's, bem como o que propõe o acompanhamento terapêutico, na perspectiva de clínica ampliada.

O CAPS E O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO COMO DISPOSITIVO CLÍNICO

Lancetti (2011), relata que com o fechamento do hospital psiquiátrico, os pacientes mudavam ao transpor a porta do hospício, entre o dentro e o fora, a saída e a entrada no hospital, as andanças pela cidade constituíam novos *settings* altamente férteis para a produção de subjetividade e cidadania. Nessa desmontagem manicomial, avivava-se a interação do sujeito com o coletivo, com a comunidade, com a cidade e seus movimentos, além, da ativação de dispositivos em saúde mental que provesse o viver fora do hospício.

De acordo com a Portaria nº 336/02, do Ministério da Saúde, o CAPS assume o papel de regulador da porta de entrada na saúde mental e de coordenador do cuidado na rede ao indivíduo com transtorno mental severo e persistente (Brasil, 2002). O plano dos CAPS promete o tratamento e a reabilitação psicossocial, e o trabalho deve estar em consonância com questões de ordem social presentes no cotidiano dos usuários. Por isso, esse projeto deve desenvolver-se inserido em uma clínica ampliada e centrada no sujeito (ONOCKO- CAMPO; FURTADO, 2006); além disso, deve alinhar-se aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando garantir acesso, integralidade e resolutividade na atenção prestada. Como afirma Pitta (2001), a assistência em saúde mental propõe a descentralização da atenção, através da interdisciplinaridade e da

intersetorialidade, vinculando o conceito de saúde mental aos conceitos de cidadania e de produção de vida.

A posição original dos CAPS é de atender de portas abertas o que o hospício atendia de portas fechadas, entretanto não se pode negar que alguns desses centros ainda se encontram perdidos na operacionalização de seus propósitos.

Estudos e vivencias no CAPS revelam as falhas de um serviço burocratizado, centralizado em si, com pouca abertura para o território e cronificante. Foi possível perceber, com a experiência no CAPS, de um município de médio porte na região sudoeste da Bahia, uma relação verticalizada entre profissionais do serviço, os usuários e os familiares, o CAPS funciona do seguinte modo: o usuário chega ao serviço, é acolhido, encaminhado para o psiquiatra, é encaixotado nosologicamente e receitado, o plano terapêutico é enquadrá-los às especialidades e modelos terapêuticos estagnados, as oficinas e os grupos viraram tarefas rotineiras, tornando-se dispositivos de ocupação do tempo, sem perspectivas de atividades que pulem os muros institucionais e explore a cidade, o território. Além disso, a burocratização de suas práxis não acompanha certa errância temporal e espacial dos usuários de saúde mental.

Pergunta-se: Cadê o serviço estratégico de saúde mental, com a proposta de uma atenção que abarque no tratamento dimensões psicossociais e de inclusão social? Em que as ações deveriam contemplar o sujeito de forma integral, abrangendo diferentes áreas como assistência social, atenção básica à saúde, educação, cultura, em uma prática intersetorial? Ao que parece esses ideais estão no papel e a realidade local é outra. Como afirma Liberato (2009), ainda não dispomos de uma rede ágil, flexível, resolutiva, em que o trânsito dos usuários seja facilitado e o mesmo seja acolhido em suas diferentes demandas.

De acordo com Barros (apud ACIOLLI NETO; AMARANTE, 2013, p. 968), existem três “ordens de cronicidade”: 1) as novas cronicidades dos pacientes que se tornam usuários-pacientes, pois estão e/ ou são postos de forma passiva frente ao desafio de produzir outra subjetivação, e o estigma dos pacientes psiquiátricos; 2) a cronicidade dos modos de gestão, observada na dificuldade de a formação permanente ser aliada às práticas dos serviços, de modo que as marcas da segmentarização, dos especialismos e da centralidade (não territorialização das práticas nos contextos diversos) da formação

sejam superadas; 3) a cronicidade que se produz devido à inexistência ou à fragilidade de uma efetiva rede de atenção em saúde e, em especial, em saúde mental, que se verifica na existência desorganizada de várias portas de entrada e na falta de portas de saída.

Tendo em vista, esses ‘’ buracos’’ observados na atenção psicossocial prestada pelo CAPS II, foi proposto como atividade de estágio para essa instituição a modalidade clínica[3] de Acompanhamento Terapêutico, a fim de se fazer cumprir um dos ideais originais do CAPS, a abertura ao território, a cidade, e potencializar em seus usuários experiências terapêuticas para além da instituição, explorando a produção de subjetividade do sujeito em contextos familiares, territoriais, culturais e sociais. Um CAPS terapêutico e descronificado abre-se ao território geográfico, mas também ao território existencial do sujeito, a navegação por espaços e tempos de produção da saúde mental. (LANCETTI, 2011).

Estellita-Lins, Oliveira e Coutinho (2009), afirmam que o CAPS, enquanto equipamento coletivo de saúde mental, estabelece cuidados extrahospitalares, nos quais a atenção aos usuários, a escuta diferenciada e o trabalho terapêutico multiprofissional ocupam lugar de destaque. Sendo assim, os autores defendem que a inserção do AT no debate sobre esse serviço é necessária, ao considerar sua contribuição clínica, auxiliando na construção social de novas formas de cuidado e intervenção com a experiência do sofrimento psíquico baseados na liberdade, na autonomia e no exercício de direitos. (GRUSKA; DIMENSTEIN, 2015)

Com essa proposta, o acompanhante terapêutico se apresenta como um ator que leva o cuidado ao sujeito fora dos muros institucionais, atuando no percurso de suas vidas, em sua relação com o mundo. O seu trabalho constitui uma ação relevante que pode articular a atividade dos CAPS, da atenção psicossocial para o contexto cotidiano de seus usuários, amenizando, inclusive, possíveis efeitos de novas cronicizações.

A partir de ações de resgate da cidadania, por meio da vivência partilhada das práticas cotidianas, o Acompanhamento Terapêutico constrói formas de cuidado que se

[3] Emerim (2009) discute clínica como klinikós ou como clinamen. A klinikós, relaciona-se àquele que assiste junto ao leito (kliné), relegando passividade e dependência (do saber, do atendimento) àquele que recebe a assistência. Já

“Clinamen’’, enquanto clínica, pode ser entendida como ‘’ movimento mesmo de desestabilização a partir do qual, no momento a seguir, nossa história e a natureza encontram uma nova composição, uma nova forma de relação” (MÜLLER–GRANZOTTO; 2007, p. 21 apud Emerim; 2009 p.1). É a ‘’ clinamen’’ que norteia melhor a clínica do AT.

apoiam na singularização do sujeito. Essas ações envolvem o indivíduo em sua dimensão subjetiva, sem demarcações de territórios e fragmentação dos saberes e das práticas. (FIORATI, 2006)

Com essa perspectiva, o AT operacionaliza-se ao acompanhar o sujeito em sua vida cotidiana, não só os observando e intervindo nos espaços institucionais, mas participando ativamente e compartilhando de momentos que acontece no encontro com o sujeito em suas vivências, em suas relações subjetivas e nas construções simbólicas com os espaços e as pessoas com as quais convivem, pois esse contato possibilita ao acompanhante o reconhecimento dos diversos recursos que mobilizam como parte da estratégia de vida e de organização do acompanhado, promovendo o cuidado e experiências terapêuticas.

O *setting* clínico do AT afasta-se dos enquadres dos consultórios tradicionais (GRUSKA; DIMENSTEIN, 2015), ou seja, sua intervenção busca a rua, a cidade, o lar/domicílio, o local de trabalho (ESTELLITA-LINS; OLIVEIRA; COUTINHO, 2009) e sua práxis nada mais é do que o ‘’ flanar’’, como diria Palombini (2009), ou seja, o transitar pela cidade, andar, mover-se pelos espaços de significações, com pacientes em sofrimento mental. O acompanhante terapêutico, é aquele que ‘’ conduz a uma travessia pela cidade, não somente a física, mas também, pela cidade que habita em nós’’ (PALOMBINE, 2008), na medida em que somos constituídos por relações subjetivas e construções simbólicas, ao conectarmos com pessoas, atividades e locais, sem dúvidas, provoca uma experiência por vezes, maior do que a que acontece entre quatro paredes da clínica tradicional. Além de comunicações e descobertas durante o processo terapêutico.

Nesse sentido, o AT é uma clínica em movimento e dos encontros. Levando em consideração que a vida pulsa não somente no quadro psiquiátrico do sujeito, mas também nas ruas, nas praças, em casa, numa instituição de saúde, enfim, em vários

ambientes existenciais, e é por isso que a clínica não deve se ater somente ao discurso do passado ou a idealização do futuro. A clínica ampliada do AT propõe-se a acontecer no encontro com a abertura de espaços terapêuticos e na experimentação de momentos com potência afetiva e singular, capazes de proporcionar no indivíduo novas formas de subjetivação.

É certo que a clínica lida com composições de vida e fluxos de existência tanto do terapeuta quanto do sujeito que a procura. Logo, ela é composta pelas afecções e afetos que nela surgem através do encontro mediado pela potência de afetar e ser afetado positiva ou negativamente, e é sobre esses aspectos que a clínica intervém. (PASSOS; BENEVIDES, 2005)

Portanto, a discussão da clínica ampliada vai muito além da classificação dos sintomas, ela problematiza e ressignifica o que gerou o sofrimento agenciando os afetos e os conteúdos que compõem o sujeito.

A EXPERIÊNCIA ...

Na experiência relatada neste escrito, como atividade de estágio supervisionado, o acompanhamento foi realizado em dupla, por um período de três meses no primeiro semestre de 2014, com um encontro semanal e junto à uma família de quatro membros: a sra. M., o sr. J. e seus dois filhos adolescentes, a B. e o C., todos são acompanhados pela rede de políticas públicas do município. Eles moram em uma comunidade de remanescentes de quilombo na zona rural.

Ao folhear o prontuário de M. no CAPS, vimos que ela é acompanhada pelo serviço há aproximadamente quatro anos e enclausurada pelos CID's F20: esquizofrenia paranoide e F29: deficiência mental não especifica. Já o J., embora faça uso de medicamento psiquiátrico, não tem claro no prontuário a justificativa para o uso. Os adolescentes, são acompanhadas pelo Centro de Atenção Psicossocial Infantil e Adolescente (CAPSia), ambos diagnosticados com Retardo Mental grave, e inseridos na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Os membros da família não participam de nenhuma atividade terapêutica dos CAPS's, a intervenção do serviço restringe-se à conduta psiquiátrica e medicamentosa. São referenciados ,porém pontualmente assistidos, pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), localizado no Centro da cidade.

O primeiro passo ao encontro da família foi através de visita domiciliar, em companhia de uma profissional do CAPS II para mediar este primeiro contato e nos apresentar aos membros e ao contexto familiar. Além de comprometimento na saúde mental, a família encontra-se em situação de extrema vulnerabilidade social, e vive em condições precárias de habitação, segurança, sanitárias e higiene. Este primeiro contato, despertou um sentimento de tristeza e piedade, além de uma inquietação sobre como seria possível mediar uma relação terapêutica com um discurso desorganizado e perdido no tempo. Entretanto, ao longo dos encontros foram se revelando novas formas de redimensionar o sujeito terapêutico, numa experiência dialógica de afetos e aprendizagens.

A cada viagem até a casa da família surgiam questionamentos, como: será que eles vão estar em casa, como combinamos? Como estão eles hoje? O que pretendemos fazer, será que vai dar certo? E isso faz parte do AT, estar aberto ao devir, ao inesperado, é deixar que se desenhe o projeto terapêutico mais afinado com as singularidades de cada caso, adequando os *settings* desenhados para cada caso. (EMERIM, 2009). Isso não significa que o AT seja uma prática carente de propósito clínico ou exercida sem planejamento, mas acontece sob diversos pretextos – consulta no posto de saúde, abertura de conta em banco, visita a algum parente ou um simples passeio pela rua, arrumar uma casa, cozinhar. (GRUSKA; DIMENSTEIN, 2015)

As atividades realizadas durante o estágio puderam ser reconhecidas em dois pontos: Articulação dos serviços de atenção à saúde assistência social, estas ações tiveram como objetivo procurar e reativar os dispositivos de atenção básica e estratégica à saúde, de proteção social especializada, de educação especial e regular, e de espaços da sociedade civil, para que assumissem a corresponsabilização e o compartilhamento do cuidado e da assistência à família. O outro ponto foi as vivências cotidianas partilhadas junto à família, com andanças pelos territórios existenciais dos sujeitos, com o compartilhamento do dia a dia, com vivências de atenção, afeto, compreensão e produção de intervenções a cada encontro.

Diante das visíveis demandas sociais da família foi traçado, à princípio, um plano de articulação assistencial e o primeiro passo foi discutir a questão da habitação da família, junto ao CREAS Central. É perceptível e houveram relatos da equipe do CAPS

e de membros da comunidade de que as condições de risco e deterioração da moradia é um fluxo adoecedor para M., quando entra em crise ela sinaliza as condições da casa.

Entendendo a relevância das ações em saúde mental aliadas à Atenção Básica através do Programa de Saúde da Família, foi realizado diálogo com a equipe da Unidade de Saúde da Família e com a Agente Comunitária de Saúde, responsável pela área de abrangência, com o objetivo de buscar informações a respeito do trânsito e a cobertura da família na atenção básica, além de reafirmar a importância do fortalecimento de vínculos comunitários, convidando-os a atuar ativamente neste processo de consolidação de vínculos e referências para a família. Essa aliança possibilita uma referência e uma contra-referência entre os serviços de saúde e de saúde mental, ambos da mesma política pública, o SUS (Sistema Único de Saúde). (LANCETTI, 2011)

A parceria dos profissionais que atuam nos CAPS para a ação conjunta com os profissionais do PSF, recoloca-os no território, estimulando uma ação terapêutica mais eficaz, visto que o território é composto por campos existenciais do sujeito, como relações de afetos e de significados. (LANCETTI, 2011)

Além da família ser assistida pelas instituições do setor público, integram também instituições privadas de interesse público da sociedade civil, como a APAE, que se constitui como importante dispositivo de caráter educacional. Logo, em contato com profissionais da instituição, foi colocada a importância de fortalecer a participação social da família, propiciando uma maior vinculação dos adolescentes aos momentos e serviços ofertados pela APAE.

Ao procurar uma instituição de educação mais próxima da comunidade para propiciar um contexto de socialização e garantia de direitos ao ensino regular para as crianças, deparamo-nos com entraves e discursos de profissionais com pouca habilidade em lidar com as peculiaridades inerentes à educação especial e que se opuseram à matricula dos adolescentes, justificando falta de recursos para receber adolescentes que exibem comportamentos agressivos e dificuldades severas de aprendizagem. Nessas situações, o acompanhante deve posicionar-se ‘’a questionar e desnaturalizar as categorias psiquiátricas que amoldam a loucura nas noções de periculosidade, defeito e incapacidade.’’ (BASAGLIA, apud GRUSKA; DIMENSTEIN, 2015, p. 118)

Uma iniciativa muito relevante foi a procura da Associação Quilombola da região para inclusão da família. Para além dessas questões assistenciais propiciadas pela Associação, esta inserção possibilita o desenvolvimento de autonomia da família na garantia e afirmação de seus direitos, inserindo-se em um grupo social no qual há identificações e interesses em comum. Além disso, a instituição traz em sua essência aspectos culturais e indentitários da população quilombola, e a participação nela traz possibilidades de melhoras no quadro de sofrimento psíquico dos membros da família, a partir de vinculações sociais, de encontros, de diálogos e de referência social na comunidade. Assim, a família poderá dilatar um sentimento de pertença e troca de afetos para além de sua estrutura nuclear. São palavras ímpares para o AT, resgatar, preservar, fortalecer e/ou (re)criar, a relação do acompanhado com os espaços e com as pessoas, possibilitando-lhe o acesso a um maior grau de autonomia, desenvolvimento de sua cidadania, participação política e integração ao território. (EMERIM, 2009)

Estas ações foram idealizadas no intuito de procurar e construir junto com a família, a articulação entre os diversos dispositivos de caráter privado e público, dada a importância da interlocução entre estes seguimentos, buscando uma intersetorialidade triangular: saúde-educação-assistência psicossocial na garantia de direitos dos membros.

Em relação às vivências partilhadas nas práticas cotidianas, pode-se reafirmar que a intervenção clínica do acompanhamento terapêutico acontece no encontro, no acompanhar o sujeito em sua vida cotidiana, não só observando de fora, mas participando ativamente e compartilhando de momentos do dia-a-dia, a partir da observação e do envolvimento com atividades corriqueiras, como afazeres domésticos, higiênicos, de lazer, até a atividades de maior complexidade tal qual o auxílio ao desenvolvimento de habilidades e competências para resolução de problemas, para o manejo e consumo responsável da medicamento, para a vida diária, para habilidades sociais e de comunicação, de autonomia, de autoestima, e a introdução de mudanças no ambiente em que vive. Sempre identificando os interesses e as potencialidades do sujeito, considerando-o como ator protagonista na construção da intervenção e do cuidado, com a partilha de saberes e habilidades entre acompanhado e acompanhante.

A própria comunidade na qual eles vivem se apresenta como um dispositivo terapêutico, tendo em vista que o processo de subjetivação vai além dos limites

individuais, e que acontece numa experiência coletiva do sujeito com outros afetos, afecções, pessoas, formas sociais, movimentos, espaços, enfim, todos os aspectos constituintes da existência humana. (PASSOS E BENEVIDES, 2005).

Sendo assim, a busca pela família ampliada que mora próximo à eles, possibilitou conhecer a história dessa família, o diálogo com estes e com os vizinhos foi importante para coloca-los como parceiros no cuidado e assistência à família. Como afirma Gruska e Dimenstein (2015), o AT viabiliza o mapeamento dos relacionamentos familiares e afetivos, das redes sociais e dos padrões de interação a partir dos quais ele organiza suas estratégias de subjetivação, bem como seus modos de pertencimento social.

Momentos de descontração e diversão com a família, como a realização de uma festa em comemoração ao São João, fez com que eles se inserissem na comunidade pelo aspecto simbólico desse signo cultural. Além disso, permitiram avaliar o quão importante é a aproximação interpessoal no AT, os afetos emergiram de forma espontânea pois compartilhávamos de um momento de reciprocidade e potências de vida, possibilitando uma nova forma de subjetivação para além do lugar de cuidado. Em consonância, os estagiários também foram afetados e naquele momento despia-se de qualquer sentido acadêmico, envolvidos em uma atmosfera que transcende qualquer nota de rodapé ou arcabouço teórico.

A cada ida à casa da família, um novo encontro, não se tinha um roteiro estático de intervenção, estas eram construídas à partir do encontro. E essa é uma característica flexibilizadora do AT, uma experiência passível de mudança a todo tempo, que exige novos ajustes a cada encontro (ou em um mesmo encontro), que só é possível junto ao acompanhado, em um campo de possibilidades que se arma a cada novo momento, a cada agora. (EMERIM, 2009)

Depois de encontros e desencontros, chegou ao fim a experiência singular como acompanhante terapêutico, carregada de experiências e afetos que potencializaram movimentos para ressignificar a existência e os fluxos de vida, ainda que com comprometimento de saúde mental, numa cartografia de sentidos existenciais do sujeito, traçando linhas de aberturas para o viver.

CONSIDERAÇÕES

Essa experiência proporcionou refletir sobre as inúmeras formas possíveis de ressignificar o enunciado do sofrimento psíquico, e o lugar do sujeito no campo existencial, institucional e social. A dimensionalidade do ser humano, ultrapassa qualquer padronização da subjetividade e afetos embotados pelo caráter classificador.

A proposta do AT possibilitou um contato com o usuário na sua forma mais essencial, sua existência mostrada por ele mesmo junto ao acompanhante que age como um facilitador de novos fluxos e processos de subjetivação. Têm-se no AT uma ferramenta potente que vai para além de compartilhar vivências, pois esta é apenas uma mola propulsora, mas chega na possibilidade de estar aberto a ressignificações.

Além disso, possibilitou conhecer e transitar pela rede de políticas públicas do município, como saúde, educação e assistência social, vivenciando mais de perto a organização, o funcionamento e o cotidiano do CAPS II. Embora foi possível o desfrute de momentos ímpares e de grande aprendizado tanto pessoal como de formação acadêmica, foram compartilhados também momentos de angústias, de frustração, de tristezas durante o estágio. Mas que certamente, serviram para o fortalecimento e o crescimento profissional.

Vale ressaltar que, a prática do acompanhamento terapêutico, enquanto proposta de clínica ampliada, não se configura, até então, como uma estratégia de intervenção consolidada e reconhecida na Política de Saúde Mental, como também pelo Conselho Federal de Psicologia. Este relato a apresentou como uma possibilidade estratégica de intervenção no campo de saúde mental. Fazendo-se relevante que outros profissionais, estudantes, pesquisadores, a comunidade acadêmica, os Conselhos Federal e Regional de Psicologia, experimente e produza relatos de experiência, pesquisas, referências técnicas, sobre a perspectiva de clínica ampliada em psicologia, bem como o acompanhamento terapêutico.

REFERÊNCIAS

ACIOLI NETO, Manoel de Lima; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. O acompanhamento terapêutico como estratégia de cuidado na atenção

psicossocial. **Psicologia, ciência e profissão**, Brasília, v. 33, n. 4, p. 964-975, 2013;

BRASIL. Ministério da Saúde. (2002). Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, DF, **Centro de Documentação do Ministério da Saúde**;

EMERIM, Marcele de Freitas; Clínica e Ética: portos (in) seguros do Acompanhamento Terapêutico. **Ensaio apresentado como requisito parcial de avaliação no curso de formação em Acompanhamento Terapêutico do Instituto de Psicologia e Acompanhamento Terapêutico de Santa Catarina – IPAT**. Florianópolis, abril de 2009;

ESTELLITA-LINS, Carlos; OLIVEIRA, Verônica Miranda; COUTINHO, Maria Fernanda. Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico**. Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, p. 195-204, Fev. 2009;

FIORATI, Regina Célia. Acompanhamento terapêutico: uma estratégia terapêutica em uma unidade de internação psiquiátrica. (Dissertação de Mestrado). **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2006;

GRUSKA, Viktor; DIMENSTEIN, Magda. Reabilitação Psicossocial e Acompanhamento Terapêutico: equacionando a reinserção em saúde mental. **Psic. Clin.,** Rio de Janeiro, vol. 27, n.1, p. 101-122, Julho 2015;

LANCETTI, Antônio. Fontes da Clínica Peripatética. In: _____. (Org.). **Clínica Peripatética**. 6ª edição, São Paulo, Ed. Hucitec, 2011. p. 19-37;

LANCETTI, Antônio. CAPS: Burocracia e Turbinação. In: _____. (Org.). **Clínica Peripatética**. 6ª edição, São Paulo, Ed. Hucitec, 2011. p. 39-52;

LIBERATO, Mariana; DIMENSTEIN, Magda. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v.1, n.1, p.1-10, 2009;

MUYLAERT, Marília Aparecida. AT como dispositivo clínico: uma perspectiva da esquizoanálise**. Psyche**, São Paulo, v. 10, n. 18, p. 109-114, set. 2006;

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, Mai 2006;

PALOMBINI, Analice de Lima. Utópicas cidades de nossas andanças: flânerie e amizade no acompanhamento terapêutico. **Fractal, Rev. Psicol**., Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 295-317, Ago. 2009;

PASSOS, Eduardo; BENEVIDES, Regina Duarte. Passagens da clínica. In: A. Maciel Junior, D. Kuperman & S. Tedesco (Orgs.), **Polifonias: clínica, política e criação**. Rio de Janeiro, 2005, Editora: Contra-capa.

O CUIDADO COM O CUIDADOR: UMA EXPERIÊNCIA NO CAPS IA DE VITÓRIA DA CONQUISTA- BA

Elder Jeferson da Silva
Kawanny Cambui Gomes
Ana Clara Santos Alves de Oliveira Freitas
Monique Araújo de Medeiros Brito

Introdução

Os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) são instituições que surgiram a no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira enquanto serviços substitutivos aos manicômios. Foram implantados a partir de 1987 e regulamentados pela portaria 336/2002, com propósito de acolher indivíduos com diferentes transtornos mentais e conflitos provenientes do uso de álcool e outras drogas, oferecendo atendimento por equipe multiprofissional à população, de modo a favorecer o bem-estar e melhor inserção desses indivíduos na sociedade brasileira. Assim, o CAPS foi divido em diversas categorias para atender às demandas populacionais de cada munícipio. Entre as classificações dos CAPS, está o CAPS I, que é direcionado a toda população de uma cidade de pequeno porte; o CAPS II que busca atender o público adulto especificamente em cidades de médio porte; o CAPS III que visa prestar serviços 24 horas, localizado em grandes cidades, o CAPS ad, que tem como público específico indivíduos provenientes de conflitos gerados por drogas lícitas e ilícitas e o CAPS ia (o qual será local de intervenção deste relato experiencial) voltado exclusivamente a crianças e adolescentes. Tendo em vista que são profissionais da saúde mental, estes têm suas funções ampliadas devido à complexidade de suas atuações, prova disso é que eles “estabelecem as parcerias necessárias com a rede de saúde, educação, e assistência social ligada ao cuidado da população infanto-juvenil” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p. 23). Considerando a rotina de cuidados estabelecidos no CAPS ia com crianças e adolescentes,é constatado como estes profissionais de saúde mental utilizam seu corpo subjetivo, ou seja, há um investimento não apenas de capital intelectual, mas uma disponibilidade física como uma das principais ferramentas de trabalho desses trabalhadores.Desse modo, é necessário existir a preocupação com a saúde integral do cuidador, entendendo o cuidado como uma atitude que envolve afeto, acolhimento, empatia, não se restringindo ao tratamento ofertado pelos

profissionais da instituição, incluindo um atendimento de atenção e zelo para com os usuários. Bianco (2015, p. 6). afirma que “profissionais que desenvolvem suas atividades em instituições de saúde, educação e assistência social vivem constantemente com a complexidade do cuidado ao outro, gerando um alto custo emocional, podendo desencadear situações de vulnerabilidade e sofrimento”. Este trabalho visa relatar uma experiência de intervenção com os profissionais do CAPS ia localizado no município de Vitória da Conquista/Bahia.Os discentes do curso de Psicologia da Universidade Federal da Bahia – *campus* Anísio Teixeira (UFBA/IMS-CAT), juntamente com sua orientadora foram a esse serviço visando propor aos profissionais e à gestão a elaboração de uma atividade que compõe o componente prático da disciplina Clínica Ampliada e Saúde Mental, com o intuito central de cuidar da saúde mental dos cuidadores.Considerando a importância da atuação dos profissionais para usuários e familiares do CAPS ia, estabelecemos o cuidar dos profissionais da saúde mental como ponto a ser discutido e trabalhado nos momentos disponibilizados por eles, sendo esta disponibilidade de uma hora semanal para execução de atividades propostas entre os discentes e os próprios trabalhadores.Inicialmente, foram programados onze encontros, do dia dezessete de março a vinte de maio de dois mil e dezesseis, porém, devido a dois feriados e dois imprevistos por parte da equipe do CAPS ia, os encontrosforam reduzidos a sete. O primeiro encontro foi marcado pela nossa apresentação, buscando nesse primeiro momento fazer um levantamento das principais demandas da equipe do CAPS ia. É interessante ressaltar que, no mesmo dia, as profissionais estavam recebendo a nova gerente. Relatamos o objetivo da nossa atividade e o motivo de escolhermos aquele local.O que chamou a nossa atenção no início foi o fato de que a equipe é composta apenas por mulheres, com exceção do agente de segurança patrimonial (que não participou das atividades propostas, por escolha própria). Pelo que foi relatado neste primeiro encontro, percebemos que as demandas delas eram grandes e diversificadas, pois observamos que estas demandas variavam desde problemas do ambiente de trabalho e se estendia a outros contextos sociais.Inicialmente sentimos insegurança pela proposta em trabalhar com os próprios cuidadores, tendo em vista que estes são possuidores de um saber que estamos em um processo de construção. Nossos questionamentos giraram em torno de como elas iriam nos receber. Para nossa surpresa, foi de extrema satisfação ver o quanto elas estavam dispostas a

receber o cuidado que estávamos dispostos a lhes oferecer.As atividades sugeridas e propostas por elas foram atividades corporais para lidarem com o estresse. A equipe enfatizou que cuidar e trabalhar com crianças requer muito mais investimento do que com adultos. Os aspectos que elas trouxeram como demanda a serem trabalhadasforamo cansaço, o estresse, a comunicação, as dificuldades e potenciais de cada uma, a importância do trabalho em grupo, o cuidado emocional, promovendo melhor desempenho profissional e as complexidades das relações existentes no próprio cuidador. Isso não se limita apenas a estes profissionais da saúde mental, pois identificamos na literatura, profissionais relatando esses mesmos desgastes físicos e psíquicos. No segundo encontro,fizemos duas dinâmicas com a equipe. A primeira foi a dinâmica da boneca. Nesta atividade, cada pessoa falava seu nome, onde nasceu, sua profissão no CAPS ia e algum segredo que ninguém ali sabia, olhando para a boneca; e, no final da fala, escolheria uma parte da boneca e daria um beijo. Com essa dinâmica, conhecemos um pouco mais da equipe e a equipe se conheceu e descobriu coisas novas de cada colega de trabalho. Vários segredos foram contados. Aparentemente, o segredo que mais impressionou a todos foi o de uma funcionária que é tímida e revelou que tocava acordeom e sua família era musicista. Percebemos como a relação estabelecida com as crianças usuárias da instituiçãoparece ser de afeto, proteção e cuidado, pois, identificamos no momento em que elas falavam para a boneca, seguravam e acariciavam a roupa remetendo ao imaginário de um bebê. Perguntamo-noscomo aquele ambiente floresce o lado maternal dessas mulheres, e até onde isso pode ou não influenciar em seu convívio fora da instituição, considerando a idade delas de 29 até 42 anos. No segundo encontro, nós discentes, colamos uma folha de ofício nas costas de cada uma das participantes. Depois disso, colocamos algumas músicas e pedimos para que elas se olhassem enquanto caminhavam pela sala e a música tocava. Quando a música parava, solicitamos que cada uma escrevesse uma palavra que definisse a colega. Depois de muitos risos e após o término da atividade, pedimos para que elas se sentassem em círculo, tirassem o papel das costas, lessem e falassem sobre o que estava escrito no seu próprio papel. Elas começaram a ler e falar o que estava escrito, e a maioria delas se identificou.Houve uma urgência delas se permitirem, se perceberem, se olharem para além do contexto indivíduo-profissional, para experienciar e tomar consciência de si mesma dentro desse ambiente, quais impressões e representações deixaram umas

com as outras. Como é dificultoso entrar em contato com o silêncio, olhar nos olhos (apesar de se verem todos os dias). A agitação muitas vezes impede de refletir sobre o que o outro reflete em nós, e isso também nos constitui positiva ou negativamente, como podemos então lapidar isso, é preciso escutar, sensibilizar e refletir sobre.A dinâmica do terceiro encontro começou com o aquecimento. Solicitamos que elas ficassem em pé, andando pela sala, ocupando todos os espaços, com uma música de fundo. Pedimos para que fizessem silêncio e prestassem atenção na melodia. Após alguns minutos, iniciou-se um alongamento. Logo depois, as orientamos a expressarem com o corpo, as suas emoções. Solicitamos que elas olhassem uma para o rosto da outra, olhos nos olhos, com expressão de raiva, tristeza, ironia, alegria e que se imaginassem em algumas situações relaxantes, como por exemplo, em uma praia. Quando pedimos para que elas demostrassem raiva, percebemos que foi difícil, pelo fato delas gostarem umas das outras e não conseguirem ficar enraivecidas. Ao se imaginar na praia, elas apresentaram-se muito relaxadas e bastante expressivas euforicamente, uma delas até se deitou no chão, outrasficaram perto da janela para sentir a brisa do vento que circulava do lado de fora. O momento do estresse foi muito espontâneo, uma das funcionárias até gritou pela janela. Nessa ocasião, foi representado como elas são afetadas pelo estresse, proveniente de diversas situações cotidianas, uma delas pode ser o trabalho. Após essa atividade, elas sentaramno chão em círculo e colocamos ao centroimagens de *emoji*sdo *whatsapp* que retratavam emoções. Sugerimos que escolhessem e falassem sobre a imagem que mais as representasse naquele momento.Uma das figuras escolhida foi a que expressava tensão;ao relatar, a pessoa argumentou que todas as quintas feiras ela se sentiatensa antes da reunião porque não sabia o que esperava ou o que iria acontecer, as demais se identificaram com essa fala. Uma funcionária pegou outra figura, um rosto em que ao invés de olhos estavam dois corações,que para ela estava sendo representada por felicidade, afirmando que estava se sentindo muito feliz com as intervenções realizadas e manifestou, por meio deste relato, como as atividades estavam contribuindo para um melhor relacionamento entre elas, uma vez que houve dias em que nem sequer olhava o rosto dealgumas colegas; disse estar adorando as atividades e que estas estavam possibilitando uma maior proximidade entre as colegas.Confirmou, com isso, a necessidadede uma rotina de cuidado para com os profissionais do CAPS ia emVitória da Conquista/BA.O quarto encontro foi um dos que

mais nos marcou: preparamos o ambiente com colchonetes no chão e quando as funcionárias entraram na sala, pedimos para que elas se deitassem e fizessem silêncio, ao som de músicas instrumentais.Elas ficaram por volta de cinco a sete minutos deitadas sem falar umas com as outras. Posteriormente, solicitamos que, bem devagar, abrissem os olhos e vagamente se levantassem, sentando em círculo. Informamos que uma parte delas iria ficar do lado de fora da sala. Para escolher quem sairia, sugerimos que fosse quem estivesse com uma peça de roupa preta e assim aconteceu. Vendamos as mulheres que ficaram dentro da sala e em seguida nós fomos até as profissionais que estavam fora da sala e comunicamos que a proposta era fazer massagens nas colegas que estavam com os olhos vendados, sem que as mesmas soubessem quem as estava massageando.Como o estabelecido, aquelas que estavam fora da sala entraram e fizeram a massagem por volta de dez minutos nas colegas. Durante a prática houve várias manifestações verbais, como:“Que mão pesada!”,“Essa é profissional”,“Trocou de pessoa, foi?” e percebemos que todas ficaramsurpresas, pois não sabiam o que aconteceria com elas. Quase que unânime, a reação foi positiva. Terminando o tempo delas, as participantes massagistas sentaram longe da pessoa que massageou para não ser descoberta, e quem recebeu agora iria retribuir. As outras foram retiradas do local e quem ficou foi vendada, seguindo o mesmo procedimento anterior. Destacamos o quanto elas desejam ser cuidadas; com a atividade do toquefoi proporcionado umasàs outras, trocas de afeto, ofertando ao colega um pouco do que gostaria de receber. Ao estarem com os olhos vendados,houve uma menor resistência em participar da atividade, não permitindo que viessem a escolher, mas a ser escolhida pela outra. Desta forma,elasse doaram e se permitiram serem tocadas por alguém (des)conhecido.No nosso quinto encontro chegamos à metade das atividades propostas. Nesse sentido, a nossa atividade sugerida foi um *feedback* diante do que já havia sido realizado até a ocasião. Assim, separamos a equipe em dois grupos, de um lado, equipe laranja, e do outro, azul. A equipe laranja ficou responsável por dizer os pontos negativos e a azul, os positivos dos nossos encontros. Ao mesmo tempo, argumentar como poderíamos colaborar nos próximos encontros que iriam ocorrer. Essa atividade se desenvolveu como se fosse um julgamento. De um lado, teríamos um grupo que seria advogado de defesa, enquanto o outro, de acusação. O primeiro grupo a falar foi o de acusação. Elas começaram a articular, e um dos pontos negativos era a questão do horário (nosso

encontro era todas as quintas feiras, às 11h, no final da reunião da equipe). O fato delas estarem cansadas após a reunião, prejudicava o cumprimento com o horário, gostariam que alterassem para às 7h. Colocaram, ainda, o fato de não achar conveniente abordar nesse período as angústias no serviço,já que que estavam cansadas de falar a respeito disso e aquela ocasião era um momento prazeroso,deveria ser utilizado para relaxamento, reflexões, criatividades, espontaneidade, distração, uma fuga em busca de cuidado, porquanto falar sobre as angústias não seria resolutivo. Depois, sobre os aspectos positivos, optamos por deixar que os relatos das profissionais falem por si:"*Sempre comentamos quando vocês vão embora o quanto é proveitoso, o quanto é bom. Eu também já coloquei em outros momentos, e uma coisa que foi inusitada pra todo mundo, pra toda equipe, é que a gente nunca parou pra ter um momento olhado pra gente, voltado pra gente. Então, é muito positivo, acho que vocês tão ganhando, e nós estamos ganhando muito mais... Essas questões voltadas pra nós, de olhar pro colega mesmo com a falha dele, foi interessante. Então, a proposta que vocês nos trouxe foi muito boa, muito gratificante*." (P. 1); "*Assim, esse encontro, e como a gente percebe esse encontro. Como a gente se conhece também já em tão pouco tempo, essa necessidade de não atacar o outro nos momentos de discurso, que eu percebi aqui que todas nós tivemos essa preocupação e esse cuidado de saber separar as coisas, porque as opiniões de serviço são diferentes [...]Mas o que eu observei, é que, como dentro de um encontro, como a gente se respeita, independentemente de qualquer coisa, de não agredir, de como a diferença, de alguma coisa que ficou, só no toque...Como a massagem, só no riso [...] como o ambiente, como esses momentos rendem e somam positivamente*" (P. 2); "*O fato de a gente ter tirado uma hora da semana pra poder esquecer as outras coisas e voltar para o cuidador, acho que isso já vale a pena por tudo, né? Eu, por exemplo, não abro mão. O* boom *dessa atividade, dessa proposta de vocês foi a gente ter tido essa oportunidade de parar pelo menos uma hora durante a semana e pensar na gente, pensar no cuidador*." (P. 3). "*Eu gostaria de parabenizar vocês por essa condução, pelas atividades que vocês têm propondo cada semana, eu percebi que era muito coerente uma com a outra, né? Foi fazendo com que a equipe tivesse uma sequência, eu achei bacana e vocês terem proposto a questão dessa avaliação foi melhor ainda porque tem como melhorar*." (P. 4). Como solicitado no encontro anterior a respeito dos horários, conseguimos alterar das 11hàs 12h para as 7h30 às 8h30.

Nosexto encontro, chegamos junto com a equipe,nos reunimos com nossa orientadoranum espaço da instituição, discutimos sobre a atividade que seria realizada. Decidimos aplicar um jogo lúdico, trabalhando com a imaginação das profissionais. Separamos papeis e escrevemos o nome de todas profissionais, e em outros, colocamos prêmios (imaginários), por exemplo: um romance de cinema, uma festa, uma viagem de cruzeiro, férias prolongadas, dentre outros. A proposta era fazê-las refletirem o que sua colega de trabalho merece, e ao mesmo tempo, o que elas próprias mereciam. Percebemos com isso, que na hora de presentear umas às outras, elas buscavam oferecer o presente à que mais se adequasse a ele. Dissemos que os papeis dentro da caixinha possuía o nome de cada funcionária, e na primeira rodada, elas iriam dizer o que elas mereciam receber.Deste modo, começou de forma bem espontânea, para nossa surpresa. Algumas falaram viagens, férias, ter seu trabalho resumido pela metade, um cruzeiro. Na segunda rodada havia prêmios e cada uma iria pegar e oferecer a alguma colega de trabalho, entre eles estavam: um rodizio de comida japonesa, um rodizio de pizza, um cruzeiro de uma semana, um dia no *spa*, uma bicicleta, um romance de cinema, um celular, uma festa, uma lâmpada mágica, tomar banho de mar todos os dias, entre outros. Por fim, o alcance da dinâmica ultrapassou nossos objetivos, pois elas saíram do plano subjetivo e relataram que se sentiram presenteadas de forma concreta,visto que o cuidado também está nessas relações da não acumulação de bens materiais, podendo ser feito apenas nas trocas de afetos,demonstrando as afinidades bem construídas no ambiente de trabalho.No sétimo e último encontro, já estava programado pelas cuidadoras um café da manhã em comemoração ao aniversário de duas componentes da equipe. Com isso, ficamos apreensivos se conseguiríamos executar nossa programação. Ressaltando que apenas metade das profissionais participaram, a outra parte estavam na cozinha ajudando no preparo do café da manhã.Desempenhamos três atividades que consistia em trabalhar a confiança e o respeito entre elas. Na primeira atividade, dividimos o grupo, onde o primeiro ficava com os olhos vendados e o outro ficava responsável em guiar sua parceira pelo CAPS ia. Essa dinâmica foi interessante, pois requereu da memória dessas profissionais, espaços que até então, elas já não se recordavam mais. Um relato interessante que nos chamou atenção nesta atividade foi o fato de uma das participantes poder reviver sensações antigas, como sentar em um banquinho que se localiza em frente ao CAPS ia. Outra experiência trazida por uma

das funcionárias foi a descoberta de um jarro de flor na estante da sala de estar do CAPS ia.A segunda e a terceira atividades desenvolvidas foram a do pêndulo humano e muralha humana, em que consistia trabalhar precisamente a confiança no outro. Foram divididos três grupos, onde uma pessoa ficava no centro com os olhos fechados em movimento de pêndulo e as outras duas eram responsáveis em não deixa-la cair. Na muralha humana, todas participaram, enquanto uma pessoa era vendada e posta de frente para muralha humana (composta pelas outras participantes), na terceira, a pessoa vendada deveria correr em direção à muralha. Depois de terminadasas atividades, elas nos relataram que, apesar de se conhecer a algum tempo e confiar em suas companheiras de trabalho, ainda sim, sentiram dificuldades em se entregar de corpo e alma. E esse é um dado importante, pois em suas profissões, elas dependem intimamente umas das outras. Enfim, fomos todos convidados a confraternizar com todas elas no café da manhã, o que nos deixou muito feliz, pois isto reafirmou que o nosso trabalho foi realmente significante. Com os relatos obtidos pelas profissionais no CAPS ia, verificou-se o quanto a proposta de cuidado com elas refletiu em sua convivência diária, excedendo os espaços institucionais. Sendo o trabalho um meio de desenvolvimento pessoal e psicossocial, o principal objetivo foi propiciar à equipe momentos de cuidado com o outro profissional e consigo mesmo, deixando esclarecido que seria temporária a inserção dos discentes para realização das atividades. Com isso, abordamos a necessidade de inserir dentro do período de execução da rotina dessas profissionais, buscar meios que possibilitam vivências de cuidados, considerando a sobrecarga no trabalho de cuidar dos usuários e familiares do serviço.Assim, a vivência superou as expectativas da atuação do profissional de psicologia em clínica ampliada. Ao estarmos inseridos num contexto estruturado em seus funcionamentos, visamos desconstruir a padronização dos costumes existentes no espaço, com propostas que vão para além do cenário vivido, reafirmando a importância em constituir um espaço lúdico, não necessariamente o físico mas o espaço tempo, favorecendo esse encontro com o cuidado de maneira que seja constante entre os profissionais.

Referência

AMORIM, K.P.C. **O cuidado de si para o cuidado do outro**. Revista BIOETHIKOS, 2013. Centro Universitário São Camilo. Disponível em: < http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/155557/a09.pdf >. Acessado em: 24 de Maio de 2016.

BIANCO, Marcela**. Cuidando de quem cuida nas instituições**. **2015.** Disponível em:<http://www.psiqueemequilibrio.com.br/in-company/cuidando-de-quem-cuida-nasinstituicoes>**.** Acessado em: 24 de Maio de 2016.

DALLONA, Márcia Ivete e SILVA, Milena Meryda.**Cuidar de si e do outro:** desafios da enfermagem. 2015, Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí – UNIDAVI Disponível em <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wpcontent/uploads/2016/02/Marcia-Ivete-Dallabona.pdf >Acessado em: 24 de Maio de 2016.

LEME, F.R. da G; OLIVEIRA, T.T.S; GODOY, K.R.G; **O cuidado começa na escuta:** profissionais de saúde mental e as vicissitudes da prática. Universidade Estadual de Londrina- Londrina, PR.2009-Revista Mental. Disponível em: <https://drive.google.com/folderview?id=0ByZbcTmo8gMfdngzSnJWSGxIcDQ&usp=sharing> Acessado em: 24 de Maio de 2016

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004.**Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília/DF. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf> Acessado em: 24 de Maio de 2016

SILVA, Elisa Alves da e COSTA, IlenoIzídioda.**Saúde Mental dos trabalhadores em saúde mental**: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/GO. *Psicol. rev. (Belo Horizonte)* [online]. 2008, vol.14, n.1 [citado 2016-05-11], pp. 83-106. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167711682008000100006&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1677-1168. Acessado em: 24 de Maio de 2016.

TRIPP, David. **Pesquisa-ação**: uma introdução metodológica. Universidade de MurdochEducação e Pesquisa, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a09v31n3.pdf>. Acessado em: 24 de Maio de 2016.

4.9. Psicologia e Sistema Prisional

A ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NA GESTÃO BIOPSICOSSOCIAL DAS PRISÕES NO ESTADO DA BAHIA: PRÁTICAS TRANSVERSAIS E INTERSETORIAIS

Paloma Alves Fontes Bastos

INTRODUÇÃO

A Gestão Pública é estruturante e sistêmica,responsável pelas políticas públicas, por meio do desenvolvimento e execução finalística em diversas instâncias, mediante a gestão admnistrativa. Para tanto, operacionaliza as disposições legais adjuntas às práticas transversais e intersetoriais (YAMAMOTO,2007).Nesse sentido, o presente relato de experiência versa sobre a atuação do psicólogo na Área Técnica de Acompanhamento Biopsicossocial ao Interno da Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização da Bahia (ATABI/SEAP), na realização de intervenções profissionais no âmbito da gestão pública do Sistema Penitenciário. Objetiva apresentar o mapeamento das ações realizadas em articulações intersetoriais e transversais, em prol das diversas demandas, que envolvem a população carcerária atrelados aos processos de trabalho da atuação psicológica, enquanto gestor estadual. A SEAP por intermédio da Superintendência de Ressocialização Sustentável (SRS) tem atuado em rede a fim de garantir o alinhamento de ações, programas e projetos que assegurem a ressocialização mediante o gereciamento das políticas públicas. Nessa conjuntura, o psicólogo é convocado a atuar em questões de saúde e também socioassistenciais. Nas pactuações realizadas com as Secretarias Municipais, Estaduais, com a Defensoria Pública através das respectivas dimensões e desdobramentos. Ademais, as atribuições do psicólogo nessa conjuntura de questões com ressonâncias jurídicas. Mais além, o respaldo nas políticas públicas, especialmente a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que tem como objetivo garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS, a PNAISP prevê que os serviços de saúde no sistema prisional passem a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualificando também a Atenção Básica no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde pela rede, e a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), que visa prover

serviços,programas,projetos e benefícios de proteção social básica e, ou, especial para famílias, indivíduos e grupos que deles necessitarem.

REVISÃO DE LITERATURA

A atuação do psicólogo no sistema penitenciário acontece desde o século XX. A Lei de Execução Penal (LEP) de 1984, validou a importância da psicologia ao instaurar a avaliação psicológica dos sentenciados e seu acompanhamento durante o cumprimento da pena. O psicólogo tornou-se avaliador das condições psicossociais da pessoa detida e ao fazer parte da Comissão Técnica de Classificação (CTC) emite parecer sobre a possibilidade, ou não, de o apenado obter a almejada progressão de regime. O que incorreu no reducionismo da prática psicólogica, pois o Exame Criminológico tornou-se prática única e cotidiana dos psicólogos.Os profissionais de psicologia passam a atuar vinculados ao âmbito judiciário, especialmente em atividades avaliativas de subsídio aos magistrados(NASCIMENTO,2001). Notadamente, esse contexto de práticas coloca os psicólogos a formalizarem espaços de debate, em prol de discutirem uma atuação bruscamente reduzida, que deixava a desejarlevando em consideração o que a psicologia enquanto ciência preconiza e pode alcançar (NASCIMENTO,2001).A despeito desse cenário, muitas são as possibilidades de atuação psicológica no âmbito prisional, desde a assistência à gestão, consolidando práticas integralizadas e transversais. No campo de atução prisional existe a aproximação das práticas “psi” com as necessidades sociais, de saúde, pricipalmente a saúde mental, e por consequência as políticas públicas.Logo, a patologização do indíviduo, os testes de avaliação psicológica e as psicopatologias passam a ter importância pulverizada, não mais de tamanha relevância. Apesar disso, o Poder Judiciário permanece envolto em solicitações restritas de reconhecimento penal (BANDEIRA, 2012). Esse cenário de contradições impele à psicologia posicionamento assertivo em todas as demandas endereçadas e a execução de ações que ultrapassem modelos arcaicos e limitados. Faz-se imperativo à consolidação de proposições que possam contemplar a integralidade do sujeito: exercício da cidadania, direitos humanos, proteção social, reintegração à sociedade; sobretudo elo entre a perspectiva clínica e social (NASCIMENTO,2001).

METODOLOGIA:Levantamento das ações realizadas em articulações intersetoriais e transversais, em prol das diversas demandas, que envolvem a

população carcerária atreladas aos processos de trabalho da atuação psicológica, enquanto gestor estadual.Por intermédio das atas das reuniões anuais dos Grupos de Trabalho, Comitês, Grupo Condutor Estadual concomitante ao mapeamento das Políticas Públicas que respaldam essas conexões.

RESULTADOS: A Área Técnica de Acompanhamento Biopsicossocial ao Interno (ATABI), composta por uma psicóloga,tem atuado juntamente com a Área Técnica de Saúde Prisional da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, na adesão dos munícipios pela Política Nacional de Atenção Integralà Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, foi consolidado o Grupo Condutor Estadual(GCE), de caráter intersetorial, no intuito de fomentar e executar o que assegura a PNAISP. Estão em curso também o Grupo de Trabalho de Saúde Mental no Sistema Prisional, que tem o objetivo de implantar, integrar e sistematizar as ações de saúde mental no Sistema Prisional, visando uma atenção integral, resolutiva, humanizada, contínua e de qualidade as necessidades de saúde mental da população privada de liberdade, com ênfase em atividades preventivas e no atendimento das demandas psicossociais. A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), junto à Secretaria de Segurança Pública (SSP), a Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SEAP), a Secretaria de Justiça Direitos Humanos e Desenvolvimento Social (SJDHDS), o Conselho Estadual de Saúde (CES) e o Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), que compõem o Grupo Condutor (GCE) da PNAISP no Estado, pactuaram um Plano de Ação a ser desenvolvido com as pessoas privadas de liberdade com transtorno mental em conflito com a lei do Sistema Prisional do Estado da Bahia. Outro, o Grupo de Trabalho dos Vulneráveis Sociais do Hospital de Custódia e Tratamento (HCT), tem atuado no processo de desinstitucionalização de dezesseis (16) pacientes. Para tanto, têm sido consolidadas pactuações entre a SESAB, SEAP e a SJDHDS para viabilizar estratégias de remoção dos internos para Residência Inclusiva, Residência Terapêutica e o Serviço de Acolhimento Institucional para Idosos, diante dos critérios estabelecidos pelas legislações de cada serviço.Articulações têm sido realizadas em prol dos pré-egressos e egressos do Sistema Prisional, na construção de um decreto, de procedimentos operacionais da porta de entrada e saída, dereuniões com o Centro de Referência Especializado da Assistência Social para População em Situação de Rua (Centro Pop)

Secretária Municipal de Promoção Social, Esporte e Combate à Pobreza (SEMPS), com a Agência Estadual de Regulação de Serviços Públicos de Energia, Transportes e Comunicação (AGERBA) e o Fundo Estadual de Combate e Erradicação à Pobreza (FUNCEP), além da Superintendência de Assistência Social na pactuação "Agenda SUAS e Sistema Prisional": articulações sinérgicas e integradas entre as equipes das unidades prisionais e as equipes de referência da rede socioassistencial, com especial destaque para as equipes CRAS e CREAS, potencializando-se o enfrentamento das situações de desproteção social (que contribuem para o percurso infracional).

DISCUSSÃO: A partir do mapeamento de ações fica evidente que o fazer da psicologia é política pública, e portanto a atuação dever ser de modo integrado e transversal.Nota-se que a população carcerária apresenta demandas diversas que precisam da intervenção da psicologia com contornos e cerne para substanciar as provisões de garantias e direitos no Sistema Único de Saúde (SUS) e no Sistema Único de Assistência Social (SUAS). O psicólogo enquanto gestor estadual, atuará nas diversas políticas que perpassam o contexto prisional, como na PNAISP, -na promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento por meio da Atenção Primária em Saúde. Observou-se quea transversalidade das políticas públicas para o sistema prisional é a única forma de corrigir o histórico de abandono sanitário vivido pelo Sistema Prisional. Notadamente, a psicologia enquanto gestão da saúde deve assegurar o SUS no Sistema Prisional.Para tanto esse profissional deve ter conhecimento técnico que lhe favorecer operacionalizar e executar as ações e os programas de tratamento penitenciário.Os agravos em Saúde Mental são evidentes na população carceária, sendoo desafiante a execução do Plano de Ação de Saúde Mental no Sistema Prisional em concordância à Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), tendo em vista, a organização do cuidado nas Unidades Prisionais, exigindo desse profissional intervenções consistentes e realísticas, diante de um sistema de saúde deficitário. No que tange as articulações com o SUAS é extremamente necessário que o profissioal esteja atento a um manejo que contemple atuações diante das vulnerabilidades e riscos que as prisões escondem atrás das grades.Compreendendo ser necessário vislumbrar possibilidades para alem dos benefícios socioassistenciais. Evidenciou-se que a Gestão Prisional, no âmbito das questões biopsicossociais, ainda enfrenta inúmeros desafios, notadamente pelas

fragilidades nas redes de atenção, pela ausência de entendimento sistêmico dos profissionais da relevância em articulações entre saberes, pela ausência de normativas que regulem aspectos notórios, também pela ausência de protocolos organizacionais que dificultam configurações mais assertivas, e ainda pela lógica coercitiva e reguladora das prisões, bem como o imperativo dos operadores do Direito.

CONCLUSÃO

Conslui-se, pois, que o psicólogo gestor precisa estar ancorado nas ferramentas de gestão, como a visão estratégica, o diagnóstico situacional, o planejamento, a pactuação, o monitoramento/avaliação, a resolubilidade, ter conhecimento dos marcos regulatórios, do engendramento das políticas públicas e de aspectos de governança pública. As práticas psicológicas na gestão são de relevância para a consolidação de estratégias e ações, que permitam o tratamento penal, a fim de minimizar as vulnerabilidades e favorecer a reintegração da pessoa presa à sociedade. Observou-se ainda, a ausência de referências teórias que contemplem a atuação do psicólogo na gestão da admnistração penitenciária, sendo providencial espaços de discussão e publicações sobre as configurações de novos espaços de atuação do profissional de psicologia.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)*. [Online]. 2014 [acessado 2016 maio 29]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. [Links]

BRASIL. Presidência da República. Institui a Lei de Execução Penal. *Diário Oficial da União* 1984; 13 jul.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA.Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas-CREPOP. Referência técnica para atuação de psicólogas (os) nos Centros de Referência Especializado de Assistênci Social – CREAS.Brasília, 2007

NASCIMENTO, Célia et al. O psicólogo e as políticas públicas. Entrelinhas. Porto Alegre: Publicação do Conselho Regional de Psicologia – 07.N. 06, Ano 1,Jan./fev. 2001.

YAMAMOTO, O. H. (2007). Políticas sociais, terceiro setor' e compromisso social': perspectivas e limites do trabalho do Psicólogo. *Psicologia & Sociedade, 19*(1), 30-37.

A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DA(O) PSICÓLOGA(O) NO ACOMPANHAMENTO DAS ALTERNATIVAS PENAIS À PRISÃO NA BAHIA: DOS DESAFIOS ÀS POTENCIALIDADES DE UMA POLÍTICA PÚBLICA DESENCARCERADORA

Alexandre Santos Pereira
Brenda Sampaio
Elder Reis
Joseph Vitório Leal
Tamires Nolasco
Yasmin Gesteira

O Brasil possui a quarta maior população carcerária do mundo, com cerca de 607 mil pessoas presas entre o sistema penitenciário, as carceragens das delegacias e as prisões federais. (DEPEN, 2014). Ainda segundo o órgão, além do grande quantitativo, há na mesma medida a insuficiência: o sistema prisional oferece hoje 376 mil vagas, ou seja, há um deficit de 231 mil, culminando numa taxa de ocupação de 161%. Em outros termos, em uma cela onde deveriam estar 10 pessoas, na média, há 16. O Brasil prende muito e prende muito mal. Seu sistema prisional, mesmo há tempos dado como falido, cresce sua taxa de ocupação anualmente – andando na contramão até mesmo dos três primeiros países do ranking de encarceramento, que tem diminuído seu contingente (DEPEN, 2014). Cada vez mais parece ser indispensável pensar e repensar este modelo que historicamente exclui e violenta – e a política das alternativas penais à prisão surge deste esforço, através das leis nº9.099 de 1995 e nº9.714 de 1998. A partir destas leis, são criadas as diversas modalidades de penas alternativas, visando diminuir o contingente penitenciário e aplicar a pena de maneira proporcional para os que cometeram crimes de menor potencial lesivo e ou ofensivo. A existência destas leis tornaram possível as centrais de acompanhamento de penas alternativas, compostas por equipes multiprofissionais, com a Psicologia se fazendo presente enquanto integrante destas. Mas que tipo de Psicologia é feita nesse novo espaço no campo Jurídico? Coimbra(2003) afirma que historicamente a Psicologia no campo Jurídico tem servido enquanto ferramenta de adequação e ajustamento das pessoas. De que maneira este campo do saber poderia contribuir nesta área sem repetir a lógica da “ortopedia social”? Este trabalho fala sobre a atuação da(o) psicóloga(o) na Central de Apoio e

Acompanhamento às Penas e Medidas Alternativas do estado da Bahia, tal como os desafios vivenciados numa conjuntura ainda de recrudescimento penal e as potencialidades de uma política pública que não se limita à fiscalização do cumprimento da pena, mas também a garantia de direitos às pessoas as quais atende.

Apresentação Institucional: A Central de Apoio e Acompanhamento às Penas e Medidas Alternativas – CEAPA

A CEAPA – Central de Apoio e Acompanhamento às Penas e Medidas Alternativas foi criada em 2002, através de uma parceria firmada entre o Ministério da Justiça e o Governo do Estado da Bahia, sob a forma de um projeto com duração de cinco anos. Em 2007, através da Lei 10.693, a CEAPA foi consolidada enquanto política pública de Estado. (CEAPA, 2016). Sua expansão e descentralização ocorreu a partir de 2008, através da Lei 11.042, tendo hoje a Central em Salvador e mais quinze núcleos no interior do estado. A CEAPA foi criada com o objetivo de dar suporte ao Judiciário no monitoramento da execução das penas e medidas alternativas, possuindo uma equipe multiprofissional composta por psicólogas(os), assistentes sociais e advogadas. Seu trabalho não se limita a mera fiscalização do cumprimento da pena alternativa, mas também a garantir o acesso a direitos básicos as pessoas atendidas, trabalhando em rede com diversas instituições e órgãos públicos. O órgão recebe indivíduos que receberam o direito da transação penal, caracterizada por uma sanção leve; e de egressos do sistema prisional, cujo tempo de cumprimento geralmente é maior. Em linhas gerais, para o primeiro caso chamamos de “medida alternativa” – esta não gera antecedentes criminais nem restringe direitos sociais; neste caso, o delito não pode ultrapassar a pena de dois anos de prisão. A segunda ocorrência elencada refere-se a “pena alternativa”, onde haverá a notificação nos registros policiais e acompanha restrições de diversas ordens, como eleitorais e de deslocamento pelo país. Esta alternativa só acontecerá na hipótese de ser a pena original menor ou igual a quatro anos.

A atuação profissional da psicóloga(o) no acompanhamento das alternativas penais: desafios e potencialidades

O acompanhamento das penas e medidas alternativas à prisão exigem um olhar para o sujeito que contemple toda sua história. Após a audiência com o juiz, onde este determina o tempo e a maneira a qual se cumprirá a pena alternativa – se

através da prestação de serviço à comunidade ou prestação pecuniária – esta pessoa é encaminhada à CEAPA para uma entrevista social e outra psicológica, seguida de seu devido encaminhamento a uma instituição da cidade, onde cumprirá o serviço determinado. O trabalho da(o) profissional de Psicologia já inicia no acolhimento desta pessoa para sua entrevista inicial. A entrada e a permanência no sistema prisional produzem um sofrimento intenso, muitas vezes silencioso e que, devido ao fato dos espaços de Justiça não proporcionarem qualquer tipo de escuta, só consegue chance para vazão no momento da entrevista inicial na CEAPA. Surge aí o primeiro desafio para a(o) psicóloga(o): para além de proporcionar o espaço de escuta, é imprescindível entender o sujeito a sua frente como um ser histórico, que não pode ser reduzido ao delito ao qual foi acusado – e por isso não ser inquirido – não pode ter suas experiências resumidas a associações casuístas e determinismos. Este cuidado inicial é de suma importância, pois a passagem pelo sistema prisional produz um estigma de grandes dimensões e que reflete em todos os espaços da vida da pessoa presa. Goffman (1978) afirma que o estigma é um atributo que produz um amplo descrédito na vida do sujeito, determinando a este uma imagem deteriorada socialmente. Nos relatos, quase sempre a presença de trajetórias de vida dilaceradas pela chaga social estigmatizante da prisão, produtora de violenta deterioração de seus vínculos: familiares, comunitários, empregatícios. Neste ponto é preciso demarcar sobre quem falamos: segundo dados do relatório anual parcial da CEAPA (2016), aproximadamente 70% das pessoas atendidas, sobretudo as que cumprem pena alternativa após período encarceradas, são negras, pobres e de baixa escolaridade. Estes marcadores sociais aliados a “passagem policial” e ao antecedente criminal, registro que na teoria deveria ser simples fonte de informação e controle da Segurança Pública, mas que na prática determina suspeitos de cor e classe social específicas, resultam em uma série de novas violências contra o sujeito, mesmo após a soltura. Este citado primeiro desafio da(o) psicóloga(o) é, em linhas gerais, um desafio contra si mesma(o). Patto(2010) alerta que a Psicologia, numa espécie de “senso comum acadêmico” atribui posições reducionistas e preconceituosas aos mais socialmente vulneráveis, e de que no afã de explicar e controlar, suas teorias terminam por transformar fenômenos complexos em associações padronizadas e estáticas. O segundo maior desafio encontra-se na frequente impossibilidade de atender algumas das demandas trazidas pelas pessoas atendidas, seja por conta da insuficiência da

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e dos diversos outros dispositivos de proteção social, seja também por questões relacionadas a empregabilidade – onde novamente o estigma do "ex-presidiário" age forte e segrega imperdoavelmente. A passagem pelo cárcere pode não deixar marcas visíveis, mas o conhecimento acerca desta já é o bastante para pulverizar as oportunidades no mercado de trabalho formal.

Os desafios são grandes, mas as potencialidades existentes na política de acompanhamento das penas alternativas são ainda maiores. A(o) psicóloga(o) faz parte de todo o processo envolvendo o cumpridor com a CEAPA, desde sua entrevista inicial, a construção do parecer psicológico, que é enviado ao Juizado ou Vara respectiva ao processo, aos acompanhamentos mensais, onde o cumpridor pode relatar a experiência da prestação de serviços e atualizar sua situação de vida. Na entrevista inicial, as reflexões e ressignificações dos momentos conflituosos, dolorosos, a restituição dos laços familiares e comunitários, tanto pela via da desconstrução da imagem associada ao crime ao qual foi condenado, quanto pelo fortalecimento da própria comunidade através da prestação de serviço ou pecuniária para as instituições existentes no local, todos esses pontos são realidades possíveis, e que assim não seriam se cumprissem no regime fechado. A possibilidade de cumprir a pena antes restritiva de liberdade para a pena alternativa é bastante enfatizada pelas pessoas atendidas como algo benéfico – e via de regra é reforçado pela equipe CEAPA que esta não lhe é uma benesse ou favor, e sim um direito adquirido. Ao fim da entrevista, a(o) profissional de Psicologia produz um parecer psicológico, um documento baseado na sua leitura sobre o relato do sujeito e que ao final aponta um posicionamento que pode ser de indicação ou contraindicação para a pena alternativa. Neste ponto, vale ressaltar: as contraindicações só ocorrem sob uma condição explicitamente justificada e que não resultam no retorno desta pessoa ao regime fechado, mas sim é devidamente encaminhada para os dispositivos que lhe proverão a atenção necessária. Por exemplo, uma pessoa com esquizofrenia, com surtos frequentes e sem o acompanhamento adequado de sua saúde mental possivelmente seu parecer de contraindicação. Esta é encaminhada para os dispositivos públicos de saúde, permanece sistematicamente acompanhada pela CEAPA até que posteriormente seja novamente verificada a possibilidade de cumprimento.

As trajetórias no acompanhamento

Neste ponto do trabalho serão detalhados três casos distintos atendidos pela equipe multidisciplinar CEAPA – em uma tentativa de demostrar o quão complexas podem ser as trajetórias de vida, e como a maneira com a qual o sujeito lida com a pena alternativa, ressignifica sua vida ou luta para manter a sobrevivência. Os protagonistas destes três casos serão chamados ficticiamente de Vítor, Carlos e Silvia. Vitor é um homem de 55 anos, cujo crime o qual foi condenado ocorreu há quatro anos, relacionado a fraude documental. Na entrevista inicial trouxe o quão aquele momento estava sendo importante, porque não conseguia contar a nenhum familiar o real motivo de ter ido à delegacia acompanhado de policiais na época em que ocorreu o crime. Como Vitor possui grande experiência na área de Técnico de Segurança e mecânica, suas habilidades e experiências laborais foram levadas em consideração pela instituição que o recebeu, o que deu origem, em um acordo mútuo entre eles, a turmas de capacitação pessoal na citada instituição, onde o cumpridor ministraria tais aulas. A experiência prestando serviços através da atividade enquanto professor foi de grande importância para Vítor, que havia passado meses recluso e se encontrava bastante deprimido antes de ser convocado a comparecer à CEAPA. Ao finalizar os dois anos de prestação de serviços exigidos, Vítor continuaria por mais três meses na instituição, desta vez enquanto voluntário – pois precisava fechar as turmas que tinha iniciado. Havia firmado um compromisso com a instituição e só a deixaria após formar a última turma. Na sua entrevista final, procedimento padrão após a CEAPA receber a última folha de frequência da pena atribuída, enfatizou que não esperava acontecer da maneira que foi todo o processo. Foi nítido em sua última entrevista um misto de sentimentos entre alívio, pelo término da pena, satisfação, por ter contribuído de maneira efetiva na instituição onde trabalhou e alegria, pelos vínculos construídos tanto com a equipe da CEAPA, quanto com a instituição.

Com Carlos a situação foi diferente, mas não incomum: 25 anos, morador de um bairro periférico de Salvador, voltava do trabalho para casa quando, próximo a sua residência, ocorria uma abordagem policial. Questionado para onde ia, sua resposta não foi suficiente para que pudesse continuar seu trajeto: afirmou não saber o paradeiro de ninguém além de sua família que lhe esperava e como resposta foi colocado numa viatura, denunciado e condenado por associação ao tráfico de drogas. Ficou aproximadamente um ano preso e ao retornar perdeu grande parte de seus vínculos, sobretudo os de emprego. Na entrevista mostrou revolta frente ao sistema,

mas, ao mesmo tempo, mostrou compreender a importância do cumprimento da pena alternativa para finalizar seu processo. O dia da entrevista foi o último em que Carlos compareceu à CEAPA. Nos últimos contatos telefônicos feitos, justificou a ausência por finalmente ter conseguido um emprego que não lhe cobrou os antecedentes criminais – algo raro e portanto uma chance que não poderia ser desperdiçada – mas que praticamente lhe ocupava durante toda a semana. No último contato feito fez a promessa de que tentaria pedir uma folga ao chefe sem dizer o real motivo, porém terminou não comparecendo. O Judiciário aguarda da CEAPA informações acerca de cada pessoa que acompanha, e, neste caso, foi necessário informar o descumprimento da pena alternativa. A informação de descumprimento não é sinônimo de retorno ao regime fechado, mas um dispositivo que culmina na convocação do cumpridor a uma audiência com o juiz, e nesta são dadas todas as justificativas para a ausência prolongada, para então, enfim, o cumpridor retornar para a CEAPA e continuar o acompanhamento, seja na mesma modalidade, seja em outra, caso o juiz acorde desta maneira. Os descumprimentos são passíveis de ocorrer, principalmente com o conflito entre a obrigação da prestação de serviço e as condições de emprego, e neste ponto surge nitidamente os diferentes tempos e os diferentes espaços – o do cumpridor e o do juiz – para uma mesma sentença. É papel da CEAPA agir neste intermédio, comunicando ao Judiciário o que lhe for solicitado, mas principalmente intermediando o judicialmente determinado com as reais possibilidades de cumprimento da pessoa acompanhada.

Já o caso de Silvia traz de maneira emblemática uma situação de contraindicação temporária à medida alternativa que recebeu. Silvia compareceu à CEAPA após denúncia de ter destruído os móveis e eletrodomésticos de seu sogro, necessitando cumprir prestação de serviços durante um mês. Contudo, a cumpridora comparece com grandes hematomas no corpo, ferimentos a faca e um quadro de hemorragia interna, dentre os ferimentos físicos e uma rotina de reclusão, desânimo e uso abusivo de álcool, quadro resultante da violência que sofreu do companheiro em represália ao que fez na casa de seu pai. Não adiantou Silvia justificar que sua atitude desesperada só ocorreu porque o sogro a assediava sexualmente na ausência do filho, pois segundo a mesma, este não acreditaria. No episódio da agressão que sofreu, teve sua casa e seu pequeno negócio – um bar – completamente destruídos. Nesta situação, entende-se que antes da garantia do cumprimento da determinação

judicial está a garantia da vida de Silvia, que foi encaminhada para os órgãos de defesa e acolhimento existentes na rede de apoio da CEAPA, acompanhada sistematicamente quanto a garantia de sua segurança para a partir daí, finalmente, poder dar início ao seu cumprimento. O entendimento é de que a medida ou pena não pode ultrapassar as reais condições do indivíduo de cumpri-la. Essa perspectiva é imprescindível para um fazer psicológico que não ceda à sanha punitiva da esfera penal e criminal e garanta direitos sem sofrer influência do aspecto moral do delito.

Considerações Finais

A atuação da Psicologia no acompanhamento das penas e medidas alternativas é recente. Trata-se de um campo de atuação onde se faz necessária uma postura crítica acerca do que se possui hoje enquanto construção de Psicologia Jurídica e enquanto Psicologia de maneira geral. Coimbra (2003) alerta para o perigo das áreas de conhecimento psicológicas enquanto especialismos, produtores de uma lógica e um discurso de verdade que enquadra, universaliza e violenta, mesmo sob a capa de um suposto “progressismo”. Atuar no acompanhamento de pessoas que cumprem medida e principalmente pena alternativa é uma exigência automática a uma compreensão de que as desigualdades sociais, os preconceitos e discriminações de toda natureza, a pobreza e a violação dos direitos mais básicos possuem total e direta relação com as mais pessoais manifestações de dor e sofrimento psicológico. Elas não estão dissociadas. A consolidação desta política pública ainda acontece a passos lentos, principalmente por conta de uma conjuntura política? que acumula cada vez mais retrocessos no que se refere aos Direitos Humanos. É consenso dentro da luta pelo desencarceramento de que existem pessoas presas que não cometeram nenhum crime, e que muitas outras estão presas por crimes que não deveriam resultar em pena de prisão. As alternativas penais ao cárcere constituem uma lei que apresenta uma possibilidade de mudança desse paradigma, pois torna possível a manutenção dos diversos vínculos da pessoa em cumprimento e encontra maior proporcionalidade na aplicação da pena em relação ao delito ao qual foi acusada. Através da CEAPA, que é a materialização da política pública, essa perspectiva desencarceradora é consolidada, proporcionando um acompanhamento multidirecionado, sensível às complexidades e que não revitimize aquelas e aqueles tiveram sua dignidade e seus direitos mais básicos violados pelo sistema prisional.

Referências

DEPEN. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN. Ministério da Justiça, DF, 2014

CEAPA. Relatório Geral: breve histórico, dados qualitativos e quantitativos. SEAP, BA, 2016

Patto, M.H.S. A Cidadania negada: políticas públicas e formas de viver. Casa do psicólogo, SP, 2010.

Coimbra, C.M.B. Psicologia Jurídica e Direitos Humanos. Rio de Janeiro. Oficina do Autor, 2003.

Goffman, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1978.

4.10. Psicologia no âmbito Escolar/Educacional

CONDICIONALIDADE ESCOLAR DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NO PROCESSO DE ESCOLARIZAÇÃO DE CRIANÇAS: O QUE REVELAM OS DOCUMENTOS?

Maria das Graças de Oliveira Santiago

RESUMO

Esta pesquisa tem por objetivo geral compreender criticamente o que os documentos oficiais revelam sobre os motivos de baixa frequência de crianças que participam do Programa Bolsa Família em uma escola municipal de Salvador. De caráter qualitativo-quantitativo, esta pesquisa será desenvolvida a partir da análise dos documentos de crianças que estudam em uma escola da Rede Pública do Ensino Fundamental I do Estado da Bahia, na cidade de Salvador, na qual há crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família em situação de descumprimento da condicionalidade escolar. Os documentos analisados envolvem os relatórios de frequência escolar do Sistema Presença do Ministério da Educação/MEC e relatórios de Acompanhamento Familiar do Sistema de Condicionalidades do Programa Bolsa Família do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - Sicon/MDS.A pesquisa adota como perspectivas teóricas a Psicologia Escolar e Educacional em uma perspectiva crítica e a Teoria Social Crítica. Além das contribuições teóricas e práticas esperadas para o campo da educação, esta pesquisa pretende oferecer reflexões que possam potencializar a garantia e permanência dos direitos de escolarizaçãode crianças e famílias contempladas pelo Bolsa Família.

Palavras-chave: Programa Bolsa Família; Condicionalidade escolar; Acompanhamento Familiar; Centro de Referência de Assistência Social; Psicologia escolar e educacional.

I APRESENTAÇÃO

Em toda ciência o difícil é o começo.

KARL MARX

Esta pesquisa surge a partir de inquietações pessoais, forjadas inicialmente em experiências profissionais, e intensificadas no ambiente acadêmico após ingresso no curso de Psicologia da Universidade Federal da Bahia, em 2009. Estudar o Programa Bolsa Família em sua relação com o processo de escolarização de crianças empobrecidas pela exploração, identificando as contradições deste processo, tem um sentido ético-político que ultrapassa as etapas formais de realização de uma pesquisa

científica. A vivência junto ao maior programa de renda condicionada do mundo, o Bolsa Família, começou em 2001 com o cadastro domiciliarde famílias em situação de extrema pobreza.

Entre os anos2008-2012, trabalhei diretamente com a atualizaçãodos Sistemas de Condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF) na Assistência Social: SICON / SISPETI / SISJOVEM. A experiência direta com esses sistemas, além do acesso pontual ao Sistema Presença (da Educação) e do SICONV e SISVAN (da Saúde), me fez perceber tanto as potências (em termos de controle social e de ação concreta sobre a realidade objetiva), quanto as fragilidadesno sentido reducionista(de apenas registrar dados das situações degradantes de vida das populações empobrecidas pela exploração), e revelou, ainda, a necessidade de extrema delicadeza que a equipe de Proteção Social das áreas de saúde, educação e assistência social devem ter no manuseio dos sistemas, pois disso depende uma série de investimentos e/ou resultados práticos na realidade concreta de milhares de pessoas, especialmente crianças.

Esta pesquisa situa-se no campo dos estudos que versam sobre as condicionalidades do Bolsa Família na Educação e sua interface com a Assistência Social, mais especificamente no Acompanhamento Familiar realizado pelo Sistema Presença/MEC e pelo Sicon/MDS. Trata-se, portanto, de continuidade de estudos que tem por objetivo geral aprofundar a análise crítica dos relatórios de frequência escolar do Sistema Presença/MEC e relatórios de Acompanhamento Familiar do Sicon/MDS a fim de compreender o que os documentos oficiais revelam sobre os motivos de baixa frequência de crianças que participam do Programa Bolsa Família em uma escola municipal de Salvador.

Os objetivos específicos são: (a) Analisar o Programa Bolsa Família à luz das críticas às políticas sociais compensatórias no contexto do neoliberalismo; (b) Analisar os principais motivos de baixa frequência das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família a partir do registro realizadopela escola no Sistema Presença/MEC; (c) Fazer um levantamento bibliográfico das pesquisas realizadas na Bahia envolvendo o Bolsa Família e a Educação; (d) Conhecer e analisar as possíveis práticas de Acompanhamento Familiar a partir do registro de motivos e recursos inscritos no Sistema de Condicionalidades do Bolsa Família pela equipe técnica do Centro de Referência de Assistência Social.

Assim, o problema da pesquisa desenha-se a partir da tentativa de responder à seguinte questão: o que os documentos oficiais revelam sobre os motivos de baixa frequência escolar de crianças empobrecidas cuja marca do seu ingresso e permanência na escola é atravessado pelas condicionalidades do Bolsa Família?

Em consonância com o objetivo geral e os objetivos específicos, adotamos como método o instrumento da análise documental, o qual nos permitiu o acesso aos relatórios de frequência escolar do Sistema Presença/MEC e os relatórios de Acompanhamento Familiar do Sicon/MDS de crianças entre 6 e 12 anos de idade. Escolhemos a Psicologia Escolar e Educacional em uma perspectiva crítica como perspectiva teórica pela mesma permitir a observação e a análise do objeto em sua dinâmica contraditória, dinâmica essa que transcende as impressões imediatas, refletidas em uma realidade não complexificada.

Adentrar em um campo permeado de “vulnerabilidades” não é uma tarefa simples nem muito menos fácil. Portanto, haverá um constante esforço em qualificar as experiências como difíceis e/ou complexas ao invés de negativas ou equivocadas, dando mais importância à emergência do fenômeno em sua complexidade, especificidade e singularidade.

Posto isso, o presente texto organiza-se em seis sessões, as quais foram bastante reduzidas em função das normas de submissão. A **sessão 2** aborda o discurso oficial do PBF, seus aspectos gerais e específicos enquanto política pública; sua dinâmica de funcionamento; as características do público-alvo; os critérios de elegibilidade; as particularidades das condicionalidades e uma breve descrição do modo de funcionamento do Sistema Presença/MEC e do Sistema de Condicionalidades do Bolsa Família - Sicon/MDS. A **sessão 3** apresenta uma crítica às políticas sociais compensatórias no contexto do neoliberalismo e imperialismo em articulação com análises teóricas feitas pela Psicologia Escolar e Educacional em uma perspectiva crítica. A **sessão 4** articula a produção do conhecimento científico sobre o Bolsa Família (priorizando os estudos com interface na educação)**.** Esta sessãoserá aprofundada a partir da inserção de um levantamento bibliográfico (em curso) das pesquisas realizadas na Bahia sobre o Bolsa Família e a Educação. **A sessão 5** explicita o método da pesquisa. A **sessão 6** trata da análise dos dados (em andamento).

Espera-se que esta pesquisa possa atender à instituição escolar e ao CRAS com informações capazes de fortalecer a implementação da intersetorialidade, potencializando a interlocução entre União, Estados e Municípios no desenvolvimento de ações que contribuam para o enfrentamento multidimensional da pobreza e dos desafios das condicionalidades do Bolsa Família em sua articulação com a Educação.

II O DISCURSO OFICIAL DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

O Programa Bolsa Família (PBF) foi fundado em 20 de outubro de 2003, através da Medida Provisória nº 132, instituído pela Lei nº 10.836, de 09 de janeiro de 2004, e regulamentado pelo Decreto 5.209 de 2004. Os documentos oficiais sinalizam que o seu principal objetivo é a erradicação da fome e da miséria, seguida da emancipação das famílias mais pobres, por meio de uma série de ações, programas e projetos complementares, articulados na modalidade em rede, entre Estados, Municípios e o Distrito Federal. Pauta-se numa perspectiva intersetorial e interministerialem função da complexidade de se garantir a efetividade do acesso e permanência aos bens e recursos públicos e à manutenção da Rede de Proteção Social no país.

Os objetivos básicos do PBF, em relação aos seus beneficiários, sem prejuízo de outros que venham a ser fixados pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, são: I - promover o acesso à rede de serviços públicos, em especial, de saúde, educação e assistência social; II - combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional; III - estimular a emancipação sustentada das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza; IV - combater a pobreza; e V - promover a intersetorialidade, a complementaridade e a sinergia das ações sociais do Poder Público(BRASIL, 2004, p. 2).

Constituem condicionalidades do Bolsa Família **naeducação**: *estar devidamente cadastrado*; *manter os dados atualizados na base do Cadastro Único*; *frequência mínima de 85% das crianças entre 6 e 14 anos e de 75% entre jovens de 15 a 17 anos;* **na assistência social***: estar matriculado nos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos*, a exemplo dos Programas de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), ProJovem, Mais Educação, dentre outros; **na saúde**, as condicionalidades são: *acompanhamento do calendário vacinal, do crescimento e do desenvolvimento das crianças menores de 7 anos; pré-natal para gestantes e*

acompanhamento de nutrizes. A tabela 1 ilustra as áreas, os compromissos exigidos pelas condicionalidades e o público-alvo.

A atuação do PBF focaliza em três aspectos principais, a saber: **(1)Alívio imediato da pobreza**, por meio da transferência direta de renda às famílias; **(2)Ampliação do acesso a serviços públicos** que representam direitos básicos nas áreas de saúde, educação e assistência social, por meio das condicionalidades, contribuindo para o rompimento do ciclo intergeracional de reprodução da pobreza; **(3) Coordenação com outras ações e programas dos governos, nas três esferas, e da sociedade**, de modo a apoiar as famílias na superação de vulnerabilidades e pobreza (SENARC/MDS, 2014, p. 7).

Os Sistemas Presença/MEC e Sicon/MDS relacionam uma lista de motivos que servem para justificar a ausência escolar de crianças e adolescentes contemplados pelo Bolsa Família, foco deste estudo, que pretende responder à seguinte questão:o que os documentos revelam sobre os motivos de baixa frequência escolar de crianças empobrecidas cuja marca do seu ingresso e permanência na escola é atravessado pelas condicionalidades do Bolsa Família?

Essas justificativas devem ser informadas bimensalmente pelas escolas e/ou secretarias municipais e pela equipe técnica do CRAS por meio do *Acompanhamento Familiar*. Na agenda da saúde, esse registro ocorre bimestralmente em dois sistemas, o SICONV (Sistema de Convênios do Governo Federal) e o SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional).

IIIAS POLÍTICAS SOCIAIS COMPENSATÓRIAS NO CONTEXTO DO NEOLIBERALISMO E IMPERIALISMO: UMA ANÁLISE A PARTIR DAPSICOLOGIA ESCOLAR E EDUCACIONAL EM UMA PERSPECTIVA CRÍTICA

O Programa Bolsa Família constitui um complexo social situado em um complexo ainda maior que é a própria sociedade, que por sua vez, insere-se em um determinado momento histórico de seu desenvolvimento, a saber, na sociedade capitalista em sua “fase suprema de desenvolvimento, o imperialismo” (Lênin, 1984)[13], cuja doutrina neoliberal tem se configurado como a base de sustentação das políticas econômicas e sociais dos Estados burgueses pelo mundo.

[13] Esta obra foi escrita entre os meses Janeiro e Junho de 1916 e publicada em seguida por outras editoras. A versão utilizada neste trabalho é: Obras Escolhidas, Tomo 2. Lisboa, Ed. Avante, 1984. P. 575-671.

Na passagem do século XIX para o século XX, ocorreram mudanças substanciais em nível global. Na área econômica, começaram a se formar grandes monopólios com o objetivo de enfraquecer e até eliminar a livre concorrência. No campo político, a democracia burguesa se arrefecia frente à empreitada imperialista que começava a moldar as formas de ação dos homens por dentro dos estados e das nações. No cenário histórico, portanto, a era da burguesia dava passagem à era do imperialismo(com ataques regionais e grandes guerras) e das revoluções da classe trabalhadora por meio do enfrentamento às imposições e subjugações sofridas.

> Por imperialismo se deve entender não uma ‹‹fase›› ou um grau da economia, mas uma política, e uma política determinada, a política ‹‹preferida›› pelo capital financeiro; que não se pode ‹‹identificar›› o imperialismo com o ‹‹capitalismo contemporâneo››, que, se a noção de imperialismo abarca ‹‹todos os fenómenos do capitalismo contemporâneo›› — cartéis, protecionismo, dominação dos financeiros, política colonial —, então o problema da necessidade do imperialismo para o capitalismo transforma-se na ‹‹tautologia mais trivial››, pois nesse caso, ‹‹naturalmente, o imperialismo é uma necessidade vital para o capitalismo››, etc. (LÉNINE, 1916, p. 368-369).

Para ocorrer a divisão dos mercados mundiais, as grandes potências capitalistas trabalharam para fomentar a I Guerra Mundial (1914). Nesse ínterim, os partidos da classe operária, reunidos na II Internacional,ao invés de reagirem fortemente, juntaram-se ao parlamento burguês e às suas propostas pela via da conciliação, traindo os ideais revolucionários que os sustentavam. Essa aliança abriu caminho à necessária análise dos fatos para desmascarar a farsa e organizar a luta revolucionária que ganharia o mundo. Foi exatamente neste contexto que Lênin escreveu a obra: *O imperialismo, fase superior do capitalismo* no primeiro semestre de 1916.O anseio de Lênin com a referida obra era contribuir com "a compreensão de um problema económico fundamental, sem cujo estudo é impossível compreender seja o que for e formar um juízo sobre a guerra e a política actuais: refiro-me ao

problema da essência económica do imperialismo."(LÉNINE, 1984. Prefácio, 26 de Abril de 1917).

Coggiola (2009, p. 3) discute amplamente a nova crise produzida pelo capital. Segundo ele, “No regime capitalista, um novo tipo de crise se faz presente, as ‘crises de abundância’. Ou seja, a miséria (e a sua decorrência, a fome) devida à sobre-produção de mercadorias”. O foco do problema reside, pois, na distribuição e não na (in)capacidade de produzir o suficiente para satisfazer as necessidades humanas e sociais dos habitantes do globo.

Para situar o lugar e o papel dos programas sociais compensatórios, Coggiola (2009) faz uma análise histórica da relação entre fome e capitalismo. Traz dados e problematiza as noções de desenvolvimento defendidas pelo modo de produção capitalista, que centra esforços na geração de um exército industrial de reserva para a acumulação de riquezas nas mãos de grupos cada vez mais hegemônicos (banqueiros, fundos de pensão, grandes corporações) provocando, ao mesmo tempo, o desemprego estrutural, a imigração em massa, a privatização dos serviços de saúde, educação, moradia, dentre outros.

No campo da educação, os estudos realizados por Maria Helena Souza Patto (1999) marcam, incisivamente, as razões sociohistóricas e políticas de um discurso produzido socialmente que desqualifica e/ou subestima a capacidade de aprendizagem de crianças e adolescentes pobres; discurso esse que preserva a força física, ideológica e psicológica como instrumentos de regulação e controle. É nesse contexto agonizante que a pesquisadora vai empreender grande esforço teórico-metodológico para desmitificar um conjunto de explicações individualizantes das desigualdades sociais para a produção do fracasso escolar.

IV*A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO SOBRE O BOLSA FAMÍLIA*

Delinear sistematicamente a progressão dos desafios técnicos, operacionais e humanos obtidos desde a criação do Bolsa Família (2003) é tarefa que tem sido empreendida por muitos estudiosos. Segundo Jannuzzi e Pinto (2013, p. 188)[14], o Bolsa Família conta com “quase 7 mil pesquisadores com temas associados e

[14] IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2013. Disponível em: http://www.sae.gov.br/wp-content/uploads/WEB_Programa-Bolsa-Familia-2.pdf

produção de 799 estudos de 2004 a 2010". É o Programa social mais estudado no mundo, se comparado com antigos programas de proteção social da Europa e da América Latina.

> É revelador do interesse investigativo suscitado pelo Bolsa Família o fato de que há, no Cadastro Nacional de Pesquisadores do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – a Plataforma Lattes - um total de quase 7 mil pesquisadores com temas de pesquisa associados ao programa, dos quais metade são pesquisadores doutores, 810 deles realizando pesquisa com mérito científico reconhecido antecipadamente por comitês de avaliação do CNPq (projetos financiados com Bolsa de Produtividade Científica). Também é revelador do interesse acadêmico pelo programa o registro bianual de trabalhos publicados ou apresentados por pesquisadores vinculados ao Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq. A produção acadêmica vem crescendo vertiginosamente desde 2006, totalizando, no período de 2004 a 2010, um conjunto de 799 estudos e pesquisas (IPEA, 2013, p. 188).

De modo geral, há pesquisas que defendem que o Bolsa Família se insere no contexto das políticas estritamente compensatórias (MONNERAT et., al. 2007; COGGIOLA, 2009), que embora contribuam para uma leve diminuição das desigualdades, surgem para dar respostas ao quadro neoliberal intocado. Ou seja, para se resolver a questão social[15], não se questiona as políticas neoliberais que privilegiam o grande capital, ao contrário, propõem-se programas focalizados com uma transferência ínfima de renda às classes pauperizadas.

Há, também, pesquisas que indicam uma visão híbrida do PBF, situando-o entre as políticas compensatórias, emancipatórias e/ou com potencial emancipador (SUPLICY 2006; REGO, 2008; 2013; PIMENTA, 2012; KERSTENETZKY, 2009; 2013). Algumas das inovações e/ou acréscimos introduzidos pelo Bolsa Família, segundo tais pesquisas são: passou a proteger a família inteira ao invés do indivíduo

[15]Expressão utilizada para tratar das questões referentes à miséria e desigualdades sociais.

apenas; aumentou a quantidade e o valor dos “benefícios” pagos, reajustando-os a partir de 2008; abarcou o caráter multidimensional da pobreza; simplificou a gestão dos programas através da unificação dos mesmos em um só cartão/programa; introduziu o mecanismo de busca ativa; potencializou as ações de governo por meio do Pacto Federativo.

Das ausências e/ou aspectos que precisam ser melhor trabalhados e contemplados pelo Bolsa Família, as pesquisas indicam: conexão com mercado de trabalho a fim de que sejam garantidas oportunidades reais no campo dos direitos de cidadania das/os beneficiárias/os; abolição das condicionalidades da maneira como ela está estruturada (com caráter punitivo) para aqueles que não conseguem cumprir com as exigências; ampliação da oferta de serviços qualificados de saúde, educação, assistência social, moradia, cultura/lazer no sentido de avançar para a universalização dos direitos de cidadania (direitos civis, sociais e políticos) o que implica, necessariamente, em abandonar o seu aspecto focalizado apenas nos pobres (CASTEL, 1997; SUPLICY, 2006; MONNERAT et. al., 2007; ESTRELLA & RIBEIRO, 2008; REGO, 2008; PIRES, 2011; SANTOS & LICIO, 2011; PIMENTA, 2012; KERSTENETZKY, 2009; 2013; COSTA, 2016).

Quanto às pesquisas e discussões das condicionalidades do Bolsa Família, estas são diversas e polêmicas, especialmente nos países latinoamericanos, que abrigam programas similares. Uma discussão relevante sobre esse assunto foi feita por MONNERAT et., al. (2007), em um artigo intitulado: *Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família,* que aponta várias perspectivas, de maneira crítica, inclusive a dos documentos oficiais, que operam as condicionalidades de maneira coercitiva, distanciando-se da concepção de direitos, uma vez que penaliza famílias e indivíduos por não conseguirem cumprir com as obrigações estabelecidas pelo Programa.

V METODOLOGIA

A escolha pela abordagem qualitativa-quantitativa nesta pesquisa se fundamenta nas discussões e análises empreendidas pelos pesquisadores Minayo & Sanches (1993) que sustentam não haver, do ponto de vista metodológico, contradição nem continuidade entre investigação quantitativa e qualitativa. Consideram que ambas são de natureza distinta, sendo que a “primeira atua em níveis

de realidade, onde os dados se apresentam aos sentidos". E a "segunda trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões".

Esta pesquisa define a análise documental como procedimento de pesquisa em virtude de o mesmo atender à demanda de análise [no espaço-tempo do mestrado] dos relatórios de frequência escolar e de acompanhamento familiar de crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família.

De acordo com Saviani (1996), um problema parte de uma necessidade posta pela humanidade e parte de uma reflexão filosófica. Esta reflexão ancora-se em três grandes exigências: precisa ser *radical* (ir à raiz do problema, ir até seus fundamentos), *rigorosa* (deve ter rigor, ter métodos determinados) e *global* (o problema em questão deve estar relacionado com os problemas mais gerais, do contexto no qual o problema está inserido).

Assim, o problema da pesquisa desenha-se a partir da tentativa de responder à seguinte questão: o que os documentos revelam sobre os motivos de baixa frequência escolar de crianças empobrecidas cuja marca do seu ingresso e permanência na escola é atravessado pelas condicionalidades do Bolsa Família?

O critério de escolha da escola se deu pelo significativo número de contemplados pelo Bolsa Família que estavam tendo dificuldades de frequentar a escola, logo, em situação de descumprimento da condicionalidade da Educação. Após consulta do histórico de registro dos motivos de baixa frequência escolar das referidas crianças por meio dos relatórios impressos do Sistema Presença/MEC e do Sistema de Condicionalidades do Bolsa Família/MDS, foram impressos um total de 175 relatórios de frequência escolar de crianças, que totaliza 133 famílias no espectro desta análise.

A partir da análise dos documentos (que no caso específico, vai abarcar um total de 175 Relatórios de Frequência Escolar do Sistema Presença/MEC e 133 Relatórios de Acompanhamento Familiar do Sistema de Condicionalidades do Bolsa Família - Sicon/MDS de crianças beneficiárias do Bolsa Família), objetivamos ter a dimensão do todo complexo (primeiro condensado em números e proporções) para depois partir para a seleção dos formulários que apresentam o maior número de descumprimento de condicionalidades, centrando as análises aprofundadas nesses últimos a fim de ampliar a dimensão compreensiva dos códigos que são registrados para explicar e/ou justificar ausências no ambiente escolar.

Embora não envolva diretamente seres humanos, mas registros de suas experiências de vidas, muitas delas marcadas por preconceitos e discriminação,precisam de cuidado e delicadeza ao serem tocadas para evitarmos a reprodução de antigos e novos estigmas sociais. Por isso, apontamos como risco a estigmatização da pobreza e da pessoa pobre. A pesquisa deve assumir o compromisso de combater e enfrentar os clássicos reducionismos associados às classes populares. Isso pode ser feito a partir da ação de uma postura radicalmente crítica dos fenômenos humanos e sociais pela pesquisadora, capaz de ultrapassar os limites do reprodutivismo acadêmico, na direção do reconhecimento das multideterminações sociais impostas pela sociedade de classes, fortemente inscritas na trama social, mas muitas vezes apresentadas em forma de síntese, ou seja, de códigos documentados.

VI ANÁLISE DOS DADOS

De acordo com o método da pesquisa, esta análise documental está pautada em cinco etapas distintas,a saber:(1) Identificar o que os documentos revelam de específico (em andamento); (2) Descrição de dados quantitativos dos relatórios de Frequência Escolar do Sistema Presença/MEC (em andamento); (3) Descrição dados quantitativos dos relatórios de Acompanhamento Familiar do Sistema de Condicionalidades do Bolsa Família Sicon/MDS (em andamento); (4) Produção e análise de gráficos e tabelas (concluído); (5) Descrição as *recorrências, ausências, discrepâncias* e *potências* do conteúdo analisado para, a partir disso, criar eixos temáticos de análise.

Em síntese, os documentos revelam o histórico individual da frequência escolar de todas as crianças (de 6 a 15 anos de idade) beneficiárias do Bolsa Família de uma Escola Municipal de Ensino Fundamental I, da cidade de Salvador-BA desde o momento em que passaram a fazer parte do referido Programa. Foram extraídos e impressos um total de 175 relatórios no dia 23 de novembro de 2015 pela Coordenadora Municipal do PBF na Educação.

Os relatórios de Acompanhamento do Sicon/MDS se organizam em quatro blocos distintos, a saber: **(1º bloco)** é composto por “Dados da Família” (composição familiar e Bolsa Família); **(2º bloco)** traz o “Endereço” atual da família (com localização no mapa) de acordo com a última atualização no CadÚnico; **(3º**

bloco) identifica as pessoas que são público-alvo das “Condicionalidades da Educação e Saúde” (mostra a repercussão e o acompanhamento das condicionalidades) e faz duas perguntas: (1) A família está em acompanhamento familiar? (2) A família tem ou já teve descumprimento de condicionalidades? Essas duas perguntas são preparatórias para o **(4º bloco)** que trata do “Acompanhamento Familiar” propriamente dito. Neste bloco, ficam anotados os dados dos atendimentos prestados pela Rede Socioassistencial do Município quando devidamente registrados pela equipe técnica do CRAS ou pelas Secretarias Municipais de Assistência Social (como às vezes ocorre no interior do Estado).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto n. 5.209 de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei n. 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004 2006/2004/decreto/d5209.htm. Acesso em: 7 ago de 2014.

____. Lei n. 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Disponível em: <www.planalto. gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/ l10.836.htm>. Acesso em: 7 ago. 2014.

____. Medida Provisória n. 132, de 20 de outubro 2003. DOU de 21/10/2003. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Disponível em: <www81.dataprev.gov.br/ sislex/paginas/45/2003/132.htm>. Acesso em: 7 jul. 2015.

CASTELL, R. A dinâmica dos processos de marginalização: Da vulnerabilidade à "desfiliação". *Cadernos CRH*, 26/27, p. 19-40, 1997.

COGGIOLA, O. Fome, capitalismo e Programas sociais compensatórios. São Paulo, 2009.

COSTA, G.C A educação escolar nos programas sociais de combate àpobreza no Brasil e na Venezuela: (re) produção ou incipiente superação do fracasso escolar. 2016. 114 f. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

ESTRELLA, J. and RIBEIRO, L. M. Qualidade da gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família: uma discussão sobre o índice de gestão descentralizada. *Rev. Adm. Pública* [online]. 2008, vol.42, n.3, p. 625-641.

IPEA. Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania / organizadores: Tereza Campello, Marcelo Côrtes Neri. – Brasília: Ipea, 2013. 494 p.: gráfs., mapas, tabs. Inclui bibliografia. ISBN 978-85-7811-186-1.

LÉNINE, V.I. O Imperialismo, Fase Superior do Capitalismo. Obras Escolhidas, Tomo 2. Lisboa, Ed. Avante, 1984. p. 575-671.

KERSTENETZKY, C. L. Redistribuição e desenvolvimento? A economia política do programa bolsa família. Dados [on-line]. 2009, v. 52, n. 1, p. 53-83. ISSN 0011-5258. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0011- 52582009000100002. Acesso em: 7 ago. 2014.

_____. Aproximando intenção e gesto: Bolsa Família e o futuro. In: Campello, Tereza; Neri, Marcelo Côrtes (org.). Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania. Brasília: Ipea, 2013.

MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? Cad. Saúde Públ., Riode Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993.

MONNERAT, G. L. et al. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. Ciênc. saúde coletiva [on-line]. 2007, v. 12, n. 6, p. 1453-1462. ISSN 1413-8123.

PATTO, M. H. S. A produção do fracasso escolar. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

PIMENTA. L. R. R. Pesquisa qualitativa de avaliação sobre as condições de acesso aos serviços de saúde e educação, a partir do acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família. Brasília, 2012.

PIRES, F.F. Do ponto de vista das crianças: Uma avaliação do Programa Bolsa Família. Universidade Federal da Paraíba/Univerity of Sheffieldi. Brasília: Ipea, 2010.

REGO, W. D. L e Pinzani. Liberdade, dinheiro e autonomia: o caso do Programa Bolsa Família. In: Campello, Tereza; Neri, Marcelo Côrtes (org.). Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania. Brasília: Ipea, 2013.

_____. Aspectos teóricos das políticas de cidadania: uma aproximação ao Bolsa Família. *Lua Nova* [online]. 2008, n.73, pp.147-185. ISSN 1807-0175. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64452008000100007.

SAVIANI, D. Educação: do senso comum à consciência filosófica. 12. ed. Campinas: Autores Associados, 1996.

SANTOS, R. L. A & LICIO. E. C. Resultados e desafios do acompanhamento das condicionalidades do programa bolsa família. Apresentado no IV Congresso Consad de Gestão Pública – Painel 37/132, Brasília: 2011, p. 1-23.

SENARC, S. N. R.C. Cadastro Único e Programa Bolsa Família. Acesso em: 19 de mai. 2016. Disponível em: http://docplayer.com.br/8378836-Cadastro-unico-e-programa-bolsa-familia.html

SUPLICY, E. M. Renda Básica de Cidadania: a resposta dada pelo vento. Porto Alegre: L&PM, 2006.

EXPERIÊNCIAS DE ESTAGIÁRIAS DE PSICOLOGIA NO ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO EM SALAS DE RECURSOS MULTIFUNCIONAIS

Indine Simões da Silva de Almeida
Raiza Sobral Bloizi
Josineide Vieira Alves

O presente relato tem como objetivo descrever as experiências de estágio Básico I em Salas de Recursos Multifuncionais (SRM), de duas escolas da rede pública municipal da cidade de Santo Antônio de Jesus - BA. Antes de descrevermos como ocorreram essas experiências, é importante pontuarmos algumas questões teóricas em relação à educação inclusiva e as SRM.

A inclusão de pessoas com deficiência na sociedade vem ao longo do tempo passando por modificações importantes. Pensar na inclusão destas pessoas significa reconhecer a diferença como inerente ao humano, podendo assim reparar as discrepâncias e garantir que estas particularidades não consequenciem segregação e exclusão destes grupos, independente do âmbito que se venha analisar.

No sistema educacional a inclusão de pessoas com deficiência deu-se primeiramente através da proposta da integração, que tinha por base o conceito de normalização. Assim, a integração escolar apresentava-se em oposição à segregação, e era entendida “como a possibilidade de o deficiente mental desenvolver um tipo de vida tão normal quanto possível” (SANCHES e TEODORO, 2006).

Miranda (2011) destaca que através da proposta de integração, a escola não se responsabilizava em adaptar-se as especificidades das crianças com necessidades especiais, cabendo a estas crianças apresentarem condições de acompanhar os alunos das classes regulares. Este critério, por sua vez, não favorecia o desenvolvimento e um aprendizado de qualidade para as crianças, sendo que o sucesso ou fracasso escolar eram incumbência exclusiva destas.

Em 1994, em Salamanca, na Espanha, ocorreu a Conferência Mundial de Educação Especial, que resultou na elaboração da Declaração de Salamanca. Por

meio desta, passa a ser assegurado que “toda criança tem direito fundamental à educação e deve ser dada a oportunidade de atingir e manter o nível adequado de aprendizagem”, garantindo este acesso em nível de leis e diretrizes e como responsabilidade dos governos dos países signatários. A partir deste marco estabelece-se uma nova proposta de educação, a educação inclusiva. (MACIEL, p.51, 2000)

Diferentemente da integração escolar em que as crianças se adaptavam às exigências da escola, a educação inclusiva apresenta-se como uma proposta na qual o aluno com necessidades especiais deve estar presente nas salas regulares do ensino público, “aprendendo e desenvolvendo suas potencialidades com ensino de qualidade” (Miranda, 2011, p.96), sendo função da escola acolher e oferecer o suporte necessário para a inserção e desenvolvimento da criança, através da adaptação curricular e pedagógica, além de infraestrutura e outros aspectos que influenciem diretamente neste acolhimento.

Como país signatário da Declaração de Salamanca, o Brasil dentro da proposta da educação inclusiva, e diante do enfoque da perspectiva da educação especial, que, de acordo com a Política Nacional de Educação Especial (PNEE), “é a modalidade de educação escolar oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação”, implanta o Atendimento Educacional Especializado (AEE) com política pública, que visa:

> Identifica, elabora e organiza recursos pedagógicos e de acessibilidade que eliminem as barreiras para a plena participação dos alunos, considerando as suas necessidades específicas. (Política Nacional de Educação Especial, 2008, p.16)

A política de inclusão no Brasil está regulamentada sob a Lei 9.394 de 1996 e o Decreto nº 6.571, que preconizam a educação especial enquanto modalidade de educação e o atendimento educacional especializado para os alunos que apresentarem alguma deficiência, transtorno global de desenvolvimento e altas

habilidades/superdotação, matriculados na rede pública de ensino. (LEI9394, 1996; DECRETO 6571, 2008)

Em consonância ao Atendimento Educacional Especializado, a Resolução CNE/CEB nº 4/2009, define que:

> Art. 5º O AEE é realizado, prioritariamente, nas salas de recursos multifuncionais da própria escola ou em outra de ensino regular, no turno inverso da escolarização, não sendo substitutivo às classes comuns, podendo ser realizado, em centro de atendimento educacional especializado de instituição especializada da rede pública ou de instituição especializada comunitárias, confessionais ou filantrópicas sem fins lucrativos, conveniadas com a secretaria de educação ou órgão equivalente dos estados, do Distrito Federal ou dos municípios (Manual de Orientação. SEESP/MEC, 2010, p.5-6).

As Salas de Recursos Multifuncionais (SRM) passaram a ser implantadas em escolas regulares, com o fim de auxiliar no processo educacional e inclusivo de crianças com deficiência, por meio de recursos pedagógicos específicos para cada uma delas. Para serem matriculados na SRM, os alunos devem estar matriculados em um sala regular no turno oposto ao do atendimento, apresentarem comprovação da necessidade (física, intelectual, mental, sensorial, transtornos globais de desenvolvimento, altas habilidades ou superdotação), através de laudos médicos ou psicológicos.

Para atuar na SRM o profissional necessita ter formação na área da educação especial, para melhor atender às necessidades dos alunos. Os professores contam com o material que é disponibilizado para as salas, em sua implantação.

O contato com a escola e com as SRMs se deu inicialmente através da participação em um projeto de extensão, do qual as estagiárias fizeram parte durante um ano. O fato de ter um vínculo com a docente orientadora do estágio, bem como com as professoras das SRMs e com outros atores da escola, foi um aspecto positivo

para o início do trabalho enquanto campo de estágio, uma vez que já não era um espaço desconhecido, o que, apesar dos esperados desafios e dúvidas que emergiram, possibilitou maior confiança nas conversas e na realização das atividades dentro das SRMs. Os acompanhamentos nas salas iniciaram em abril e os horários dos mesmos foram adequados conforme as disponibilidades da carga horária destinada ao campo. Assim, conforme a organização dos nossos horários, as crianças e jovens que fizeram parte dos acompanhamentos totalizaram cinco, considerando ambas as escolas. Em relação aos diagnósticos dos alunos acompanhados, três deles possuíam o laudo de autismo e dois de deficiência intelectual.

Este relato apresentará as vivências com duas crianças autistas: uma menina de oito anos e um garoto de seis anos. Conforme os aspectos éticos que constam na Resolução 466/12, por se tratar de um relato que envolve seres humanos, sobretudo menores de idade, o sigilo quanto à identificação dos alunos será resguardado. Dessa forma, caso necessário nomes fictícios serão utilizados.

Participamos semanalmente, durante um turno, do Atendimento Educacional Especializado (AEE), objetivando auxiliar as professoras das SRMs, no desenvolvimento e planejamento de atividades pedagógicas adaptadas, realizando-as com os alunos, conjuntamente com a professora; realizamos visitas domiciliares; além de contribuirmos com discussões e problematizações dos diagnósticos e da medicalização das salas de recursos, exercitando juntamente com a professora e demais atores o acolhimento dos modos singulares de existência dessas crianças, desenvolvendo um olhar de aposta em seus potenciais e nas possibilidades de desenvolvimento das mesmas.

As professoras das salas acompanhadas possuem especialização em educação especial e estão nas salas desde a implantação das mesmas. Os planos de trabalho destas professoras seguem as orientações do manual da sala de recursos, disponibilizando os horários de forma que cada aluno tenha seu acompanhamento individual, bem com em grupos, sendo estes por fatores variados, como a socialização e a falta de horários para os atendimentos individuais.

Considerando a existência da SRM no processo de inclusão, Baptista (2011) afirma que é necessário que se fale sobre a importância do professor especializado

em Educação Especial, a fim de garantir a existência de percursos escolares satisfatórios e desafiadores para os alunos com deficiência. De acordo com o autor, essa importância respalda-se na centralidade da sala de recursos como o dispositivo pedagógico prioritário na política de Educação Especial contemporânea, considerada sua característica de não substituição do espaço da sala de aula comum para a escolarização. Além disso, as atribuições que implicam articulações entre o docente especializado e o professor do ensino comum abrem espaço para a discussão curricular necessária nos processos inclusivos.

As salas possuem os materiais que são descritos no manual de implantação, tais como as mesas e cadeiras, notebook, jogos educativos, tapete, dentre outros. Além destes, as professoras sempre buscam confeccionar objetos e jogos que venham contribuir com o aprendizado dos alunos.

Os AEEs ocorrem de segunda a quinta-feira, nos turnos da manhã e tarde e na sexta-feira o dia fica reservado para reuniões, visitas domiciliares e escolares, planejamento de atividades, elaboração de materiais e para o cumprimento das obrigações burocráticas da SRM.

Os contatos iniciais visaram definir os horários e os alunos que possivelmente seriam acompanhados, conhecer qual era o planejamento desenvolvido para cada criança, revisar os relatórios e conversar a respeito das expectativas e dificuldades esperadas para o trabalho que estava sendo iniciado com as crianças.

Durante os atendimentos, foram organizadas tarefas e brincadeiras que possuíam o objetivo de que os alunos em atendimento tivessem mais concentração e conseguissem realizar as atividades, bem como desenvolver e potencializar habilidades motoras, cognitivas e comunicativas. Estas foram as principais metas propostas, elaboradas pelas professoras, para o primeiro semestre com estes alunos, em ambas as SRMs.

Para tais objetivos, as atividades e jogos desenvolvidos, em específico com as crianças com autismo, incluíram brincadeiras com bola, para o trabalho de criação de vínculos e desenvolvimento da coordenação motora; utilização do espelho para o trabalho de reconhecimento do corpo e diferenciação do outro; atividades de colagem, pintura com tinta guache, as quais visaram o processo de simbolização,

reconhecimento de imagens e aprendizagem de cores, além de atividades com Lego e peças de encaixes, para o desenvolvimento motor fino e da pinça motora.

Laura, uma das crianças acompanhadas, cujo diagnóstico é de autismo demonstrou desde os primeiros contatos - enquanto projeto de extensão - um interesse fascinante por guarda-chuvas. Diante desse interesse pelo objeto, o mesmo foi incluído nas atividades, sendo sempre buscado por ela. O guarda-chuva foi utilizado ainda em frente ao espelho, onde a menina visualizava os movimentos do objeto no reflexo do espelho, tanto os movimentos que ela realizava quanto os da estagiária.

Daniel, a outra criança que foi acompanhada, também com diagnóstico de autismo e hiperatividade, demonstrava um grande fascínio pelo espelho que havia na sala, onde refletia todo o seu corpo e ele ficava olhando, movimentando o corpo e observando, quase sempre fazendo uma atividade e correndo para ver sua imagem refletida. Tendo em vista esse interesse demonstrado por Daniel, o espelho foi utilizado ao longo dos atendimentos, de formas variadas, como contornar a sua imagem e dizer cada parte do corpo, possibilitando a expressão da criança e trabalhando no processo de diferenciação do outro.

Utilizamos também instrumentos musicais e melodias durante os atendimentos com algumas das crianças acompanhadas nas SRMs, como forma de acesso às emoções e a processos cognitivos complexos, além de possibilitar um momento de ludicidade no processo de aprendizagem delas. De acordo com Sampaio et al (2015), a música pode ser utilizada como uma possibilidade de interação e comunicação com o outro, que pode vir através de aspectos não-verbais apresentados puramente no instrumental, ou por meio de textos cantados e rimas.

A partir dos encontros, da construção do vínculo e através das atividades realizadas, bem como dos relatos das professoras, familiares e outros, percebemos que as crianças apresentaram avanços relacionados a aspectos cognitivos, como nos processos básicos de atenção, memória e percepção, além do desenvolvimento da autonomia, habilidades de comunicação; maior interação entre os colegas e significativa participação no cotidiano da escola.

A sensibilidade para lidar com as crianças autistas se faz imprescindível, ao tempo que vai sendo “talhada” no contato com as mesmas. Assim como não existe fórmula ou cura, o trabalho com estas crianças se dá nas tentativas e erros. Cada uma delas nos fascina com suas singularidades, nos chama para o encontro com outras possibilidades de ser e existir e nos direcionam a reflexões ímpares acerca das expectativas e representações sobre nós mesmos e sobre a nossa formação – do fazer do psicólogo.

Consideramos de grande importância toda essa experiência, pois nos permitiu o encontro com o diferente, a partir do momento em que nos deparamos com nossos próprios preconceitos e estranhamentos, os quais muitas vezes estão escondidos, reprimidos ou perpetuados de forma sutil nas relações cotidianas.

Assim, a relevância do estágio se dá por ensinar, principalmente, que podemos e temos subsídios para contribuir no crescimento e desenvolvimento destas crianças e jovens com necessidades educativas especiais, devido à compreensão de que para além de qualquer deficiência, existe o outro, que só espera alguém que aposte em suas capacidades e o reconheça como sujeito, para além de suas habilidades ou dificuldades.

Outro aspecto interessante nessas experiências com a educação especial se dá, pois, ao lidar com processos de inclusão, nos possibilita perceber que a acessibilidade deve ser para todos, por exemplo, para aqueles que tenham deficiência visual e também para os videntes; o que pode ser concluído que a inclusão não está restrita ao contexto da escola. A escola é um dos ambientes que podemos frequentar por um longo período da nossa vida, porém é um dentre vários, pois vivemos em diversos contextos além do da escolarização. Lidar com educação é lidar com direitos, com respeito, com o processo de aprendizagem, com o nosso desenvolvimento enquanto humanos, o que podemos fazer em qualquer e toda situação, independente do ambiente no qual possamos nos encontrar.

Ademais, a experiência deixa como marca a importância da inserção de psicólogos e estudantes de psicologia nesta área da educação inclusiva, a fim de possibilitar a todos que compõem este campo a superação de um olhar historicamente

construído da falta e inadequação, evidenciando, ainda, o compromisso ético e político da categoria às políticas públicas implantadas em nossa sociedade.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, C. R.. **Ação pedagógica e educação especial: a sala de recursos como prioridade na oferta de serviços especializados.** Rev. bras. educ. espec. vol.17 no.spe1 Marília Mai/Ago. 2011.

BRASIL**, Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.** Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.

DECRETO, **Nº 6.571, 17 de setembro de 2008**. Dispõe sobre o atendimento educacional especializado, regulamenta o parágrafo único do art. 60 da Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e acrescenta dispositivo ao Decreto no 6.253, de 13 de novembro de 2007.

MACIEL, Maria Regina Cazzaniga. **Portadores de deficiência: a questão da inclusão social**. São Paulo em Perspectiva, v.12, n.1, 2000, p.51-56.

Ministério da Educação. **Política Nacional de Educação especial na perspectiva da inclusão,** 2008.

Ministério da Saúde. **Resolução Nº 466,** De 12 de Dezembro de 2012.

MIRANDA, Therezinha Guimarães. **O Atendimento Educacional Especializado-AEE em sala de recursos.** In: MIRANDA, Therezinha Guimarães; FILHO, Galvão; ALVES, Teófilo; org. Educação Especial em Contexto Inclusivo: reflexão e ação. Salvador: EDUFBA, 2011, p.93-105.

SAMPAIO, R. T. et al. **A Musicoterapia e o Transtorno do Espectro do Autismo: uma abordagem informada pelas neurociências para a prática clínica**. Per Musi. Belo Horizonte, n.32, p.137-170, 2015.

SANCHES, Isabel; TEODORO, António. **Da Integração à Inclusão Escolar: cruzando perspectivas e conceitos**. Revista Lusófona de Educação, 2006, 8, 63-83.

IMPLICAÇÕES E MOVIMENTOS DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO ESCOLAR COMO DISPOSITIVO DE INCLUSÃO: EXPERIÊNCIAS NO SISTEMA PÚBLICO DE ENSINO

Natiara Cristian Araújo dos Santos
Silvia Ribeiro Guimarães
Josineide Vieira Alves

EDUCAÇÃO INCLUSIVA E ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

A Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva estabelece o direito à educação, que é assegurado pela Constituição Federal de 1988 como um direito de todos (BRASIL, 2008). A educação Inclusiva, nessa direção, enquanto ação política e sociocultural, se configura num paradigma educacional baseado

> "na concepção de direitos humanos, que conjuga igualdade e diferença como valores indissociáveis, e que avança em relação à ideia de equidade formal ao contextualizar as circunstâncias históricas da produção da exclusão dentro e fora da escola" (BRASIL, 2008, p.1).

O Brasil como um dos signatários da Declaração de Salamanca (1994), grande marco da educação inclusiva, passou a implementar políticas públicas com o objetivo de efetivar o paradigma inclusivo para pessoas com Necessidades Educativas Especiais (NEE), como o programa de implantação das Salas de Recursos Multifuncionais (SRM) e dos Centros de Apoio Pedagógico, que objetivam realizar o Atendimento Educacional Especializado (AEE).

A inclusão escolar dos estudantes com necessidades educativas especiais (NEE) tem se constituído em um grande desafio para os professores e educadores em geral, devido às especificidades que algumas dessas necessidades apresentam, a exemplo do autismo, que exige, além da adaptação curricular e mudanças na escola, dispositivos que auxiliem a criança a se beneficiar da escolarização e da socialização (NASCIMENTO, 2015). Desse modo, a educação especial na perspectiva da educação inclusiva preconiza a inclusão a fim de acolher as diferenças dos alunos

com deficiências, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades, no ensino regular.

Em nossa atual conjuntura educacional, em que a inclusão tornou-se um imperativo, o Acompanhamento Terapêutico apresenta-se como proposta facilitadora do processo inclusivo de alunos com NEE, uma vez que possibilita a inserção em sala regular e cria condições para que os mesmos se beneficiem dos processos e contextos educacionais, ao passo que oferece suporte à comunidade escolar.

Assim, o que originalmente fora pensado no seio da Reforma Psiquiátrica como recurso de inserção social de pacientes em sofrimento psíquico grave, mais recentemente vem sendo bastante difundido no âmbito da Educação Inclusiva, como ação mediadora entre a criança e seus pares, envolvendo toda a comunidade escolar no processo de inclusão (NASCIMENTO, 2015).

O Acompanhamento Terapêutico Escolar (ATE), nessa perspectiva, preocupa-se em criar condições e possibilidades para que o aluno possa permanecer, beneficiando-se dos processos de aprendizagem (FRÁGUAS; BERLINCK, 2001). A sua atuação refere-se ao acompanhamento da criança ou jovem enquanto este se encontra na instituição escolar, seja dentro ou fora da sala de aula, criando estratégias que devem ser pensadas conforme as condições específicas da escola, do aluno, da sua família, da turma e professores (BERTAZZO; MOSCHINI, 2012).

Nessa direção, podemos dizer que o ATE atua como mediador, como uma ponte que torna real o contato entre o aluno e o cenário escolar no qual se encontra. Além disso, o ATE tem um papel significativo no manejo do olhar que a escola sustenta em relação ao aluno. Ele se inquieta com o lugar estigmatizado reservado ao aluno diferente, atraindo a comunidade escolar para um novo prisma, não cristalizado, onde poderão enxergá-lo de uma maneira em que sua subjetividade singular possa ser não apenas vista e suportada, mas compreendida, admirada e valorizada. Desta forma, é possível que brote uma circulação discursiva acerca do aluno distante de todo preconceito e estigma (GAVIOLI; RANOYA; ABBAMONTE, 2002).

Dentro desta temática do ATE, surge o questionamento acerca da diferença entre essa atuação e a do típico cuidador. Conforme Fráguas e Berlinck (2001) apesar deste acompanhamento ser denominado terapêutico, a escola ignorava o que isto

pudesse significar atentando apenas para a adaptação pedagógica da criança ao processo de aprendizagem. Na verdade, o ATE comunga dos objetivos pedagógicos do cuidador, mas vai além ao reconhecer possibilidades de promover os efeitos terapêuticos a partir da escolarização inclusiva.

Nessa direção, no ATE evidencia-se a relação profícua entre o pedagógico e o terapêutico cuja dinâmica na prática dissolve as fronteiras entre estas dimensões e as fazem permanecer intimamente ligadas. Kupfer (1997 apud FRÁGUAS; BERLINCK, 2001) nessa perspectiva, ao se questionar como a inclusão escolar consegue ser terapêutica, percebe que além deste processo viabilizar circulação social, ela pode oferecer à criança um lugar na escola, e, conseguintemente, possibilitá-la a conferir a si mesma um lugar social, e, portanto, um lugar de sujeito. Sendo assim, a proposta do AT com todos esses efeitos a partir da escolarização, que é um processo tão significativo emocional e cognitivamente, sem dúvida faz-se explícito sua inserção na escola. Como vimos, é mais do que uma atuação com vistas adaptativas, pode reverberar terapeuticamente através da interação, contribuindo para um melhor desenvolvimento de suas habilidades.

Sereno (2006), num artigo acerca do trabalho de AT com crianças psicóticas e autistas no espaço escolar, afirma que esta proposta se configura num dispositivo clínico que é sustentado por uma rede de compromissos coletivos em prol de uma inclusão de qualidade para todas as crianças. Ainda de acordo com esta autora, o trabalho do AT se dá a partir da transferência, da presença ativa, a partir do respeito à singularidade da criança, o AT operará como um secretário, intérprete e tradutor do meio físico que cerca este sujeito, favorecendo significativos efeitos de subjetivação.

Segundo Pegorelli (2011), ainda que o processo inclusivo escolar esteja previsto na legislação, este não se dá sem dificuldades, nem para os alunos e nem para as escolas, e, sobretudo, quando se trata de alunos com algum comprometimento psíquico significativo, uma vez que movimenta o lugar cômodo da escola, reclamando a criação de novas estratégias, o empreendimento de mudanças no projeto pedagógico e alterações na organização e espaço escolar muitas vezes solidificado.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

O presente relato de experiência aborda o Acompanhamento Terapêutico Escolar realizado por duas estudantes de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), enquanto proposta de Estágio Básico I, em Educação Especial na perspectiva inclusiva. As estagiárias permaneceram em atividade durante quatro meses do presente ano, uma vez por semana no turno matutino. As escolas onde ocorreram os Acompanhamentos fazem parte do sistema regular de ensino público da cidade de Santo Antônio de Jesus, no Estado da Bahia. Cada estagiária acompanhou um aluno, ambos com diagnóstico de autismo.

Por se tratar de um relato de experiência que envolve seres humanos, foram levados em consideração os aspectos éticos mencionados na Resolução 466/12, assegurando, sobretudo, o sigilo quanto à identificação dos alunos e a comunidade escolar envolvidos. Com esse intuito, usaremos nomes fictícios para nos referir aos alunos acompanhados. Ao adolescente do sexo masculino, de quatorze anos de idade, estudante do 6º ano do Ensino Fundamental, chamaremos Eric e à criança do sexo feminino, de oito anos, estudante do 1° ano do Ensino Fundamental, chamaremos Cecília.

Foram realizadas diversas intervenções a fim de possibilitar o processo educativo inclusivo dos alunos, quais sejam, a movimentação do lugar cristalizado que os mesmos ocupavam; a mediação entre os alunos acompanhados e o conhecimento, por meio da adaptação e construção de materiais didáticos e recreativos; a promoção da autonomia para realização de determinadas atividades cotidianas; o contato permanente com os familiares; a parceria com os professores das Salas de Recursos Multifuncionais (SRM) e das salas regulares; a mediação da interação com os colegas; a problematização junto à família e professores acerca dos diagnósticos de autismo e da medicalização exacerbada dos alunos acompanhados; e o mapeamento e reconstrução das suas trajetórias escolares.

A partir dos vínculos estabelecidos entre as ATEs e os alunos, os efeitos de tais intervenções, puderam ser percebidos desde as primeiras semanas de acompanhamento, sendo constatadas mudanças expressivas nas relações sociais estabelecidas pelos alunos, no envolvimento com as atividades propostas pelos professores, nas brincadeiras, nos posicionamentos frente às próprias dificuldades, bem como os avanços na linguagem e comunicação. A seguir, oferecemos um

vislumbre destes quatro meses de estágio, ao discorrer alguns momentos dos Acompanhamentos realizados com Eric e Cecília.

Promoção da Autonomia

Cecília, não fala e apresenta, portanto, dificuldades na comunicação. Nesse sentido, a ATE se empenhou em mediar suas relações interpessoais e viabilização das atividades comuns da vida diária. Os efeitos foram bastante significativos, ela passou a ter mais autonomia, conseguia ficar sentada durante a aula toda, esperava sua vez na fila do lanche, encontrava maneiras de sinalizar para a AT a vontade de ir ao banheiro, entre outros.

No caso de Eric, houve um momento no decorrer de uma aula, onde uma colega que sentava ao seu lado virou-se para a AT e lhe interpelou: “Eric tem cola?”. Lembrando-se que é preciso dar voz e vez ao aluno e aceitar apenas coadjuvar para que o acompanhado assuma o protagonismo (GAVIOLI; RANOYA; ABBAMONTE, 2013), a estagiária respondeu com um sorriso: “Pergunta pra ele!”. A colega virou-se dizendo “Eric você tem cola?”. Surpreso, ele disse: “O quê?”. Ela repetiu: “Você tem cola aí?”. E ele tranquilamente respondeu: “Não”. Pouco tempo depois outra colega olhou para Eric e disse: “eu nunca tinha escutado a voz dele, hoje foi a primeira vez!”.

Num outro momento, houve uma votação para eleger o líder para representar a turma. Nesse momento a AT perguntou a Eric se ele já havia escolhido em quem votar e se sabia como fazê-lo. Ele disse sua intenção de voto, mas não sabia como votar, então a AT lhe explicou como fazer e chegando a sua vez, levantaram em direção à urna. Quando o professor viu Eric em pé aparentando não saber como votar, pediu para a estagiária ajudá-lo. Ela o olhou com um sorriso e disse: “Você sabe! Como foi que você me disse que ia fazer?”. Prontamente ele escreveu no papel o número do seu candidato, dobrou e pôs na urna. O fato do aluno muitas vezes não corresponder às expectativas dos professores, pode causar angústia e constrangimento, neste sentido, a presença do AT pode funcionar como aquele que faz a interlocução, mediando o ideal do professor e a realidade que estes alunos lhe apresentam no cotidiano escolar (GAVIOLI; RANOYA; ABBAMONTE, 2002).

Movimentação do Lugar Cristalizado que o Aluno Ocupava

Embora Eric ocupasse um lugar de invisibilidade em sala de aula diante de muitos colegas e professores, havia uma problemática mais acentuada em relação a uma professora em específico. Esta não percebia sua presença em sala de aula e, portanto, lhe dava faltas na caderneta, entregava as provas corrigidas de todos os alunos e lia em voz alta as médias de todos os alunos, menos a dele, e, na chamada não citava seu nome. Compreendendo a óbvia necessidade de Eric ter sua presença em sala, não apenas notada, mas valorizada, a AT incialmente questionou a ele se compreendia o que era a chamada e, respondendo positivamente, disse: “sim, é pra dizer presente!”. Em seguida, a AT solicitou cordialmente a professora que o chamasse, explicando como isto era importante em seu processo de inclusão escolar. Na segunda aula desta mesma professora, ela realizou uma nova chamada, desta vez, incluindo-o e ele respondeu alegre e prontamente levantando a mão e dizendo: “Presente!”. Para Gavioli, Ranoya e Abbamonte, (2002) uma intervenção deste tipo, viabiliza ao aluno, o afastamento de uma posição estigmatizada que ocupa na escola e possibilita ao professor que se espelhe na atuação do AT e passe também a acreditar que o aluno é capaz.

Reconhecimento Das Ações e Produções do Aluno

No acompanhamento à Cecília em certos momentos era necessário nomear objetos que ela tocava, apontava ou simplesmente olhava, já que a mesma não falava. Fez-se necessário muitas vezes, não apenas dar nome, mas auxiliá-la a conferir sentido ao que realizava. Certo dia, enquanto a professora lia uma história e citava a cor azul, de imediato Cecília apontou para uma toalha, que estava ao seu lado, demonstrando reconhecer a cor e isso foi legitimado pela AT. A partir deste reconhecimento, foi possível criar novas estratégias de aproximação do saber através da realização de um trabalho com as cores.

No caso de Eric, bastava a professora pegar nas mãos a caderneta que ele já olhava para a AT e dizia: “Eu vou falar presente!”. A AT compreendeu que para ele, a chamada se tornou mais do que um simples cumprimento de uma regra escolar, era a possibilidade de afirmar a sua existência naquele lugar, então aproveitava para lhe parabenizar toda vez que respondia à chamada.

Em ambos os casos as ATEs agiram “como testemunha do que acontece nas situações cotidianas que o aluno vivencia na escola, possibilitando o reconhecimento de suas produções, assim como de suas conquistas” (GAVIOLI; RANOYA;

ABBAMONTE, 2002, p.1). O ATE, portanto, pode não apenas testemunhar, mas também endossar a legitimação dos seus atos, antes sem aparente sentido, destacando-os enquanto conquistas e produções significativas.

Mediação da Relação Com o Saber

Para aproximar os conteúdos pedagógicos à realidade dos acompanhados e, portanto, ajudá-lo a compreender os assuntos, as ATEs procuravam descobrir com antecedência temas que seriam abordados em sala de aula e confeccionavam atividades adaptadas.

Reconhecendo a preferência do acompanhado por jogos ao invés de tarefas, a ATE que acompanhava Eric trazia brincadeiras adaptadas para facilitar a aprendizagem visando facilitar o seu processo de aprendizagem e auxiliar o professor a entender as peculiaridades do aluno frente ao aprender. O jogo do Numeral foi uma das atividades confeccionadas e era basicamente no formato de um longo caminho que deveria ser percorrido de acordo com os números que o dado delimitava. A intenção era que Eric conseguisse contar objetos (cardinal) e compreender a ordem dos números (ordinal). A estagiária convidou outros colegas para brincar. Eric se saiu muito bem, acertou todas as perguntas, conseguiu contar até 30 junto com as colegas, reconheceu cada número e contou objetos e pessoas. Quando não era possível trabalhar com estas brincadeiras, a AT procurava ler as atividades durante a aula em voz alta junto com ele e outros colegas, explicando e dando exemplos próximos da realidade do seu cotidiano e ele costumava fazer diversas associações interessantes, demonstrando compreensão.

A acompanhante de Cecília, na mesma perspectiva, certa vez levou cartões com várias letras do alfabeto, uma vez que a professora trabalharia novas palavras, vogais, consoantes e separação silábica. Cecília acabou se divertindo muito com os cartões, rasgou alguns, ora juntava um por um, ora derrubava, e enquanto isso, alguns colegas se aproximaram, queriam formar palavrar e manusear os cartões. Essa atividade aproximou a criança dos colegas, foi um momento rico de interação.

Para Pegorelli (2011), o AT, além dos efeitos terapêuticos, também oferece uma sustentação no cotidiano escolar, na medida em que também se ocupa de mediar a relação da criança com possíveis adaptações curriculares, o que permite avanços no processo de inclusão.

Mediação da Relação Com os Colegas

Num certo dia, a AT junto a Eric e seus colegas estavam conversando sobre cortes de cabelo e ele se interessou em tocar no cabelo do colega e depois disse que parecia com “nemô”. A fala de Eric pareceu estranha aos colegas que imaginaram que ele queria dizer “demônio”. Então os colegas riam e cochichavam e, enquanto isso, a AT pediu que ele repetisse até que compreenderam que ele queria dizer “Neymar” e todos os colegas ficaram riram aliviados. Desse modo, a AT viabilizou a relação interpessoal do aluno com o grupo de colegas, isto é, agiu como ponte entre ele e seus pares (FRÁGUAS; BERLINCK, 2001; NASCIMENTO, 2015). É interessante perceber que aos poucos os colegas podem descobrir que a comunicação com Eric é tranquilamente possível na medida em que lhe são oferecidas condições para esclarecer o que pensa ou deseja dizer, respeitando a seu tempo e maneira singular de expressão.

Mediação da Relação Com a Professora

No acompanhamento à Cecília, a ATE procurou conhecer a relação estabelecida entre ela e sua professora, em toda sua trajetória escolar, compreendendo as queixas e demandas, avanços e melhoras, bem como o trabalho feito até então, de modo que pôde auxiliar a professora no processo de compartilhamento do saber. Essa mediação pôde ser evidenciada no momento em que, Cecília, ao observar seus colegas folheando um livro, quando a professora narrava uma estória, ela também folheou o material, prestando atenção à narrativa. Frente a isso, a AT, conversou com a professora de forma a evidenciar os progressos de Cecília, uma criança que antes não ficava sentada durante as aulas, passou a se envolver nas atividades solicitadas pela docente. Estes e outros progressos foram pontuados nas conversas com a professora, a qual ficou muito contente, reconhecendo os avanços de Cecília no tocante à aprendizagem e na interação com os colegas.

Em relação a Eric, certa vez, a mesma professora que não o citava na chamada, encontrou a estagiária no intervalo e lhe questionou como poderia trabalhar com ele em sala de aula. A AT conversou com ela acentuando as potencialidades do acompanhado e como ela poderia lançar mão de estratégias que valorizassem essas singularidades. Alguns dias depois a professora chamou a estagiária para dizer que numa outra aula entregou para Eric uma atividade adaptada conforme ela tinha sugerido. Isso transparece a mudança da relação entre Eric e esta professora que

antes não o notava, agora é não somente visto, mas considerado como alguém que pode e deve estar incluído. Para Fráguas e Berlinck (2001), é papel do AT sensibilizar o professor para as especificidades do aluno, viabilizando uma intervenção pedagógica apropriada.

Atuação Junto à Família e à Escola

O trabalho do AT ganha grande eficácia quando conta com o apoio de outros atores do processo inclusivo (GAVIOLI; RANOYA; ABBAMONTE, 2002). Logo, as estagiárias estabeleceram vínculos e parcerias com as famílias dos alunos, com as professoras das SRMs, as coordenadoras, professores e colegas, entre outros funcionários da comunidade escolar, sinalizando a importância de manter uma comunicação frequente e práticas que se atravessem ao invés de se sobreporem. Esse trabalho em conjunto possibilitou a compreensão da trajetória escolar de Eric e Cecília, a problematização junto à família e professores acerca dos diagnósticos de autismo e da medicalização exacerbada, bem como proporcionou o surgimento de novas ideias para a continuidade dos acompanhamentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente ao exposto, percebemos que o processo de inclusão nas escolas, a despeito dos avanços legislativos, ainda apresenta inúmeras fragilidades em sua efetivação, abrindo assim, espaço para o Acompanhamento Terapêutico enquanto facilitador do processo inclusivo escolar. Vale ressaltar ainda, que esta abertura também serve à Psicologia, uma vez que se torna uma nova possibilidade de atuação para esta categoria profissional no contexto físico da escola, em consonância com as Políticas Públicas da Educação Brasileira.

A vivência do referido estágio, impele-nos a repensar não apenas o leque de espaços e possibilidades de atuação que se abre à Psicologia, mas, sobretudo, o seu *modus operandi* – que por tanto tempo esteve à serviço dos processos de ajustamento e normalização dos sujeitos. Nessa direção, acreditamos que a prática psicológica, não somente enquanto ATE, deve está impregnada pelo compromisso ético-político, para que seja uma práxis pautada na garantia dos diretos humanos, que problematiza o que faz e a que(m) serve, que questiona sua sutil cumplicidade na maquinaria atual de saber-poder biomédico que escamoteia existências, encarcera sujeitos e atropela

crianças e jovens que não acompanham a 'ordem e progresso' do padrão escolar, ora pela via da psicopatologização da diferença e ora pela medicalização da vida cotidiana.

Finalmente, a partir das vivências supracitadas, podemos conceber o ATE enquanto dispositivo de inclusão que implica escuta e olhar diferenciados e movimenta lugares cristalizados, de modo que se constitui numa singular oportunidade para o profissional psicólogo que acredita no exercício crítico da sua profissão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERTAZZO, J. MOSCHINI, R. **Acompanhamento terapêutico escolar**: o atendimento a alunos com transtornos globais do desenvolvimento nas classes inclusivas. 9º ANPED SUL, Florianópolis, SC, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. Diário Oficial da União. 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. **Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva**. MEC; SEEP; 2008.

DECLARAÇÃO DE SALAMANCA: **Sobre Princípios, Políticas e Práticas na Área das Necessidades Educativas Especiais**, 1994, Salamanca-Espanha

FRÁGUAS, V.; BERLINCK, M. T. **Entre o pedagógico e o terapêutico**. algumas questões sobre o acompanhamento terapêutico dentro da escola. Estilos da Clínica: Revista sobre a Infância com Problemas, 2001.

GAVIOLI, C.; RANOYA, F.; ABBAMONTE, R. A. **A prática do acompanhamento educacional na inclusão escolar**: do acompanhamento do aluno ao acompanhamento da escola. In Anais do 3o Colóquio do LEPSI IP/FE-USP, 2002 .

NASCIMENTO, V. G. **O Acompanhamento Terapêutico Escolar no Processo de Inclusão de uma Criança Autista**. Dissertação de Mestrado. Programa de PósGraduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, 2015.

PEGORELLI, A. L. C. B. **Um acompanhamento terapêutico na escola**: seus alcances e possíveis entraves. InVIII Colóquio Internacional do LEPSI/ III Congresso da Ruepsy – O declínio dos saberes e o mercado do gozo: a psicanálise na educação. São Paulo, SP, 2011.

SERENO, Deborah. Acompanhamento terapêutico e educação inclusiva. **Psyche (Sao Paulo)**, São Paulo , v. 10, n. 18, p. 167-179, set. 2006 . Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141511382006000200016&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 jun. 2016.

PSICOLOGIA NO CONTEXTO ESCOLAR: UMA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO EXTRACURRICULAR EM ESCOLAS MUNICIPAIS DE JUAZEIRO-BA

Euristela Barreto Sodré

Marcelo Silva de Souza Ribeiro

O presente relatório é resultante de seis meses de vivência em duas escolas municipais de Juazeiro. Estas estavam inscritas no setor intitulado Núcleo de Atendimento Psicossocial, que receberam estagiários do Curso de Psicologia em 2014. Tal setor têm em seu quadro dois psicólogos, dentre as funções coordenar o grupo de estagiários. Os psicólogos nos apresentaram as propostas de ações a serem realizadas durante o estágio que envolvia três eixos: articulação de rede, atendimento psicopedagógico e formação. Porém, deixando aberto aos estagiários sugerirem outra intervenção que achassem necessário, uma vez que, é estando *in loco* que começa a se perceber as suas demandas.

Juazeiro é uma cidade do interior da Bahia, que, de acordo o censo demográfico de 2010 conta com uma população de 197.965 habitantes. A respeito do número de Escolas Ensino Fundamental da rede pública municipal há 94, tendo sido registrado em 2015 22.661 matriculas no ensino fundamental e 4.665 no pré-escolar. (IBGE, 2010). Não há psicólogo em cada instituição escolar, todavia a rede de educação conta com apenas dois psicólogos. Então, discentes de psicologia são convidados a participar da equipe como estagiários, no sentido de dar suporte às escolas que, vem apresentando muitas demandas para a secretaria.

O convite para o estágio e inserção na instituição se apresentaram como oportunidade desafiadora, motivadora e cheia de curiosidades. A estagiaria é recebida como aquela que iria compor a equipe e poder ajudar aos professores a pensar saídas para diversas dificuldades que surgissem no cotidiano escolar e que vinha preocupando aos profissionais.

O encontro inicial com os professores foi um espaço de diálogo muito rico, no qual os professores expuseram suas angústias. Era o momento de levantar as queixas e identificar as demandas. Em tempo, foram feitas provocações sobre alguns discursos emergidos, mas sem alongar uma vez que não seria a oportunidade de

trabalhá-los. Todavia, mesmo uma conversa em caráter de entrevista coletiva é acabou se tornando um momento interventivo quando se permite ao grupo repensar sobre as questões levantadas ao longo da conversa.

Em relação às queixas, logo no início, foi apresentada à estagiária uma grande lista de casos de alunos com “problemas de aprendizagem” e comportamento. O que as professoras queriam é que a estagiária (talvez vista como profissional) pudesse identificar a natureza das dificuldades dos alunos para saná-las. Esse era o maior desafio: o discurso que chegava, o tipo de solicitação e expectativa. Como ajudar as professoras a repensarem esses conceitos? A problemática social e familiar - fenômenos que vem fugindo do alcance das paredes escolares – são trazidas de forma predominante como principais fatores comprometedores da aprendizagem. Todas as necessidades e angústias das professoras e da gestão eram legítimas, mas era preciso estabelecer limites.

Casos especiais convocaram a muitas leituras. Um desses, foi a de F (13 anos), que motivou a conversas com colegas e professores a fim de pensar num meio de compreender o jeito de existir dessa adolescente. Seria a hipótese da síndrome que foi lido no artigo? Mas não caberia uma melhor averiguação? De todo jeito, as professoras contavam com a estagiária para tal tarefa. No transcurso do estágio, uma colega de faculdade foi convidada para falar da possível síndrome, a mesma sugerindo outra possibilidade o que pode orientar professoras e mãe.

As queixas que as professoras traziam eram registradas e, a cada aula na universidade essas falas eram ecoadas, na busca de localizar na teoria o que diziam sobre aquela instituição, os alunos, os casos, as queixas. Mas muito a teoria não responde, sugere. É o olhar do profissional, a escuta quem auxiliará muito no entendimento das questões e porem com boa doesse de fundamentado teórico

Era notável a necessidade dos profissionais em relação a espaços de diálogo para conversar mais sobre suas inúmeras dúvidas. O *workshop* promovido no auditório da Secretaria de Educação foi um desses momentos exemplo da oficina “o Sentido do Trabalho”, oportunizou aos profissionais um momento de autoconhecimento e simbolização da sua relação com o ser- professor. A roda de conversa “Rede de Atenção a Saúde” permitiu a todos pensarem como pode ser feita

a articulação com a Assistência Social e a Saúde. Tais oficinas tinha o propósito de promover espaço de discussão, formação e acolhimento e, assim, disseminando a ideia que o psicólogo não resolve as sozinho, mas em trabalho com equipe escolar. Nessas condições, percebeu-se que a escola precisava se ocupar de si mesmo e proporcionar encontros de reflexão auxiliados ou não por outros profissionais para compreender e aprender a conviver e lidar com as questões que lhes preocupavam.

Compreende-se que o psicólogo não resolve as coisas sozinho numa sala isolado, pois muito do que se pensa sobre os alunos e os problemas advindos deles, podem ser compreendidos na relação deles com a escola, como o professor, com o colega. Nem toda forma de comportamento que se expressa na escola se origina, necessariamente, no âmbito familiar. Atentando para as diversas críticas que são tecidas sobre a psicologia escolar/educacional cuja ação tem sido fundamentadas na patologização dos problemas escolares, culpando o aluno e obscurecendo práticas transformadoras (Nunes, Alves, Ramalho e Aquino, 2014). Ou seja, o contexto escolar como lugar de relações sociais - e estas atravessam o processo de aprendizagem forma – podem configurar bons vínculos como também produzir sofrimento psíquico. Cabendo, pois descentralizar da criança o foco das suas dificuldades.

As conversas breves que ocorriam nos corredores da escola, na porta da sala com as professoras e gestão tinham a intenção de serem interventivas, sobretudo quando algumas perguntas eram devolvidas a elas mesmas. Todavia, algumas hipóteses eram levantadas juntas e cabia também algumas ponderações. Espera-se ter sido provocadora e colaborativa nesses pequenos encontros. Foi notório que há muito o que compreender sobre a atuação do psicólogo escolar/educacional, o que lhe é possível fazer, bem como e quais seus limites. Por sinal, havia a expectativa que o trabalho do psicólogo fosse prioritariamente o psicodiagnóstico. A ideia de pobreza, anormalidade predominam na formulação das queixas escolares, e enxerga-se na classificação patológica um caminho de lapidação do diagnostico para definir melhor o que a criança tem. (MACHADO, 2000). Reconhece-se aí a necessidade de psicólogo inserido nas escolas, atuando de forma ampliada e mostrando sua função social, para além do uso dos testes.

Uma situação ocorrida na escola J.P chamou atenção foi ver o grande número de crianças indicadas para conselho de classe, incluindo aquelas que se encontravam no início do processo de letramento. Tais escolares estavam elencados ou por problema de aprendizagem ou por indisciplina. Conforme Proença (1997, p. 25) “o encaminhamento de crianças que se encontra no início do processo de alfabetização pode caracterizar a existência de um conjunto de expectativas escolares em relação ao aluno ingressante”. E que era algo claro no discurso dos professores a intensa preocupação que a criança em determinada idade deveria compreender certos descritores. Não que isso não fosse a função da escola, mas percebia o quanto isso estava se tornando um entrave no cotidiano pedagógico.

Buscou-se, portanto, aproximar de alguns alunos a quem foi solicitada auxílio. É deveras complicado realizar intervenções que visem minimizar as dificuldades dos alunos em tão pouco espaço de tempo, porque requer planejamento para um trabalho longo, o que inclui os professores nesse processo. O presente estágio não comportava a resolutividade de toda a ansiedade das professoras, visto que a configuração do estágio não daria conta, bem como as limitações de ser uma estagiária. Percebeu-se que intervenções coletivas, trabalho com grupos, eram ser mais produtivos.

Os relatos trazidos pela coordenadora da Escola J.P – e sua expressão de satisfação – sobre os eventos festivos desenvolvidos dentro da instituição, apontaram terem sido esses momentos uma oportunidade de estreitamento do vínculo entre os membros dessa comunidade escolar. Tal observação foi levada para o último encontro com os professores, em ambas escolas, como forma de valorizar o que eles faziam, bem como ter sido uma forma de devolver a eles uma percepção que acreditava ser uma ideia colaborativa.

Um evento presenciado em uma das escolas foi a comemoração do dia das crianças, isso fez refletir que, quando a criança vai para escola e encontra muita pipoca, palhaço, pula-pula, filme, jogos, abraços, risadas, correria, pega- pega ela se sente compreendida no seu modo de funcionamento. E isso é para além do pedagógico, é da ordem do humano, do sentir, do viver. Por que não investir mais nesses encontros? E assim mostrando as crianças que a escola é lugar de brincar é

o espaço delas e para elas. Assim, a relação da criança com a escola se torna bem melhor. É preciso estar relembrando a maneira crianças agem perante o mundo. Aquino (1998) questiona o discurso de que o sucesso da criança se deve a pratica pedagógica, mas o insucesso daquela é resultante de outras instâncias. Isso leva a refletir sobre a necessidade de ampliar o olhar sobre os escolares, pensando sobre em que bases se inscrevem seu fracasso e seu sucesso. Valorizando as potencialidades das crianças e adolescentes bem como reconhecendo as limitações institucionais.

Ao final do ano letivo foi feito um encontro com os professores do turno matutino em ambas escolas para o qual foi convidada a participar a psicóloga que atua pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) naquele bairro. Foi um encontro profícuo, muitos conteúdos emergiram ali e foram bem coordenados pela psicóloga. De igual modo, muitos esclarecimentos foram feitos. Aos poucos foi ficando mais claro o quanto a equipe profissional precisava se dedicar as suas questões que não são contempladas pelas formações que recebem.

Em suma, dentre as inúmeras vivências ao longo desses seis meses em duas instituições educacionais, por mais difícil que seja traçar a rotina segue aqui as principais afetações. Estar na escola é sentir em casa, um lugar onde originam as infinitas inquietações sobre a educação que perseguem desde os primeiros anos de docência na educação básica. Só que agora a inserção na escola se dá sob outra perspectiva: a da psicologia. Tal olhar foi possibilitado pelos estudos realizados, mas também com importantes intervenções/provocações e acolhimento tanto da coordenação do projeto quanto do supervisor da universidade. Ambos proporcionaram, durante as conversas, um encontro da própria estagiária atravessada pelas afetações emergidas em razão da relação com o cotidiano daquelas escolas. É importante destacar a relevância das reuniões formais e informais com os colegas estagiários que foram de grande valia para nesse processo.

Muito do que estuda durante a graduação surgiu no contexto pratico como uma orientação. E é muito bom, saber que apesar do distanciamento teoria e prática há possibilidade sim, mas para intervir efetivamente necessita de fato de um profissional dedicado á escola. Todavia, ainda com um estágio foi possível perceber

alguns avanços. Mas também foi possível sistematizar a situação de algumas crianças, realizar orientações e encaminhamento para melhor acompanhamento profissional. Tudo isso traz satisfação de que algo foi possível fazer, mas não abandonando o sentimento de angústia diante da quantidade de solicitações que ficaram no ar, mas que não seria possível acolher. O estágio foi encerrado com muitas inquietações e pensamentos sobre a atuação do psicólogo nesse contexto. De quantas teorias e campos de conhecimento lhe são cabíveis naquele contexto independente da abordagem teórica? É preciso, e ainda há tempo de aproveitar mais a graduação no sentido de lembrar, constantemente, o que ocorre fora da universidade e o que precisa ser trazido para o debate acadêmico e, portanto, serem os conteúdos ali estudados de grande valia para a sociedade. Assim, sendo profissionais das ciências humanas e da saúde há necessidade de uma atuação política que vise uma melhor qualidade de vida e o bem-estar do outro.

REFERÊNCIAS:

AQUINO, Júlio Groppa. **A indisciplina e a escola atual.** *Revista da Faculdade de Educação.* [online]. 1998, vol.24, n.2, pp. 181-204. ISSN 0102-2555. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-25551998000200011

IBGE, 2010. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ibgecidades. Disponivel em

http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=291840&search

=bahia|juazeiroAcesso em 07 de ago. 2016.

MACHADO, Adriana Marcondes. Avaliação Psicológica na Educação: Mudanças Necessárias. In: TANHAMACHI, E.de R.; PROENÇA, M.; ROCHA, M. L. da;

Psicologia e Educação: desafios teórico-práticos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000

NUNES, Laísy de Lima, ALVES Simone Salvino & AQUINO, Fabíola de Sousa Braz. **Contribuições da perspectiva crítica de base histórico-cultural para a produção científica em psicologia educacional**. *Educação e Pesquisa, São Paulo, v.40, n. 3, p. 667-682, Sept. 2014.* Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022014000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Aug. 2016.

PROENÇA, Marilene. A queixa escolar e o predomínio de uma visão de mundo. In. Machado A.M.; Souza, M. P. R. (Eds.) **Psicologia Escolar em Busca de Novos Rumos**. 4ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo: 2004.

RELATO DE EXPERIÊNCIA E INTERVENÇÃO NO LAR SANTA CATARINA DE SENA EM VITÓRIA DA CONQUISTA – BAHIA

Angélica Louise Ribeiro Amorim
Natani Evlin Lima Dias
Ninália Almeida dos Santos
Patrícia Dias Lima
Noema Rodrigues Mendes
Thomas Rolemberg Oliveira
Pablo Vinícius Couto de Araújo

A infância é uma fase de desenvolvimento, seja ele social ou cognitivo, nessa fase, a criança desenvolve comportamentos e capacidades que contribuirão largamente em sua constituição ao longo do tempo enquanto sujeito. Nesse período, os indivíduos acumulam experiências que influenciam na construção da sua subjetividade.

Segundo Kramer (2007 apud Rodrigues, p. 04), “as visões sobre a infância são construídas social e historicamente. A inserção concreta das crianças e seus papéis variam com as formas de organização da sociedade”, sendo assim, é compreensível que a infância sofreu modificações. Logo, as transformações que ocorreram na sociedade, junto com as instituições sociais fazem com que seja relevante que a família, junto à escola e demais instituições trabalhem em conjunto para que o trabalho que venha a ser desenvolvido supra as necessidades da criança. Com isso a psicologia vem contribuir para que estes indivíduos se constituam naturalmente enquanto sujeito crítico e pensante. De acordo com Silva Junior, a ciência psicológica percebe o individuo:

> Como um ser em transformação, composto por uma multiplicidade dimensional que engloba sua cultura, sua história, seu organismo, sua subjetividade, num processo interativo e dinâmico, fazendo com que todos estes elementos que estão na estrutura da condição antropológica do ser sejam consideradas quando pensamos em desenvolvimento cognitivo ou comportamental e as possíveis dificuldades de aprendizagem e

> de relacionamento social apresentados por uma crianças na escola ou em outro qualquer ambiente.

Considerando que o individuo é mais do que uma cópia do sistema, a psicologia busca contribuir na prática educacional, com ação potenciliadora e atentando-se na promoção e prevenção da saúde e do bem estar dos indivíduos.

Com fundamentação no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o Lar Santa Catarina de Senna é uma instituição pública, apresentando-se como sendo extremamente acolhedora como estratégia de proteção, trabalhando com o desenvolvimento infantil de forma geral. Funciona como uma creche escola em tempo integral, contando com oficinas para complementar a parte pedagógica no turno oposto às aulas, possuindo, ainda, um amplo espaço para recreação lúdica, legitimando a importância do brincar nos primeiros anos de vida. O Lar se mantém por meio de doações e atende crianças em situação de vulnerabilidade social.

"A partir do momento em que cada criança se desenvolve em vários contextos obviamente importante compreendermos o impacto especial que cada contexto tem" (BERGER, 2003, pág. 09). Ao longo do trabalho realizado no Lar Santa Catarina de Senna, foi possível perceber sua importância no desenvolvimento, tanto cognitivo quanto social, das crianças atendidas.

O momento do brincar se constitui como atividade vital para a criança e está totalmente interligado à instituição, já que a mesma está vinculada com o desenvolvimento infantil, sobre a importância do brincar para tal desenvolvimento,

> a criança desenvolve-se pela experiência social, nas interações que estabelece, desde cedo, com a experiência sócio-histórica dos adultos e do mundo por eles criado. Dessa forma, a brincadeira é uma atividade humana, na qual as crianças são introduzidas constituindo-se em um modo de assimilar e recriar a experiência sócio-cultural dos adultos. (RODRIGUES, 2009, pág. 08)

De acordo Benjamin (1984), o brincar sempre esteve presente na Educação Infantil, sendo esta, o único nível de ensino que a escola deu passaporte livre, aberto à iniciativa, criatividade, inovação por parte de seus protagonistas, ou supervisionado pelo adulto.

> A criança precisa ter uma experiência total que deve ser respeitada, seu mundo é rico e em continua mudança, inclui um intercâmbio entre a fantasia e a realidade. Se o adulto interfere e interrompe em sua atividade lúdica, pode perturbar o desenvolvimento da experiência decisiva que a criança realiza ao brincar. (ABERASTURY,1992, pág. 55)

Assim como o infante deve ter por direito o acesso a alimentação de qualidade, atendimento médico apropriado e educação, do mesmo modo o brincar é direito defendido e reconhecido como primordial para a Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990 – ECA, no artigo 16 que explicita que o direito à liberdade compreende vários aspectos, contendo, por exemplo, o direito de brincar, praticar esportes e divertir-se. A brincadeira não deve ser observada como um devaneio, mas como um tanto necessário e insubstituível para os processos cognitivos e emocionais dos indivíduos.

> "Brincar é também um grande canal para o aprendizado, senão o único canal para verdadeiros processos cognitivos. Para aprender precisamos adquirir certo distanciamento de nós mesmos, e é isso o que a criança pratica desde as primeiras brincadeiras transicionais, distanciando-se da mãe. Através do filtro do distanciamento podem surgir novas maneiras de pensar e de aprender sobre o mundo. Ao brincar, a criança pensa, reflete e organiza-se internamente para aprender aquilo que ela quer, precisa, necessita, está no seu momento de aprender; isso pode não ter a ver com o que o pai, o professor ou o fabricante de brinquedos propõem que ela aprenda". (Machado 2003, p.37 apud Rodrigues, p. 12)

Vale ressaltar que as leis existem, além de serem encontradas grandes amostras de escritos científicos garantindo o direito do brincar da criança, no entanto, a sociedade, em alguns casos, acaba por negligenciar este direito, privando a criança de seus direitos mais básicos, como educação e lazer, por exemplo.

A principal proposta deste trabalho foi observar como se dá o desenvolvimento da criança entre 4 a 6 anos, observação esta, que visou perceber os comportamentos característicos dessa faixa etária, como, o brincar, descumprimento e seguimento de regras, desenvolvimento das relações em grupo e desenvolvimento cognitivo. Além

disso, a observação constante do brincar das crianças proporcionou oportunidades para se criar intervenções capazes de corrigir estratégias anteriormente estabelecidas e criar juntamente com o grupo de crianças novas regras.

Nas analises feitas através das observações, percebeu-se que há grandes diferenças entre o brincar livre e o brincar mediado, neste primeiro, pôde-se perceber que apesar do brincar livre não ter inicialmente fins educativos, assume grande qualidade na aprendizagem adquirida pela criança, possibilitando novos conhecimentos, desenvolvendo suas habilidades no brincar.

Por outro lado, o brincar mediado é direcionado para a aprendizagem, envolvendo capacidades cognitivas para fins pedagógicos. Visando a qualidade do brincar nesse processo de aprendizagem, é preciso pensar na importância da mediação para que a brincadeira seja interessante, onde o mediador tem grande responsabilidade em propor regras e objetivos que favoreça o desenvolvimento da criança.

As experiências geradas desta mediação partem da maneira com a qual será realizado esse processo, basta que o mediador reconheça o valor do ambiente, dos objetos, da ajuda do grupo, das orientações e principalmente da sua organização e comprometimento, para então possibilitar a qualidade no brincar de suas crianças.

O trabalho desenvolveu-se a partir de observações semanais em dois turnos, para tal, a equipe composta de seis componentes foi dividida em dois subgrupos de três pessoas, cada um, estes frequentavam o Lar em turnos diferentes. Esta primeira etapa teve como foco a observação do brincar livre e do estabelecimento do vinculo com as crianças, este primeiro momento teve duração de seis semanas.

Paralelas às observações, houve momentos de diálogo com a coordenação, irmãs e professoras, visando obter informações sobre as crianças, como se dava a convivência com elas e o que percebiam enquanto demanda.

Em seguida, foram selecionadas algumas dinâmicas para intervir no que foi observado anteriormente e levando a uma maior compreensão de como o brincar se diferencia enquanto livre e mediado. Através da mediação, por exemplo, foi possível perceber com maior precisão as demandas apresentadas pelas crianças.

Para tal procedimento de intervenção dinâmica, foram utilizadas três semanas. Já o encerramento com as crianças e uma reunião com a coordenação e as irmãs

para devolutiva dos resultados obtidos e sugestões de didáticas selecionadas para suprir e as dificuldades percebidas e potencializar capacidades ainda inexploradas.

A partir da experiência obtida no desenvolvimento deste trabalho, percebeu-se que algumas crianças apresentaram dificuldades no brincar mediado quanto ao seguimento de regras, dificuldades de interação em grupo e falta de limites.

Percebendo tais questões, foi desenvolvida uma proposta de intervenção visando potencializar a criatividade, interação em grupo e percepção da necessidade do seguimento de regras.

Além disso, foi pensando em promover uma parceria da família junto à instituição, contribuindo com um pequeno espaço de seu tempo livre para mediar uma das atividades dinâmicas propostas enquanto intervenção.

A importância de atividades lúdicas como os jogos, por exemplo, contribuem ricamente para o processo de desenvolvimento, assim sendo,

> as principais características ou objetivos de um jogo são:
>
> a) Gerar ou propiciar aprendizado;
>
> b) Definir, com clareza, os comportamentos e o que se quer (missão, visão, valores, regras de conduta);
>
> c) Levar à competição, mesmo que não se precise fazer a contagem de pontos;
>
> d) Fazer com que todos os participantes interajam, embora alguns não se envolvam – prefiram ficar no anonimato. (MILITÃO, 2000, p. 25)

Contudo, ao longo do processo de observação, estabelecimento de vínculos e intervenção, houve a internalização de conhecimentos imprescindíveis para a construção do saber em psicologia, tanto em nível de graduação quanto de crescimento pessoal. Tal experiência desconstruiu e modificou saberes anteriormente instituídos, para então proporcionar um olhar crítico, onde pudesse ser desenvolvido um trabalho no qual possibilitasse um aprendizado tanto em termos teóricos quanto na vivência enquanto prática.

A percepção a cerca da importância do brincar e da mediação enquanto intervenção foi extremamente relevante no decorrer do trabalho, os comportamentos percebidos nas crianças foram de encontro ao que vem sem estudando e a aquilo que pode ser pensado enquanto intervenções futuras para o ambiente infantil.

Por meio da intervenção aqui relatada, foi observada a importância do brincar tanto livre quanto mediado para o desenvolvimento sociocognitivo e emocional da criança, sendo que no brincar mediado, as dinâmicas pré-estabelecidas podem trabalhar as questões tanto emergentes quanto posteriores ao inicio das atividades.

Referências

Art. 16 do Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei 8069/90

ABEASTURY, Arminda. **A criança e seus jogos** / trad. De MarialziraPerestrello. 2ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

BENJAMIN, Walter. **Reflexões: a criança, o brinquedo, a educação**. São Paulo: Summus, 1984.

DAZZANI, Maria Virgínia Machado. A psicologia escolar e a educação inclusiva: Uma leitura crítica. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 30, n. 2, p. 362-375, jun. 2010 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000200011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 03 ago. 2016

BERGER, Kathleen Stassen. **O Desenvolvimento da pessoa: Da infância à adolescência.** 5ª edição. New York, Livros Técnicos e Científicos Editora S.A., 2003.

MILITÃO, Albigenor& Rose. **Jogos, Dinâmicas e Vivências Grupais**. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora, 2000.

RODRIGUES, Luzia Maria. **A Criança e o Brincar**. Mesquita, 2009.

JÚNIOR, Reinaldo Silva. **O lugar da Psicologia na educação contemporânea**.

4.11. Psicologia no âmbito da Justiça

A INTERDISCIPLINARIDADE COMO CAMINHO PARA A GARANTIA DOS DIREITOS HUMANOS: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO CENTRO DE REFERÊNCIA EM DIREITOS HUMANOS DE SALVADOR – BA

Sarah Mabell Ramos da Silva Rios

Luciana Coelho de Almeida Diz

Resumo:

O presente trabalho apresenta a sistematização da experiência de estágio numa equipe interdisciplinar, desenvolvida no Centro de Referência em Direitos Humanos de Salvador – CRDH/SSA, através do Convênio firmado com a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República em parceria com a Associação Fábrica Cultural. Esta se configura como uma entidade privada sem fins lucrativos, fundada em 2004 com a missão de promover projetos, ações e metodologias direcionados à Educação, Cultura, Sustentabilidade e Desenvolvimento Local. Isto posto, a cultura dos Direitos Humanos permeia o conjunto das ações desta organização junto à segmentos mais vulnerabilizados da população, na perspectiva da formação de sujeitos de direitos. Neste sentido, no ano de 2015 a mesma acrescentou às ações existentes o CRDH/ SSA, um espaço destinado à promoção e defesa dos Direitos Humanos, cuja equipe interdisciplinar, foi composta por assistente social, psicóloga, advogado e estagiárias das respectivas áreas, que prestaram gratuitamente atendimentos, orientações e encaminhamentos para a rede de serviços de cidadania, especialmente para o acesso aos documentos civis básicos, mediação de conflitos, recebimento e acompanhamento de denúncias sobre ameaça ou violação de Direitos Humanos. Outras ações desenvolvidas visaram promover e/ ou participar de eventos formativos (rodas de conversa, palestras, oficinas e cursos) na linha da educação para os direitos e cidadania; contribuir para a mobilização de lideranças comunitárias e instituições locais e atuar em toda e qualquer instância que colabore com a defesa dos Direitos Humanos. O público ao qual se destinaram tais ações constituiu-se de toda população de Salvador e Região Metropolitana, principalmente grupos em situação de vulnerabilidade social (crianças e adolescente, idosos, população em situação de rua, pessoas vivendo com HIV, pessoas com deficiência, dentre outros) e vítimas de preconceito, discriminação, intolerância, desrespeito, abusos, maus tratos, negligência e abandono. Essa experiência foi desenvolvida no período entre Julho de

2015 à Maio de 2016 e realizou intersecções e parcerias com os diversos setores municipais e estaduais, organizações e instituições que atuam cotidianamente com contextos de violação e o desenvolvimento de Politicas Públicas para a defesa e garantia dos Direitos Humanos.Por fim, propiciou a participação de estudantes e profissionais de três áreas distintas em uma proposta de intervenção na cidade do Salvador, na qual acolheram e desenvolveram orientações de quase mil cidadãos/ cidadãs de classes sociais distintas, de diversas localidades, principalmente da Península de Itapagipe, com as diversas formas de violações dos Direitos Humanos. Essa proposta de intervenção aproximou o contexto da formação à realidade social de vida e trabalho da população e a difícil coexistência entre política social universal e lógica neoliberal, visando à construção de espaços coletivos de reflexão e fortalecimento dos sujeitos em suas lutas e resistências cotidianas, bem como oportunidades para (re) conhecimento dos direitos e deveres de cada cidadão/ cidadã, demandando uma continuidade de projetos, ações com mesmo caráter. É importante sinalizar que esta experiência interdisciplinar possibilitou refletir criticamente a questão dos Direitos Humanos, num contexto de violação e desigualdades extremas, evidenciando que este campo vai além das questões jurídicas, sendo um espaço importante para a formação e atuação do (a) psicólogo (a), o que revela ainda mais a pluralidade da Psicologia enquanto campo para a construção de saberes.

PALAVRAS-CHAVE: Direitos Humanos; Interdisciplinaridade; Políticas Públicas; Políticas Sociais; Psicologia.

Introdução:

"Direitos Humanos: uma das utopias mais intensas da modernidade." (SANTOS, 2014) Emergidos numa pluralidade de significados, sentidos e interpretações, isto é, uma polissemia expressiva das posições dos (as) agentes sociais e das mutações políticas sofridas pela ideia de Direitos Humanos ao longo da história, o paradigma do seu reconhecimento fomenta, de maneira crescente, nos últimos anos, a participação de diversos atores como Estados, organizações não governamentais, organizações entre Estados, tribunais internacionais e sociedade civil, em uma ampla mobilização para a promoção da cultura dos Direitos Humanos.

O presente trabalho versa sobre o trabalho interdisciplinar como estratégia para a garantia dos Direitos Humanos na cidade de Salvador, trazendo a experiência de uma estagiária no Centro de Referência em Direitos Humanos da tal referida cidade. Preliminarmente, se faz necessário tecer uma breve explicação sobre os Direitos Humanos, no intuito de uma melhor compreensão deste contexto.

Antes mesmo de serem denominados como Direitos Humanos, surgiu a nomenclatura “Direitos do homem” a qual remonta a época do jusnaturalismo. O foco deste pensamento era que bastava ser homem para possuir direitos e poder usufruí-los. Entretanto, tal nomenclatura sofreu várias críticas devido à expressão “homem”, tendo em vista que tais direitos não eram apenas inerentes às pessoas do sexo masculino, mas, sim, a qualquer pessoa humana. Dessa forma, após várias críticas, os “Direitos do homem” passaram a ser chamados de “Direitos Fundamentais”, os quais se ocupam do plano constitucional e visam assegurar e proteger os direitos inerentes a cada ser humano para que possam usufruir de uma vida digna. Não sendo diferente da finalidade dos Direitos Humanos que figuram no plano internacional.

Contudo, é necessário salientar que os primeiros pensamentos sobre este contexto, começaram diante de um grave processo de violação dos Direitos humanos. Foi no pós II Guerra Mundial que esta questão tornou-se interesse não apenas para o Estado, mas também para toda comunidade internacional. Logo ele ganhou demasiada importância ao longo da história, tendo em vista que seus pressupostos e princípios têm como finalidade a observância e proteção da dignidade da pessoa humana de maneira universal, ou seja, abrangendo todos os seres humanos.

Tal patamar ganha uma ênfase maior com a promulgação da Declaração Universal de 1948, que trata-se de um documento, no qual estão declarados os códigos de conduta e atuação dos Estados que integram a comunidade internacional, ou seja, é um documento onde declara de que forma os Estados podem atuar na vida das pessoas e como as pessoas precisam atuar diante da sociedade. Após quarenta anos desta promulgação, surge a Declaração de Viena de 1993, que reafirma e consagra o compromisso universal instituído na declaração anterior, concedendo maior eficácia e proteção aos Direitos Humanos.

Nesta perspectiva, reinaugura-se, todavia com outras lentes, o que poderia se chamar de concepção pós-contemporânea de Direitos Humanos, sendo estes de âmbito universal.

Desenvolvimento:

Considerados como a “Casa dos Direitos”, os Centros de Referências em Direitos Humanos (CRDH) surgem com uma experiência, na qual alguns órgãos públicos e organizações não governamentais buscaram possibilitar o acesso da população de baixa renda a serviços essenciais como, por exemplo, assistência jurídica, psicológica e social e aquisição de documentação civil básica. Assim, estes espaçosos atuam como mecanismos de defesa, promoção e acesso à justiça e estimulam o debate sobre cidadania influenciando positivamente na conquista dos direitos individuais e coletivos.

Em 2010 os CRDHs passaram a ter o apoio das instancias públicas estaduais e federais visando o fortalecimento destas ações, bem como a ampliação destes espaços por todo país.

A premissa básica desta política é ser um espaço físico no qual são implementadas ações que visam à defesa e a promoção dos Direitos Humanos. Logo, o ponto de partida das atividades desenvolvidas por sua equipe visa o acolhimento, o empoderamento, à transformação social, construindo realidades mais justas e igualitárias para todas as pessoas.

Os Centros de Referência, ao implementar ações que tem como base a cultura dos Direitos Humanos, como direitos adquiridos que devem ser assegurados plenamente para que as pessoas, em todas as fases da vida, possam estar resguardadas e desenvolver suas potencialidades humanas e sociais, oportunizando que estes sujeitos construam os seus projetos de vida e visões de mundo.

Para tanto, os CRDHs precisam contar com a assistência de uma equipe multiprofissional que acolha os usuários do serviço e que os enxerguem na sua integralidade, respeitando suas peculiaridades e os ajudando na promoção de autonomia e garantia de dignidade. Na cidade do Salvador em 2015 através do Convênio firmado com a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República foi implantado um CRDH, em parceria com a Associação Fábrica Cultural, uma entidade privada sem fins lucrativos, fundada em 2004 com a missão de promover projetos, ações e metodologias direcionados à Educação, Cultura, Sustentabilidade e Desenvolvimento Local.

A cultura dos Direitos Humanos permeia o conjunto das ações desta organização junto a segmentos mais vulnerabilizados da população, na perspectiva da formação de sujeitos de direitos. Neste sentido, a mesma acrescentou às suas ações o CRDH/ SSA, cuja equipe interdisciplinar, foi composta por assistente social, psicóloga, advogado e estagiárias das respectivas áreas, que prestaram gratuitamente atendimentos, orientações e encaminhamentos para a rede de serviços de cidadania, especialmente para o acesso aos documentos civis básicos, mediação de conflitos, recebimento e acompanhamento de denúncias sobre ameaça ou violação de Direitos Humanos.

As ações desenvolvidas visaram promover e/ ou participar de eventos formativos (rodas de conversa, palestras, oficinas e cursos) na linha da educação para os direitos e cidadania; contribuir para a mobilização de lideranças comunitárias e instituições locais e atuar em toda e qualquer instância que colabore com a defesa dos Direitos Humanos.

Todas as ações tiveram como público-alvo a população de Salvador que foram e/ ou são vítimas de preconceito, discriminação, intolerância, desrespeito, abusos e maus tratos, negligência e abandono.

Essa experiência foi desenvolvida no período entre Julho de 2015 à Maio de 2016 e realizou intersecções e parcerias com os diversos setores municipais e estaduais, organizações e instituições que atuam cotidianamente com contextos de violação e o desenvolvimento de Politicas Públicas para a defesa e garantia dos Direitos Humanos. Por fim, propiciou a participação de estudantes e profissionais de três áreas distintas, em uma proposta de intervenção na cidade do Salvador, na qual acolheram e desenvolveram orientações, atendimentos e encaminhamentos de quase mil cidadãos/ cidadãs de classes sociais distintas, dos diversos bairros da cidade, principalmente da Península de Itapagipe com as inúmeras formas de violações dos Direitos Humanos.

Ademais é necessário frisar a importância do desenvolvimento deste trabalho interdisciplinar na prevenção e enfrentamento a garantia dos Direitos Humanos, uma vez que falar sobre Direitos Humanos é falar também sobre todas as conjunturas que norteiam a vida das pessoas.

Na hipermodernidade cotidianamente no deparamos com os inúmeros índices de violações dos Direitos Humanos, e vale ressaltar que nos referimos não apenas as

violações físicas, mas sim ás todas as nuances da vida humana, principalmente no que tange as violências psicológicas, morais e patrimoniais, que podem desencadear outras violências e sofrimentos psíquicos no sujeito. Portanto, na medida em que estas ações conseguem acolher estas pessoas e oportuniza-las a se reconhecerem como detentoras de direitos, sua autonomia e cidadania são estimuladas, gerando assim mais qualidade de vida psíquica e social. Um ponto que chamou atenção ao longo da experiência diz respeito à articulação comunitária proporcionada pelas atividades desenvolvidas em inúmeras localidades do município de Salvador. Através de participação em Feiras de Saúde e reuniões com Associações e parceiros ligados à gestão municipal e estadual foi possível construir coletivamente e desenvolver ações em parceria em prol da garantia e promoção dos Direitos Humanos.

Além dos atendimentos individuais e multiprofissionais, das articulações e mobilizações comunitárias, foram também desenvolvidas oficinas e ações educativas em escolas públicas, ONGs, Associações comunitárias e outras, vale a pena destacar a realização de qualificação de profissionais nas diversas temáticas que perpassam os Direitos Humanos, especialmente às questões de Gênero, Raça e Etnia, Violências e mediação de conflitos.

Historicamente o campo da Psicologia sempre esteve estritamente ligado a prevenção, promoção e garantia dos Direitos Humanos. No estado da Bahia, o Conselho Regional de Psicologia da 3ª Região/ Bahia (CRP03) traz como missão o fortalecimento do papel político, ético e social da Psicologia como ciência e profissão, comprometendo-a com os Direitos Humanos, a construção de políticas públicas e o controle social, orientando, fiscalizando, disciplinando e referenciando o exercício profissional, na perspectiva de uma sociedade equânime, plural e democrática.

Isto posto, é nítido que nos últimos tempos cada vez mais novos (as) profissionais tem assumido os espaço social e político, como espaços de trabalho, cujas ideologias partem do pensamento de fazer valer e acontecer esta missão e assumir estes espaços, como lugares oportunos para alcançar a vida daquelas pessoas que não conseguem ter acesso aos seus direitos e/ ou quando tem, são negligenciados por uma sociedade machista, patriarcal e burguesa.

Conclusão:

Os aspectos mais importantes desta experiência se fundamentam na construção de uma psicologia que se aproxime cada vez mais dos aspectos sociais e políticos da sociedade e que também oportunize a participação na consolidação de políticas públicas que promovam e garantam mais qualidade de vida para todas as pessoas.

A partir do entendimento que os fenômenos sociais marcam e orientam as práticas e subjetividades dos sujeitos, se faz necessário que os mesmos colaborem na edificação saudável do psiquismo humano e proporcione mais qualidade de vida, cidadania, dignidade e respeito àqueles que se beneficiarem deles.

A psicologia atuando no campo social trouxe a possibilidade de atuar e operar de forma direta e incisiva nas realidades apresentadas ao longo desta experiência no Centro de Referência em Direitos Humanos. Foi possível vivenciar e oportunizar a articulação do pensar, sentir e agir visando à produção coletiva do conhecimento e o exercício de reflexão para a mudança de atitude das pessoas envolvidas neste processo.

Referências:

BRASIL. **Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos** / Comitê Nacional de Educação em Direitos Humanos. – Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Ministério da Educação, Ministério da Justiça, UNESCO, 2007;

DALLARI, Dalmo de Abreu. Um breve histórico dos direitos humanos. In: CARVALHO, José Sérgio. **Educação, cidadania e direitos humanos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004;

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra: 1974, p. 253;

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. 7. ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977;

PIOVESAN, Flávia. Concepção contemporânea de direitos humanos. In: HADDAD, S.; GRACIANO, M. (Orgs.). **A educação entre os direitos humanos**. Campinas, SP: Autores Associados; São Paulo: Ação Educativa, 2006;

SILVEIRA, Rosa Maria Godoy. **Educação em Direitos Humanos: Fundamentos teóricos metodológicos**. João Pessoa: Editora Universitária, 2007.

VISITAS TÉCNICAS DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA À REDE SOCIOASSISTENCIAL DE SALVADOR: UM PROJETO EM CONSTRUÇÃO

Carla Pinheiro França
Erika Andrade de Oliveira
Roquevaldo Lima Veloso

Resumo: O presente trabalho tem como objetivo relatar uma experiência de ação integrada e interdisciplinar, realizada no período de novembro de 2014 a abril de 2015, por meio do Centro de Apoio Operacional de Segurança Pública e Defesa Social (CEOSP) e do Centro de Apoio Operacional dos Direitos Humanos (CAODH) do Ministério Público do Estado da Bahia (MP/BA). A partir de visitas executadas pelas equipes técnicas dos referidos Centros, compostas por assistentes sociais, psicóloga e estagiárias das duas áreas, essa atividade buscou conhecer os serviços ofertados pela rede socioassistencial de Salvador - BA às populações em situação de vulnerabilidade pessoal e social, visando a efetivação das atribuições do MP/BA, além de fomentar a articulação e fortalecimento da rede.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Rede socioassistencial; Atuação interdisciplinar; Ministério Público.

1. INTRODUÇÃO

A construção do direito à Assistência Social é recente na história do Brasil, pois, durante um longo período, os vieses da questão social estiveram ausentes das formulações de políticas no país. A Constituição de 1988 é um dos marcos, pois confere pela primeira vez a condição de política pública à Assistência Social, caracterizada por ser não contributiva, promovendo, no mesmo nível da saúde e da previdência social, o tripé que resulta no Sistema Brasileiro de Seguridade Social em construção no país (BRASIL, 2009). Esta vem sendo aprimorada desde 2003 a partir de iniciativas como a implementação do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) mediante determinações da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) e da Política Nacional de Assistência Social – PNAS (BRASIL, 2009).

Desse modo, a Assistência Social realiza-se de modo integrado às políticas setoriais, buscando o enfrentamento da pobreza, a garantia dos mínimos sociais, a criação de condições para atender contingências sociais e a universalização dos

direitos sociais por meio de dispositivos como o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua – Centro Pop (BRASIL, 2009).

Em outro plano, o Ministério Público (MP) configura-se como uma instituição autônoma a quem a Constituição Federal atribuiu a incumbência de defender a ordem jurídica, o regime democrático, os interesses sociais e individuais indisponíveis e a fiscalização do cumprimento das leis. Portanto, o Ministério Público visa a defesa dos interesses do conjunto da sociedade brasileira e tem a missão, portanto, de protegê-los.

Neste contexto, o presente trabalho tem como objetivo relatar uma experiência de ação integrada e interdisciplinar, realizada no período de novembro de 2014 a abril de 2015, por meio do Centro de Apoio Operacional de Segurança Pública e Defesa Social (CEOSP) e do Centro de Apoio Operacional dos Direitos Humanos (CAODH). A partir de visitas executadas pelas equipes técnicas dos referidos Centros, compostas por assistentes sociais, psicóloga e estagiárias das duas áreas, essa atividade buscou conhecer os serviços ofertados pela rede socioassistencial de Salvador- BA às populações em situação de vulnerabilidade pessoal e social, visando a efetivação das atribuições do Ministério Público do Estado da Bahia, além de fomentar a articulação e fortalecimento da rede.

2. ASSISTÊNCIA SOCIAL E PSICOLOGIA

A concretização da Assistência Social no formato de uma política pública diz respeito ao reconhecimento do Estado de que a sociedade brasileira está permeada por relações de desigualdades, sendo seu dever atuar no enfrentamento dessa condição. A garantia de direitos mediante a oferta de serviços direcionados a famílias e a indivíduos em situação de vulnerabilidade, indica um espaço de trabalho para a inserção da psicologia que, com seu aparato de competências e habilidades, pode atuar criticamente nos desdobramentos da questão social (OLIVEIRA, 2015).

As práticas das psicólogas, realizadas junto aos demais profissionais que compõem as equipes de trabalho, precisam ter como base a construção da autonomia dos usuários, colocando-os como protagonistas de seus processos simbólicos e materiais, visando a busca pela garantia de direitos e da cidadania e através da ruptura de ações de cunho assistencialista e utilitário. É de fundamental importância

que o caráter assistencialista das intervenções seja sempre revisto, pois ele marcou o funcionamento da Assistência Social, deixando resquícios que ainda perduram nas práticas dos profissionais (OLIVEIRA, 2015).

2.1 Breve Histórico de Implementação da Política de Assistência Social

A Constituição de 1988, aliada a LOAS, sancionada em 1993, estabelece normas e critérios referentes à organização da Assistência Social, pois torna-se um direito de todo cidadão que dela necessitar, exigindo, portanto, a estruturação dos objetivos, princípios e diretrizes de suas ações (BRASIL, 2009).

Essa construção é aprimorada desde 2003 e como resultado de iniciativas houve a implementação do SUAS em 2005 a partir de determinações da LOAS e da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), sendo essa última aprovada em 2004 pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Isso demarcou o compromisso do Estado com a garantia dos direitos por meio da oferta de serviços e de programas especializados à Proteção Social da população, em especial daqueles que vivem em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2005, 2009).

Desse modo, o SUAS, implantado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), através de determinação da LOAS, é um sistema público, de caráter não-contributivo, descentralizado e participativo, composto pelo poder público e pela sociedade civil, destinado à gestão da Assistência Social e deve ser operacionalizado de acordo com o previsto na Norma Operacional Básica do SUAS (NOB/SUAS).

A Assistência Social, por sua vez, realiza-se de modo integrado às políticas setoriais, buscando o enfrentamento da pobreza, a garantia dos mínimos sociais, a criação de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais (BRASIL, 2009).

2.2 A Rede Socioassistencial

A intervenção, no âmbito do SUAS, ocorre a partir de dois níveis de proteção: Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE), com ações de Média e Alta Complexidade. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e, ou, fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou

por deficiências, entre outras) (BRASIL, 2004a, p.33).

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é um dispositivo público estatal descentralizado da PNAS. O CRAS representa a principal porta de entrada do SUAS, dada sua capilaridade nos territórios, e funciona pela organização e oferta de serviços da Proteção Social Básica nas áreas de vulnerabilidade e risco social. Além de ofertar serviços e ações de proteção básica, o CRAS possui a função de gestão territorial da rede de assistência social básica, visando a organização e a articulação das unidades a ele referenciadas e o gerenciamento dos processos nele envolvidos. O principal serviço ofertado pelo CRAS é o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), cuja execução é obrigatória e exclusiva. Este consiste em um trabalho de caráter continuado que busca fortalecer a ação protetiva das famílias, na prevenção da ruptura de vínculos, na promoção do acesso e usufruto de direitos e pela contribuição na melhoria da qualidade de vida (OLIVEIRA, 2015).

O CREAS possui abrangência municipal e regional e, enquanto unidade pública, tem função de ser lócus de referência, nos territórios, de atendimento social especializado no âmbito do SUAS a famílias e indivíduos que, por terem seus direitos violados, encontram-se em situação de risco pessoal ou social (CFP, 2013). No momento em que há necessidade de indivíduos serem retirados do convívio familiar e comunitário ou em casos de famílias e indivíduos estarem sem referência, a PSE de alta complexidade é acionada, pois é responsável pela garantia da proteção integral – moradia, alimentação, higienização etc. Serviços como Acolhimento Integral Institucional, República, Família Acolhedora, Casa-lar, Casa de Passagem e demais são ofertados para usuários que necessitem de proteção integral.

Soma-se a esses equipamentos supracitados, o Centro POP que é uma unidade de referência e atendimento especializado à população adulta em situação de rua, no âmbito da Proteção Social Especial de Média Complexidade do SUAS. A unidade deve representar espaço de referência para o convívio grupal, social e o desenvolvimento de relações de solidariedade, afetividade e respeito. Na atenção ofertada no Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, deve-se proporcionar vivências para o alcance da autonomia e estimular, além disso, a organização, a mobilização e a participação social.

De acordo com a diretriz da descentralização politico administrativa e, em consonância com o pressuposto do cofinanciamento, a rede deve contar com a

previsão de recursos das três esferas de governo, em razão da co-responsabilidade que perpassa a provisão da proteção social brasileira. As atribuições dos diferentes níveis de gestão do SUAS, definidas na NOB/SUAS, indicam que compete a cada uma delas contratar e manter o quadro de pessoal qualificado academicamente e por profissões regulamentadas por Lei, por meio de concurso público e na quantidade necessária à execução da gestão e dos serviços socioassistenciais, conforme a necessidade da população e as condições.

A política de assistência social tem sua expressão em cada nível da Federação na condição de comando único, na efetiva implantação e funcionamento de um Conselho de composição paritária entre sociedade civil e governo, do Fundo, que centraliza os recursos na área, controlado pelo órgão gestor e fiscalizado pelo Conselho do Plano de Assistência Social que expressa à política e suas inter-relações com as demais políticas setoriais e ainda com a rede socioassistencial. Portanto, Conselho, Plano e Fundo são os elementos fundamentais de gestão da Política Pública de Assistência Social.

Cabe a cada esfera de governo, em seu âmbito de atuação, respeitando os princípios e diretrizes estabelecidos na Política Nacional de Assistência Social, coordenar, formular e cofinanciar, além de monitorar, avaliar, capacitar e sistematizar as informações.

2.3 A Psicologia na Assistência Social

As atividades realizadas no contexto da Assistência Social, seja na PSB ou na PSE, exige dos profissionais de psicologia uma prática cujo posicionamento político é inerente. De acordo com o Código de Ética que norteia a atuação desse profissional, tem-se que: O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. O psicólogo atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural (CFP, 2005).

Desse modo, é preciso realizar uma prática crítica e histórica, que leve em consideração elementos sócio-político-econômicos e culturais para a promoção da qualidade de vida e eliminação de opressões, que não se fundamente pelo pressuposto da neutralidade e da imparcialidade e que se posicione criticamente diante do que está colocado na realidade.

Esse é um aspecto que deve ser reafirmado devido ao cunho elitista, direcionado às classes dominantes da atuação das psicólogas durante o histórico de constituição da profissão. Esse perfil profissional sustentou-se em três aspectos básicos: na naturalização e universalização dos fenômenos psicológicos sem contextualizá-los sócio historicamente, na falta de participação política da categoria profissional e na tendência a responsabilizar unicamente as pessoas pelo seu desenvolvimento.

Por outro lado, com os avanços alcançados e em construção, que são reforçados pelo lema do compromisso social, inserir-se na prevenção e na garantia dos direitos a partir do fortalecimento dos usuários visando o desenvolvimento da autonomia e da cidadania, é a comprovação de um fazer na Psicologia que busca estar comprometido com a transformação social por meio do olhar para as experiências, potencialidades, interesses e objetivos dos oprimidos (CFP, 2007).

Dentro desse processo, é notória a dificuldade que as psicólogas têm em definir e delimitar seu papel no campo da Assistência Social, muitas vezes não diferenciando sua prática da realizada pelas assistentes sociais. Soma-se a isso o fato de que são problemáticas as orientações técnicas sobre o trabalho a ser realizado nesse espaço, pois não propiciam elementos aos profissionais para que eles possam diferir a função e as atribuições de cada um que compõe a equipe. Contudo, tendo em vista que cada categoria carrega teorias e metodologias relacionadas à sua área de conhecimento, as psicólogas precisam pensar em uma atuação junto aos usuários que tenha como foco a subjetividade e os processos psicossociais, como sugere o documento de referência do CFP (2013).

Conforme previsto nos documentos de referência para atuação do psicólogo no CRAS e no CREAS (CFP, 2007; 2013), pressupõe-se uma atuação que busque fazer articulações com ações já existentes na comunidade, que são realizadas pelos moradores e pelos territórios dentro da área de abrangência, que contribuam para o resgate e o reconhecimento de que os serviços prestados não são “favor”, “caridade”, ou “clientelismo”, mas direitos conquistados a partir de movimentos e luta popular visando o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

Está disposto nesses documentos (CFP, 2007; 2013) a necessidade de práticas psicológicas que não patologizem, categorizem e objetifiquem as pessoas, mas que procurem analisar e intervir sobre suas dinâmicas a partir das suas necessidades e

não pelo viés dos interesses do psicólogo. Nesse sentido, são estratégias de atuação das psicólogas no campo da assistência: valorizar as experiências subjetivas do indivíduo, trabalhar no fortalecimento dos vínculos socioafetivos, atuar de forma integrada com o contexto local e fazer leituras baseadas em sua inserção no contexto comunitário para poder compreendê-lo melhor por meio da interação entre o saber popular e o saber científico da Psicologia.

Desse modo, pensar em um fazer psicológico não só no campo da Assistência Social, mas na Psicologia, é refletir sobre um saber que, independente do campo de atuação, baseia-se em três aspectos: teórico, na medida em que se utiliza de conceitos e categorias teóricas que aprofundem o conhecimento sobre determinada realidade; ético-político, utilizando de princípios, ética e visão de mundo na construção da profissional acerca de suas formas de atuação; e metodológico, no conjunto de técnicas, estratégias e instrumentos para concretização de ações.

3. RELATO DE EXPERIÊNCIA

3.1 – A Demanda

A partir da constatação do aumento da demanda por serviços socioassistenciais nas promotorias de Justiça, especialmente aquelas com atribuições nas áreas de Cidadania (pessoas idosas, pessoas com deficiência, violência doméstica, população em situação de rua e outras) e Criança e Adolescente, a coordenadora do Centro de Apoio Operacional dos Direitos Humanos (CAODH) solicitou ao serviço social do referido centro a realização de visitas técnicas à rede em Salvador visando a elaboração de um diagnóstico da realidade que pudesse subsidiar as intervenções do Ministério Público.

Na época, a equipe de Psicologia estava lotada em outro setor – mais especificamente no apoio às promotorias com atuação na área de atendimento às pessoas com deficiência. Não havia, portanto, relação direta dessa demanda com a prática da Psicologia no CAODH.

Com base nas diretrizes da política pública da Assistência Social, implementada por meio de equipes interdisciplinares, foi proposta e acatada a inclusão da psicóloga na equipe de visitação técnica. Isso pontua a primeira intervenção posto que a demanda foi construída a partir do compromisso da profissional com o projeto ético-politico da profissão. Não existe, até o momento,

nenhuma norma técnica do órgão que oriente a atuação das promotorias de Justiça quanto à composição de equipes técnicas para visitas de inspeção à rede socioassistencial.

3.2 – As Visitas Técnicas

A equipe técnica visitou 34 unidades da Rede de Atenção Socioassistencial de Salvador, sendo 28 CRAS, 5 CREAS e 1 Centro Pop. Durante as visitações foi possível observar, ainda que de forma pontual, alguns elementos que parecem indicar um entrave na consolidação da política de assistência social no município, tais como a precarização dos vínculos profissionais, a vulnerabilidade na segurança, a fragilidade da área de abrangência dos dispositivos e da divulgação dos serviços ofertados, além do escasso recurso material e técnico existente.

Nesse sentido, percebeu-se que a política de assistência social estava implementada de maneira fragmentada, descontinuada e desarticulada das políticas setoriais. As ações previstas nas áreas de proteção Social Básica e proteção Social Especial eram executadas por equipes técnicas incompletas, de maneira precária, sem os equipamentos mínimos (computador, impressora, ventiladores, etc.) que assegurassem a qualidade das intervenções. Não havia planejamento de atividades especializadas para os grupos direcionados ao PAIF e PAEFI e em alguns dispositivos esses serviços não eram ofertados.

Outro quesito importante observado corresponde à precária sinalização das unidades e à ausência de divulgação dos serviços, fato que poderia interferir no alcance da rede, pois grande parte dos CRAS e CREAS visitados não possuíam placas de identificação e as que existiam não eram visíveis.

Como consequência desse cenário, pareceu provável que o município de Salvador estivesse operando abaixo da capacidade de atendimento e que uma parcela significativa da população, com perfil para atendimento na rede socioassistencial, estivesse buscando o sistema de Justiça, especialmente a Defensoria Pública e o MP, para garantia dos seus direitos ameaçados ou violados.

Diante dessa situação, concluiu-se que apesar do empenho dos integrantes das equipes de referência dos CRAS, CREAS e Centro Pop, os usuários dos serviços da Assistência Social em Salvador não eram atendidos a contento, o que poderia justificar a grande demanda por atendimento no MP. Situações de conflito familiar, conflitos intergeracionais, violência doméstica e acesso a benefícios (BPC, passe livre

e outros), podem e devem ser encaminhadas pela rede socioassistencial ao órgão ministerial apenas quando esgotadas as ações de sua esfera de competência. O que se observou, entretanto, foi a realização das atribuições inerentes ao serviço, como o atendimento em domicílio para idosos e pessoas com deficiência, apenas mediante solicitação do MP ou de outro órgão demandante.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dessa experiência, pôde-se afirmar que a gestão da política de Assistência Social em Salvador cumpre parcialmente as pactuações que habilitam o município à Gestão Plena, pois, como explanado anteriormente, a rede socioassistencial funciona precariamente, de maneira fragmentada, descontinuada e desarticulada das demais políticas setoriais, apesar de estar implantada e em expansão. O cenário encontrado apresentou algumas fragilidades e desafios, mas também se configurou como um espaço potente e profícuo de possibilidades.

A partir dessa ação, foi elaborado um relatório e parecer técnico que indicam a necessidade de intervenção imediata do MP/BA por meio de seus instrumentos de atuação judicial e/ou extrajudicial que promovam o reordenamento da rede socioassistencial de Salvador, adequando-a a legislação vigente (LOAS, NOB/SUAS, PNAS e a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistencial).

Cabe destacar que os projetos ético-políticos das profissões envolvidas e o compromisso social da Psicologia foram fundamentais durante todo o processo, pois forneceram elementos que impulsionam as profissionais a se implicarem na construção de práticas que possam alterar a realidade dos sujeitos e comunidades. Ficou evidenciado que a atuação das/dos psicólogas/os na política pública da Assistência Social ainda é um desafio, ao mesmo tempo em que se constitui como um campo emergente para o desenvolvimento de práticas e saberes que promovam o reconhecimento social da profissão.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Política Nacional de Assistência Social*. Brasília, 2004a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Política Nacional de Assistência Social*. Brasília, 2004a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *LOAS Anotada*. Brasília, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília: Conselho Federal de Psicologia. Brasília, 2005.

_____. Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas-CREPOP. *Referências técnicas para atuação do/a psicólogo/a no CRAS/SUAS*. Conselho Federal de Psicologia. Brasília, 2007.

_____. Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas-CREPOP. *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos Centros de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS*. Conselho Federal de Psicologia. Brasília, 2013.

OLIVEIRA, Erika Andrade. **Psicologia e política social: o psicólogo no contexto da assistência social e da saúde pública**. 2014-2015. 72 f. Trabalho de conclusão de curso (Monografia em Psicologia)- Universidade do Estado da Bahia, Salvador, 2014-2015.

4.12. Psicologia e Socioeducação

AJUDA E CONVIVÊNCIA COMUNITÁRIA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PARTICIPANTES DE ATIVIDADES SOCIOEDUCATIVAS SOBRE A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DOS PSICÓLOGOS NA SOCIOEDUCAÇÃO

Everaldo Lauritzen Lucena Filho

1. Da contextualização da Pesquisa:

O sistema capitalismo em sua vertente neoliberal agencia nas sociedades que dele se utilizam como modelo econômico, a exclusão social e a perda da noção de cidadania entre aqueles que se encontram em vulnerabilidade social. O Brasil não diferente de demais outras nações tenta dar conta destas seqüelas sociais através de políticas públicas, as mais diversas e em distintas áreas de governo.

Com o objetivo de amenizar os problemas advindos de situações de vulnerabilidade e não acesso a bens, serviços e direitos e também de tornar-se um pilar do Sistema de Proteção Social Brasileiro no âmbito da Seguridade Social, a Política Nacional de Assistência Social (2004), criada no governo Lula, realiza-se de forma a considerar as desigualdades sócio-territoriais, visando seu enfrentamento, a garantir os mínimos sociais e a universalizar os direitos sociais (Política Nacional de Assistência Social, [PNAS], 2004), e é com a implantação do SUAS - Sistema Único de Assistência Social, que há o fortalecimento desse compromisso.

Objetivando estimular a garantia de direitos e o empoderamento dos sujeitos em situação de vulnerabilidade social, o SUAS fomenta a atividade socioeducativa como uma via de acesso a cidadania.

No documento mencionado acima a atividade socioeducativa visaria o desenvolvimento integral nas mais diversas dimensões dos sujeitos em situação de vulnerabilidade, contudo ela não se iniciou apenas em 2004 com a PNAS, seu início vem do século anterior ao seu uso em dimensão nacional.

Ribeiro (2006) advoga que a intervenção socioeducativa origina-se na pós-segunda guerra na Europa e tinha sujeitos-alvos crianças e jovens em risco social, muitos destes órfãos que necessitavam de uma educação para sua nova situação.

Ainda que conceituada atualmente como atividade que se alvitra a fortalecer os vínculos familiares e comunitários e se proporem a buscar junto com o sujeito caminhos para ajudá-lo na superação de problemas e desenvolvimento de potencialidades, como afirmam Anderson e Goolishian (1998) promovendo cidadania,

estas atividades possuem sua conceituação marcada pela fragilidade e insuficiência teórica, propõe Bidarra (2011).

Tais influências podem reverberar na execução destas atividades pelos operadores, bem como podem justificar tal fragilidade e insuficiência em sua conceituação. Segundo Carvalho (2008 *apud* Lucena Filho, 2009, p.5) a atividade socioeducativa "Não possui um currículo e uma programação pedagógica padrão", assim, podemos pensar, que a metodologia utilizada nesta atividade estará caracterizada substancialmente de como conceitua o executor desta.

A conceituação que este executor poderá ter desta atividade e a influência que esta definição traz promoverá atividades que mobilizem o sujeito ao enfrentamento da situação de vulnerabilidade que se encontra ou apenas ao seu possível enquadramento social.

A Norma Operacional Básica do SUAS de Recursos Humanos (2006) norteia quais profissionais podem fazer parte da equipe da PNAS (2004) e consequentemente daqueles que executarão as atividades socioeducativas. O profissional de psicologia é na NOB-SUAS-RH (2006) mencionado como integrante das equipes de atendimento psicossocial e execução de atividades e ações socioeducativas em todas aos níveis e proteção social que o SUAS traz da PNAS (2004).

Por um lado temos um modelo de prática educativa ainda sem fundamentações consistentes sobre sua metodologia e do outro o profissional de psicologia tentando entender as mesmas fundamentações para a concretização destas atividades e obtenção de êxito com as populações em vulnerabilidade.

Compreender as dimensões que fundamentam as atividades socioeducativas demanda naturalmente ponderar sobre quais representações sociais possuem os profissionais que nelas atuam, e de proporção igual, demanda compreender as representações dos participantes das atividades socioeducativas sobre as mesmas.

Em meio à imensa escassez de trabalhos sobre a representação social que o psicólogo tem de sua profissão encontramos a pesquisa de Karvano (1982 *apud* Leme, Bussab e Otta, 1989) no qual o pesquisador já demonstrava a ingenuidade do psicólogo em representar sua profissão através da noção de ajuda aos outros na prática clínica (Praça e Novaes, 2004; Leme, Bussab e Otta, 1989).

Pesquisa realizada por Lucena Filho (2014) traz as representações sociais destes profissionais, investigadas através de entrevistas num universo de cinco

participantes, corroborando com a noção de ajuda na prática profissional do psicólogo como no estudo de Karvano (1982).

Sobre as representações sociais acerca de atividades socioeducativas elencam, estes profissionais, a noção de atividades que promovam reflexão sobre a condição de vulnerabilidade social. Mediante o cenário acima apresentado o presente estudo intentou através do estudo comparativo e utilização a técnica de grupo focal confrontar as RS dos participantes destas atividades, representados por dois grupos de idosos na área de Proteção Social Básica.

Utilizou-se da entrevista semiestruturada no formato de grupo focal com dezesseis idosos participantes de atividades socioeducativas no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do Centro de Porto Seguro e sete idosos no Centro de Referência de Assistência Social do distrito de Arraial D'Ajuda, ambos os grupos participantes do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), onde foi possível verificar a convergência destas representações destes sujeitos que marcam a atuação profissional do psicólogo pautada na perspectiva da ajuda frente as fragilidades pessoais e sociais, representações que coincidem com diversos estudos onde tiveram o próprio profissional de psicologia como sujeitos de pesquisa. É válido salientar que ainda que nesta e em outras pesquisas a dimensão da ajuda apareça como prática do psicólogo o código de ética deste profissional não faz qualquer menção da ajuda, levando a discussão de que esta prática pode estar aquém do que orienta o código de ética deste profissional. Sobre as atividades socioeducativas realizadas na Assistência Social os participantes representam socialmente como ações que servem ao fortalecimento de vínculos entre estes sujeitos, apontando para esta perspectiva como via de construção de planejamento de intervenções socioeducativas. Tais representações elencadas nesta pesquisa podem servir de dispositivos de reflexão sobre a atuação dos profissionais de psicologia na política pública de assistência social.

2. Algumas contribuições da pesquisa

A presente investigação a partir de seu delineamento teórico, sua caracterização metodológica, apresentação e comparação de dados carrega consigo alguns subsídios que podem servir de proposições reflexivas para a qualificação do trabalho da psicóloga na Política de Assistência Social.

Apontam as conclusões que os idosos envolvidos na execução de atividades socioeducativas comungam da perspectiva de que o trabalho do psicólogo nestas atividades é caracterizado pela noção de ajuda. Ajudar é o que seria próprio destes profissionais.

É contribuição desta pesquisa alerta sobre o que esta prática pautada na essência da ajuda ao outro pode encobrir ou revelar, especialmente em uma política pública que esteve marcada por práticas assistencialistas e fundamentadas na benesse.

Quando esta investigação aponta quais representações sociais comungam participantes idosos das atividades socioeducativas sobre o fazer da psicóloga fornece subsídios para a reflexão e qualificação desta atuação profissional.

Não diferente, quando aponta em que divergem as representações sociais destes grupos sobre a caracterização das atividades socioeducativas uma outra contribuição se inscreve como própria deste trabalho.

Sinaliza esta investigação que sob uma perspectiva temos o discurso do psicólogo que tratam-se de atividades que promovam a reflexão nos sujeitos participantes sobre os seus problemas sociais e possíveis vias de superação (Lucena Filho, 2014), ao passo que para os grupos de idosos estas atividades são representadas muito mais como momento de fomento ao fortalecimento de vínculos.

Uma perspectiva não anula a outra, mas deixa como contribuição a certeza de que grupos distintos, podem possuir representações sociais diferentes uns dos outros ainda que comungando ao mesmo tempo do mesmo objeto psicológico.

Por fim, serve de contribuição poder apontar como é importante o aprofundamento do conhecimento da psicóloga sobre sua atuação nesta modalidade da Educação Social, sobre a política que na atualidade a executa e sobre a realidade subjetiva e social de cada participante destas atividades que estão sob sua responsabilidade. Tal busca pode dirimir a influência do discurso institucional e aproximação com o interesse e realidade do sujeito que destas atividades participam.

3. Referências

Abric, J.C. (1984) A theoretical and experimental approach to the study of social representations in a situation of interaction. Em, R. M. Farr e S. Moscovici (Orgs.) *Social Representations.* Cambridge: Cambridge University Press.

Alarcon, Fernando Osnaya. Las representaciones sociales de las unidades de apoyo a educación regular. (2003) Universitat Autónoma de Barcelona.

Arbizu, Cristina Pérez (2014) Intervención Socioeducativa de un grupo de tiempo livre da la parroquia “San Francisco Javier de Pamplona. Universidad Pública de Navarr. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Departamento de Trabajo Social. Tesis de maestria.

Article AU:MARCHETTI (Elise) TI:Que pensent-ils de nous ? : étude des représentations sociales du psychologue TP:Le Journal des psychologues NUM:n° 283 DATE:décembre 2010-janvier 2011 DP:2010 DATRI:2011-01-01 PAG:pp. 45-49 NO:bibliogr. DE:REPRESENTATION SOCIALE, PSYCHOLOGUE, ENQUETE CD:EDUCATEUR

Belloni, Patricia & Undurraga, Daniela Villalobos. Estudio de las Representaciones Sociales de los professores de la esculea básica nº 1739 niño levantate y el desarrollo de la resiliência em los alumnos Santiago: CEANIM 2006

Bourdieu, P. (1983). Esboço de uma teoria da ação. In R. Ortiz (Org.). Pierre Bourdieu (pp. 46-81). São Paulo: Ática.

Buijs, Arjen. Social representations of nature and local practices. Alterra scientific Contribution, 2009 Wageningen. UR (nome do arquvo no tablete é ok 4).

Cardoso, C. F. (2012) Representações sociais em história. In: Revista Psicologia e Saber Social, 1(1), 40-52,.

Carreras, Juan Sáez (pesquisar). LA intervención socioeducativa com personas mayores: Emergencia y desarrollo de la gerontagogía. Universidad de Murcia. España.

Casares, Mônica Gijón. E Serrano, Laura Rubio. Anatomias de la intervención socioeducativa em contexto de prostituición feminina. XII Congreso Internacional de Teoria de la Educación. (2001) Universitat de Barcelona.

Devenney, Michael, J.V.The Social Representations of Disability: Fears, Fantasies and Facts. Clare College:2010

Di Domizio, D. (2011) Políticas públicas, prácticas corporales y representaciones sociales sobre la vejez: Un estudio de casos [en línea]. Tesis de Posgrado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.441/te.441.pdf

Doise, W. (1990). Les représentations sociales. In R. Ghiglione et al (Orgs.). Traité de psychologie cognitive: Cognition, représentation, communication (vol. 3, pp. 111-174). Paris: Dunod.

Duque, Juliana M. Colorado; Duque, M. Alejandra Valderrama y Silva, Yarledis Holguin. (2012) Una propuesta de intervención socioeducativa en los contextos de hoy. Trabalho Apresentado no XX Seminario Latinoamericano de Escuela de Trabaljo Social.

DUVEEN, G. Genesis and sctructure: Piaget and Moscovici. In: BUSCHINI, F. e KALAMPALIKIS, L. Penser la vie, le social, la nature: mélanges en l'honneurs Serge Moscovici, p. 163-173, Paris: La Maison de Sciences de l'Homme, 2001.

Echeverria, Andrés N. (2004) Representaciones sociales de las drogas de jóvenes urbano populares em proceso de rehabilitación em comunidade terapêutica. Santiago: UNiversidad de Chile, escuela de ciências sociales. Carrera de psicologia. Tesis de graduatión.

Esquivel, Raúl Armando Romero e Zepeda, sofía Margarita Morfi. (2013) Programa de Intervención Socioeducativa com incidencia en los estilos de vida dentro de un espacio laboral. In. I Congreso Internacional de Intervención Educativa. Universidade Pedagógica Nacional. Espana.

Farr, Robert M. As raízes da psicologia social moderna. RJ, Petrópolis, Vozes, 2008

Fernández, Helga Vidal.(2010). Representaciones sociales de la maternidade em mujeres sin hijos. Santiago: Universidad Academica de Humanismo Cistiano.

Fierro, Edna Lorena Cabrera et al (2005). Representaciones Sociales sobre la Maternidad y la Entrega en Adopción en mujeres que están considerando esta opción respecto al hijo(a) que esperan o acaban de tener**.** PONTIFICIA UNIVERSIDAD Javeriana. Facultad de Psicología

Flament C. (1989) Structure et dynamique des representations sociales. Em, D. Jodelet (Org.) *Les Representations Sociales.* Paris: Presses Universitaires de France.

García (2007) Paola Carolina Bulnes – Las representaciones sociales de género em el estidiantado y el prefesorado de ciências sociales del sistema presencial de la universidad pedagógica nacional franscisco morazán

Herrera, Camacho Antoni. (1996). Los procesos de intervención socioeducativa em comunidades carenciales. Universidade de Servilla. Disponível em http://institucional.us.es/revistas/cuestiones/12/art_8.pdf. Acessado dia 04 de março de 2015 Às 12;30. .

Ibáñez, Thomas. Ideologías de la vida cotidiana. Barcelona, Sendai. 1998.

Lacerda, Pétala et al (2011). REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DEFICIÊNCIA

Ladino, Mónica Tapia e Ravena, Juana Marinlovich (2011). Representaciones Sociales sobre la escritura de la tesis em formación académica inicial em el área de Ciencias del mar. In: Omenzein (pg 273-297).

Lipiansky, M. (1991) Representations sociales et idéologies. Analyses conceptuelles. In, V. Aebischer, *et al.*(Org.), *Idéologie et Representations Sociales.* Cousset, Del Val.

MENESES, Ulpiano Bezerra de. Como explorar um museu histórico. São Paulo: Museu Paulista: USP, 1992.

PIAGET, Jean. *A representação do mundo na criança*. Rio de Janeiro: Record, 1975.

Prado, Maria Celeste. Representaciones sociales de la Vejez por parte de los professores de educación física. Universidad Abierta Interamericana. Facultad de Motricidad Humana y deportes. 2008. Rosario. Argentina.

Ramirez, José Manuel Tenorio. Representeciones sociales sobre el professorado de educación física. Tesis de maestria em investigación educativa. Xalapa, 2013

Rodrigues, Alfredo Sedano e Sotés, María Ángeles Elizalde. (2008) Integración, familia, y solidarieda: vías de intervención en pedagogia social. In: Educación y Educadores, Vol. 11, Núm. 2, diciebre-sin mês, pp. 121-137 Univerisida de La Sabana, Cundinmarca, Colombia.

Serrano, Dulce Marisa Barberena (2008). Las representaciones sociales de los alumnos de sexto semestre de bachilerato sobre las carreras de Técnico Superior em la Universidad Tecnológica de Tulancingo y su repercusíon em la matrícula. Universidade desl estado de Hildago. Instituto de Ciencias da la educacíon. Tesis de doctorado.

Thomas, J. Belle. (1980) Política Social, subdesarrollo y educación no formal.In: Educación no formal y cambio social em América Latina. Nueva Imagem. Méxio.

Úrca, X. Martinez.(2004) De la caridade a la incluión: modelos de acción e intervencion socioeducativa en el contexto europeo. I Congreso Iberoamericano de Pedagogia Social. Chile.

Úrca, Xavier (2011) Dimensiones y valores de la animación sociocultural como acción o intervención socioeducativa. Disponível em www.....acessado em 04 de março de 2015 às 17:05.

Vega, Luisiana Beatriz Díaz e Mena, Annette Rivera (2008) Representaciones sociales y prácticas de la Sexualidad de un grupo de jóvenes del Cantón de Esparza. Universidad de Costa Rica.Esparza.

GRUPO DE ENCONTRO COM JOVENS EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA (L.A. E P.S.C.) NO CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL DE UMA CIDADE DO INTERIOR DA BAHIA

Aline Pereira Gomes

Palavras-chave: Medida Socioeducativa, ressocialização, adolescentes, reunião socioeducativa.

RESUMO: O presente relato objetiva apresentar a atuação do Psicólogo Social, inserido em equipe multidisciplinar, com grupos de jovens em cumprimento de medidas socioeducativas de meio aberto do tipo Prestação de Serviço à Comunidade e Liberdade Assistida, num Centro de Referência Especializado da Assistência Social. As reuniões socioeducativas são realizadas com os adolesceste e com os familiares, duas vezes ao mês e uma vez ao mês respectivamente. Os adolescentes são em sua maioria do sexo masculino e as idades compreendem entre 14 e 19. São apresentados temas como drogas, sexualidade, vida profissional, e família.

INTRODUÇÃO

Nem sempre a infância e a adolescência foram conceituadas no modelo ocidental que conhecemos hoje. Até o século XIX logo após os primeiros anos de vida a criança era considerada adulto, passando a receber os mesmos tratamentos que estes, inclusive no que diz respeito ao tratamento de condutas classificadas como ilegais pelo código moral e/ou penal da comunidade a que pertenciam. É apenas a partir das últimas décadas deste mesmo século que a perspectiva conceitual da infância começa a ser modificada, o que significa que é a partir desse período que a criança e o adolescente passam a ser considerados sujeitos em desenvolvimento e formação. Embasados por essa nova concepção da infância, novos modelos em defesa dos direitos e garantias da criança e do adolescente foram surgindo. A partir disto em 1990 o Brasil criou o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Principal documento representativo da infância e adolescência o ECA tem como base a doutrina da proteção integral desse público assegurando o que defende a Constituição Federal, a qual determina que haja prioridade absoluta aos direitos dos jovens.

Alguns anos após o ECA foi sancionada a Lei 12.594/12 que institui o SINASE – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo, que regulamenta a execução das medidas socioeducativas previstas pelo ECA para adolescentes em cometimento de ato infracional. As medidas socioeducativas têm caráter jurídico-sancionatório, mas sobretudo ético-pedagógico, ou seja, as medidas objetivam proporcionar "uma intervenção capaz de propiciar a crianças e adolescentes o sentido de dignidade e valor, reforçando o respeito pelos direitos humanos e as liberdades fundamentais de terceiros e que leve em consideração a sua idade, bem como a necessidade de facilitar a sua reintegração social e o assumir um papel construtivo no seio da sociedade" (Machado e Gomes, 2016).

De acordo com o Art. 35 do SINASE as medidas socioeducativas devem respeitar alguns princípios que asseguram os direitos dos menores de 18 anos, são eles: *legalidade* (o adolescente não pode receber tratamento mais grave que o do adulto), *excepcionalidade* (a aplicação de algumas medidas devem ocorrer apenas em casos excepcionais), *prioridade* (deve-se priorizar práticas ou medidas que sejam restaurativas), *proporcionalidade* (a intervenção aplicada deve ser proporcional ao ato cometido), *brevidade* (o tempo da medida deve ser proporcional ao ato cometido), *individualização* (idade, capacidades e circunstâncias pessoais do adolescente devem ser consideradas), *não discriminação* (não deve haver discriminação do adolescente em função de gênero, etnia, classe social, religião, etc.) e *fortalecimento dos vínculos* (vínculos familiares e comunitários devem ser fortalecidos).

O tipo de medida a ser aplicada pelo Juiz da Vara da Infância e Juventude levará em consideração a natureza do ato infracional, sua gravidade, reincidência ou descumprimento de medida aplicada anteriormente, além de todos os princípios norteadores citados nas linhas anteriores. A decisão pelo tipo de medida por parte do Juiz diz respeito ao caráter jurídico da medida socioeducativa, já o atendimento e acompanhamento do jovem nos programas diz respeito ao caráter político-pedagógico. Grosso modo, as medidas socioeducativas podem ser divididas em dois tipos, as medidas de meio aberto e as medidas de meio fechado. As primeiras dizem respeito a medidas que privam a liberdade do menor, ainda que parcialmente, e são responsabilidade dos Estados, já as medidas em meio aberto não restringem a liberdade do menor, mas possibilita o acompanhamento em centros especializados municipais. O presente relato de experiência trata de reuniões socioeducativas com

os adolescentes em cumprimento de Liberdade Assistida (LA) e Prestação de Serviço à Comunidade (PSC), ambas medidas de meio aberto, e seus familiares no CREAS de Alagoinhas-BA. A equipe técnica que realiza as reuniões é formada por uma psicóloga, uma assistente social, um advogado e dois orientadores sociais. Os encontros ocorrem quinzenalmente e o grupo inicial foi composto por 13 adolescente, dos quais 3 cumprem LA (sendo dois adolescentes do sexo feminino e um do sexo masculino) e 10 cumprem PSC (todos do sexo masculino). As reuniões socioeducativas objetivam proporcionar a ressignificação da identidade do menor, propiciando aos adolescentes o sentido de dignidade e valor, destacando o respeito pelos direitos humanos no que tange a si e ao próximo, visa também possibilitar o fortalecimento do vínculo do jovem com sua família e a comunidade, além de possibilitar a psicoeducação e novas aprendizagens acerca de diversos temas. Até a presente data foram realizadas 8 reuniões socioeducativas abordando, respectivamente, temas como ato infracional e medida socioeducativa, orientação profissional, drogas, oficina de pintura, homenagem às mães, sexualidade, relacionamento interpessoal e habilidades sociais e comemoração de festa junina.

METODOLOGIA

A metodologia dos encontros consiste em acolhida aos participantes, aplicação de dinâmicas de grupo e reflexão das mesmas, exibição de vídeos educativos, roda de conversa com os técnicos de referência e orientadores sociais, realização de atividades em subgrupos e/ou individuais, avaliação do encontro, lanche e comemoração dos aniversariantes do mês. Abaixo a descrição de cada reunião realizada.

A *primeira reunião socioeducativa* teve como tema *ato infracional e medida socioeducativa.* Com este encontro objetivamos favorecer a criação de um ambiente acolhedor entre os participantes possibilitando aos mesmos tirar suas dúvidas acerca do tema, mensurar o entendimento que o jovem tem acerca de sua condição atual, apresentar como será feito o acompanhamento, a importância do cumprimento da medida, seus deveres e direitos. A metodologia consistiu em recepção e acolhida dos participantes, apresentação da equipe técnica, apresentação dos participantes, dinâmica com jogo de respostas e preguntas, exibição do curta-metragem *Medida Socioeducativa, r*oda de conversa com a assistente social, o advogado e a psicóloga e para finalizar e proporcionar a integração dos membros entre si e com a equipe

técnica, o momento do lanche. Os recursos e materiais utilizados foram: papeis, canetas, aparelhos de TV e Som, bola de futebol, cartolinas, fita adesiva. Participaram desse encontro 12 adolescentes cumprindo as medidas de Liberdade Assistida (LA) e Prestação de Serviço à Comunidade (PSC). A duração do encontro foi de 2 horas e na equipe técnica presente constavam 1 psicólogo, 1 assistente social, 1 advogado e 2 orientadores sociais.

A *segunda reunião socioeducativa* teve como tema *Profissão e Trabalho: a importância da orientação profissional.* Com este encontro objetivamos apresentar a relevância da qualificação profissional e seus impactos na ressocialização, promover reflexões aos adolescentes sobre a diversidade do mundo das profissões, discutir com os jovens quais os seus sonhos profissionais, promover a tomada de atitude para que realizem seus sonhos profissionais, possibilitar o conhecimento sobre o mercado de trabalho, apresentar sobre posturas profissionais e currículo e destacar a relevância da formação/qualificação para o desenvolvimento profissional. A metodologia consistiu em recepção e acolhida dos participantes, dinâmica de grupo para detectar habilidades profissionais, roda de conversa sobre a temática abordada com duas psicólogas, formação de subgrupos para discussão sobre a temática e a dinâmica e para finalizar e proporcionar a integração dos membros entre si e com a equipe técnica, o momento do lanche. Os recursos e materiais utilizados foram: papeis, aparelhos de TV e Som, recorte de jornais e revistas, cartolinas, fita adesiva, lápis de cor, canetas coloridas. Participaram desse encontro 12 adolescentes cumprindo as medidas de Liberdade Assistida (LA) e Prestação de Serviço à Comunidade (PSC). A duração do encontro foi de 2 horas e na equipe técnica presente constavam 2 psicólogos, 1 assistente social e 2 orientadores sociais.

A *terceira reunião socioeducativa* teve como tema: *Drogas - focando na prevenção e na redução de danos.* Com este encontro objetivamos apresentar os riscos e danos sociais e à saúde relativos ao uso e abuso de substâncias psicoativas, promover conhecimento sobre as substâncias lícitas e ilícitas e sobre seus efeitos físicos e psicológicos, possibilitar reflexão sobre os motivos de uma pessoa usar ou abusar da droga e sobre as funções que ela pode assumir na vida de uma pessoa. A metodologia consistiu em recepção e acolhida dos participantes, apresentação dos participantes com roda de música, separação de subgrupos e confecção de cartazes, roda de conversa sobre a temática abordada, apresentação e exposição dos materiais

confeccionados e para finalizar e proporcionar a integração dos membros entre si e com a equipe técnica, o momento do lanche. Os recursos e materiais utilizados foram: papeis, aparelho de som, recorte de jornais e revistas, cartolinas, fita adesiva, lápis de cor, canetas coloridas, barbantes e cola branca. Participaram desse encontro 12 adolescentes cumprindo as medidas de Liberdade Assistida (LA) e Prestação de Serviço à Comunidade (PSC). A duração do encontro foi de 2 horas e na equipe técnica presente constavam 2 psicólogos, 1 assistente social, 2 orientadores sociais. Observação: 6 estudantes do 9º semestre de Psicologia também participaram do encontro.

A *quarta reunião socioeducativa* constituiu-se em uma oficina de pintura em tela. Com este encontro objetivamos criar artes para homenagear as mães e desenvolver habilidades nos jovens, além de possibilitar a expressão de sentimentos e emoções de maneira lúdica através do desenho livre. A metodologia consistiu em recepção e acolhida dos participantes, exibição de vídeo com passo-a-passo e dicas de pintura de tela, pinturas de desenhos livres em telas com fins de homenagear as mães (aqui deve-se entender a palavra mãe por figura de referência e de afeto, sendo o jovem livre para considerar qualquer outro membro da família como mãe) e para finalizar e proporcionar a integração dos membros entre si e com a equipe técnica o momento da refeição com a comemoração dos aniversariantes do mês. Os recursos e materiais utilizados foram: telas de pinturas, tintas de tecido cores diversas, pinceis, flanelas, papeis toalha, copos descartáveis, aparelho de TV. Participaram desse encontro 11 adolescentes cumprindo as medidas de Liberdade Assistida (LA) e Prestação de Serviço à Comunidade (PSC). A duração do encontro foi de 2 horas e na equipe técnica presente constava 1 psicólogo, 1 assistente social e 1 orientador social. Observação: foram escolhidos 3 adolescentes para além de pintar o quadro para as mães, pintarem cada um mais um quadro para homenagear alguns membros do CREAS.

A *quinta reunião socioeducativa* constituiu-se no encontro de Homenagem às mães. Com este encontro objetivamos reunir os adolescentes e seus familiares para homenagear as mães, proporcionar a interação entre os membros da família e a equipe técnica responsável pelas medidas socioeducativas, proporcionar a restauração e fortalecimento dos vínculos familiares. A metodologia consistiu em recepção e acolhida dos participantes e seus familiares, bate-papo com a Assistente

Social e a Psicóloga, dinâmica de integração *Lago da Vida*, reflexão da dinâmica, café da manhã e socialização, entrega das pinturas em tela às mães, leitura do texto *A Bagagem e* finalização com o vídeo *Como é grande o meu amor por você.* Os recursos e materiais utilizados foram: papeis A4 coloridos, aparelhos de TV e Som. No total participaram do encontro 20 pessoas entre adolescentes e seus familiares. A duração do encontro foi de 2 horas e 30 minutos e na equipe técnica presente constavam 1 psicólogo, 1 assistente social e 2 orientadores sociais.

A *sexta reunião socioeducativa* teve como tema *Sexualidade e adolescência.* Com este encontro objetivamos, ampliar as informações acerca da sexualidade, promover entendimento sobre os fatores sociais que influenciam a prática sexual, informar sobre os métodos de contracepção e sobre as doenças sexualmente transmissíveis, destacar o impacto da gravidez na adolescência, discutir questões gerais acerca da sexualidade humana. A metodologia consistiu em recepção e acolhida dos participantes, roda de Conversa sobre o tema, apresentação dos riscos das Doenças Sexualmente Transmissíveis com a apresentação de material ilustrativo, dinâmica de uso do preservativo masculino (camisinha masculina), apresentação de vídeo sobre o uso do preservativo feminino (camisinha feminina), distribuição de preservativos masculinos e femininos aos participantes e para finalizar e proporcionar a integração dos membros entre si e com a equipe técnica o momento da refeição com a comemoração dos aniversariantes do mês. Os recursos e materiais utilizados foram: aparelhos de TV e Som, banners, preservativos masculinos e femininos, prótese peniana, painel de métodos contraceptivos. Participaram desse encontro 11 adolescentes cumprindo as medidas de Liberdade Assistida (LA) e Prestação de Serviço à Comunidade (PSC). A duração do encontro foi de 2 horas e na equipe técnica presente constavam 2 psicólogos, 1 assistente social e 2 orientadores sociais.

A *sétima reunião socioeducativa* teve como tema *Relacionamento Interpessoal e Habilidades Sociais.* Com este encontro objetivamos discutir a importância das relações interpessoais na vida pessoal e profissional dos jovens; apresentar os tipos de comunicação e seus impactos nas relações, apresentar o modelo de comunicação assertiva para a manutenção de relações interpessoais saudáveis, destacando a sua importância para o contexto laboral e familiar. A metodologia consistiu em recepção e acolhida dos participantes com músicas, dinâmica de integração *Balões com palitos, r*oda de conversa sobre relacionamento interpessoal e tipos de comunicação

(Assertiva, Passiva, Agressiva), dinâmica Q*ual o tipo de comunicação?*, Dramatização sobre habilidades sociais, avaliação do encontro pelos participantes e para finalizar e proporcionar a integração dos membros entre si e com a equipe técnica, o momento do lanche. Os recursos e materiais utilizados foram: papeis, canetas, aparelhos de TV e Som, material gráfico, bexigas, cartões de diversas cores, post'its. Participaram desse encontro 4 adolescentes cumprindo as medidas de Liberdade Assistida (LA) e Prestação de Serviço à Comunidade (PSC). A duração do encontro foi de 2 horas e na equipe técnica presente constavam 1 psicólogo, 2 orientadores sociais. Observação: 3 estudantes de psicologia participaram do encontro.

A *oitava reunião socioeducativa* constituiu-se no encontro *Arraia do CREAS 2016.* Com este encontro objetivamos reunir os adolescentes e seus familiares para comemorara as festas juninas, proporcionando assim a interação entre os adolescentes, os membros da família e a equipe técnica responsável pelas medidas socioeducativas um momento lúdico de interação e fortalecimento de vínculos. A metodologia consistiu em recepção e acolhida dos participantes e seus familiares com músicas juninas e comidas típicas, bate-papo com a Assistente Social e a Psicóloga, dinâmica de integração *Dança com balões*, eleição do rei e rainha do milho, dinâmica de finalização *Dança da Laranja*. Os recursos e materiais utilizados foram: panos e cestas decorativas, bandeirolas, aparelhos de TV e som, bexigas, laranjas, barbantes, papel crepom. No total participaram do encontro 30 pessoas entre adolescentes e seus familiares. A duração do encontro foi de 2 horas e 30 minutos e na equipe técnica presente constavam 3 psicólogos, 1 assistente social e 2 orientadores sociais.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nos encontros iniciais foi percebido nos adolescentes resistência, inibição e baixa interação com os participantes e a equipe técnica. Com o decorrer dos encontros e com o convite à interação realizada pelos técnicos, os jovens aos poucos demostraram mais interesse pelos debates dos temas propostos, assim como passaram a interagir com os colegas e participar mais das atividades realizadas. É relevante salientar também que com o decorrer das reuniões os adolescentes também apresentaram maior vinculação com os técnicos de referência. Essas melhorias foram percebidas não apenas no momento das reuniões socioeducativas, mas nos atendimentos socioassistenciais, na sala de espera e nos momentos de confraternização. Acerca dos conteúdos apresentados nas reuniões os adolescentes

e os familiares expressam compreender o que tem sido transmitido, apresentando em seus discursos conhecimento e preocupação com os temas abordados. A cada mês (após duas reuniões socioeducativas) os adolescentes são avaliados pela equipe técnica através de ficha de avaliação onde constam critérios como assiduidade, participação e engajamento, pontualidade, interação social, perspectiva de futuro, frequência, responsabilidade, etc. O feedback dessas avaliações é dado ao adolescente de modo individual onde é discutido com o mesmo seus avanços e retrocessos. Essa ficha de avaliação e acompanhamento nos permite afirmar que através das reuniões socioeducativas os adolescentes têm progredido no que diz respeito a percepção do impacto de suas ações em si próprio e na sua comunidade e vice-versa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É relevante destacar que os encontro do grupo ainda estão em andamento, sendo aqui apresentadas apenas os encontros já realizados. Desta forma, até o momento da finalização dos encontros outros temas ainda serão debatidos com os adolescentes. No entanto os adolescentes em cumprimento de PSC, no geral, não ultrapassam 3 meses no órgão o que os impede de ter acesso ao debate de diversos temas, dessa forma o projeto das reuniões socioeducativas possui limitações e as mesmas precisam ser reajustadas.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, Silvani; CORREIA, Vânia. Cá entre nós: guia de educação integral em sexualidade. São Paulo: Secretaria de Educação; 2012, pp. 29 a 82.

Escola Nacional de Socioeducação - ENS. Disponível em: < http://ens.sinase.sdh.gov.br/ens2/images/Biblioteca/modulos_dos_cursos/Nucleo_Basico_2015/Eixo_2/EixoII.pdf>. Acesso em: 25/06/2016.

FUNDAÇÃO TIDE SETUBAL. Guia para Desenvolvimento de Reuniões Socioeducativas. São Paulo, SP: Fundação Tide Setubal, 2016.

LOMACO, Beatriz Penteado; et al. Mund0o jovem: desafios e possibilidades: uma proposta de trabalho com adolescentes. São Paulo: Fundação Tide Setubal. 2008, pp. 71 a 120.

MONTE, Franciela Félix de Carvalho et al. Adolescentes autores de atos infracionais: psicologia moral e legislação. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 125-134, abr. 2011.

PROPOSTA INTERDICIPLINAR PARA EXECUÇÃO DE MEDIDAS SÓCIO EDUCATIVAS EM MEIO ABERTO DE LIBERDADE ASSISTIDA (LA): RECONSTRUINDO SUBJETIVIDADES

Daniela Rita de Souza

Este trabalho tem o objetivo de apresentar como foi desenvolvida a execução das medidas socioeducativas em meio aberto de Liberdade Assistida, num município do interior do estado da Bahia refletindo sobre a importância do papel do psicólogo nesse contexto de trabalho. Entre as medidas socioeducativas previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), encontra-se a liberdade assistida à qual o adolescente autor de ato infracional está sujeito. De acordo com o artigo 118 do ECA (Brasil, 1990), a LA será a medida adotada sempre que se afigurar a medida mais adequada para o fim de acompanhar, auxiliar e orientar o adolescente. Essa medida permite o adolescente o seu cumprimento em liberdade junto a família, porém sob o acompanhamento sistemático do Juizado e da comunidade onde esse jovem esteja inserido. Ela pode ocorrer durante o período mínimo de seis meses, podendo ser ampliada até dois anos. Essa medida será aplicada por algum órgão que possa encaminhar e fiscalizar o adolescente, nesse caso para o CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social. Essa medida é aplicada quando a autoridade competente conclui pela necessidade do acompanhamento da vida social do adolescente, que compreende a escola, o trabalho e a família. A intervenção educativa implica o acompanhamento personalizado do adolescente visando a sua proteção, inserção comunitária, manutenção de vínculos familiares, frequência à escola e inserção no mercado de trabalho e/ou cursos profissionalizantes e formativos (Volpi, 1999, p.24). O ECA, além de conferir direitos fundamentais e sociais às crianças e aos adolescentes, criou um regime jurídico em que o adolescente foi elevado à dignidade de responder pelos seus atos. As medidas previstas nesses casos, por serem socioeducativas, diferem das penas criminais no aspecto predominantemente pedagógico e na duração, que deve ser breve. Isso significa que adolescentes não podem responder pelos delitos que praticarem, ou ser responsabilizados criminalmente, perante a legislação penal comum e, sim, com base nas normas do Estatuto próprio. E isso também significa dizer – ao contrário do que apregoam algumas parcelas da população, que criam o mito da impunidade em

virtude das regras protecionistas do ECA – que os adolescentes respondem, sim, pelas infrações que porventura cometam, mas o fazem tendo em vista o caráter peculiar do adolescente como pessoa em desenvolvimento.

Muitas ideias são expressas a respeito dos adolescentes através de mitos. A sociedade acredita que os adolescentes são consumistas, inseguros, irresponsáveis e imediatistas. Esses mitos estão presentes nas muitas concepções sociais acerca dessa fase da vida, e se mantém porque a sociedade as repete em diferentes contextos. Pode-se perceber dessa forma que a etapa da adolescência, focada quase sempre no singular, torna-se plural quando consideramos a diversidade das experiências possíveis no contexto da contemporaneidade. Aspectos como a instabilidade emocional, a postura desafiadora, o imediatismo e a tendência à ação irrefletida são observados nos adolescentes. Por outro lado existe a presença em nossa sociedade de grande número de adolescentes que trabalham, criam e mantém relações familiares e sociais respeitosas. O adolescente típico é concebido como um indivíduo que atravessa esse período vital, apresentando sentimentos positivos em relação a si mesmo e seus familiares, desenvolvendo habilidades para formar e manter relacionamentos significativos.

Entretanto, diversos fatores de risco podem afetar o desenvolvimento do adolescente, dentre eles podem ser citados: frequência de eventos de vida estressores, baixa escolaridade, famílias numerosas, ausência de um dos pais, estresse familiar, doença mental familiar e violência. (Hutz, Koller, & Bandeira, 1996). O grupo tem muita importância na vida dos adolescentes e a cumplicidade do grupo tem papel também na prática de atos infracionais. (Outeiral, 2008). Existem muitos fatores de risco que podem propiciar o surgimento de adolescentes infratores, tanto fatores coletivos como estilos parentais que fomentam a agressividade intrafamiliar, a mídia, a escola, a violência, a ausência ou fragilidade de suporte social e afetivo ou o baixo nível sócio econômico (Paludo & Koller, 2005) quanto os fatores individuais relacionados às características como gênero, problemas genéticos, carência de habilidades sociais, intelectuais e psicológicas limitadas. O comportamento agressivo constitui-se de uma gama de atitudes sociais inábeis e a expressão agressiva frequente e intensa na infância e na adolescência apresenta inúmeras consequências desfavoráveis a curto, médio e longo prazo, dentre elas, cometer um ato infracional. (Barros & Silva, 2006). O ato infracional não ocorre em função de um

motivo, mas é o resultado de diversos fatores e por isso compreende-se que o adolescente em conflito com a lei deve ser atendido dentro de uma política pública de atendimento que contemple o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990), e o Sistema Nacional de Atendimento Sócio Educativo, nele estão previstos diferentes temas, que devem ser trabalhados no atendimento sócio educativo durante o cumprimento da medida socioeducativa, que foram divididos em eixos. Deve-se oferecer um suporte institucional e pedagógico ao adolescente; trabalhar a diversidade étnico racial, gênero e orientação sexual; educação; esporte, cultura e lazer; saúde; abordagem familiar e comunitária; profissionalização, trabalho e previdência, e segurança. (SINASE, 2006).

Diante disso, esse relato de experiência traz a execução de uma proposta interdisciplinar de Medidas Socioeducativas em Meio Aberto de Liberdade Assistida (LA) desenvolvida no Centro de Referência Especializada de Assistência Social - CREAS de um município do Interior do Estado da Bahia, onde teve a intervenção da Equipe Técnica com um projeto de Artesanato com palitos de picolé, ministrado por um usuário do Serviço, durante seis meses, para sete adolescentes que cumpriram Medidas Socioeducativas de Liberdade Assistida. O Primeiro encontro aconteceu com os pais e mães dos adolescentes que iriam cumprir a Medida Socioeducativa, inicialmente esses pais foram convidados a falarem de suas experiências como adolescentes e depois em como eles vivem a adolescência dos filhos hoje, foi solicitado a eles que dissessem das diferenças e semelhanças nesses dois aspectos. A partir desse diálogo a Equipe Técnica do CREAS abordou o conceito de violência e suas formas de manifestação, tais como violência física, psicológica, a negligência e o abuso sexual. Nesse momento os pais puderam perceber que também sofreram dificuldades nessa faixa etária, que também cometeram infrações, que talvez não foram descobertos e punidos pela Lei, mas que cometeram pequenos delitos, como fumar escondido ou pequenos furtos. Foi reforçado para eles que seus filhos precisavam de apoio, proteção e cuidados. O Segundo encontro foi realizado já com os adolescentes que iriam cumprir as Medidas, nesse momento foi passado um vídeo para eles com a música “Cawboy Fora da Lei” do Raul Seixas e a partir desse instrumento questionado a eles o que era estar dentro ou fora da lei, o que eles entendiam como leis e pedido que cada um falasse das infrações ou infração que tivesse cometido. Através desse encontro a Equipe falou sobre o que eram as

medidas socioeducativas e como acontecia sua aplicação. Em seguida deram início aos encontros do Projeto que aconteceram uma vez por semana e esses momentos eram utilizados para além das aulas de artesanato, como um encontro terapêutico e reconstrutor de subjetivações, na medida em que fomentava nos adolescentes envolvidos uma vontade de falar sobre suas angústias, seus medos, suas necessidades e desejos, ou até mesmo a falta deles. Alguns deles em meio às aulas expositivas do instrutor deixavam como que escapar pensamentos que tinham sobre suas vidas e projetos futuros, dando sentido a uma história que para muitos não tinha mais nenhum. Além disso, o Instrutor que realizou o curso era o pai das crianças que estavam abrigadas temporariamente na Casa Lar da cidade e precisava comparecer ao CREAS para acompanhamento e fortalecimento de vínculo. Esse Pai, também redescobriu sua habilidade em construir casas com palitos de picolé e foi estimulado a voltar a fazer as casinhas também como forma de reinserção no mercado de trabalho e condição de subsidiar sua família. Também participaram desses encontros semanais a Assistente Social, o Orientador Social, um estagiário e em alguns encontros o Advogado do CREAS, o que fez com que se imprimisse nesse projeto um contexto multidisciplinar que ampliou os diálogos e as construções de ideias e reconstruções de ideais, enriquecendo dessa forma não apenas o projeto em si, mas principalmente os objetivos para os quais ele se propôs. Posto isso, foi finalizado com uma exposição no centro da cidade para comercializar os produtos confeccionados e divulgar o trabalho desenvolvido pelos adolescentes e o usuário Instrutor. Esse momento foi cercado de um sentimento de orgulho entre os participantes e de sentimento de dever cumprido e de capacidade para construir o que quisessem. O sentido metafórico da construção das casinhas fez ressurgir em todos os participantes um sentimento de empoderamento e autoestima elevado, melhorando nos adolescentes suas visões de identidade e fomentando projetos de vida e sonhos. Além disso, a Equipe Técnica do CREAS realizaram encaminhamentos à REDE sócio-assistencial do município a partir dos encontros realizados com os adolescentes e suas famílias e do Plano Individual de Atendimento (PIA). Os encaminhamentos foram variados, como tratamento para dependência química, em CAPS, Hospitais, unidades básicas de saúde, como também para escolas, habitação, documentação, cursos profissionalizantes, Serviço de Fortalecimento de Vínculo do CRAS, projetos comunitários, entre outros.

Dessa maneira, esse projeto teve o objetivo de fomentar o desenvolvimento cultural, psíquico e social tanto dos adolescentes que estavam cumprindo a Medida Socioeducativa, quanto dos usuários do Serviço do CREAS que tiveram a oportunidade de desenvolver trabalhos de significado subjetivo reconstrutor e modificador de realidade social e psíquica. O trabalho com as medidas socioeducativas no CREAS também se orientou nos pressupostos do SINASE e a equipe técnica, neste momento, estava constituída por uma Psicóloga, uma Assistente Social, um Advogado, um Orientador Social, uma estagiária de Serviço Social, e tinha como proposta acompanhar e orientar os adolescentes em MSE e suas famílias, podendo pensar e refletir com eles sobre os atos infracionais cometidos e as possibilidades de enfrentamentos sobre essa questão, assim como as expectativas de vida e projeto de futuro. Ouvir o adolescente como um sujeito, além do ato infracional, que está em fase de desenvolvimento é fundamental para o cumprimento positivo da Medida. Os adolescentes não são um recipiente passivo ou objeto controlado por influências familiares ou sociais, nem por determinações externas, para, além disso, eles são sujeitos de direitos e de desejos. Os jovens que cumprem Medidas Socioeducativas muitas vezes são tratados com preconceito como se fossem somente o ato que cometeram e nesse Projeto eles conseguiram se perceber como adolescentes. Assim sendo, o tema descrito nesse trabalho permite análises profundas sobre as medidas socioeducativas tais como de que a medida não tenha apenas um caráter punitivo, mas que possa permitir a sócio educação, a reestruturação dos vínculos familiares e principalmente a ressignificação e reconstrução de subjetividades individuais e coletivas.

REFERÊNCIAS BIBIOGRÁFICAS

1. Barros P, Silva FBN. **Origem e manutenção do comportamento agressivo na infância e adolescência**. Rev Bras Ter Cogn. 2006;2(1):55-66.
2. Brasil. (1990). **Diário Oficial da União**. Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, Brasília DF.
3. Brasil. (2006). **Sistema Nacional de Atendimento Sócio Educativo (SINASE)**. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Brasília, DF.
4. Hutz, C.; koller, S. H.; Bandeira, D. R. **Resiliência e vulnerabilidade em crianças em situação de risco**. Coletâneas da ANPEPP, v. 1, n. 12, p. 79-86, 1996.
5. Outeiral, J. **Adolescer**. 3. ed. Rio de Janeiro: Livraria Editora Revinter, 2008.
6. Paludo, S. S., & Koller, S. H. (2005). **Resiliência na rua: Um estudo de caso.**

Psicologia: Teoria e Pesquisa, 21(2), 187-195.

7. Volpi, M. (Org.) (1999). **O adolescente e o ato infracional** (3ªed.). São Paulo: Cortez.

SEGURANÇA E VIOLÊNCIA NA SOCIOEDUCAÇÃO: A PSICANÁLISE COMO UM MEIO DE INTERVENÇÃO

Evanilda Bulcão Mota

O objetivo desse relato de experiência é demonstrar como a Psicanálise foi utilizada na área de segurança, em Unidades da socioeducação no Estado da Bahia, de 2015 a 2016. Avaliando a relação entre privação de liberdade para adolescentes e a violência existente nesse universo, com recortes nas Comunidades de Atendimento Socioeducativo – Cases, que atuam com as medidas de privação de liberdade e semiliberdade, neste Estado. Sinalizando outras formas possíveis de enfrentamento à violência que não reforcem recursos também violentos por parte das instituições (ANDRADE, 2015), e sim, que viabilizem a responsabilização do ato infracional, garantindo reais condições de mudanças de vida e de um desenvolvimento mais produtivo e feliz para esses adolescentes, com garantia ao reconhecimento como sujeito de direito, integralmente, e não apenas por uma condição penal (RUSCHE e KIRCHHEIMER, 2004). A perspectiva foi de promover ações especializadas na área de segurança, onde o diálogo, a observação, o entendimento da história do educando (adolescente ou jovem em cumprimento de medida socioeducativa) e da história dos profissionais dessa área, em cada Unidade, fossem ouvidas e levadas em consideração para o planejamento das atividades. A metodologia adotada inicialmente foi a de observação *in loco*, em situações de conflito, para compreender as aflições, expectativas e tensões dessa área, com posterior formação de Grupos de Trabalho (GT), com base nos Grupos Operativos (GO), para análises e intervenções com planejamento, utilizando as situações críticas vivenciadas como referencial (PEREIRA, 2013). O foco desses grupos era desenvolver tarefas que ajudassem na construção de uma sensação de segurança a partir do conhecimento e domínio de técnicas e doutrinas necessárias para a garantia da integridade física e psicológica de cada adolescente e dos colaboradores da área de segurança, contribuindo assim, com a segurança do universo de cada Case**.** Daí a escolha pela referência a técnica de GO, visando à estrutura grupal, centrada na Psicologia Social de Enrique Pichon-Rivière (1985). Nessa ótica, o grupo se baseou numa concepção de sujeito, entendido como o emergente de uma complexa rede de vínculos e relações sociais. Essa perspectiva possibilita a compreensão que o sujeito é social e historicamente

produzido, em constante dialética com o ambiente em que vive. O Grupo Operativo se fundamenta numa concepção de aprendizagem como uma leitura crítica da realidade, uma constante investigação, em que a resposta conquistada já se constitui em princípio de uma nova pergunta. Aprender em grupo, na perspectiva apresentada por Pichon, sinaliza que a maior preocupação é com o processo que possibilitará a mudança do sujeito. É uma ação formadora do sujeito para a vida, indo muito além da simples transmissão de um conhecimento. O objetivo central é o processo de inserção do sujeito no grupo. Mas, o que é o grupo? É um sistema de ações, que surge a partir das necessidades dos integrantes, o que determina a existência de objetivos e de uma tarefa em marcha para alcança-los. Dessa forma, os obstáculos precisam tornar-se conhecidos, para serem resolvidos na ação dos integrantes. A técnica do Grupo Operativo está centrada na tarefa, que representa o conjunto de ações destinadas à conquista de objetivos comuns. Caracterizado como a dialética entre sujeitos, rompe a maneira de pensar divorciada do fazer e seu significado mais profundo é a possibilidade de uma intervenção que facilita a mudança. Essa técnica poderá ser aplicada em qualquer contexto, desde que se respeite o que lhe é essencial: procurar desvendar o fazer das pessoas nos aspectos explícito e implícito. Neste sentido, tarefa e vínculo são os organizadores do grupo. Assim, a tarefa nesta perspectiva é entendida a partir dos seguintes pontos: operatividade do grupo, os saltos qualitativos que os integrantes dão juntos; um instrumento de trabalho e um recurso de aprendizagem; a mobilização de estruturas estereotipadas ou dificuldades que surgem na comunicação e na aprendizagem; o motivo explícito da constituição do grupo (tarefa explícita) e a elaboração de ansiedades básicas que operam como resistência à mudança (tarefa implícita). Essas ansiedades aparecem quando emergem os primeiros indícios de mudança, são: o medo à perda do equilíbrio já conquistado e o medo ao ataque da nova situação para a qual ainda não se está instrumentalizado; um processo de mudança que inclui a pré-tarefa e o projeto, nela a situação defensiva que estrutura a atitude de resistência à mudança, mobilizada pelas ansiedades de perda e ataque. Projeto é a integração que transforma o trabalho grupal em uma criação que vai além da tarefa e produz novas possibilidades de ação aos integrantes, situados em seus contextos, comprometidos com e inseridos ativamente na realidade. Mas e o que significa vínculo para o GT na socioeducação? De acordo com a teoria adotada, refere-se a uma estrutura complexa de relações

interpessoais que envolvem comunicação e aprendizagem. Implica vivência externa, como também, a sua representação no mundo interno das pessoas, sendo esta última uma construção interna a partir da ação conjunta. A representação é mútua, não se refere apenas ao modo como o sujeito, isoladamente, se apropria da realidade, mas como se apropria dessa mesma realidade em conjunto, com alguém. O Grupo se constrói em um caminho dialético de produção. Há um processo de permanente interdependência e mútua reciprocidade das pessoas em ação. A transformação decorre de mudanças, através de processos progressivos e regressivos, articulados aos objetivos a serem atingidos pelos grupos. Assim, considerando o método em questão e sua importância para o propósito da intervenção foi formado grupos de socioeducadores por plantões, uma vez que atuavam sempre nas mesmas datas e com a mesma duração, sendo assim, um total de quatro plantões por Unidades (A, B, C e D) que seguem a mesma ordem em todas as Cases. A prioridade para o convite foi para os profissionais que atuavam dentro dos alojamentos, como coordenadores ou líderes, e que permaneciam no plantão, ao lado dos educandos. Em alguns momentos integrantes das equipes técnicas e gerentes de Unidades também participaram de algumas reuniões dos grupos, e foi algo bastante marcante para todos, uma vez que esses momentos só existiam em dias de festas. Um aspecto diferenciado foi pensado para que os profissionais da segurança se sentissem motivados a participar de um grupo de discussão: a aquisição e execução da discussão em um *tatame*. Essa condição criou um espaço diferenciado para o debate e as diversas falas, pois intercalávamos as opiniões e expressões de sentimentos, com representações dos fatos vividos nos plantões, em simulações e estudos de casos, e associado aos relatos inseríamos formas possíveis de técnicas de defesa pessoal e mediação de conflito. Ao final das quatro horas de trabalho, em sessões quinzenais, fazíamos um relaxamento e avaliação da discussão, sempre por associação livre. Esse método foi aprovado por todos, pois a falta de preparo físico para reagir de forma equilibrada e que garantisse a contenção dos educandos, ao invés do revide, foi uma experiência nova para funcionários que atuavam há mais de 15 anos nesse modelo de instituição, sem treinar qualquer técnica de autodefesa. Assim, problematizando os diversos espaços e atuações de profissionais das Cases, os socioeducadores foram compreendendo outras formas de entender e fazer segurança numa Unidade de privação de liberdade para adolescentes, e que essa

prática poderia ser construída com a participação e colaboração de vários setores e personagens. A Lei que instituiu o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE é uma lei nova, de 2012, e assim, por muitos desconhecida, dentro e fora das Cases. O desafio colocado para a Coordenação Segurança – COSEG, era implementar a Lei e discutir esse eixo de forma global e interdisciplinar, demonstrando através de práticas de uma cultura de paz e de vínculo entre os socioeducadores, equipe técnica e educandos, o sentimento de que ali poderia ser um lugar seguro para todos e que o enfrentamento à violência era uma prioridade. Isto porque, num cenário mais geral, os adolescentes e jovens eram os que mais morriam por agressões, e também, eram os mais apontados como autores de agressões no País e na América Latina (KRUG et al, 2002 apud VIEIRA, et al. 2012). Coadunando com essa impactante realidade, havia um número significativo de reincidência em atos infracionais graves, uma média de 30% nos três últimos anos (Fonte: Sistema de Informações para a Infância e Adolescência – SIPIA/SINASE, 2013-2015) que conduziam muitos adolescentes de volta às Cases. Os dados sugeriam que a violência vivida por eles em suas comunidades, quando não matava, privava de liberdade. O grande desafio era contribuir analiticamente para que uma estrutura que gerava mais conflitos do que os que se propunha a resolver, nesse caso em questão - as Cases, não continuasse produzindo a lógica excludente e massificadora da criminalização da pobreza (WACQUANT, 2011). Pois o trato dado aos adolescentes autores de atos infracionais no Brasil, e na Bahia não poderia ser diferente, é a de uma juventude pobre e degenerada, os “futuros criminosos” (BRASIL, 2015). O que agravava mais a capacidade de assistência e cuidado a esses jovens é que a equipe que os acompanhava (psicólogos, assistentes sociais e advogados), em muitos casos, dispunha entendimento incipiente para a necessidade em aprofundar a investigação da realidade advinda desses educandos, o que comprometia a elaboração do Plano Individual de Atendimento – PIA, para que fossem avaliadas as necessidades e peculiaridades de cada um nessa nova condição de privação. Dessa forma, quando havia lacunas no atendimento, desde questões de assistência a saúde, alimentação, lazer, oficinas pedagógicas, entre outras demandas, o grau de angustia se elevava e acabava resvalando na área de segurança, repercutindo em ocorrências de agressão entre eles, contra funcionários e danos ao patrimônio público que os servia, em muitos casos de natureza grave, demonstrando destrutividade e desesperança consigo e

com o ambiente. Os socioeducadores em segurança, por sua vez, não reuniam na sua formação, condições adequadas para esse tipo de enfrentamento, as dúvidas de como intervir e cuidar, eram persistentes nos GTs, pois falavam do medo que sentiam por avaliar que poderiam sofrer algum atentado, da raiva que tinham quando eram xingados, da incompreensão sobre as reais possibilidades da socioeducação reunir condições concretas e objetivas para dar apoio para eles ressignificarem suas vidas fora da perspectiva e da influência do crime, uma vez que, após o cumprimento da sentença, quase sempre, retornavam para as mesmas comunidades de origem, e nelas, quase sempre o nível de investimento em políticas públicas e de inclusão social permanecia incipiente para tais transformações. Daí a fala da sensação de impotência para acompanharem tantos adolescentes abandonados por famílias, que também exprimiam nos dias de visita um elevado grau de abandono, sujeitos à miséria e a tantas outras mazelas, um panorama quase que geral entre os familiares dos internos de todas as Cases. A elaboração dos conflitos por parte dos GTs propiciou outro movimento, de corpo e de atitude. Juntos conseguiram iniciar um processo de elaboração e produção de saberes, constatando em palavras e atitudes, que nem a segurança, e nem os técnicos poderiam caminhar sozinhos. O mal estar vivido pelos socioeducadores, que em sua maioria possuíam formação de nível médio e/ou de vigilante, pois se sentiam hostilizados pelos profissionais de nível superior - visivelmente diferenciados pelo uso do jaleco branco, começava a ser transformado pelo conhecimento adquiridos junto aos educandos, interagindo de varias formas e podendo conhecer os anseios, temores, e preferências de cada um, conhecimento que os profissionais da equipe técnica deveriam adquirir também, pois é tarefa correspondente a equipe de referencia dos internos. Essa distância entre socioeducadores e equipe técnica era demarcada geograficamente: a equipe técnica em suas salas e cabines de atendimentos, e os socioeducadores nos alojamentos – espaços deles e dos educandos. Esse espaço deveria ser, prioritariamente, para educar e para o convívio, um espaço de vida, entretanto, era habitado quase que exclusivamente pelos internos e pelos socioeducadores, sem atividades, sem cores, sem vida, com cheiro de prisão. Ao passo que foram internalizando a importância do seu papel, os profissionais de segurança ganharam força e coragem para falar além dos GTs. Ação que antes se reduzia a vigilância passou a tomar outros contornos, e a se configurar como habilidade de criar vínculos. Eram recorrentes os relatos no início

dos Grupos, de sinais de pânico e fobias quando desempenhavam suas funções cotidianas e/ou, quando existiam situações de conflito. Esse universo ainda estava permeado de muito preconceito, que por ser silenciado, não era enfrentado. Os socioeducadores, que de fato são os agentes de segurança das Unidades, têm como atribuição à preservação da integridade física e psicológica dos adolescentes e funcionários, quanto às atividades pedagógicas (BAHIA, p.106). Com o passar das reuniões, os relatos de medo e pânico foram ganhando novos adjetivos e os relatos passaram a conter ações criativas, as falas começaram a ganhar outra imagem, outros reconhecimentos, principalmente pela valorização do seu papel junto aos educandos, iniciando um processo de deslocamento de posição, em que não se sentiam apenas assemelhados aos internos, por questões sociais, começaram a se perceber como agentes de transformação. Traçando um paralelo entre essas duas condições, de educando e de socioeducador, trago à baila o compromisso dos psicanalistas, apontado por Broide (2010, p. 99), que retrata "a importância da fala desse sujeito que está cindido e alienado em marcas globalizadas, que precisam ser entendidas como imagens que representam um sonho para onde são deslocados, condensados e figurados os desejos que ainda não puderam ser ditos". Os dados de periculosidade atribuídos aos internos começavam a mudar - no início das discussões o ato infracional atribuído aos educandos era o de maior potencial ofensivo, a maioria acreditava que se estavam ali, era porque tinham matado, e com o passar de 4 encontros e as experiência nas Cases, começaram permitir outras descobertas, começaram a ouvir os relatos das infrações, as circunstancias em que aconteceram. Os atos infracionais mais cometidos por adolescentes, na Bahia, nas principais cidades (Salvador, Região Metropolitana e as do interior) são o roubo e lesão corporal (Fonte: Centro de Documentação e Estatística da Polícia Civil da Bahia, 2013-2015), mas os discursos iniciais reforçavam uma lógica de periculosidade que paulatinamente foi ganhando informações, sentido e solidariedade para a vida. Esse relato de experiência aponta para a necessidade da criação de dispositivos clínicos que contribuam para uma escuta do inconsciente dos socioeducadores em segurança, dado as similaridades e possibilidades de vínculos positivos com os educandos, e que dessa condição possam ser dirimidos os dilemas desses colaboradores, desmistificando seu papel como meros agentes de segurança, quando de fato, as suas atribuições e possibilidades podem ir muito além da vigilância e do controle, se

conseguir elaborar e produzir sob o impacto do próprio trabalho na própria subjetividade (BROIDE, 2009). A ação da psicanálise pode propiciar de forma efetiva mecanismos de compreensão da postura crítica desses profissionais que consolidam dia-a-dia o princípio norteador do socioeducação – que é “educar para o social”. Esse é um desafio, pois a superação de conflitos internos quando se percebem as próprias rupturas sociais nas quais estão inseridos e na lógica da violência que invade os muros das Unidades, estabelece um dos maiores paradigmas a ser enfrentado: como combater a violência, sem violência? Como barrar a violência dentro de espaços que devem promover esperança e segurança?

Palavras-chaves: segurança; psicanálise; violência e privação de liberdade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, V. R. P, **A Ilusão da Segurança Jurídica: do controle da violência à violência do controle penal.** Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora. 2015, 338 p.

BRASIL, Presidência da República. **Mapa do encarceramento: Os Jovens do Brasil.**

Secretaria-Geral da Presidência da República e Secretaria Nacional da Juventude. Brasília: 2015.

BAHIA, Governo da. Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social, Fundação da Criança e do Adolescente – FUNDAC, 2015, p.106.

BROIDE, J. **Psicanálise: nas situações sociais críticas. Violência, juventude e periferia: uma abordagem grupal**. Curitiba: Juruá, 2009.

_____, Adolescência e violência: criação de dispositivos clínicos no território conflagrado das periferias. **Psicol. Polít**. v. 10, n. 19, p. 95-106, 2010

PEREIRA, T. T. S. O. Pichon Rivière, a Dialética e os Grupos Operativos: Implicações para Pesquisa e Intervenção. **Revis. SPAGESP,** v. 14, n. 1, p. 21-29, 2013.

RUSCHE, G.; KIRCHHEIMER, O. **Punição e estrutura social**. Rio de Janeiro: Revan. 2004, 288 p.

WACQUANT, L. **As prisões da miséria.** Rio de Janeiro: Zahar. 2011, 174 p.

WINNICOTT, D. W. **Privação e Deliquência.** São Paulo: Martins Fontes. 2005, 344 p.

VIEIRA, L. J. E. S., PORDEUS, A. M. J., SILVA, J. G., LUNA, G. L. M., MOREIRA, D. P., NETO, J. R., SOUSA, L. K. F. Mapeamento da produção científica sobre delinquência juvenil. **Cad. Saúde Colet**., Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 477-82, 2010.

4.13. Psicologia Social

INCLUSÃO: EU TAMBÉM FAÇO PARTE

Bruna Viana
Dalva de Jesus
Edilene Nunes
Enedina da Cruz
Gabriela Santos
Miriã Lima

INTRODUÇÃO

O estágio em Psicologia tem como objetivo possibilitar ao estudante fazer uma articulação entre os elementos teóricos da sua profissão, aqueles conteúdos que são estudados ao longo da sua formação, e a componente prática. Proporciona também a possibilidade do aluno entrar em contato e conhecer um pouco da prática do psicólogo, sobretudo com relação à ética profissional, e a partir de então começar a construir o seu próprio estilo de atuação (BOLHÃO, 2013).

Este trabalho relata uma experiência de estágio de intervenção no contexto da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Guanambi-Ba, realizada entre o período de Fevereiro a Junho de 2016, referente à disciplina Estágio Básico I do curso de Psicologia.

Criada em 11 de novembro de 1954, no Rio de Janeiro, a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) é uma organização social que visa promover uma atenção especial à pessoa com deficiência, prioritariamente aquela com deficiência intelectual e múltipla. A instituição se constitui em uma grande rede formada por pais, amigos, pessoas com deficiência, voluntários, profissionais e instituições parceiras, sejam públicas ou privadas, na busca da promoção e defesa dos direitos da pessoa com deficiência, assim como sua inclusão social(FENAPAES, 2015).

Atualmente, existem cerca de duas mil cento e quarenta e três APAEs distribuídas em todo o País, que atendem cerca de 250.000 pessoas com deficiência,tendo como missão a articulação de ações em defesa dos direitos das pessoas com deficiência e a representação do movimento diante dos organismos nacionais e internacionais afim de garantir a melhoria da qualidade dos serviços ofertados (FENAPAES, 2015).

A partir das observações e entrevistas realizadas no contexto da APAE de Guanambi-Ba identificamos que os discursos e representações sociais que norteiam as práticas frente à pessoa com deficiência intelectual ainda permanecem carregadas de significados depreciativos. A sociedade de um modo geral tende a ver o deficiente intelectual conforme certos padrões estabelecidos socialmente, como alguém incapaz, incompleto, como um sujeito desprovido de direitos. Assim, a exclusão e a segregação social são marcas na trajetória de vida destes sujeitos. Identificamos também um certo distanciamento e desconhecimento por parte da sociedade e da própria instituição que os acolhe com relação ao seu trabalho e função social, além deuma ausência de políticas públicas direcionadas a inclusão de pessoas com deficiência intelectual, o que reflete uma marca da invisibilidade deste público.

Políticas Públicas são definidas como um conjunto de ações e decisões por parte do governo voltadas para a solução de problemas, de demandas da sociedade. São a totalidade de ações, metas e planos que os governos, no âmbito nacional, estadual e municipal, traçam para obter o bem-estar da sociedade e o interesse de um determinado público (BRENNER;NEY; WAHRENDORFF, 2008).

A partir destas constatações este trabalho teve como objetivo promover uma sensibilização e conscientização da comunidade com relação ao trabalho e importância da APAE, visando uma maior visibilidade e inclusão do deficiente intelectual. Buscou-se também inserir os alunos, bem como a instituição na busca da reinvindicação de direitos junto á comunidade e buscar adesão da comunidade nas políticas de inclusão social da pessoa com deficiência intelectual.

REFERENCIAL TEÓRICO

As distintas visões de mundo inerentes a cada época atravessam as dinâmicas culturais e ressoam diretamente sobre a realidade política, social e científica que orientam as práticas sociais. Assim, a deficiência intelectual foi alvo, ao longo da história, de significações distintas, carregadas de aspectos negativos e estigmatizantes, sustentadas pelas abordagens normativas do desenvolvimento humano (DIAS; OLIVEIRA, 2013).

A American Association on Mental Retardation, em 2006, relata algumas das terminologias usadas ao longo da história para se referir à pessoa com deficiência intelectual, tais como: “idiotas, imbecis, tontos, cretinos, dementes, retardados

mentais, inválidos, comnecessidades educativas especiais, estúpidos, amentes, entre outras" (DIAS; OLIVEIRA, 2013, p.171). Fica evidente que tais expressões não são meras definições, mas trazem consigo visões de mundo carregadas de significados depreciativos. Significados estes que são expressos cotidianamente nas práticas em relação à pessoa com deficiência intelectual.

A compreensão da deficiência intelectual com base no modelo médico favoreceu a sua aproximação semântica com a doença mental. Ao fim do século XIX, Philippe Pinel, psiquiatra francês, utilizou-se da terminologia idiotismo para se referir a "um tipo de alienação mental de base orgânica, caracterizado pela falta de desenvolvimento das faculdades intelectuais; entretanto, não deixou claro o que a diferenciava da demência" (DIAS; OLIVEIRA, 2013, p.172).

Posteriormente, Jean Etienne Esquirol, discípulo de Pinel, alterou o termo idiotismo para idiota e definiu o quadro pela existência de uma carência ou déficit intelectual generalizado e definitivo, de origem inata. Para ele, a idiotia não era uma doença, mas sim uma condição mental que incapacitava o sujeito de desenvolver suas habilidades cognitivas e, portanto, de ter acesso à educação formal (DIAS; OLIVEIRA, 2013).

No fim do século XIX destacou-se a concepção do psiquiatra Jaspers Kreapelin, que sugeriu um sistema classificatório para a deficiência intelectual que levaria a diferentes graus de deterioração do desenvolvimento mental (DIAS; OLIVEIRA, 2013).

Atualmente a deficiência intelectual tem sido definida pela medicina conforme os critérios da Classificação Internacional de Doenças e (CID 10) e do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV) que levam em consideração os aspectos físicos, mentais e a etiologia da deficiência. No Brasil, especialmente, é constatado a predomínio deste modelo. Devido a isso a prática de inclusão social tem sidopouco eficaz (DIAS; OLIVEIRA, 2013).

Já a Classificação Internacional das Funcionalidades (CIF) propôs um modelo que leve em conta a deficiência intelectual em sua dimensão biopsicossocial, a fim de promover uma mudança no paradigma vigente. Nesta perspectiva a deficiência intelectual é entendida também como resultado do ambiente social, das diferentes percepções culturais e práticas frente à pessoa com deficiência intelectual, da disponibilidade dos serviços ofertados, bem como da legislação (DIAS; OLIVEIRA, 2013).

A sociedade estabelece estigmas,e meios de rotular as pessoasconsiderando os atributos comuns e naturais para os seus membros. O termo estigma faz referência a um atributo profundamente depreciativo. Entretanto, o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos (GOFFMAN, 1978).

As pessoas tendem a ver o diferente conforme certos padrões estabelecidos socialmente. No caso do deficiente intelectual, como alguém incompleto, incapaz, reduzindo-o à sua diferença. Dá-se maior ênfase às suas limitações e desconsidera suas possibilidades de desenvolvimento. Assim, as pessoas com deficiência são vistas de forma depreciativa, são desacreditadas pela sociedade (FERREIRA, 2003 *apud* SILVA, 2011).

O estigma ofusca todas as qualidades do indivíduo, e este é identificado apenas pelo seu atributo diferencial. Ele passa a ser reduzido à sua deficiência. Ocorre também uma auto contaminação, uma vez que sua imperfeição original se “espalha” para toda a sua identidade, produzindo nele uma expectativa de fracasso e uma atitude depreciativa com relação a si mesmo (SILVA, 2011).

Ao longo da história surgiram movimentos importantes na busca dos direitos e da inclusão das pessoas com deficiência intelectual. Um dos avanços trata-se do Estatuto da Pessoa com Deficiência que, surgiu como uma das formas de perceber o ser humano em sua força e fragilidade, como uma forma de compreender que a diversidade é traço que não se pode separar, mas uni-las em um sentimento de identidade e pertencimento (PAIM, 2015).

O processo da inclusão passou a ser visto com um olhar dinâmico e multidimensional. A origem do termo inclusão se deu a partir da palavra integração. Para esta não ser usada de forma incorreta, é imprescindível destacar que a inclusão não é apenas colocar alguém junto a outros, ou colocá-lo em um grupo de pessoas. Inclusão vai além, é receber alguém e fazer com que essa pessoa seja vista e parte importante na sociedade, participando de tudo que ocorre em seu cotidiano (CRUZ; BARRETO, 2010).

A psicologia deve assumir o seu compromisso social e de prática política colaborando para a inclusão do deficiente intelectual.O trabalho do profissional de psicologia na APAE deve estar retornado para a inclusão dos sujeitos excepcionais, para além do acolhimento, proporcionando os meios necessários (e possíveis) para

que os mesmos possam frequentar e interrelacionar-se em sociedade (SANTOS; FREITAS; AMORIM, 2009).

METODOLOGIA

O projeto teve como público alvo alunos e funcionários da APAE, bem como a comunidade guanambiense. Sua execução teve duração de 14 semanas, com encontros semanais de 2 horas cada.

De inicio foram realizadas observações participantes, em grupo, assistemáticas e naturalísticas na APAE, semanalmente, às quintas-feiras, das 13:00 ás 15:00 horas. Foram feitas também entrevistas com as professoras da instituição, visando conhecer melhor o seu funcionamento interno e possíveis colaborações que nós enquanto estagiárias de psicologia poderíamos está trazendo. Buscou-se através disso reconhecer demandas implícitas e explícitas da instituição. Diante das demandas emergidas identificou-se a necessidade de se promover uma sensibilização e conscientização da sociedade com relação ao trabalho e importância da APAE, visando uma maior visibilidade e inclusão do deficiente intelectual. Objetivou-se também conscientizar a própria instituição, bem como os alunos para que estes saiam desta posição de invisibilidade e passem a reivindicarseus direitos junto á comunidade e buscar adesão da comunidade nas políticas de inclusão social da pessoa com deficiência intelectual.

No primeiro momento foi feita a apresentação do projeto para a instituição e solicitada a parceria da mesma na execução. Após a aprovação o projeto foi excetuado. Foram desenvolvidas as seguintes atividades: confecção de faixas e urnas através da arte, onde buscamos deixar a marca das mãos dos alunos com tinta nas faixas, objetivando a visibilidade, ao deixar a sua marca, como também a percepção de si mesmo. As urnas foram expostas na Faculdade Guanambi com o slogan: Seja amigo da APAE, doe seu cupom fiscal. Ensaio da peça teatral “O Nariz” com os alunos, onde buscou trabalhar a expressão, autonomia, bem como a valorização das diferenças individuais. Confecção de folders; divulgação do slogan do projeto “Inclusão eu Também Faço Parte” no mural eletrônico da Faculdade; confecção de materiais artísticos para exposição e camisas. As artes foram produzidas pelos alunos, tais como, desenho livre, em que proporcionou aos alunos a expressão da subjetividade, criatividade, e coordenação motora. O projeto encerrou com uma

mobilização na Praça pública no centro da cidade com a presença dos alunos, professores, funcionários e estagiários da APAE onde foram expostos os materiais produzidos, distribuição de folder pelos próprios alunos da APAE, exposição de faixas, e apresentadaa peça teatral ensaiada e dança (zumba).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A exclusão e a segregação social são marcas na trajetória de vida das pessoas com deficiência intelectual, embora tenham direitos assegurados de participação política, econômica e social. Na prática tais direitos nem sempre são efetivados, e quando se trata de um público que nem sempre consegue reivindicar da mesma forma dos que não tem deficiência, torna-se mais difícil de tornarem concretos os seus direitos e, consequentemente, a inserção social fica comprometida.

As atividades desenvolvidas contribuíram na divulgação dos direitos de inserção da pessoa com deficiência intelectual. Os alunos, que permaneciam em uma posição de invisibilidade e incapacidade, foram convidados e sensibilizados a tornar-se protagonistasna luta pela garantia de seus direitos sociais, e tal comportamento se deu através do envolvimento nas atividades propostas. Observou-se também a adesão da comunidade estudantil do ensino superior na doação de cupom fiscal para instituição.

A partir dos recursos utilizados os alunos demonstraramsuas capacidades e expressaram suas vivências e criatividade. Em alguns momentos notamos certa resistência por parte dos alunos, no entanto, ao serem motivados pelos próprios colegas, estagiários, e professores da instituição, aceitavam a participar das atividades desenvolvidas. Observamos que os aspectos que influenciaram na adesão das atividades estavam relacionados ao comportamento grupal, como também no sentimento de serem construtores do processo de mobilização,isso era refletido na demonstração das expressões faciais ao verem os produtos finalizados.

Os alunos ao participarem da peça teatral demonstram motivação. Essa motivação era percebida na procura e interesse para realização dos ensaios, evidenciando que ao ocupar o lugar de ator representa um papel de destaque, de visibilidade.Demonstraram também satisfação ao serem vistos como capazes de participar das lutas políticas e sociais.

Propiciar os alunos a oportunidade de peça teatral, significa considerar suas potencialidades. O desempenho durante as atividades confrontam as crenças sociais

que tendem a perceber o deficiente intelectual conforme certos padrões estabelecidos socialmente, como alguém incapaz, incompleto, reduzindo-o à sua diferença. Tais representações dão maior ênfase às suas limitações e desconsidera suas potencialidades, sendo, portanto, desacreditados (FERREIRA, 2003 *apud* SILVA, 2011).

O contato social das pessoas com deficiência intelectual é extremamente escasso ou até inexistente. Por meiodas atividades propostas buscamos também este contato social através das ações desenvolvidas na praça, levando os alunos e instituição a participarem da busca da garantida de direitos com exposição de faixas e distribuição de folders. Ao inserir a pessoa com deficiência no contexto de protagonismo, visa-se desconstruir a imagem que se forma socialmente a respeito das mesmas que não corresponde à realidade vivida (PEREIRA; MONTEIRO E PEREIRA 2011).

Ao se apresentarem para a sociedade como mobilizadores, observamos que os olhares da comunidade divergiram, enquanto uns aproximavam demonstraram curiosidade, interesse, e expressões de admiração, outros se mantiveram distantes.Os estereótipos ofuscam todas as qualidades do indivíduo, e este é identificado apenas pelo seu atributo diferencial. Ele passa a ser reduzido à sua deficiência. Assim, nossas atividades práticas buscaram sempre dar visibilidade às capacidades dos alunos e os resultados se mostraram excelentes(SILVA, 2011).

Ao longo da história surgiram movimentos importantes na busca dos direitos e da inclusão das pessoas com deficiência intelectual. A partir de então, o processo da inclusão passou a ser visto com um olhar diferenciado. A origem do termo inclusão se deu a partir da palavra integração. Mas é importante ressaltar que a inclusão não é apenas colocar alguém junto a outros, ou colocá-lo em um grupo de pessoas. Inclusão vai além, é receber alguém e fazer com que essa pessoa seja vista e parte importante na sociedade (CRUZ; BARRETO, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados obtidos, conclui-se que a psicologia precisaatuar de forma crítica e estar engajada nas políticas, lutas e movimentos sociais voltados para a inclusão da pessoa com deficiência. Promover a autonomia e protagonismo do sujeito e de todo o sistema que está inserido, seja família, instituição, profissionais, estudantes podem contribuir para efetivação de políticas de inclusão.

Foi notório que a prática de estágio neste contextopromoveu uma sensibilização e mobilização dosalunos e funcionários da APAE, familiares, comunidade local, instituição de ensino superior,e futuros profissionais na luta pela garantia dos direitos da pessoa com deficiência intelectual.

Os alunos, que permaneciam em uma posição de invisibilidade e incapacidade, começaram a tornar-se protagonistas na luta pela garantia de seus direitos e tal comportamento se deu através do envolvimento nas atividades propostas. Esse protagonismo contribui para minimizar a distância entre instituição (APAE) e a comunidade local.

As práticas de estágio mostraram que o estudante de psicologia pode tornar-se um agente transformador de si mesmo e do contexto social em que está inserido. Foi perceptível essa transformação na escolha do nome do Projeto: Inclusão eu também faço parte.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, M. A. M. Psicologia Escolar e Educacional: história, compromissos e perspectivas. ***Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional***(ABRAPEE). [s.n] 2008.

BOLHÃO, A. F. J. Contribuição do estágio curricular para a formação académica e profissional dos estagiários: Estudo de caso numa instituição de ensino superior. **Instituto Superior Miguel Torga**. Coimbra: 2013.

BRENNER, L.; NEY, A. J.; WAHRENDORFF, C. R. **Políticas Públicas Conceitos e Práticas.** Belo Horizonte : Sebrae/MG, 2008.

CRUZ, L. R; BARRETO, S. J. A Importância do Lazer na Inclusão da Pessoa Portadora de Deficiência Mental na Sociedade. (Curso de Especialização em Psicopedagogia). ***Associação Educacional Leonardo da Vinci.***[S.I: s.n.] 2010.

DIASS. S.; OLIVEIRA, M. C. S. L. Deficiência Intelectual na Perspectiva Histórico-Cultural: Contribuições ao Estudo do Desenvolvimento Adulto. ***Rev. bras. educ espec. vol.19 no.2 Marília Apr./June*** 2013.

FENAPAES. **Federação Nacional das Apaes.** Brasília: 2015. Disponível em: http://www.apaebrasil.org.br/#/ Acesso em: 08/04/2016.

FERREIRA, V. R. T; MOUSQUER, D. N. Observação em psicologia clínica. ***Revista de psicologia da Unc****. 54-61.* 2004.

GOFFMAN, E.**Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4. ed. Rio de Janeiro: LCT, 1988.

PAIM, P. **Estatuto da Pessoa com Deficiência- Lei Brasileira de Inclusão.** Brasília, Senado Federal: 2015.

PEREIRA, O.; MONTEIRO, I.; PEREIRA, A.L. A visibilidade da deficiência – Uma revisão sobre as Representações Sociais das Pessoas com Deficiência e Atletas Paralímpicos nos *media* impressos. ***Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Vol. XXII,***2011, pág. 199-217.

SANTOS, M. V. A; FREITAS, K. N.; AMORIM, B. M. O. A Atuação do Psicólogo Escolar no Contexto da Educação Inclusiva na APAE de Campina Grande. ***Universidade Federal de Campina Grande – UFCG***. Campina Grande, 2009.

SILVA E. L.Eu Existo e Quero Ser Visto: a inclusão da criança com síndrome de Down no lócus pedagógico. ***Revista Magistro - ISSN: 2178-7956. Vol. 2 Num.1,***2011.

O LUGAR SOCIAL DA PSICOLOGIA: A JUNÇÃO DE SABERES E PRÁTICAS NA CONTRIBUIÇÃO DE UM NOVO OLHAR SOBRE AS DEMANDAS SOCIAIS E SUBJETIVAS DOS SUJEITOS DE DESEJO E DEDIREITOSEM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

Luana Vieira de Oliveira

Sebastiana Tibúrcio dos Santos Sousa

As experiências relatadas neste presente trabalho retratam a pratica psicológica e a interdisciplinaridadena ações de políticas públicas realizadas no âmbito psicoassistencial, que busca de suscitar constantes discussão sobre a atuação do psicólogo nos dispositivos da rede de proteção social e verificar como a psicologia vem se posicionando na demandas emergentes do contexto sócio econômico e cultural. Portanto trata-se de um relato e ações realizadas na Pastoral do Menor Nossa Senhora das Graças no município de Vitória da Conquista, através do projeto *Viva Infância* promovido pela Associação Brasileira da Industria de Brinquedos - ABRINQ, e em parceria com a prefeitura municipal.

Com caráter protetivo e preventivo as ações do projeto *Viva Infancia*,tem como finalidade dar condições saudáveis de desenvolvimento psicológico à crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, objetivando potencializar o empoderamento de seus direitos,bem como promover o protagonismo e autonomia destas e de suas famílias, estimulando-as nas realizações pessoais através do trabalho terapêutico em grupo, e assim fortalecer os vínculos da família e da comunidade, por meio de ações comunitárias de conscientização, informação e orientação.

Para tal realização é fundamental se valer de vários olhares do conhecimentocomo a psicologia,a sociologia, a psicanálise, a assistência social,a pedagogia e outras. Poisenriquecendoas ações através da soma os pontos de vistas e saberes distintos o trabalho se torna mais efetivo. Com esta visãoMoscovici, teórico da psicologia social defendia que para compreender o homem e a sociedade em sua multiplicidade e complexidade é fundamental um olhar interdisciplinar.Moscovici através da Teria das Representações Sociais tenta assim, superar a dicotomia dos estudosque tentava explicar o sujeito apenas com o olhar individual (psicologia)ou na perspectiva coletiva (sociologia). Moscovici (2013), tratou das produções dos saberes

sociais, centrando-se na análise da construção e transformação do conhecimento social e elucidação da forma como a ação do pensamento individual se interligava na dinâmica social. Sua teoriatentou explicar a realidade sob diversas dimensões, dialogando saberes e articulando múltiplas perspectivas.

Portanto quando se propõe a compreender as problemáticas de um sujeito tal qual a criança e adolescente em situação de vulnerabilidade social, é imperativo que se tenha esse olhar holístico, compreendendo suas demandas não apenas considerando o subjetivo de cada sujeito ,mas as implicações sócio culturais que este está inserido. Bem como não se pode determinar os sujeitos das politicas publicas como resultado das diferenças de classe e do papel social que ocupa. O pesquisador Goldman (1979) ao discutir dialética e cultura, acrescentou que trabalhar de forma interdisciplinar, significava compreender melhor a relação entre o todo e as partes que a compõem.

Assim, o projeto Viva infância é a realização do trabalho de varios profissionais de diversas áreas, como assistente social, psicólogo, pedagogo, administrador, músicos, professores, educador físico e etc. Entende-se que a psicologia tem muito que contribuir na compreensão dos sujeitos uma vez que acrescenta um olhar mais individualizado, considerando as particularidades, o contexto ,as fases de desenvolvimento e os fatores que interferem no seu comportamento.

Como exposto acima o projeto *Viva infância* atua em um bairro periférico de vitória da Conquista BA em uma instituição não governamental, que atende diariamente 170 crianças e adolescentes. Assim, a mesma oferece diariamente aos seus educandos, através de uma equipe multidisciplinar, cuidado básicos, como higiene e alimentação, atenção individualizada com atendimento psicossocial e pedagógico, estímulos à educação, cultura e ao esporte de forma a desenvolver suas potencialidades. Além disso, existe um compromisso ético de empoderar a comunidade de seus direitos e por isso constantemente promove ações que suscite momentos de discussão com a comunidade, palestras psicoeducativas aberta com temas diversos conforme demanda surgida, rodas de conversas com crianças e adolescentes para discussão destes pertinentes como sexualidade, drogas, trabalho infantil, abuso sexual, racismo e outros.

E através das diversas atividades realizadas, a instituição aumentou os laços com a comunidade e as famílias envolvidas, entendendo a importância da parceria

com a família e com a comunidade para melhor efetivação do trabalho com as crianças e adolescentes.

Durante o período de abril de 2015 até a presente data o Projeto Viva infância vem sendo realizado com êxito.E os educandos matriculados na instituição tem tido a garantia dos cuidados e proteção contra violações de seus direitos como cuidado e proteção contra riscos sociais como do trabalho infantil, uma vez que estes em turno oposto a escola estão recebendo os cuidados da instituição e sendo estimulados no seu desenvolvimento, nas descobertas de seus dons e habilidades, que reflete na construção de um auto-conceito positivo e na mudanças de comportamento no que diz respeito a limite, respeito, postura e socialização. Demonstrando interesse continuo sobre a aprendizagem e no autoconhecimento.

No períodore ferido a adesão e assiduidade do educandos foi total, contabilizando 170 crianças e adolescentes atendidos pelo programa diariamente, com as seguintes ações: acompanhamento psicossocial, oficinas de esporte(judô, capoeira, futebol) oficina de artes(musica, teatro, artesanato) oficinas educativas(contação de história, letramento, computação, e robótica), estimulo ao lazer , passeios culturais e lúdicos.Todos embasados em planejamento pedagógico e em estudos de casos individuais realizados mensalmente.

Dentre as atribuições específicas da psicologia destaca-se o acolhimento e escuta psicológica, encaminhamento a rede de proteção sócio assistencial e acompanhamento e estudo de casos, orientação familiar e institucional, e intervenção de grupo, visitas domiciliares, grupos de apoio e convivência, ações coletivas de prevenção através de palestras psicoeducativas com a finalidade da promoção de saúde e qualidade de vida,facilitação de atividades comunitárias com vistas a uma maior autonomia e organização dos atores locais como oficina de capacitação e palestras motivacionais, ampliação de vínculos familiares e comunitários com reuniões mensais, e ações sociais.

As praticas da psicologia na referida instituição busca não apenas garantir os direitos das crianças e adolescentes como também promover o desenvolvimento psicológico saudável destes. Considerando todas as esferas que englobam tal desenvolvimento, compartilhando saberes de outras ciências e da própria psicologia de forma a contribuir da melhor forma promover condições favoráveis para o

protagonismo dos sujeitos e elaboração e superação de suas demandas individuais em detrimento de suas questões socioeconômicas.

Freud em um texto de 1919, prevê que a psicanálise, no futuro, se dedicaria ao trabalho com as classes sociais menos favorecidas. A teoria psicanalista defende a ideia de trazer a tona o inconsciente dos sujeitos através da fala, do método da associação livre e da emergência do sujeito do inconsciente. A manifestação do inconsciente se da por outras vias além da fala, no caso de crianças oferecemos alguns brinquedos, jogos, lápis, papel, cola, massinha,e etc.O que permite, através de seu livre brincar, a expressão dos seus conflitos inconscientes . A técnica psicanalítica evoca o sujeito para que se possa operar sobre ele, pois supõe que há um saber do lado do sujeito que ultrapassa a qualificação consciente.

Considera-se a exclusão social em que os sujeitos estão inseridos, e muitas vezes seu contexto adoecedor que pode influenciar na construção da subjetividade . E portanto é mister buscando na atuação do psicólogo fortalecer o sujeito para que ele possa transformar o social. Assim as ações psicológicas do projeto referido tem como foco a emergência do sujeito. Buscamos a construção de uma escuta clínica que leve em conta a especificidade social dessas crianças e adolescentes, sem com isso reduzi-los a efeitos da determinação social.

Assim destaca-se as seguintes ações que dão espaço a fala dos sujeitos:

Oficina de emoções

Foi ofertado no primeiro semestre de 2016 em parceria com a Faculdade de Tecnologia e Ciência, oficinas terapêuticas semanais, intitulada oficina, com crianças e com adolescentes dividido por faixa etária comaté 15 componentes. Com utilização de técnicas lúdicas, da associação livre e do psicodrama, buscou-se empoderar as crianças e adolescentes de suas emoções de forma a aprender identifica-las, trazendo-as ao consciente para elaboração de forma a manifesta-las de maneira assertiva ou resignifica-las.

Grupo de apoio familiar

Com técnicas de terapia de grupo com 8 até 15 componentes a saber: mães e pais e responsáveis de educandos da instituição, que se reúnem quinzenalmente com objetivo de compartilhamento de experiências e discussão sobre as dificuldades enfrentadas por cada sujeitos no convívio familiar. Foram realizadasaté o momento 24 encontros, que através da aplicação de técnicas do psicodrama e da livre associação os componentes podem manifestar em grupo suas angustias, medos e duvidas que envolvi o processo de convivência familiar, casamento e criação de filhos,al´em de trazer a tona discussão sobre violência domestica,abuso sexual, trabalho infantil e outros.Todas as discussões são ricas, com sugestões e estímulo para o desenvolvimentos dos sujeitos e da resolução de conflitos.

Roda de conversa

Ao perceber o surgimento de demandas do publico adolescente foi realizado encontros mensais para a promoçãode um “bate-papo” em grupo de até 15 componentes, divididos por faixa etária.Com o uso de livre associação e aplicação de técnicas de intervenção de grupo. Um espaço de fala onde os educandos pode compartilhar sentimentos, dificuldades e dúvidas. Colaborando para sua formação como sujeitos que se posiciona diante dos seus desejos de forma consciente, bem como favorecendo o esclarecimento de suas questões e os incentivando-os para a busca dos seus direitos e deveres enquanto cidadão e ser humano.

A práxis interdisciplinar possibilitou amelhoria na qualidade de vida dessas crianças e adolescentes por meio da construção compartilhada de saberes, que inclui além de varias áreas de conhecimento o diálogo de correntes teóricas.E através da pratica psicológica pode-se interpretar os sintomas que as crianças e adolescentes apresentavam através do comportamento opositor e muitas vezes agressivo e da inabilidade social, ajudando-as na superação, mantendo sempre o foco na emergência do sujeito sem desconsiderar seu contexto social.

Porem a pratica da psicologia social como em outras áreas encontra muitas dificuldades, sobretudo pela dificuldade na formação, uma vez que os cursos de psicologia na sua maioria preparam os profissionais para a clinica privada individual.Assim também por se tratar de um publico em vulnerabilidade social o profissional de psicologia tem dificuldade com relação a contra-transferencia e

portanto no seu envolvimento, pois esbarra-se em casos constantes de abandono, negligencia, maus tratos e abusos. Deve-se portanto o psicologo esta ciente do seu papel, que assim como na clinica individual precisa de um limite de envolvimento, o que não fácil.

Sobretudo, os psicólogos bem como a equipe multiprofissional encontra sua maior dificuldade no cumprimento das politicas publicas de proteção a crianças e adolescentes,que muitas vezes não atende as exigências do Estatuto da Criança e Adolescente ECA, 2011, art. 3º, p. 33)que diz que a criança goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, assegurando-lhe por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhe facultar o desenvolvimento físico, mental, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. Que"é dever de todos velar pela dignidade da criança, pondo-a a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor" (ECA, 2011, art. 18, p. 37). "e que a criança tem direito a informação, cultura, lazer, esportes, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento" (ECA, 2012, art. 71, p.119).

O descumprimento de leis, a negligencia ou morosidade dos serviços oferecidos pela rede de proteção exigi do profissional uma constante busca e acompanhamento dos casos encaminhados, e a convivência continua com o sentimento de frustração imposta pela realidade socioeconômica e com a falta de politicas publicas abrangentes e efetivas que garantam o bom desenvolvimento dessas crianças e adolescentes por meio da garantia de direitos.

Assim o papel da psicologia diante as demandas sociais e subjetivas de crianças e adolescentes em situação de vunerabilidade social é fazer emergir os sujeitos de desejos e de direitos.Tirando-os da invisibilidade social e possibilitando a construção de uma identidade própria, pois muitos se acreditam ser fruto apenas das condições sociais impostas e muitas vezes se conformam, ou encontram através de comportamento opositor uma forma inconsciente de manifestação de sua angustia e insatisfação.

Por fim, a atuação da psicologia na rede socioassitencial possibilita a reinvenção dos próprios fazeres e saberes em psicologia, convidando-a a assumir

posicionamentos ético e políticos voltados à produção de autonomia dos sujeitos e transformação social. Sempre levando em conta a complexidade do homem e os diversos fatores que influencia em sua formação, e portanto considerando os vários saberes através de um olhar interdisciplinar para a pratica de uma psicologia verdadeiramente transformadora.

Referências

ALTOE, Sônia. SILVA, Magali Milene.*Características de uma clinica psicanalítica com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social*. Estilos clínicos. Vol.18 n° 1 São Paulo .Abril de 2013.

BARROS, J. P. P. Psicologia e políticas públicas: um estudo sobre a práxis do(a) psicólogo(a) no projeto Raízes de Cidadania e nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) de Fortaleza.2007.

GÓIS, C. W. L. Psicologia comunitária – atividade e consciência. Fortaleza: Publicações Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais.2005

MOSCOVICI, S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 5ª Edição. Trad. P.A. Guareschi. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE PRÁTICA EM ESTÁGIO EM OFICINA DE JOGOS E DINÂMICAS GRUPAIS NA PASTORAL DO MENOR NO INTERIOR DA BAHIA

Natani Evlin Lima Dias
Ariana Santana Souza Maturano

Entendemos que a psicologia e o campo social sempre estarão interligados, de forma que o sujeito está inserido em sociedade, um olhar que desperte interesse pelo encontro e a troca de saberes para com aqueles que demandam uma necessidade maior devido à sua situação de vulnerabilidade faz total diferença no desenvolvimento da prática em psicologia.

Neste olhar, o afetar e se deixar ser afetado pelo outro se torna extremamente relevante. Afetar enquanto se fazer presente, sair da zona de conforto e buscar transmitir a possibilidade de mudanças. Ser afetado enquanto permitir-se ser "tocado" pelo outro, pelos espaços e saberes ali presentes, se permitindo ao novo, estando comprometido com a sua atuação, sendo assim afetado enquanto empatia, enquanto uma habilidade de olhar o outro, de senti-lo para poder entendê-lo, quesito este, importantíssimo em qualquer área de atuação profissional do psicólogo, incluindo o período de estágios na graduação.

Sob tal perspectiva vimos que a empatia não é meramente uma resposta ao comportamento do outro, mas sim uma habilidade aprendida e desenvolvida, capaz de envolver o estabelecimento de vínculos entre duas ou mais pessoas (ROGERS, 2001).

A Pastoral do Menor Nossa Senhora das Graças em Vitória da Conquista – BA acompanha crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, com idade entre cinco a dezessete anos, oferecendo um atendimento de cunho preventivo, desenvolvendo seu trabalho através do lúdico (jogos, Dinâmicas, Artes, entre outros), de questões psicodinâmicas, através de intervenções psicossociais em rede, além de oferecer também uma medida protetiva aos jovens, de forma que, além de não estarem nas ruas, expostas a toda violência vivenciada na realidade destes, há todo um acompanhamento e procura pela garantia de direito desses jovens.

A instituição em sua relação com as políticas públicas voltadas às crianças e adolescentes representa, hoje, para o bairro em que está localizada, uma referência

para a garantia dos direitos dos jovens atendidos, auxiliando na contenção da violação destes. É um espaço para lazer visando melhorar a aprendizagem e principalmente o acolhimento e promoção dos direitos estabelecidos, agindo em parceria com a comunidade.

Em seu cunho preventivo, as crianças e adolescentes estando na Pastoral são protegidas por serem expostas ao tráfico de drogas, ao trabalho infantil, abuso sexual, violência doméstica, entre outras condições de vulnerabilidade, a instituição assim promove a estimulação no desenvolvimento enquanto seres humanos, enquanto cidadãos.

A oficina ocorreu por meio da parceria entre a Pastoral do Menor e a Faculdade de Tecnologia e Ciências, sendo ofertado o estágio em psicologia para estudantes do oitavo semestre. A atividade desenvolvida dentro do projeto "Letramento" foi o trabalho com jogos, intitulado "Divertindo e Aprendendo com o Letramento", estes, direcionados a jovens entre oito e doze anos de idade.

O nosso projeto de intervenção utilizou de oficinas, acontecendo uma vez por semana, tendo como objetivos, a promoção de resiliência, o fortalecimento dos vínculos familiares, trabalhar as emoções e prevenção do uso abusivo de álcool e outras drogas, prevenção sobre violência contra crianças e adolescentes, bem como o desenvolvimento de atividades que promoveram relações de afetividade, solidariedade e respeito mútuo.

Buscando melhor entender a relação entre vulnerabilidade e resiliência,

> A vulnerabilidade aparece também nas análises do conceito de resiliência. No contexto dos estudos sobre resiliência, a vulnerabilidade é um conceito utilizado para definir as susceptibilidades psicológicas individuais que potencializam os efeitos dos estressores e impedem que o indivíduo responda de forma satisfatória ao estresse. (JANCZURA, 2012, p. 305)

Para o presente trabalho, estando de acordo com os principais objetivos do projeto interventivo, os jogos tiveram em suas propostas desenvolver e potencializar capacidades dos jovens através de atividades lúdicas. Estas buscaram desenvolver e estimular o trabalho em equipe, incentivar e trabalhar o seguimento de regras, construir o respeito mútuo e a capacidade em se colocar no lugar uns dos outros diante de suas atitudes.

O processo da constituição de limites deve seguir uma linha que vise possibilitar o exercício da autonomia para se expressar, da sensibilidade e do respeito

para com o outro para acolher diferentes opiniões e sentimentos. (VALADARES, 2006)

A importância da promoção do seguimento de regras e limites pode ser entendida através do pensamento trago por Souza (2009), relatando que para haver regras sociais, são necessárias normas, fronteiras, restrições. A infância é a fase em que o individuo inicia o processo de constituição de valores, costumes e regras que servirão de base para a sua formação. (FRANCISCO, 2006). Assim sendo, entendemos a grande importância do estabelecimento de regras e limites desde cedo na vida do sujeito, sendo estas fundamentais para sua constituição enquanto ser social.

Voltando à empatia, vimos que esta é extremamente relevante para o desenvolvimento sociocognitivo. Afinal, estimular a criança a observar, pensar e avaliar consequências diante de suas atitudes em diversos contextos sociais através de situações que contribuam para tal estimulação pode favorecer e aperfeiçoar a evolução sociocognitiva, visando promover a adaptação social do individuo (RODRIGUES e TAVARES, 2009).

Consideramos nesta prática o conceito de que é relevante promover o desenvolvimento dessa habilidade social ainda no contexto escolar, onde deste modo, esse ambiente contribuirá para tal desenvolvimento através das práticas educativas (RIBEIRO E RODRIGUES, 2011).

Ao longo da prática, percebemos a importância em promover uma possível intervenção com as famílias dos jovens e funcionários da instituição frente às necessidades percebidas tanto nos jovens quanto na instituição como um todo, proporcionou momentos de reflexão e propostas de ação apresentadas em reuniões com os referentes grupos.

Com as famílias, foram expostas ideias que propusessem a reflexão a cerca da importância do contexto familiar a respeito dos modelos e valores e de sua aproximação e participação no trabalho realizado nas instituições de ensino. Tal importância é percebida através da concepção de Bandura (1973), onde ele coloca que a família tem uma importante influência na aquisição de modelos agressivos pelas crianças. Nessa linha, entendemos que a real importância se dá em diversas esferas da aquisição de valores e comportamentos, positivos ou negativos, onde se têm os pais como primeiros e grandes professores de seus filhos.

Com o grupo de funcionários, foi proposto um momento onde estes pudessem se expressar, sendo acolhidos e ouvidos cuidadosamente. Para tal, foram realizados momentos dinâmicos que visassem primeiramente o relaxamento, para então promover a reflexão a cerca da ética profissional, das dificuldades encontradas no desenvolvimento do trabalho na instituição e suas possíveis soluções, da real importância do trabalho desenvolvido visando resultados a curto e principalmente em longo prazo. O processo de escuta desses profissionais e as demandas trazidas por eles foram o foco principal de tal reunião, proporcionando um espaço onde eles também parassem para ouvir uns aos outros, para partilhar opiniões.

Em ambas as situações foi extremamente enriquecedor perceber a importância da construção do dialogo em grupo, da promoção de discussões que visem potencializar as capacidades de ambos dentro e consequentemente fora da instituição, traçando assim caminhos a serem seguidos junto aos jovens que ali são acolhidos.

Utilizamos a metodologia participativa, para a execução da presente proposta de estágio, o trabalho realizado na Pastoral foi arquitetado a partir da mediação de jogos e dinâmicas grupais, por meio de um planejamento semanal supervisionado pela docente supervisora do estágio, Ariana Maturano. Além do planejamento, cada encontro fora descrito em relatórios, também supervisionados e posteriormente entregues à instituição para o acompanhamento e troca de informações sobre o que vinha sendo trabalhado nas oficinas.

Para a realização da presente proposta de estágio, o trabalho realizado com os jovens da Pastoral do Menor foi construído a partir da mediação de jogos e dinâmica grupais. A experiência de estágio supervisionado na instituição teve duração de um ano, em encontros semanais com jovens entre oito a doze anos. Cada atividade desenvolvida visou resultados a curto, médio e longo prazo, promovidos através das atividades desenvolvidas em grupo e com objetivos previamente planejados que permitissem às crianças e adolescentes a possibilidade em se tornarem pessoas resilientes.

Para o trabalho desenvolvido, os recursos lúdicos utilizados tiveram como propostas desenvolver e potencializar capacidades das crianças e dos adolescentes. Tais atividades incluíram, também, promover nos educandos reflexões acerca de seus comportamentos, proporcionando atividade de prevenção.

Visando compreender o contexto das dinâmicas, vemos que

> toda atividade que se desenvolve com um grupo, que objetiva integrar, desinibir, quebrar o gelo, divertir, refletir, aprender, apresentar, promover o conhecimento, incitar à aprendizagem, competir e aquecer, pode ser denominada dinâmica de grupo. (MILITÃO, pág. 22, 2000)

Os jogos são vistos enquanto técnicas dinâmicas, com a capacidade de estimular a competição saudável entre um grupo no intuito da simples recreação, descontração, visando à aprendizagem, reflexão ou correlação com a prática de seu cotidiano (MILITÃO, 2000).

Desse modo, tal prática visou o aprendizado dos educandos através do brincar, sendo este tanto mediado quanto livre, promovendo assim a autonomia dos mesmos frente às próprias regras e estratégias de jogo, como um dos resultados das potencialidades trabalhadas durante as oficinas.

Através do estabelecimento do vínculo com os jovens acompanhados, percebemos que foi construído um ambiente de diálogos e confiança ao longo do processo, facilitando também a relação de afeto e troca para com os mesmos, tornando-se possível a busca por internalizar valores e princípios básicos de comportamentos a serem seguidos por eles em suas relações sociais a curto e longo prazo.

Entre os resultados alcançados, pudemos perceber o avanço na promoção de resiliência, onde Brandão et al. (2011, p.263) trazem esse conceito como “produto da interação entre o sujeito e o meio em que está inserido”, a evolução do trabalho em equipe, da maior participação dos jovens em práticas lúdicas vivenciais de valores (exemplo: solidariedade, respeito, violência, uso abusivo de álcool e outras drogas), expressão das emoções, por meio da abertura de um espaço onde os educandos expusessem como se sentiam diante das interações em grupo, que, por sua vez, promoveram o aprendizado quanto ao respeito, reduzindo a prática de bullying e violências associadas (físicas ou verbais), e aprendendo a se colocar no lugar uns dos outros (empatia).

Quanto ao fortalecimento dos vínculos familiares, nos primeiros seis meses de estágio foi realizada uma reunião com as famílias dos educandos (como visto anteriormente) no intuito de contextualizar a importância do vínculo na constituição dos jovens enquanto sujeitos e ainda em ressaltar a necessidade da maior participação dos familiares no trabalho desenvolvido pela instituição, havendo ainda a

construção do pensamento crítico, como alguns dos principais resultados obtidos através das interações lúdicas.

Durante todo o processo, a fala do educando era priorizada, escutá-los e trabalhar suas demandas dentro das atividades foi um dos principais focos do estágio. Todas as atividades foram realizadas em grupo, em casos onde houve a necessidade de uma atenção singular a respeito de comportamentos que não fossem apresentados pela maioria, o diálogo era estabelecido junto ao grupo, visando uma metodologia interventiva para com todos, em algumas exceções, determinados casos eram encaminhados para o acompanhamento individual com psicólogas da instituição.

Portanto, o resultado das atividades mostrou que este tipo de intervenção é válida não apenas para com os educandos, mas também quanto ao enriquecimento teórico e prático tendo em vista o futuro enquanto profissional da área de psicologia. Logo, vivenciar tal experiência por meio da atuação em estágio contribuiu para uma percepção ampla a cerca da importância do comprometimento profissional, do respeito aos princípios éticos e também ao cuidado pessoal do profissional (se submetendo à psicoterapia), onde este deva estar entregue ao seu trabalho, sem deixar que as suas frustrações e questões pessoais possam interferir de forma errônea em sua atuação.

O campo social foi absorvido como um conjunto de saberes para além das demandas que surgiram durante o processo, perceber a importância do fazer da psicologia, direta ou indiretamente na vida dos educandos da instituição recaiu sobre o entendimento do que vem a ser o trabalho enquanto psicólogo (a), necessariamente nesta área, como uma dimensão muito maior do que havia sendo entendido até então na graduação.

Referências

BANDURA, A. Aggression: A social learning analysis. Englewood Cliffs; NJ: Prentice Hall, 1973.

BRANDÃO, Juliana Mendanha et al. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. **Paideia**, Minas Gerais, v.21, 2011, n.49, p.263-271, mai – ago. 2011.

FRANCISCO, S. de A. D. **Limite na infância e adolescência: uma abordagem psicopedagógica**. Monografia, Universidade Cândido Mendes, Rio de Janeiro, 2006.

JANCZURA, Rosane. Risco ou vulnerabilidade social?. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v.11, n.2, p. 301 - 308, ago - dez. 2012.

LOPES, Sara Rodrigues; MAES, Karol Rodrigues; VIEIRA, Mauro Luís. Brincar, regras e limites: Uma integração possível. **Psico**, Santa Catarina, 1 – 17, 2011.

MALDONATO, Daniela Patrícia Ado; Williams, Lúcia Cavalcanti de Albuquerque. O comportamento agressivo de crianças do sexo masculino na escola e sua relação com a violência doméstica. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 10, p. 353-362, set – dez. 2005.

MILITÃO, Albigenor & Rose. **Jogos, Dinâmicas e Vivências Grupais**. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora, 2000.

RODRIGUES, M. C.; TAVARES, A. L. Desenvolvimento sociocognitivo e histórias infantis: subsídios para a prática docente. **Padéia**, v.19, n.44, p. 323 – 331, set – dez. 2009.

ROGERS, C. **Tornar-se pessoa**. 5ª Edição. São Paulo: Martins, 2001.

RIBEIRO, Nathalie Nehmy; RODRIGUES, Marisa Cosenza. Avaliação da empatia em crianças participantes e não participantes de um programa de desenvolvimento sociocognitivo. **Psicologia: Teoria e Prática**, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p.114 – 126. 2011.

SOUZA, Mariana Nolasco. Sua Majestade: a criança contemporânea e o desafio dos limites. **Contemporânea: Psicanálise e Transdisciplinaridade**, Porto Alegre, n.08, jul – dez. 2009.

VALADARES, V. G. **Valores e educação na contemporaneidade**. São Paulo, 2006.

SER CIGANO NO BRASIL: UMA HISTORIA DE EXCLUSÃO SOCIAL

Edla Maria da Silva Gama

Kátia Jane Chaves Bernardo

Este estudo versa sobre a exclusão social sofrida pelos ciganos no Brasil, dada à sua invisibilidade e marginalização social. Buscou-se esclarecer dados sobre sua história, em função das lacunas históricas existentes acerca de sua origem e trajetória.

A insuficiência de pesquisas acerca do povo cigano acarreta a desinformação dos demais cidadãos, que são influenciados por lendas formadoras de estigmas de conotação negativa, fator que contribui para a manutenção dos ciganos na marginalização social.

Perpetua-se a invisibilidade política, econômica, social e cultural dos ciganos no Brasil, caracterizando-os como minoria psicológica, já que seu destino coletivo depende das decisões de outros grupos, o que os faz perceberem-se menores, destituídos de direitos totais que lhes orientem no presente e futuro (BORGES, 2007; MEILHIOT, 1991).

A Psicologia, especificamente a Psicologia Social, se debruça nas investigações dos fenômenos grupais. Então, é preciso entender o porquê de os ciganos não estarem inseridos nas pautas de discussão nas diferentes esferas sociais brasileiras, investigando as representações sociais construídas em torno deles e verificando como estas representações se apresentam na atualidade e como impactam nas suas relações com os não ciganos.

De caráter qualitativo e exploratório, foram realizadas entrevistas, *in loco,* semiestruturadas, com 05 ciganos e 05 não ciganos, todos cidadãos brasileiros. Os dados foram analisados sob a ótica da análise de conteúdo de Bardin, discutidos sob a perspectiva da teoria das representações sociais de Moscovici. Foi observada a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, tendo sido aprovada pelo CEP-UNEB sob parecer nº 986.329 (CAAE 40883815.6.0000.0057).

Espera-se que este estudo possa contribuir para a inclusão do povo cigano nas pautas universitárias, inicialmente, e, desta forma, colaborar para a sua

visibilidade em outras esferas sociais.

1. *Bohemians, gitanos, gypsies, rom, tziganes, zingeuners*... Quem são os ciganos?

Para além das representações alegóricas, das roupas coloridas, saias ao vento, artesanato, musicalidade, nomadismo, misticismo, sedução, há a complexa história de um povo detentor de tradições socioculturais diferenciadas pela autenticidade, autonomia e dinamismo. Eis os protagonistas de que trata este escrito: os *Romani*, ou ciganos, como são popularmente conhecidos. Este povo, composto por um verdadeiro mosaico cultural, destaca-se pela preservação de suas tradições, apesar das dificuldades encontradas nos distintos contextos culturais, geográficos e sociais, de diferentes épocas, o que os torna uma etnia formada por diferentes partes, que compartilham da mesma ancestralidade, representadas por grupos e seus respectivos subgrupos, contrariando a ideia de hegemonia e das generalizações. A despeito disto, Teixeira (2008, p.11) afirma que:

> Quando alguém usa o predicado "cigano" para qualquer "sigano" ou "pessoa assiganada" (como aparece em documentos coloniais), está querendo propor que este predicado representa uma relação de semelhança entre identidades. Isso é aceitável. Mas não concordamos com a concepção ingênua de que esse predicado estivesse contendo uma correspondência perfeita com os seus referentes. [...] No domínio dos ciganos, não existem senão múltiplas identidades. Daí que o termo cigano não designa as comunidades por nomes que elas próprias dão para si. Ele designa, isto sim, uma abstrata imbricação de comunidades ciganas. A diferença é muito grande, pois na realidade não existem ciganos, mas sim diversas comunidades (historicamente diferenciadas) chamadas de ciganas, mantendo relações de semelhança e/ou dissemelhança umas com as outras.

Portanto, atente-se para o quanto pode ser impróprio utilizar o termo de forma generalizada, assim como é feita a sua definição e veiculação midiática, incidindo em

implicações negativas sobre a realidade desse povo tão múltiplo, desconsiderando as diferenças entre os grupos, além das diferentes subjetividades dos sujeitos que lhe compõem.

Registrem-se os três grandes grupos: *Rom, Calon* e *Sinti*, que utilizam-se da língua *Romani* como instrumento próprio de comunicação entre eles. Alguns clãs ciganos foram nomeados a partir das suas respectivas atividades laborais ou locais em que se registram sua presença (RAMANUSH, 2011).

Deveras, considerem-se grupos cujos saberes e fazeres são específicos, caracterizando-os como pertencentes a culturas não-hegemônicas, porquanto suas formas de organizarem-se socialmente não representam os modos típicos de organizações sociais hegemônicas cujo caráter é dominante, como é o caso das sociedades ocidentais. Em sendo assim, os ciganos são categorizados como povos e comunidades tradicionais cuja definição, defendida por Sifuentes (2007), designa àqueles que têm formação sociocultural própria, o que inclui sua economia, educação (informal) e saúde. São povos que se constituem de processo civilizatório próprio e que transmitem os seus saberes, as suas tradições, a partir de práticas no seu território e de práticas orais, a exemplo dos diálogos intergeracionais.

Percebe-se com clareza que a diferenciação entre o modo de vida dos povos e comunidades tradicionais e o das sociedades ocidentais, impacta em suas respectivas relações interacionais, diante da dificuldade de lidar com o diferente, com o não familiar. No caso dos ciganos, o contraste cultural e organizacional entre eles e as sociedades ocidentais, foi determinante em sua trajetória. Assim será verificado nas próximas seções deste escrito.

1.2. Breve histórico

Sabe-se que há poucos e recentes registros escritos acerca dos ciganos, senão, lendas, hipóteses ou mesmo passagens bíblicas que, metaforicamente, fazem analogias à sua origem. Em sendo assim, considere-se delicado tratar da sua história, pois se reconhece que é um povo marcado por estigmas e preconceitos que propulsionaram perseguições por onde passaram. Assim o diz Fazito (2006, p. 697):

> Desde as mais remotas origens, a história dos ciganos é marcada pela sobreposição e pelo deslocamento constante de representações sociais diversas, que são produto de uma confluência de discursos mitológico-científicos e práticas

> cotidianas num campo de forças assimétricas [...]. A história "oficial" (do ponto de vista do Outro, do não-cigano) é essencialmente "mítica", misturando perspectivas discursivas diversas e ambíguas que, ao final, nos contam mais sobre a história não registrada do Velho Mundo do que sobre a história dos ciganos propriamente ditos. Pois, do ponto de vista da cultura ocidental, a história cigana é fundamentalmente efeito de "nomeação", aquilo que se atribui ao Outro descolado de toda a interação e disputa anterior efetiva, ou seja, efeito do espelho em negativo daquilo que se quer negar sobre si mesmo.

Desmistificando os construtos populares, em 1783, Grellmann, filósofo, historiador e linguista alemão lançou a obra *Die Zigeuner* (Os ciganos) que, dentre outros impactos sobre os ciganos, teve grande relevância, devido aos seus estudos linguísticos que, em análise comparativa, indicavam a sua ascendência indiana, possibilitando a reflexão sobre a existência de um berço territorial e comparações de tradições herdadas da cultura de origem (MOONEN, 1996; FAZITO, 2006).

Mais recentemente, estudos biológicos foram desenvolvidos para tentar desvendar esse enigma. De acordo com matéria publicada pelo Jornal Público de Portugal, os ciganos representam a maior minoria da Europa e a falta de registros históricos sobre esse segmento populacional moveu cientistas de diversos países europeus a pesquisarem sobre a origem dos ciganos e o seu percurso geográfico, a partir da análise de material genético – Ácido Desoxirribonucleico, DNA. Para tanto, os cientistas coletaram genomas de 152 indivíduos de

13 grupos ciganos de partes orientais, ocidentais e do norte da Europa e, em seguida, compararam com genomas de outras populações não ciganas (GERSCHENFELD, 2012; MENDIZABAL et al.2012).

Verificaram-se semelhanças com características de povos indianos, mais precisamente do norte e noroeste da Índia. Os pesquisadores desse estudo genético sugerem que, embora haja diferenças – religiosas, culturais, linguísticas – entre os Romani habitantes da Europa, eles partilham uma genética de comum origem (GERSCHENFELD, 2012).

Acrescente-se a isto, a indicação de que a sua diáspora da Índia tenha ocorrido entre séculos V e VI d.C, há, aproximadamente, 1.500 anos e que há cerca de 900 anos adentraram a Europa através da Península Balcânica, expandindo-se por todo o continente. As possíveis motivações para a dispersão seriam as disputas territoriais locais, a invasão dos arianos e as subjugações dos nativos, por meio do estabelecimento do sistema de *castas* e *varnas* (MOONEM, 1996; FAZITO, 2006; BIANCHINI, 2012; MENDIZABAL et al. 2012).

A estadia na Europa, a princípio, deu-se pela prática da peregrinação, concedida por Salvo- Condutos Imperiais. Os ciganos não se adaptaram ao sistema feudal. Inicialmente, viviam de donativos e da arte praticada nas feiras. Com o ingresso na modernidade e capitalismo, foram criadas leis “contra a vagabundagem e a errância, visando compelir as pessoas ao trabalho. Os ciganos, com pele mais escura, sem vínculos a nenhuma nação reconhecida e parecendo “naturalmente” nômades, foram as maiores vítimas” (GIANNI CARTA, 2010, p.44).

À medida que avançavam pela Europa, os ciganos desenvolviam atividades como transporte e venda de animais, comércio em feiras, música, arte circense e leitura de mão ao tempo em que fortaleciam estereótipos: bruxos, hereges, pagãos, selvagens, vagabundos etc., fomentando decretos que impediam o convívio com os não ciganos, a sua circulação dentro das cidades, instauração de ações anticiganas, proibindo hospedagem, realizando perseguições, apreensão de bens materiais, assimilação forçada, torturas, incentivo ao assassinato de ciganos. Estes são os reais motivos para o nomadismo (FAZITO, 2006; FRASER, 1997 *apud* BORGES, 2007; PÓVOA NETO, 2010; MOONEN, 2012).

Reconhece-se que um dos aspectos que contribuíram para as barreiras com as quais os ciganos se depararam, foi a resistência em sedentarizar-se – até porque não detinham a posse de terras – e a possível negação em ceder às diretrizes morais europeias da época, bem como às econômicas que conduziam a sociedade à disciplina necessária para o desenvolvimento do capitalismo. Ademais, foi a partir das ações de exclusão social europeia, principalmente de Portugal, que os ciganos chegaram às terras brasileiras. Diz-se que:

> [...] nobres, reis e papas buscavam submeter os nômades, vistos como irredutíveis e indesejáveis. O papa Pio V incitou os governos de Portugal, Espanha e França a expulsar

> os ciganos das áreas católicas para África e América. Em alguns casos, os próprios ciganos tomaram a iniciativa de emigrar para o Novo Mundo, seguindo os judeus que se cristianizavam e fugiam das perseguições na Europa (PÓVOA NETO, 2010, p. 44-45).
>
> O fato de não empregarem os sacramentos católicos (casamento, batismo de crianças, por exemplo), em favor dos seus costumes, desafiava a moral religiosa, que pretendia controlar todas as parcelas da sociedade. Tomada como afronta à Igreja, as cerimônias que os ciganos faziam a sua maneira, gerou uma duradoura antipatia do clero [...] uma vez atingida a Igreja, a coroa Portuguesa também se sentia afetada (TEIXEIRA, 2008, p.06).

Ao não aderirem às tradições de Portugal os ciganos foram despachados para a África e para o Brasil, por meio do degredo, datado de 28 de agosto de 1592, impondo que: “os homens deveriam se integrar à sociedade ou abandonar o Reino, em no máximo quatro meses, do contrário ficavam sujeitos à pena de morte e suas mulheres seriam degredadas de forma perpétua para o Brasil” (COSTA, 2006, p. 17). Desta forma, os ciganos já vieram estigmatizados e, em meio a outros degredos, começaram a ser espalhados pelo Brasil.

Desenvolveram trabalho com os metais: exploravam o ouro, eram caldeireiros, ferreiros, latoeiros, vendiam animais. As mulheres rezavam quebranto e adivinhavam o destino. Notaram-se, em Salvador, grupos que habitavam em barracas. No Rio de Janeiro, havia grupos que moravam em casas térreas e gostavam de deixá-las abertas dia e noite. Eram considerados “grupos capazes de dar vida e colorido às ruas coloniais” (PRIORE & VENANCIO, 2010, p. 99).

Mesmo com sua contribuição laboral e cultural para a construção colonial, os ciganos eram hostilizados por seu dialeto, vestes, costumes e por suas diferentes formas de subsistência. Eram encarados como desafiadores da moral e da ordem. A partir dos primeiros estereótipos, fomentados na Europa, os preconceitos se ancoraram na sociedade brasileira, certificando e potencializando os movimentos anticiganos no Brasil, que incluíam as Correrias de ciganos, que constituíam na fuga destes em detrimento da constante perseguição policial, incorrendo em mortes de ambos os lados que cessaram no século XX. De cidade em cidade, os ciganos eram expulsos (TEIXEIRA, 2008).

Os estereótipos perpetuam nos dias atuais a imagem negativada da etnia cigana, fazendo com que pessoas sofram rebaixamentos, vexames, hostilidades, dentre outras ações negativas, somente pelo fato de pertencer a esse grupo específico.

A construção das representações sociais sobre o provo cigano

As Representações Sociais (RS) são entidades que circulam, se relacionam e se cristalizam continuamente no cotidiano, nas comunicações, nas relações e produções humanas, contribuindo com o estabelecimento da ordem, da possibilidade de orientação e controle do mundo material e social. Seu principal objetivo é tornar o desconhecido em algo familiar (MOSCOVICI, 2003).

Desta forma, entende-se que as RS correspondem à maneira como os signos são construídos e organizados socialmente, num processo dinâmico de transformação, que ocorre de forma simultânea, porque elas podem produzir práticas sociais, bem como podem ser produzidas por estas. Pode-se dizer, metaforicamente, que há um movimento circular, caracterizado por não se detectar seu início ou fim.

O fenômeno das RS utiliza-se dos seguintes processos: a ancoragem assimila o novo ao que já existe; a objetivação, que traz à concretude os conceitos abstratos; a convencionalização cuja atribuição é dar formas definitivas ao novo objeto; a prescrição, que consiste na irresistibilidade à força que impõem sobre os indivíduos (MOSCOVICI, 2003).

No que tange à investigação bibliográfica acerca das representações sociais dos ciganos por onde passaram, ao longo dos séculos, foram sempre negativas, marcando-os simbólica e fisicamente, desde o seu aparecimento no ocidente, revelando as disparidades nos campos relacionais com os não ciganos – os *gadjo* – , a partir da vil justificativa de que o comportamento daqueles é atípico, por isto são taxados como “alheios à „sociedade normal‟” (PÓVOA NETO, 2010, p.45), diante dos costumes ocidentais.

A fins de ilustração, notem-se os constrangedores e hostis significados atribuídos ao termo cigano, com construtos fundamentados no fantasmático imaginário dos não ciganos desde o século XIV até os dias atuais: vagabundos, preguiçosos, desonestos, cruéis, andarilhos, desterrados, aventureiro, romântico inveterado e boêmio, dentre outros. Acrescente-se o que diz a enciclopédia de Direrot, por exemplo, de 1751, fortalece a definição dos ciganos como vagabundos,

aludindo para os talentos de dançar, cantar (FRASER, 1995; FAZITO, 2006).

Como se teria uma imagem diferente deste povo no imaginário coletivo dos não ciganos, até os dias de hoje, com uma ideologia tão negativa sobre eles, sendo repetida em uma lógica retórica, ao logo dos tempos? Não é à toa que pouco se evoluiu e/ou corrigiu na conceituação, impressa e simbolicamente falando, do termo em tela. Confere-se isto na definição contida no Dicionário Contemporâneo da Língua Portuguesa:

> Cigano (ci.ga.no) *sm.* 1 Indivíduo dos ciganos, povo nômade, prov. originário da Índia, presente em vários países, com cultura, ética e comportamentos próprios, e conhecidos esp. Por se dedicar à música, prática de artesanato, quiromancia, comércio de cavalos etc. 2 *Fig.* Indivíduo boêmio, de vida incerta [...] 3 *Pej.* Negociante esperto, vivo a *P.ext.* Vendedor ambulante 5 *Gloss.* Conjunto de dialetos pertencentes à família indo-europeia e falados por ciganos de diferentes países ***a.*** 6 Ref. aos ou próprio dos ciganos (dança cigana) 7 *Fig.* Que lembra ou é próprio do modo de vida dos ciganos (1), esp. quanto ao nomadismo e à importância da música e dança (vida cigana) 8 *Golss.* Ref. ou pertencente ao cigano (5) 9 *Pej.* Diz-se de indivíduo esperto, enganador, esp. nos negócios 10 *Pej.* Diz-se de quem faz barganha, que é apegado ao dinheiro; sovina 11 *Fig.* Boêmio, que não tem vida ou hábito bem estabelecidos. (GEIGER, 2011, p. 331)

Observe-se que os termos designados aos ciganos foram legitimados por produções literárias, pelos dicionários e enciclopédias, de diferentes épocas, respaldando movimentos de segregação e domínio, por meio da perpetuação dos estereótipos e estigmas, iniciados há mais de 1.000 anos, desconsiderando aspectos culturais, sociais, ambientais, histórias singulares de vida e de resiliência.

Encerre-se esta seção em concordância com Fazito, ao afirmar que “a imagem do "cigano" é o espelho em negativo da sociedade ocidental, sedentária e moderna, que inscreve seus diacríticos no corpo do indivíduo (e seu grupo)” (2006, p. 691).

Metodologia

Esta pesquisa tem abordagem qualitativa, por tratar de questões sociais, relacionadas aos ciganos no Brasil, propiciando a manifestação de subjetividades, por considerar opiniões e percepções dos sujeitos pesquisados, possibilitando “uma

relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números" (SILVA E MENEZES, 2005, p. 20).

Por se tratar de um tema pouco conhecido e discutido nos meios acadêmico e social, além da pouca disponibilidade de bibliografia específica, houve a tentativa de ampliar a descoberta acerca da história dos ciganos no Brasil, demonstrando o caráter exploratório desta pesquisa, pois objetivou "proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná- lo explícito ou a construir hipóteses" (SILVA E MENEZES, 2005, p. 21).

Realizou-se leitura bibliográfica, para embasamento das interpretações dos fenômenos investigados, disposta em alguns periódicos, dissertações e/ou teses publicados nas bases de dados da Scientific Electronic Library Online – Scielo – e de bibliotecas digitais de algumas Universidades do Brasil. Reportagens jornalísticas também serviram de base de dados.

Realizaram-se entrevistas, *in loco,* semiestruturadas com os protagonistas desta investigação, por se reconhecer que são pessoas que experienciam situações práticas com a problemática pesquisada. As entrevistas são instrumentos muito usuais em trabalhos de campo, porque permitem a averiguação de opinião cuja emissão de informações possibilita a obtenção de dados objetivos e subjetivos a partir das falas dos atores sociais (MORESI, 2003).

Os campos empíricos do estudo foram duas instituições da esfera pública, situadas na cidade de Salvador, Bahia, bem como a comunidade cigana residente no bairro Gleba H, na cidade de Camaçari, região metropolitana de Salvador.

Os participantes foram 05 ciganos *calons,* membros da comunidade cigana supramencionada e 05 não ciganos, encontrados em duas instituições públicas de ensino. Para garantir o anonimato dos entrevistados, eles foram identificados como cigano 01 (C1) até o cigano 05 (C5). Assim o fez com os não ciganos: NC1 até NC5. Os critérios de inclusão consideraram a nacionalidade brasileira e idade igual ou superior a 18 anos. Os dados oriundos das entrevistas foram analisados na perspectiva da análise de conteúdo, especialmente do método lógico-semântico, de Laurence Bardin (1977) que segue algumas fases: a pré-exploração do material com leitura flutuante das entrevistas; a assimilação; a seleção de unidades de análise/significados de interesse da pesquisa; a categorização que consiste na

classificação dos temas que emerjam de maneira direta ou proximal dos enunciados, por frequência ou relevância (*apud* CAMPOS, 2004).

O estudo foi realizado atendendo à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, tendo sido aprovada pelo CEP- UNEB sob parecer nº 986.329 (CAAE 40883815.6.0000.0057).

Apresentação e discussão dos resultados – entrevista com os ciganos

Os ciganos (C1 a C5) participantes foram 04 mulheres e 01 homem, com idades entre

22 e 55 anos. Um deles não possui nível algum de formação escolar, os outros quatro estudaram, formalmente, com escolaridade entre o 2º ano do ensino fundamental I e 7º ano do ensino fundamental II. Todas as mulheres são donas de casa. O homem entrevistado é autônomo. Nenhum dos entrevistados recebe qualquer benefício social do Estado.

A primeira pergunta lançada foi **o que é ser cigano?** As respostas trouxeram significantes como a normalidade, a alegria, a felicidade, a tradição, a humildade, o linguajar, o patriarcalismo, a vestimenta, a baixa escolaridade, principalmente, feminina, a moradia em barraca, e o preconceito enfrentado.

Os relatos descritos parecem transmitir uma dificuldade em se autodefinir, podendo ser um reflexo do “complexo processo de construção da identidade cigana” (FAZITO, 2006, p.716). Porém, ainda que os entrevistados não apresentem o que é ser cigano com a objetividade esperada pela academia, demonstram aspectos inerentes à vivência dos ciganos entre si, a exemplo dos significantes união, tradição, dentre outros. Durante o tempo de entrevista foi observado que é um povo que vive em comunidade, com o senso de coletividade, posto que, além da proximidade territorial entre suas moradias, o ato de partilhar compõe o seu cotidiano.

Quanto à percepção de diferença cultural, as falas dos ciganos remetem à ideia de que ser diferente é ser normal. Percebe-se um olhar sensível e respeitoso à existência da diversidade, o que se faz remeter à alteridade, que consiste na elaboração do não-familiar, resultando em um olhar sem distorções ou discriminações sobre o outro, pertencente a outra cultura (LAPLANTINE, 1988).

Os entrevistados aludem que há poucas diferenças entre ciganos e não ciganos, havendo pensamento crítico quanto à pertença nacional brasileira, bem

como com a contribuição de impostos, o que legitima a cidadania a partir dos parâmetros de modelo ideal de cidadão mencionado anteriormente neste texto. Dentre as diferenças mencionadas estão as vestes e as questões relacionadas ao estudo formal principalmente no que se refere às mulheres. A propósito, note-se que há uma acentuada divisão social de papeis entre o homem e a mulher, o que aumenta o vínculo de dependência feminina, motivo de reivindicação pela maioria dos participantes ciganos desta pesquisa. Considere-se este tema emergente como campo fértil para os estudiosos de questões de gênero.

Observe-se, ainda, que há uma percepção da representação social que vem do outro, do não cigano, a partir da emergência repetida do significante preconceito. Há uma indicação de que o grupo cigano acolhe o estrangeiro, quando, em uma das falas, acena que este, ao invés de nutrir o medo, deve “chegar, [...] conversar e procurar, direitinho, se informar melhor” (C5).

A segunda questão direcionada aos ciganos refere-se a **como é ser cigano no Brasil?** Os eixos temáticos que aparecem são a discriminação, o preconceito, a generalização e as ideias folclóricas em torno do grupo, como é o caso da representação de atuação na criminalidade, com o roubo de crianças e animais.

Ao discorrer sobre a sua vivência no Brasil, os entrevistados demonstram uma experiência constantemente atravessada pelo preconceito, alegando que são julgados como se fossem todos delituosos, a partir da ocorrência de atos ilícitos em casos isolados. Adicione-se a alusão de que o tratamento recebido, em comparação a outros grupos minoritários é diferente.

As considerações permitem recorrer à alegação de Costa (2006) quando afirma que as vidas dos ciganos são alteradas a partir do deslumbramento que é despertado nos não ciganos. Costa (2006) ainda acrescenta que a forma como o povo cigano se relaciona com a história brasileira, o coloca como agente e vítima das impressões da sociedade. Mas, ponha-se a refletir sobre a relação ambígua entre os termos agente e vítima: a partir da ideia da falta de representatividade, talvez da incipiência do protagonismo cigano na luta pela desconstrução dos estigmas, dos quais são vítimas, represente, para Costa, a parte “atuante” na discriminação. No entanto, pondere-se: esse pensamento, talvez, torna algoz um grupo que não tem força política para lutar. Além disso, conforme aponta Fazito (2006), pode haver uma encenação, não proposital, do cigano com intuito de atender às expectativas do não

cigano como uma forma de economia de energia psíquica “afinal, lidar com o *gadjo* “como cigano” ocupa menos o tempo e os sentidos do que negociar as interações” (FAZITO, 2006, p. 691).

Partindo à questão de **como se sentem em relação aos não ciganos e como são tratados por estes?** Destaquem-se os seguintes significantes emitidos pelos entrevistados: julgamento, racismo, preconceito, generalização, convívio, admiração. Os eixos temáticos emergentes e recorrentes são advindos da falta de conhecimento real sobre o povo cigano: preconceito, julgamento, racismo e generalização refletem a necessidade do contato interétnico que, na fala dos ciganos, aparece como “convívio”, que pode ser caracterizado pela aproximação, oriunda das fricções interétnicas apresentadas anteriormente por Sifuentes (2007), que possibilitam a interação entre as diferentes culturas, bem como a desconstrução de representações outrora construídas, propiciando a edificação do respeito, que pode ser traduzido na “admiração”, à qual os entrevistados remetem-se, ao aludir que depois de os não ciganos conhecerem a história dos ciganos, aqueles passam de preconceituosos, de julgadores a admiradores dos ciganos.

Note-se que as fricções, os contatos interculturais, as diversidades quando, em sua maturidade, olhadas sob a perspectiva do respeito possibilitam que na relação entre identidade e alteridade esteja a essência do multiculturalismo que representa o reconhecimento do valor de cada cultura como criação exclusiva do humano em seus diferentes grupos (PNC, 1997).

Laplatine corrobora que “de fato, presos a uma única cultura, somos não apenas cegos à dos outros, mas míopes quando se trata da nossa. A experiência da alteridade (e a elaboração dessa experiência) leva-nos a ver aquilo que nem teríamos conseguido imaginar” (1988, p. 21).

Prosseguindo aos discursos dos ciganos, verificou-se que as respostas às questões **“como você acha que é percebido pelas pessoas não ciganas? Como você gostaria de ser visto por essas pessoas?”,** os ciganos reconhecem que “chamam atenção” (C3) por alguns traços culturais, a exemplo das vestes e cumprimento dos cabelos femininos, e do sotaque. Aludem que são percebidos pelos não ciganos com curiosidade e admiração, ao despertar-lhes o interesse em conhecer detalhes do conteúdo das tradições ciganas, como é caso dos questionamentos em torno do casamento. Ressalte-se que este relato parte do

pressuposto de que já são conhecidos na cidade onde residem – Camaçari. Ao se referirem aos espaços nos quais não são conhecidos pelos não ciganos, os entrevistados indicam que são percebidos com “outro olhar” (C4); que aqueles apesentam-se assustados, retraídos e intimidados, sob a ideia de que os ciganos roubam. Repetidamente, reaparecem os termos preconceito e julgamento, oriundos das generalizações, exaustivamente pontuadas pelos ciganos.

Quando indagados sobre como gostariam de ser tratados, a resposta é imediata: “com respeito” (C1), “como se fosse visto de igual para igual” (C4), “fosse tratado igual a todo mundo [...] passasse despercebido” (C5) “que eles fossem menos curiosos” (C2).

É interessante destacar que os ciganos entrevistados, ao mencionarem o direito à dignidade, ao respeito, o fazem estendendo-os aos não ciganos, à humanidade. Eles não pedem só para si, mas para todos: “temos o mesmo sague corre na veia dos ci, dos não ciganos, do negro, do indígena, do cigano... todos é um... é tudo sangue humano” (C4).

Questionados se **se sentem acolhidos pelo Estado e Política, e o que diriam a personalidades políticas**, alguns dos ciganos entrevistados respondem que não se sentem acolhidos.

Uma das falas remete à criação da cartilha de direitos dos povos ciganos, pelo governo presidencial do Brasil na década passada: “Na época de Lula, ele liberou um mandado que falou dos direitos do povo cigano. De lá pra cá, melhorou” (C2). Considere-se que esta ação é de bastante importância para o reconhecimento da existência do povo cigano no Brasil, porém, o lançamento da cartilha sem aplicabilidade não abrange as necessidades que aparecem no discurso dos ciganos, a exemplo de políticas de combate ao preconceito; da moradia digna aos que não tem condições mínimas de sobrevivência; do saneamento básico; do acesso à saúde; da burocracia com a qual alegam ser tratados; das medidas protetivas quanto às invasões de domicílio; a não adequação das instituições escolares que, de acordo com o entrevistado C1, não permitem a frequência de estudantes com as roupas tradicionais, não os permitindo o direito de exercer sua identidade sociocultural, além de fazê-los sentirem-se inferiores. Parece haver uma organização social que dificulta a ascensão social das minorias.

Embora tenham baixo nível de educação formal, os ciganos parecem entender

que a educação é capaz de promover o seu desenvolvimento social, tanto no que diz respeito à inserção no mundo do trabalho, como no acesso aos demais direitos garantidos pela Constituição que rege este país. Afinal, sem o conhecimento ou acesso às informações, como haverão de desenvolver a consciência dos seus direitos: à saúde, à moradia ao respeito à sua dignidade? "[...] a pessoa que não sabe ler, não sabe escrever, ela tá cega pro mundo" (C1).

Observe-se que para além das questões burocráticas, há os aspectos tradicionais da cultura destes ciganos. O discurso de C5 remete à ausência de referências que lhe apontem um caminho para o desenvolvimento social. Reflete mesmo o desamparo sofrido. Dado que passaram longo período como ágrafos, é previsível que haja dificuldade de adequação ao ambiente escolar nos moldes atuais: uma sequência de horas, entre quatro paredes etc. A princípio, pense-se na possibilidade de a escola ir até eles por meio de projetos pedagógicos específicos.

Além disso têm o caráter patriarcal em torno das mulheres que são privadas do estudo, assim que chegam à puberdade, fase próxima a do casamento que ocorre ainda na adolescência. Há uma organização para que o homem seja o provedor das finanças. Talvez seja, esse aspecto, um mecanismo de defesa do próprio povo, para garantir a sua existência, posto que, no passado os ciganos passaram por tanta tortura, chegando a ser separados, tendo seus filhos e esposas tomadas para que se destruísse a sua cultura. Ramanush (2011) menciona a dificuldade de preservar a cultura, devido as expulsões sofridas, tornando *família* a palavra de ordem "sim, a família é nossa defesa contra a perda ou diluição de nossa cultura" (RAMANUSH, 2011, p. 02). Infere-se que a insistência de C4 ao falar da importância dos estudos, mas preservando as tradições, também seja voltada à preservação da família, da sua resiliente cultura.

O Ministério da Educação (MEC) reconhece que há grande número de analfabetos entre os ciganos. Com isto elaborou um instrumento denominado *Ciganos – Documento Orientador para os Sistemas de Ensino*, que pretende orientar as instituições de ensino brasileiras para o atendimento às populações ciganas. Esta notícia foi lançada, em 29 de maio de 2015, como símbolo comemorativo ao Dia Nacional dos Ciganos, 24 de maio.

Em oportunidade desta publicação, a pesquisadora Maria Auxiliadora Lopes aludiu ao desafio de alfabetizar os ciganos, devido ao grande número que não tem

acesso à educação formal, bem como lembrou que os ciganos não têm obrigação de estudar, mas o Estado tem obrigação de oferecer-lhes a educação.

Encerre-se esta seção com ares esperançosos quanto à ideia de aproximação aos grupos ciganos, intuindo a integração social, a sua ascensão e o respeitando às suas particularidades. Avante!

Apresentação e discussão dos resultados – entrevista com os não ciganos

As entrevistas com os não ciganos ocorreram em duas instituições da esfera pública, entre o terceiro e décimo dias do mês de setembro/2015. Dentre os não ciganos encontraram- se 03 mulheres e 02 homens, com idades entre 25 e 50 anos, três dos participantes com ensino superior completo, um com superior em curso e outro com ensino médio completo. Foram-lhes direcionadas cinco questões, vistas a seguir.

As respostas à primeira questão **o que conhecem da cultura cigana?,** trouxeram elementos recorrentes: vidência, mistério, dança, vestimenta, acampamento, nomadismo, criminalidade e medo.

Observe-se que alguns entrevistados iniciam suas respostas afirmando terem pouco conhecimento sobre o tema proposto, mas prosseguem, remetendo-se às histórias que ouviam falar por outras pessoas. Alguns recorrem a observações feitas no próprio passado, como a fase da infância. Isto posto, permite-se relacionar essas informações à pressão à inferência, termo cunhado por Moscovici (1984) para designar ao engajamento do sujeito em uma conversação, ainda que com pouca consistência da informação discutida, o que não o impede de adotar e propagar uma atitude ou orientação global favorável ou desfavorável ao objeto representado (MOSCOVICI, 1984 *apud* SPINK, 1993).

Compreende-se que há uma reprodução de informações que outrora foram soltas na atmosfera social que envolve os grupos sociais de tal modo que perdura gerações. Faz-se deduzir que as pessoas só sabem aquilo que dizem a elas.

As categorias simbólicas emergentes nas respostas às questões **como se sentem em relação aos ciganos e o que sentem quando os vê ou estão em contato com os ciganos**, há quem remeta à beleza, à curiosidade, à estranheza e à admiração “sinto admiração, pois é um povo que vive pelos seus ideais, por aquilo que acreditam” (NC1). Outros significantes reaparecem como o medo, o perigo, a criminalidade.

As respostas trazem à tona as ideias de Fazito (2006) tão presentes neste trabalho, a partir do texto *A identidade cigana e o efeito de "nomeação": deslocamento das representações numa teia de discursos mitológico-científicos e práticas sociais,* em que versa sobre como foi tão negativamente construída a representação simbólica dos ciganos pelas práticas sociais, estigmatizando-os até os dias atuais, sem mesmo poder de rebate, em razão das interações assimétricas que demarcam a divisão social entre os indivíduos.

Note-se que se revela em uma das respostas descritas anteriormente, uma associação do atributo beleza, de determinado grupo cigano, ao poder aquisitivo. No mesmo relato, compara-se aos ciganos supostamente pobres às ações tidas como indesejáveis, socialmente. Infere-se que esta representação seja resultado do que a sociedade ocidental, de ideais capitalistas, entende por civilidade cujo modelo de cidadão está atrelado à ideia do bem sucedido, ou seja, aquele tem o capital, tem o poder, o que, nos processos de ancoragem e objetivação (MOSCOVICI, 2003), lhe permite ser enquadrado na categoria do belo. Aos desprovidos de bens materiais, restam a categoria da doença, do perigo, do qual se deve afastar.

Ademais, o entrevistado NC3 tangenciou três aspectos pertinentes às relações entre culturas diferentes: a barreira cultural, a sensação de estranheza e de deslocamento. Veja-se, a barreira cultural pode ser associada ao desamparo nas situações de contato interculturais/interétnicos, já que, ao deparar-se com algo desconhecido, a partir da não identificação e da sensação de não pertença, o sujeito se vê em meio à estranheza e ao deslocamento, podendo caracterizar as fricções interétnicas[3]. Estas representam a oposição e as tensões entre as diversas sociedades e culturas, mas que podem propiciar a mistura e movimentação culturais a partir das zonas de contato, desde que haja interações simultâneas, levando as tensões e conflitos às complementaridades. Com esta visão e com o amadurecimento social, a partir da difusão de conhecimento e conscientização do mundo ao seu redor, pode-se vislumbrar a cultura da paz, baseada na construção da tolerância (CARDOSO, 1996; BRANCO & VALCINER, 1997 BATHIA, 2003; *apud* SIFUENTES, 2007).

Ao serem questionados acerca **do que sabem sobre a história dos ciganos no Brasil**, os entrevistados afirmam desconhecê-la e manifestam que não houve interesse anterior que os fizesse buscar informações. Além disso, de modo lendário,

os significantes negativos reaparecem nas figuras do roubo, da extravagância.

Em alguns discursos há certo consenso de que os ciganos são um povo posto à margem da sociedade, o que revela um sintoma social da ausência de representatividade política, bem como da falta de veiculação de informações dessa cultura, incorrendo nos discursos preenchidos de estigmas, preconceitos e descriminação, dificultando sua participação social e limitando a sua integração aos não ciganos.

Ramanush (2015) alega que o entrave central da etnia cigana no Brasil é a falta de representatividade, sendo considerada como ação fundamental para uma política de integração. A ideia é desenvolver vínculos entre governo e acampamentos, buscando lideranças nas comunidades ciganas (*apud* TOLEDO, 2015).

A última questão direcionada aos não ciganos buscou saber se eles **concordam com a maneira como vivem os ciganos**. Em meio às respostas, tanto as de cunho positivo, como as de negativo, emergem as seguintes categorias simbólicas: a criminalidade, o isolamento e, com destaque, o nomadismo. No entanto, há os que tentam manter certa imparcialidade, realizando ponderações quanto à exclusão social que sofrem os ciganos, referendando-se à precarização de sua subsistência.

Ao falar de nomadismo, alguns entrevistados o remetem a uma escolha ou um aspecto inerente à cultura cigana, como sendo algo catalogável, uma ideologia de vida. Fazito (2006) contraria essa perspectiva ao afirmar que esta prática vai além de uma ideologia nativa, e sim, atua como símbolo que inscreve o povo cigano em um campo de forças revelador das relações assimétricas hierarquizadas, entre ciganos e não ciganos no decorrer da história. Na realidade, a ideia de nomadismo cultural incorre em discursos e práticas sociais que acabam justificando e legitimando posicionamentos discriminatórios.

As fricções interétnicas vislumbram entender a dinâmica nas relações entre povos de etnias distintas em situações de contato (CARDOSO, 1996 *apud* SIFUENTES, 2007).

Dos debates acadêmicos às conversas informais, os ciganos são retratados a partir de sentimentos que oscilam entre o fascínio que suas tradições exercem e os temores alimentados por estigmas e superstições atrelados ao seu estilo livre (Costa

2006, p. 15).

Esta consideração leva a refletir sobre a alienação humana, na qual, de acordo com Freire (1980), “a realidade, tal como ela é sentida, não corresponde à realidade objetivamente vivida, mas à realidade na qual o homem alienado imagina que se encontra” (p.87). Em sendo assim, infere-se que as representações expostas neste trabalho, são um reflexo do pensamento e da expressão da sociedade brasileira. Sabe-se que a construção social da imagem negativa dos ciganos foi importada da Europa e perpetuou-se em solo brasileiro, mas parece que não há questionamento do que se ouve falar.

CONSIDERAÇÕES

Observou-se, através dos dados apresentados até então, a confirmação hipotética deste trabalho acerca da representação social dos não ciganos em torno dos ciganos, que pressupôs a ocorrência da generalização a partir das ideias fantasmáticas de que todos os ciganos comportam-se da mesma maneira. Assim se dá tanto na representação romântica, vinculada à arte, à sedução, à liberdade de espírito como na representação temerosa, atrelada à ideia da participação cigana na criminalidade, reduzindo toda uma etnia a comportamentos tidos como indesejáveis, promovendo, discursos, sem conhecimento sobre a realidade e verdadeira distorção da visão sobre os ciganos a partir de casos isolados.

Com isto, infere-se que, no Brasil, quando o povo cigano é percebido socialmente, ele é representado com signos que endossam preconceitos e discriminações que perduram há centenas de anos, a exemplo de dizeres que afirmam que pessoas ciganas cometem furtos, roubam crianças, dentre outros, dificultando a interação entre ciganos e não ciganos, ambos, cidadãos brasileiros.

Acrescente-se que os ciganos em sua representação dos não ciganos, não lhes designam atributos negativos, a não ser a de preconceituoso. Eles deixam claro que sentem-se percebidos pelos não ciganos sob o véu dos estigmas que lhes seguem desde 1.000 anos atrás. Isto só evidencia que a representação social negativa cristalizou-se na atmosfera social, o que se faz refletir que, embora as representações sociais sejam mutáveis de acordo com o contexto histórico, as construídas em torno dos ciganos petrificaram-se.

Observe-se que devido ao contraste cultural, a história dos ciganos, por onde

passaram, é marcada pela ocorrência da hierarquização. Primeiro, quando suas terras são invadidas. Ato este, seguido da implantação do sistema de castas. Depois, em sua diáspora pela Europa, que no percurso depararam-se com a hierarquização da diversidade, como instrumento de violação e tentativa de domínio sobre eles. Milenarmente foram postos à margem da sociedade, e assim estão até os dias atuais: marginalizados em decorrência dos artifícios da exclusão social.

É importante refletir a urgente necessidade de divulgação, contínua, da história e trajetória do povo cigano para combater a discriminação e promover a sua integração aos demais grupos da sociedade brasileira. A educação é um importante meio para tal, posto que permite o diálogo e reflexão sobre temáticas inerentes à cultura da paz: tolerância, pluralidade cultural, combate ao racismo, às desigualdades sociais. Além de propiciar o entendimento de que o preconceito é uma dificuldade em aceitar aquele que é diferente, possibilitará o reconhecimento da não existência de unidade cultural, mas sim da multipluralidade tão enriquecedora com sua diversidade de saberes, fazeres e valores. Posto isto, entenda-se a importância de se educar para o respeito às diferenças. É preciso conhecimento e tolerância.

Outrossim, cabe às autoridades políticas, jurídicas, academias e sociedade civil pensarem no desafio de eliminar a segregação dos ciganos no Brasil, com políticas públicas de integração e ações de combate à desigualdade racial. Considere-se longo e árduo trabalho, porém, necessário.

Considere-se, diante do exposto no decorrer desta seção, a importância da psicologia social, posto que propicia o entendimento sobre as práticas sociais a partir dos discursos emitidos nas sociedades. Além disso, por assumir uma função renovadora, de criticidade, pode trabalhar na desconstrução de conceitos propulsores das assimetrias encontradas nas sociedades. Entenda-se que cada cultura tem características próprias em sua história, não cabendo classificações que predominem uma em detrimento da outra.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, M. **Representação Social: uma genealogia do conceito.** Sinpro, Rio de Janeiro, 2004.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edições 70. Lisboa, Portugal, 1977.

BATULI, M. S. **Povo cigano: o direito em suas mãos**. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Brasil, 2007. Disponível em: <http://www.cdv.gov.br/images/flip/cartilha_cigana.pdf/file.pdf> Acesso em 10/08/2015.

BIANCHINI, F. **A origem da civilização índia na nova lei do Indo- Sarasvati: teorias sobre a invasão ariana e suas críticas recentes**. In: GNERRE,M. L. A.;POSSEBON, F. (orgs.). Cultura oriental: língua, filosofia e crença. UFPB, João Pessoa, 2012.

BÍBLIA. Português. **Bíblia sagrada**. Tradução de Padre Antônio Pereira de Figueredo. Bispo de Guaxupé, MG,EnciclopédiaBarsa, 1967.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Marcador Genético**. Disponível em:

<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/?IsisScript=../cgi-bin/decsserver/decsserver.xis&task=exact_term&previous_page=homepage&interface_language=p&search_language=p&search_exp=Marcadores%20Gen%E9ticos&show_tree_number=T> Acesso em 28/04/2015.

BORDIEU, P. **O poder simbólico**. Ed. 09, Bertrand Brasil, Rio de Janeiro, 2006.

BORGES, C. C.; MAGALHÃES, S. A. **Laços intergeracionais no contexto contemporâneo**. Estudos de Psicologia, UCRJ, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2011000200008> Acesso em 10/04/15.

BORGES, I. **Cidades de portas fechadas: A Intolerância Contra os Ciganos na Organização Urbana na Primeira República**. UFJF, Juiz de Fora, 2007.

BRASIL. Decreto n. 6.040/2007 07/02/2007, de 07 de fevereiro de 2007. **Institui a política nacional de desenvolvimento sustentável dos povos e comunidades tradicionais.**
Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm> Acesso em 11/05/2015.

CAMPOS, C.J.G. **Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília (DF), 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf> Acesso em 28/10/15.

COSTA, E. M. L.; **Ciganos em terras brasileiras**. In: Revista de História da Biblioteca Nacional, ano 02, n. 14, nov. 2006. Disponível em: <http://www.revistadehistoria.com.br/secao/capa/ciganos-em-terras-brasileiras> Acesso em 05/10/2014.

DICIONÁRIO PRIBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA, 2008-2013. Disponível em: <http://www.priberam.pt/DLPO/degredo> Acesso em 04/10/2015.

DURANTE, D.S. **Ciganos nas terras do Espírito Santo Representações sócio-políticas (1870-1936)**. Dissertação de Mestrado UFES, 2014. Disponível em: <http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_5852_pesquisa.pdf> Acesso em 18/11/15.

FAZITO, D. **A identidade cigana e o efeito de "nomeação":deslocamento das representações numa teia dediscursos mitológico-científicos e práticas sociais**. Revista de Antropologia, São Paulo, USP, 2006.

FREIRE, P. **Conscientização**. Ed. Moraes, São Paulo, 1980.

GASPARETTO JUNIOR, **A. História Moderna**. Info Escola. 2006-2015. Disponível em: <http://www.infoescola.com/historia/historia-moderna/> Acesso em: 09/09/15

GEIGER, P. **Dicionário Contemporâneo da Língua Portuguesa.** Lexikon Editorial, Rio de Janeiro, 2011.

GERSCHENFELD, A.A **diáspora dos ciganos começou há 1500 anos no Noroeste da Índia**. Jornal Público. Lisboa, Portugal, 2012. Disponível em: <http://www.publico.pt/ciencia/noticia/a-diaspora-dos-ciganos-comecou-ha-1500-anos-no- noroeste-da-india-1576501>Acesso em 08/04/15.

GIANNI CARTA. **O cigano *vs.* Sarkozy.** Revista Carta na Escola, Ed. 51, Confiança, 2010.

LAPLANTINE, F. **O campo e a abordagem antropológicos.** In_____. Aprender Antropologia, Brasiliense, São Paulo, 1988.

LUBISCO, N. **Manual de estilo acadêmico**. 5ª ed. EDUFBA, Salvador, 2013.

MAILHIOT, Gérald Bernard. **Dinâmica e gênese dos grupos: atualidade das descobertas de Kurt Lewin**. 7. Ed. Livraria Duas Cidades, São Paulo 1991.

MENDIZABAL I., VALENTE C., GUSMÃO A., ALVES C., GOMES, V. et al. ***Reconstructing the Population History of European Romani from Genome-wide Data. Current Bioloy***, 2012. Disponível em: <http://www.cell.com/current-biology/abstract/S0960-9822%2812%2901260-2> Acesso em 10/04/2015.

MIÉRCOLES. **Lanzan una campaña para que la RAE cambie ladefinición de gitano**. El Periódico Sociedad, 2015. Disponível em: <http://www.elperiodico.com/es/noticias/sociedad/lanzan-una-campana-para-que-rae-cambie- definicion-gitano-4081800> Acesso em 30/08/15.

Ministério da Educação. **Escolas receberão orientações para atendimento aos ciganos.** Brasil, 2015. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/component/content/article?id=21352:escolas-receberao-orientacoes- para-atendimento-aos-ciganos> Acesso em 18/11/2015.

MOONEN, F. **A História esquecida dos ciganos no Brasil**. Seculum Revista de História, UFPB João Pessoa, 1996. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/srh/article/view/11192/6329> Acesso em 05/10/2014.

_____. **Anticiganismo: os ciganos na Europa e no Brasil**. 3ª edição digital revista e atualizada. Recife, 2012. Disponível em: <http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pacto_nacional_em/anticiganismo.pdf>. Acesso em 28/09/2014.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Ed. Vozes, Petrópolis 2003.

_____. **Textos em Representações Sociais.** Ed. Vozes, Petrópolis, 2003.

MORESI, E. **Metodologia da pesquisa.** UFES, Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.inf.ufes.br/~falbo/files/MetodologiaPesquisa-Moresi2003.pdf> Acesso em 20/10/2015.
NOGUEIRA, C. B. E. **Pagodes do Diabo Sociedade e religião hindu na Goa portuguesa**. Dissertação de Mestrado, UFF, Niterói, 2012. Disponível em: <http://www.historia.uff.br/stricto/td/1582.pdf> Acesso em 10/09/2015.

PAGANINE, C. **Tradição e Interpretação: Uma perspectiva Heumenêutica**, UFSC, Florianópolis, 2006. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Cc1BNABfBH4J:https://periodicos.uf sc.br/index.php/scientia/article/download/12945/12071+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> Acesso em 15/06/15.

PEREIRA, A. B. B. **Etnografia da India Portuguesa. As civilizações da Índia**. Asian Educational Services, New Delhi, 1991. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=w1jteqvtCcYC&pg=PP7&lpg=PP7&dq=etnografia+da+indi a+portuguesa&source=bl&ots=B88Wh3y0Ys&sig=8pbm9IvQQu2vVc7V0qUbjn3MtsQ&hl=ptBR&sa=X&ved=0CCMQ6AEwAWoVChMIkNKO0IWuyAIVBhqQCh3UPwTE#v=onepage&q=etn ografia%20da%20india%20portuguesa&f=false> Acesso em: 15/09/2015.

PEREIRA, B. B. J. **Os imigrantes na construção histórica da pluralidade étnica brasileira**. Revista USP, São Paulo, 2000. Disponível em: <http://www.usp.br/revistausp/46/01- joaobaptista.pdf>. Acesso em 28/09/2014.

PEREIRA, C. C. **Ciganos: A oralidade como defesa de uma minoria étnica**. Disponível em: <http://www.lacult.org/docc/oralidad_04_34-39-ciganos-a-oralidade.pdf> Acesso em 30/05/15.

PEREIRA, E. C. R.; JOHN, M. V. **A venda da fé pela mídia: análise do discurso religioso apresenta dono programa de TV da Igreja Mundial do Poder de Deus**. Revista Anagrama, São Paulo, 2015. Disponível em:<http://www.revistas.univerciencia.org/index.php/anagrama/article/viewFile/8879/8054>.
Acesso em: 05/06/15.

PÓVOA NETO, H. **Anatomia de um povo desprezado.** Revista Carta na Escola, ed. 51, Confiança, 2010.

PRIORE, M.; VENANCIO, R. **Uma breve História do Brasil**. Planeta do Brasil, São Paulo, 2010. Disponível em: < http://portalconservador.com/livros/Renato-Venancio-Uma-Breve- Historia-do-Brasil.pdf> Acesso em: 09/10/2015.

RAMANUSH, N. **Nossa História contada por nós**. Embaixada Cigana, São Paulo, 2011.

ROSSONI, S. **Relações interétnicas: Interação e tensões entre identidade e alteridade cultural**. Revista de Ciências Humanas Educação, URI, Rio Grande do Sul, 2002.

SIFUENTES, R.T. **Mulheres indígenas Xerentes: narrativas culturais e construção dialógica da identidade.** Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Brasília, 2007.

SILVA, E; MENEZES, E. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. UFSC, Florianópolis, 2005. Disponível em: <http://www.convibra.com.br/upload/paper/adm/adm_3439.pdf> Acesso em 08/12/2014.

SPINK, M. J. **Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria.** In

---

.
O conhecimento no cotidiano. Ed. Brasiliense, São Paulo, 1993.

TAYLOR, J. L. ***Portuguese-English Dictionary.*** Ed. 13, Record, 2000.

TEIXEIRA, R. C. **História dos ciganos no Brasil.** Núcleo de Estudos Ciganos, Recife, 2008.

THATCHER, V. S. ***The new Webster Encyclopedic Dictionary of the English language.*** Ed. Comolidated Book publishers, 1970.

TOLEDO, L.F; **Para antropólogo, falta representatividade cigana na política**. Estadão Brasil, São Paulo, 2015.

UM OLHAR SOBRE O ABANDONO: ESTUDO DE CASO DE UM ADOLESCENTE INSTITUCIONALIZADO NA INFÂNCIA

Fernanda Trindade do Nascimento
Maiara Victória Gomes de Almeida
Ilana Figueiredo Brandão
Mariana Leonesy da S. Barreto

RESUMO

O abandono de crianças no Brasil trata-se de um problema social presente desde o período colonial, segundo o IBGE (2010) cerca de 80 mil crianças vivem em abrigos regulamentados no Brasil, diante do fato essa pesquisa buscou-se compreender o abandono sob a ótica de um adolescente desamparado e institucionalizado. Para entender realizou-se um panorama da história do abandono no Brasil, desde o período colonial até os dias atuais, elencando condições da institucionalização de crianças. Os objetivos tiveram embasamento teórico sob a Teoria da Cognição Social (Ramires, 2003) articulada com o Modelo de Funcionamento Interno de John Bowlby (1969/1990). São os objetivos secundários: analisar a experiência na condição de abrigado, sua autopercepção frente à situação de abandono e a relação da institucionalização com suas representações acerca deste fenômeno. Foi realizado um estudo de caso de natureza qualitativa, sendo os instrumentos Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, questionário sócio-demográfico e entrevista semiestruturada. Na análise houve uma pré-análise, transcrição e categorização do conteúdo da fala de acordo com a proposta de Bardin (2011), seguido do tratamento dos resultados. Sendo então encontradas três categorias que dizem respeito à concepção do abandono, a vínculos afetivos e autopercepção, e três subcategorias correspondentes a essas categorias, conclui-se que o adolescente se percebe ainda como rejeitado apesar de sua superação e de seus vínculos estabelecidos, diante do fato surge a problemática: em que a psicologia ainda pode contribuir juntamente ao estado de direito e políticas públicas a fim de contribuir para uma outra auto-percepção frente a dadas circunstâncias?

Palavras-chave: Institucionalização; abandono infantil; representações do abandono

ABSTRACT

Abandonment of children in Brazil it is a social problem present since the colonial period, according to IBGE (2010) about 80 000 children live in regulated shelters in Brazil, given the fact that research sought to understand the abandonment under the perspective of a helpless and institutionalized adolescents. To understand held an overview of the history of abandonment in Brazil since the colonial period to the present day, listing conditions of the institutionalization of children. The objectives were theoretical basis under the Theory of Social Cognition (Ramires, 2003) combined with the Internal Working Model of John Bowlby (1969/1990). They are the secondary objectives: to analyze the experience in sheltered condition, their self-perception against the abandonment of the situation and the relationship of institutionalization with its representations about this phenomenon. We conducted a case study of a qualitative nature, with the tools and Informed Consent, socio-demographic questionnaire and semi-structured interview. In the analysis there was a pre-analysis, transcription and categorization of content of speech in accordance with the proposal of Bardin (2011), followed by treatment of the results. And then found three categories that concern the design of abandonment, emotional bonds and self-perception, and three sub-categories corresponding to these categories, it is concluded that the adolescent is still perceived as rejected despite its resilience and its established links before the fact arises the problem: that psychology can also help along the rule of law and public policy to contribute to another self-perception across the given circumstances?

Keywords: Institutionalization; child abandonment; abandonment of representations

INTRODUÇÃO

O Abandono de crianças no Brasil trata-se atualmente de um problema social, segundo o IBGE (2010), cerca de 80 mil crianças vivem em abrigos regulamentados no Brasil citando como os principais motivos: carência financeira da família, abandono, doença dos pais, prisão dos pais ou responsáveis, orfandade, abuso sexual, mendicância e violência doméstica. Segundo Del Priore (2000), esta prática não é um evento recente, o abandono de crianças acontece no país desde o período colonial, dada as circunstâncias de miséria, vulnerabilidade social, emocional e/ou psicológica,

os familiares visando garantir a sobrevivência dos filhos depositavam os menores em igrejas, conventos e orfanatos.

Por meio dessa pesquisa buscou-se compreender o abandono sob a ótica de um adolescente que após ser desamparado na infância habitou em uma instituição acolhedora de menores abandonados. Para melhor entender esses aspectos, realizamos um breve panorama da história do abandono no Brasil, resgatando desde os contextos históricos no que tange ao período colonial até os dias atuais, elencando ainda condições da institucionalização de crianças. Todos os objetivos tiveram embasamento teórico sob a luz da Teoria da Cognição Social (Ramires, 2003) articulada com o Modelo de Funcionamento Interno do teórico John Bowlby (1969/1990), uma vez que sua teoria foi norteada pela condição de abrigo na qual se encontrava as crianças.

Conforme previsto no "caput" do artigo 133 do Código Penal, caracteriza-se como incapaz qualquer pessoa que não possui condições de se defender dos riscos resultantes do abandono. Segundo Kossobudzki e Weber (*apud*. SILVA, 2001) há diferentes definições de abandono nas diversas áreas do conhecimento (psicologia, sociologia e direito), sendo que todas têm em comum a preocupação em respeitar e tornar visível a necessidade da criança. Abandonada é a criança ou adolescente não assistida pela família, que não tem uma relação de continuidade com a família, mesmo que esteja em uma instituição de abrigo.

No dicionário Aurélio (2001) o abandono se constitui na ação ou efeito de abandonar, desamparar, desprezar, desistir e renunciar. Em termos jurídicos, a definição de abandono proposta por Rodrigues (1993) consiste que criança abandonada não apenas aquela concretamente separada dos pais ou de um deles, mas aquela que, mesmo estando em companhia dos pais, é submetida a maus-tratos ou não é atendida em seus direitos mais essenciais como ser humano. Tendo por base esse conceito, o problema de pesquisa consiste em compreender o abandono para esse adolescente que passou pela situação de institucionalização após ser abandonado na infância. A pesquisa é do tipo estudo de caso, um método qualitativo.

A criança que é institucionalizada em uma casa de abrigo passa por uma experiência que inevitavelmente envolve perdas, onde a passagem pela institucionalização é muito intensa e difícil para todos os envolvidos, em especial para a criança abandonada (MAZORRA, TINOCO, 2001). O interesse por esse estudo

surgiu a partir de experiência com crianças institucionalizadas, que perderam sua família de origem por abandono. Há uma necessidade de pesquisas na área a fim de propor caminhos viáveis que facilitarão essa experiência para as crianças em situação de abrigo. Segundo Mazorra e Tinoco (2001) é comum observar nestas crianças reações, tais como choro, tristeza, depressão, raiva, culpa, relutância em aceitar coisas novas, apatia, isolamento, queda no rendimento escolar, hiperatividade, dificuldade de concentração, somatizações, problemas de sono e de alimentação. Trata-se de reações normais de enlutamento diante das perdas sofridas e que precisam ser acolhidas e entendidas como tal, contudo falta prática que visem minimizar tais efeitos, sendo possível através do conhecimento acerca da realidade que o cercam e como ela experienciada.

MARCO TEÓRICO

O abandono de crianças no Brasil

Civiletti (1991) no capítulo “Sobre o abandono de crianças escravas” traz um contexto histórico e fatos referentes ao Brasil Colônia. Neste período, algumas moças de família a faziam a fim de manter a honra da família, outros devido à falta de recursos ou quando o bebê nascia com deficiência. Deste modo, conclui-se que no Brasil sempre existiu o abandono de crianças. Os locais onde provavelmente essas crianças seriam recolhidas eram conventos e igrejas. O contexto fez surgir uma nova modalidade de enjeitar os bebês, denominado de “roda dos expostos”. Assim, durante a madrugada os familiares que não desejavam cuidar de seus filhos depositavam e os responsáveis pela instituição viam e recolhiam, sem ter nenhum tipo de contato direto com a família. Infelizmente não é possível quantificar as crianças abandonadas, uma vez que não há registros.

A roda não surgiu para esta finalidade, elas estavam instaladas em asilos, conventos e outras instituições que viviam de caridade, esmola. Deste modo, as pessoas depositavam alimentos, dinheiro e vestimentas como doação. Porém, as mães confiando na caridade das freiras colocavam seus bebês para que fossem criados. Como a prática se tornou muito comum, foi feita uma roda especial que confortasse melhor as crianças, surgindo então às rodas dos expostos. No Brasil, elas começaram a serem instaladas a partir do século XVIII, sendo a primeira na Bahia, seguida de Rio de Janeiro e São Paulo. Contudo, diferente do que pensavam as mães

ao dar seus bebês, o óbito de crianças nessas instituições era alarmante, tendo como motivo as mais diferentes causas, tais como: falta de alimentação, doenças agudas e crônicas.

Segundo Ariés (1981), as instituições que abrigam abandonados ganham então um novo status na sociedade, pois os pais na finalidade de punir os filhos que apresentavam comportamentos indesejados utilizavam essas instituições. Além disso, em 1850 a Igreja Católica assume um papel importante trazendo freiras da França para organizar os asilos, além de introduzir o ensino de religião. Entretanto, recentemente no país, a criança foi reconhecida como um ser, com suas particularidades, que têm direitos, o instrumento utilizado foi a promulgação da Lei nº 8.069, em 13 de julho de 1990 que dispõe o ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), onde:

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

> Toda criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio da sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes. (Art. 19)

Esses dois artigos vão à contramão no que se refere ao abandono, pois em um contexto marcado por pobreza se encontra a maioria dos casos de abandono de crianças: o abandono pela negligência ou o abandono em locais públicos e/ou privados tendo como fatores causais a proibição legal do aborto, miséria, falta de informação ou “ilegitimidade”. Com isso, as crianças são encaminhadas para locais assistenciais como abrigos, associações, instituição de caridade. Sendo assim, diante da realidade instaurada, a institucionalização de crianças surge como uma tentativa de solucionar a problemática de crianças e adolescentes abandonados. Porém, tal tentativa vem sendo ineficaz, uma vez que não possibilita nenhum tipo de reabilitação para os familiares ou para as crianças/adolescentes. O que ocorre é uma exclusão da convivência familiar e comunitária, apesar de ser um direito assegurado por lei conforme citado.

Modelo de Funcionamento Interno (Teoria do Apego)

O sistema de comportamento de apego é complexo e, com o desenvolvimento da criança, passa a envolver uma habilidade de representação mental, denominada modelo interno de funcionamento, que se refere a representações das experiências da infância relacionadas às percepções do ambiente, de si mesmo e das figuras de apego (BOWLBY, 1969/1990; 1973/1980). Segundo o autor, as representações mentais têm forte relação com as vivências do sujeito. Deste modo, ao passar por um fato, o indivíduo constrói a partir de sua percepção algo que tenha referência com sua experiência. Ele afirma ainda, que com a idade e o desenvolvimento cognitivo, as representações sensório-motoras das experiências de uma base segura na infância é que dão origem à representação mental, por meio de um processo no qual a criança constrói representações cada vez mais complexas (BOWLBY, 1969/1990).

Desta forma, a criança constrói um modelo representacional interno de si mesma, dependendo de como foi cuidada. Mais tarde, em sua vida, esse modelo internalizado permite à criança, quando o sentimento é de segurança em relação aos cuidadores, acreditar em si própria, tornar-se independente e explorar sua liberdade (BOWLBY, 1989). Por não ter uma figura parental próxima, as crianças abandonadas ao residirem no abrigo criam um vinculo com seus cuidadores.

Cognição Social e Teoria do Apego

A cognição social corresponde a uma interseção de diferentes áreas como a perceptiva, emocional, social, da personalidade e do desenvolvimento, salientando que há uma relação mútua entre o desenvolvimento e as demais áreas citadas devido à influência que exerce (RAMIRES, 2003). É de conhecimento da Psicologia o entrelaçamento entre o afeto e a cognição, sendo estes inseparáveis da vida social humana. Deste modo, para compreender a concepção do entrevistado acerca de sua vivência de abandono, é que se fez necessário articular conceitos da teoria do apego, com a sua contribuição sobre como se constroem e se vivencia determinados vínculos.

Segundo Lamb e Serrod (*apud.* RAMIRES 2003), a cognição social é a forma através da qual os indivíduos percebem e compreendem outras pessoas. Contudo, a cognição social teve uma definição mais completa onde se ampliou o conceito para além das relações humanas, objetos e eventos sociais. Sendo assim, a cognição social passou a envolver a compreensão das relações entre os próprios sentimentos,

pensamentos e ações. A definição mais completa de cognição social está intimamente relacionada com os vínculos afetivos, pois “abrange a percepção inferências sobre outras pessoas, envolvendo a compreensão das relações deles próprios, de seus sentimentos e ações” (RAMIRES, 2003, p. 404).

A cognição social reconhece a criança ativa e interativa, atribuindo a ela um papel construtivo no seu desenvolvimento. O conceito de “modelos representacionais”, ou “modelos funcionais” de Bowlby (1969/1990) auxilia na compreensão no processo de auto-conceituação. O conceito de modelos representacionais internos estabelece uma intersecção importante entre os conteúdos da teoria do apego e da teoria da cognição social. Da mesma forma que a cognição social envolve a compreensão sobre as pessoas, suas ações e a relação entre os próprios sentimentos, pensamentos e ações, os modelos representacionais internos formulados por Bowlby têm uma abrangência semelhante (RAMIRES, 2003).

Baldwin (1996*, apud*. RAMIRES, 2003) propõem uma conceitualização dos modelos representacionais de apego, da perspectiva da teoria da cognição social, sugerindo que as pessoas possuem “esquemas relacionais” que correspondem a determinadas orientações de apego, e que a relativa disponibilidade e acessibilidade desse conhecimento delineia seus pensamentos sobre os relacionamentos. Os processos sociais contribuem para manter ou modificar os modelos representacionais internos de relacionamento. E conclui que tais modelos podem não ser tão “internos”.

MÉTODO

Tipo de pesquisa

A metodologia empregada é um estudo de caso de natureza qualitativa descritiva, uma vez que exploram todos os aspectos da experiência subjetiva, onde os fenômenos estudados foram norteador da pesquisa. O estudo de caso foi empregado na pesquisa porque este considera aspectos particulares de cada individuo, retratando mais fielmente a realidade.

Participantes

Foi entrevistado um adolescente abandonado por seus pais no período da infância. Este passou então a habitar uma instituição da qual ele faz parte atualmente como voluntário. A partir dos critérios previamente estabelecidos que consistiam em: ser abandonado na infância, período que compreende dos 02 aos 12 anos, ter habitado uma instituição ou viver em situação de abrigo por um período superior a

dois anos. Então a Associação indicou um adolescente que se encaixou e ele aceitou. O participante da pesquisa será identificado pela letra J seguida de sua idade, permanecendo J19. Este vive na instituição desde os 11 anos de idade permanecendo lá como menor abrigado até os 18 anos.

Instrumentos:

Como instrumento de coleta de dados foi aplicado primeiramente um questionário sóciodemográfico, sendo este utilizado para obter dados referentes a aspectos de sua vivência. Neste questionário foram formuladas 16 questões, com informações pessoais acerca do sexo, escolaridade, tempo em situação de abrigo, motivo do abandono, se há contato com os familiares e etc. Posteriormente, foi utilizada uma entrevista semiestruturada, com perguntas voltadas a percepção do abandono, a vivência institucionalizada, vínculos afetivos e invisibilidade social, por que durante as pesquisas esses conteúdos apareceram fortemente, sendo a entrevista composta por 19 questões abertas, destas 12 foram previamente estabelecidas. Em termos éticos, foi solicitado ao participante que analisasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) utilizando ainda para a entrevista o gravador, caneta e impressão do questionário sóciodemográfico.

PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS:

Entrando em contato com o adolescente, lhe foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) contendo todas as informações úteis ao entrevistado do que consiste a pesquisa. A coleta de dados se deu com a aplicação do questionário sóciodemográfico por ser menos subjetivo, posteriormente foi realizada a entrevista. O questionário sóciodemográfico foi aplicado oralmente conforme a vontade do participante e gravados conforme autorização. Logo em seguida foi aplicada a entrevista semiestruturada onde J19 se prontificou respondendo as perguntas, e fornecendo muitos dados referentes ao que estava sendo questionando, sendo desnecessárias muitas intervenções a fim de obter mais informações.

PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS:

A análise de dados segue a proposta de Bardin (2011). Deste modo, a entrevista foi transcrita, seguida de uma pré-análise. Nesta, organizou-se o material a

ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. (BARDIN, 2011). Após esta análise minuciosa, foi possível codificar e recortar categorias que se predominam relevantemente nas falas analisadas, criando ainda subcategorias no conteúdo estudado e exemplos por meio das unidades. Os resultados obtidos culminaram da terceira fase da análise de conteúdo que diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Com isso encontraram-se as categorias conforme pode se verificar na tabela

Tabela 1 – categorias e subcategorias estabelecidas na análise.

Categorias	Subcategorias
Vínculos afetivos	• Com os familiares • Com a Instituição • Com os colegas em situação de abrigo
Autopercepção	• Vulnerabilidade • Invisibilidade social • Resiliência
Concepção do abandono	• Liberdade • Maldade • Oportunidade

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Compreender a concepção do abandono pela ótica de um adolescente desamparado na infância foi à busca da presente pesquisa, entendendo este dentro de um contexto de institucionalização. Buscou-se compreender o abandono através das categorias de significados e percepções que emergiram na entrevista realizada com o adolescente. Estas culminam em autopercepção, concepção do abandono e vínculos afetivos estabelecidos pelo adolescente com a Instituição, com os familiares e com os colegas em situação de abrigo.

Segundo Bowlby (1969) ao se adquirir a linguagem, o individuo está habilitado a construir modelos funcionais de como esperar que o mundo físico se comporte, como a mãe e outras pessoas significativas poderão se comportar, acerca dela mesma e das interações entre todos. Estes modelos influenciam na percepção e na

avaliação e podem ser mais ou menos válidos ou distorcidos. Deste modo, J19 mesmo sem ter aprendido a ler e escrever tem um modelo, um papel do que venha a ser mãe, da representatividade desta no meio social e na sua individualidade. Assim, essa representação negativa elaborada por ele acerca de seus pais o conduziu a atitudes que permitiu que ele se tornasse um menor abandonado.

A criança segundo Miller (1997) deve ser levada a sério em todos os seus aspectos, sendo considerados seus sentimentos, suas sensações e suas manifestações desde recém-nascida. O ideal citado pela autora corresponde a uma utopia do adolescente no período da infância, pois esta situação só foi possível de ser realizada a partir de quando ele habitou na Instituição que lhe forneceu muito mais que abrigo, preenchia algumas lacunas que seus pais lhe haviam deixado.

O modelo de funcionamento interno articulado com a Teoria da Cognição Social bem como a metodologia de Bardin, permitiu atingir o objetivo geral e específico da pesquisa. Nessa perspectiva trabalhada, conclui-se que os campos afetivo, social, cognitivo, psicológico são fundamentais na caracterização de processos mentais e formação de representações de pessoas, ações e situações.

Sabe-se que os resultados encontrados não se aplicam a grande maioria dos adolescentes que vivenciaram o abandono, até porque o modo de vivenciar determinadas experiências é subjetivo e individual, cada um percebe de uma maneira, isto devido aos vínculos formados ou o nível de maturidade de cada um. As categorias: vínculos afetivos, autopercepção e concepção do abandono caracterizam o objeto de estudo, sendo estas categorias bastante evidentes nas falas do adolescente. Estas categorias foram subdivididas, tendo então: Vínculos afetivos (com a Instituição, Com os familiares e com os colegas em situação de abrigo); Autopercepção (Vulnerabilidade, Invisibilidade social e Resiliência) e Concepção do abandono (Liberdade, Maldade e Oportunidade).

Apesar do abandono de crianças ser uma prática comum desde o período colonial, poucas são as políticas públicas voltadas para esse público. Em contrapartida, a Instituição, onde J19 conviveu durante 07 anos na condição de menor abandonado, tem uma prática diferenciada dos demais abrigos brasileiros, além de ter uma ótima estrutura física dispõe para as crianças e adolescentes um cuidado especial, com serviço de qualidade, ofertando o básico que o ECA dispõe como educação, saúde e lazer e inclusão na comunidade que habitam. Deste modo, a

experiência do adolescente com a institucionalização foi eficaz tanto para ele, quanto para sua irmã, pois a qualidade depende apenas que se tenha um olhar diferenciado para com os abandonados pelo Brasil.

O participante da pesquisa apesar de ter se superado, tendo conquistas como educação, deixar as drogas e se reestruturar, ele ainda se percebe na condição de rejeitado. O fato evidencia que apesar de um ambiente propício, com bons cuidadores e um bom estabelecimento de vínculos afetivos, este não foi suficiente para que J19 se autopercebesse de maneira diferente. Apesar de atingir o objetivo da pesquisa que consistia em compreender o abandono pela ótica de um adolescente desamparado na infância, há uma perspectivas de futuras pesquisas a fim de compreender profundamente como se dá a construção da concepção de modelos representacionais, articulando o conceito formado pelo individuo com as diversas esferas de sua vida, seja emocional, intelectual, profissional, cognitiva, enfim que venha somar quanto a compreensão deste fenômeno social.

REFERÊNCIAS

ARIÉS, P. **História Social da criança e da família**. 2ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1981.

BARDIN, L.(2011). **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70.

BOWLBY, J. (1990). **Apego e perda: Apego, a natureza do vínculo** (Vol1, 2ª ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1969)

_____ (1997). **Formação e rompimento dos laços afetivos** (3ª ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1979)

_____ (1989). **Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1988)

BRASIL. *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre *o* **Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Diário Oficial da União, 13 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L8069.htm>. Acesso em 20/04/2014

CIVILETTI, Maria Vitória Pardal. **"O cuidado às crianças pequenas no Brasil Escravista"**. In *Cadernos de Pesquisa*. São Paulo, nº 76, pp. 31-40, fev./91.

CIVILETTI, M. V. P. **Sobre o abandono de crianças escravas. "O cuidado às crianças pequenas no Brasil Escravista**". In *Cadernos de Pesquisa*. São Paulo, nº 76, pp. 31-40, fev./91

DEL PRIORE, M. **Histórias das crianças no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2000

DE SÁ PINTO TOMÁS, Júlia Catarina **A invisibilidade social, uma perspectiva fenomenológica**. Sociologia do imaginário Université Paul-Valéry - 2008

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001, p. 02.

GUARESCHI, N.; BRUSCHI, M. F. **Psicologia Social nos Estudos Culturais: perspectivas e desafios para uma nova psicologia social.** Porto Alegre: Vozes, 2003

JusBrasil. Art. 133 do Código Penal - **Decreto Lei 2848/40 JusBrasil.** Página visitada em 04 de agosto de 2014.

MILLER, A. *O* **drama da criança bem dotada: como os pais podem formar (e deformar) a vida emocional dos filhos**. São Paulo: Summus, 1997.

RAMIRES, V. (2003) **Cognição social e teoria do apego: Possíveis articulações. Psicologia***: Reflexão e Crítica*, vol. 16, nº 2, pp. 403-410.

REIRE, F. (Org.). **Abandono e adoção: contribuições para uma cultura da adoção***.* 20. ed. Curitiba: Associação Brasileira Terra dos Homens; Vicentina, 2001.

RODRIGUES, S. **Direito civil, direito de família**, 6. São Paulo: Saraiva, 1993

SILVA, S. R. M. da. **Abandono: uma agressão aos direitos da criança**, 2001.

SIQUEIRA L. Aparecida. Malandrini Andriatte Aparecida. **Um estudo observacional sobre o vínculo afetivo de bebês abrigados em instituições** Boletim de Iniciação Científica em Psicologia – 2001, 2(1): 8-25

WEBER, L. N.; KOSSOBUDZKY, Helena. **Filhos da solidão: institucionalização, abandono e adoção.** Curitiba: Secretaria da Cultura do Estado do Paraná, 1996.

TRINDADE. J. M. B. **O abandono de Crianças ou a negação do óbvio**. Revista Brasileira de História, São Paulo, v. 19, n. 37, p. 35-58, set 1999. Disponível em: <http:WWW.scielo.br>. Acesso em: 15 mar. 2014.

5. CARTA FINAL DA I MOSTRA DE PRÁTICAS EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS NA BAHIA

> *"Animar significa botar alma, dar a vida. Imprimir a cada passo coragem, entusiasmo, luzes, cores. É tempo de avançar, seguir em frente. Espalhar em toda a terra boas sementes, que o futuro nos espera com as flores."* (Ademar Bogo, Carta de Amor n. 63)

Na plantação, em terra que tudo dá, não basta ter solo e semente para plantar. É preciso também ter semeadora para semear. Semeadora sozinha não faz semente germinar. Plantação para vingar precisa do sol, do ar, da água, do cuidado e paciência durante o tempo da espera. Às semeadoras cabem, além do cuidado e da paciência, o ânimo e a aposta de que a semente vai florear. E foi apostando na Mostra de Práticas como uma plantação de flores, que o GTPP, no solo fértil do CREPOP, reuniu semeadoras.

A Mostra que hoje é campo florido, em agosto de 2015 foi semente. Semente de inquietação, semente de encontro, semente de desejo, semente de compromisso, semente de transformação. E concordando com Bogo que para ter novos tempos, "tempos mais felizes, é preciso semear novas sementes. Cultivá-las para que cresçam independentes e que escondam as vergonhas e todas as cicatrizes", foi que chegamos à síntese do tema "10 anos de CREPOP: pela garantia de direitos e o compromisso ético-político da profissão". Tomando como diretriz para a construção do evento o projeto educativo emancipatório, onde não cabem a trivialização e o conformismo com a opressão, o silenciamento e a neutralidade, foi pensado um evento onde o protagonismo pudesse ser vivenciado e experimentado por todas: a comissão organizadora, as monitoras, as convidadas de mesa, as mediadoras de rodas de conversa e as participantes.

Assim como para plantar precisa de sol, água e ar, foi preciso a Mostra em eixos temáticos estruturar. E fizemos os temas da interdisciplinaridade, do compromisso ético-político e da Psicologia na comunidade o sol, a água e o ar da I Mostra.

Com 105 trabalhos submetidos e uma comissão científica composta por doze profissionais ambas de diferentes lugares da Bahia, foi possível experimentar um método de avaliação dos trabalhos mais próximo com o que diz o projeto educativo

emancipatório. Construindo uma avaliação problematizadora que ultrapassou os limites dos pareces de aprovação, esta teve como tônica a ponte de diálogo entre as avaliadoras, as proponentes dos trabalhos e as mediadoras das rodas de conversa. As rodas, compostas por trabalhos que compartilharam um campo comum, partiram das práticas apresentadas, que serviram como disparadores para reflexões e construções acerca do projeto ético-político para a profissão.

Foram seis momentos de rodas de conversa, totalizando 23 rodas, com temas que versaram sobre as políticas de saúde, de educação, assistência social, sistema prisional, medidas sócio-educativas, além de temas acerca da garantia de direitos, a relação com o terceiro setor, formação, controle social e militância. As mesas temáticas reuniram temas estruturais da Mostra, partindo de uma análise política da conjuntura, discutindo a inserção e o papel da Psicologia nesta, o compromisso ético-político e a produção de subjetividades, atentando para os processos de humilhação social, humilhação política e humilhação racial; a interdisciplinaridade como um paradigma de atua-ção e forma-ção para o campo público, e o lugar político e social de referenciar a prática.

Se a cabeça pensa onde os pés pisam, é preciso saber de onde partem as idéias que argumentamos e sustentamos. Conhecer sua genealogia e quem as pensa, fala e reproduz. Por isto, conversar sobre e com quem tem produzido se faz importante. Esta importância cresce e se amplia quando o conhecimento produzido e a pessoa que o produz pisam no mesmo chão que pisamos.

Olhando para à Mostra como campo florido, é preciso ter em vista que todo campo de flores é também campo de sementes. A beleza de agora nos convoca para semear o futuro. A Mostra foi e nos deixa a mensagem que “é o momento do conhecimento cuidar. É o lugar de semear e cultivar; enquanto a história anda devagar” (BOGO, 2007).

Salvador-BA, 12 de agosto de 2016.

Plenária da I Mostra de Práticas em
Psicologia e Políticas Públicas na Bahia.

6. MOÇÃO DE APELO

As psicólogas e estudantes de Psicologia, participantes da I Mostra de Práticas em Psicologia e Políticas Públicas na Bahia, realizada nos dias 10, 11 e 12 de agosto de 2016 em Salvador-BA, vêm, por meio desta, fazer um apelo À importância e necessidade da ampliação das discussões nos âmbitos do Conselho Regional de Psicologia e dos Conselhos Municiais e Estadual de Saúde do estado da Bahia sobre os desafios para o reconhecimento e implementação do Acompanhamento Terapêutico enquanto tecnologia leve de cuidado e dispositivo da clínica ampliada nos contextos de atuação profissional na rede pública de saúde e saúde mental no nosso Estado.

Salvador-BA, 12 de agosto de 2016

Plenária da I Mostra de Práticas em
Psicologia e Políticas e Públicas na Bahia