

VII Prêmio Margarete de Paiva Simões Ferreira

EXPERIÊNCIAS EM PSICOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS

Caderno de trabalhos 2015

Eixos Temáticos:

- Vivência da Psicologia nas Políticas Públicas
- Diversidade dos Campos de Atuação da Psicologia
- A Prática da Psicologia em Equipes Multiprofissionais

**Experiências em Psicologia
e Políticas Públicas**

Experiências em Psicologia e Políticas Públicas

Caderno do VII Prêmio Margarete
de Paiva Simões Ferreira



Conselho Regional de Psicologia
do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro,
2015

Conselho Regional de Psicologia 5ª Região, Rio de Janeiro

Organização do Prêmio Agnes Cristina da Silva Pala, Juliana Silva Drummond,
Zarlete da Silva Faria e Helen Cristian de Vasconcelos Manhães.

Projeto Gráfico e Capa Julia Lugon

Editora Presidente Agnes Cristina da Silva Pala

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Experiências em Psicologia e políticas públicas / Conselho Regional de Psicologia do
Rio de Janeiro - (2015). Rio de Janeiro, CRP 05, 2015.

Caderno Anual, nº 7, ano 2015

ISSN 2175-1072

1. Psicologia 2. Políticas públicas I. Conselho Regional de Psicologia do Rio de
Janeiro

CDD 150

SUMÁRIO

EDITORIAL 7

Eixo 1 - Vivência da Psicologia nas Políticas Públicas

1º LUGAR - CATEGORIA PROFISSIONAL

Práticas de cuidado de si: resistências às capturas operadas pelos manicômios concretos e/ou mentais 11

Livia Cretton Pereira

2º LUGAR - CATEGORIA PROFISSIONAL

Relato de uma experiência no contexto das políticas públicas: lição de uma aposta possível 29

Aline Lima Tavares e Sonia Alberti

1º LUGAR - CATEGORIA ESTUDANTE

Atenção à crise na clínica das toxicomanias: Impasses e possibilidades no manejo clínico 45

Alfredo da Conceição Chamma

2º LUGAR - CATEGORIA ESTUDANTE

A loucura infantil e a desinstitucionalização: contribuição da reforma psiquiátrica para a prática do psicólogo no CAPSi 59

Alessandra Lima de Almeida

Eixo 2 - Diversidade dos campos de atuação da Psicologia

1º LUGAR - CATEGORIA PROFISSIONAL

Escola e desejo: reflexões sobre Ética e Psicanálise 71

Lina Pinheiro Petraglia

2º LUGAR - CATEGORIA PROFISSIONAL

Laboratório gestáltico: a vida vivida como experimento-ação 87

Laura Cristina de Toledo Quadros e Eleonôra Torres Prestrelo

1º LUGAR - CATEGORIA ESTUDANTE

Cuidar, criar, reinventar: a lógica do cuidado no contexto de hospitalização infantil 99

Mariana de Souza Carvalho

Eixo 3 - A Prática da Psicologia em Equipes Multiprofissionais

1º LUGAR - CATEGORIA PROFISSIONAL

**A atuação do psicólogo escolar em equipes
do Programa Saúde nas Escolas 117**

Cristiane Viana da Silva Santos

2º LUGAR - CATEGORIA PROFISSIONAL

**N-SAIPM ESQUADRA: três anos de
apoio à operação de paz no Líbano 133**

Débora Sun Espíndola e Mariana Bairral Brito Harrison

Pareceristas 145

XIV Plenário do CRP-RJ 147

Editorial

Uma experiência consagrada: prêmio Margarete em Psicologia e Políticas Públicas chega à sétima edição.

Neste caderno, publicamos os trabalhos vencedores do VII Prêmio Margarete de Paiva Simões Ferreira, de 2014. Lembrando: o prêmio se destina a estimular o relato de experiências em Psicologia e Políticas Públicas, uma área de atuação em que estão inseridas cerca da metade das (os) psicólogas (os) no Brasil. Nos relatos destas experiências, pode-se perceber a práxis que norteia as atividades das (os) autoras (es): a prática não é descolada da teoria, eles se interpenetraram de tal modo que dissociá-las seria perder o sentido de ambas, e do trabalho realizado.

Em seu artigo, “Práticas de cuidado de si...”, Livia Cretton Pereira apresenta e analisa certas práticas que se estabeleceram no processo da Reforma Psiquiátrica, questionando se efetivamente elas apontam para o fim da relação manicomial. Ao final, indica: “Ao propor mais perguntas e indagações que respostas e soluções, parece razoável que este artigo não se encerre nele mesmo, mas se abra para outras tantas análises e reflexões, quiçá, dispare movimentações ético-políticas entre os trabalhadores de saúde mental”.

Em seu trabalho “Relato de uma experiência no contexto das políticas públicas...”, as psicólogas Aline Lima Tavares e Sonia Alberti relatam sua atuação no CITUAD – Centro Integrado de Tratamento ao Uso e Abuso de Drogas, uma unidade de internação do DEGA-SE – Departamento Geral de Ações Socioeducativas, órgão do Poder Executivo vinculado à Secretaria de Educação do Estado do Rio de Janeiro. Pontuando o relato com referências a filmes brasileiros, alguns deles baseados em fatos reais, concluem: “Muitas vezes é em intervenções pontuais, em oficinas, em participações nos grupos, que a clínica do caso a caso abre espaço para que um sujeito passe a se implicar de uma nova forma em sua própria história. Assim é também com as instituições. Elas também têm nas histórias com as quais é possível contribuir, visando novas direções, ali onde estamos tão habituados a assistir à segregação, ao mau trato e à desesperança”.

No trabalho “Escola e desejo: reflexões sobre Ética e Psicanálise”, Lina Pinheiro Petraglia apresenta sua experiência como professora da disciplina Cultura e Cidadania em um curso de formação para alunos na faixa dos 14 anos, que visa prepará-los para aprovação em concursos para escolas públicas renomadas. Baseando-se em pressupostos psicanalíticos, de Freud e Lacan, termina dizendo ter alcançado “... algum sucesso em minha tentativa de acreditar que...a posição ética do profissional que tem como orientação a psicanálise pode se sustentar a partir de diferentes cargos ocupados em uma instituição, entre eles, a de professor, a que tal posição depende em grande parte das estratégias adotadas pelo profissional”.

No artigo “Laboratório gestáltico: a vida vivida como experimento – ação”, as psicólogas Laura Cristina de Toledo Quadros e Eleonôra Torres Prestelo relatam suas atividades em um projeto de extensão acadêmica, orientado por uma abordagem gestáltica, no resgate da dimensão sensível da experiência, a “vida vivida”. O projeto “se propõe a desenvolver uma atividade de extensão que se concretize através do diálogo e não se caracterize como uma iniciativa que sobreponha um saber constituído na academia à comunidade”, pois “...temos muito o que aprender com a comunidade a qual nos vinculamos, com seu sistema de funcionamento,

crenças, valores, com sua experiência”. Após a exposição da abordagem gestáltica utilizada, as autoras referem-se às suas experiências com “Oficinas itinerantes: a vida se fazendo no coletivo”, e concluem: “Acreditamos nas possibilidades de intervir no e com o mundo, formando um movimento contínuo e dialogado. Não há aqui uma verdade a ser defendida, porém uma responsabilidade de construirmos pensando, refletindo, propondo, fazendo e refazendo”.

A psicóloga Cristiane Viana da Silva Santos, no artigo “A atuação do psicólogo escolar em equipe do Programa de Saúde nas Escolas”, descreve sua atuação durante cerca de um ano no Projeto Saúde nas Escolas (PSE), acompanhando uma aluna do 2º ano do Ensino Fundamental com uma queixa de atraso na aquisição da leitura. Apresenta brevemente a construção da Psicologia Escolar e Educacional, no Brasil inclusive, aborda o tema da saúde escolar e as políticas públicas, o Programa Saúde nas Escolas, e descreve sua experiência numa escola municipal no bairro de Bangu para dizer do resultado alcançado. Conclui dizendo: “Compreende-se que o trabalho nas escolas precisa estar a serviço da integração, proporcionando a formação de indivíduos que acreditam em seu potencial e que desenvolvam a criatividade, a afetividade e a espontaneidade, que são partes fundamentais da Educação Infantil”.

As psicólogas Débora Sun Espíndola e a Mariana Bairral Brito Harrison, no artigo: “N-SPAIM Esquadra: Três anos de apoio à operação Paz no Líbano” falam de seu trabalho no Núcleo do Serviço de Assistência Integrada ao Pessoal da Marinha – N-SPAIM, que agrega psicólogas (os), assistentes sociais e bacharéis de direito. A prática descrita refere-se à elaboração e desenvolvimento do projeto Minha Missão, que realiza atividades para apoiar militares na Marinha do Brasil designados para Missões Especiais; no caso, trata-se da Força Tarefa Marítima da Força Interina das Nações Unidas no Líbano. As psicólogas falam das dificuldades inerentes a essa missão, que decorrem de inúmeros fatores, entre eles o fato de que “...a sociedade libanesa é uma das mais complexas do mundo. A cada momento, sua estabilidade pode estar sendo preservada ou ameaçada - ou ambas as coisas - pelas intrincadas variações religiosas e regionais”, descrevem as atividades realizadas no projeto, e concluem: “Há três anos, este trabalho vem sendo realizado, e as demandas do público assistido foram atendidas.”

O estudante Alfredo da Conceição Chamma, em seu trabalho “Atenção à crise na clínica das Toxicomanias:...” apresenta suas experiências no CAPSad Raul Seixas, através de três casos clínicos e seus manejos. Aborda aspectos da crise toxicômana, enfatizando certos manejos dos casos, como recolhimento das usuárias, e interpretando as situações que relata por meio de categorias psicanalíticas, como o entendimento da catarse, a crise emergente, o acting-out. Expõe os três “casos clínicos”, e conclui dizendo da “...impossibilidade de pensar a crise fora de sua dimensão individual, pois só dentro do contexto das vivências de cada um faz sentido...o manejo clínico da crise também possui um caráter individual que acena para o modo com que somos atravessados pela angústia referente a ela”.

A estudante Mariana de Tereza Carvalho, em seu trabalho “Cuidar, criar, reinventar: a lógica do cuidado no contexto de hospitalização infantil”, relata “algumas cenas vividas no período de estágio e pesquisa em um Centro Nacional de Referência no atendimento de grávidas de alto risco e crianças com doenças crônicas e deficiências.” Após historiar sua inserção com estes trabalhos, que se deu ainda no ensino médio, no Colégio Pedro II, através do convênio deste colégio com a FioCruz, a autora apresenta a metodologia que utiliza, de pesquisa-intervenção, e inicia então a descrição dos casos que presenciou, denominando-os “cenas”: cena 1, cena 2, etc. Estas apresentações são permeadas por discussões acerca das categorias que usa,

por exemplo “O cuidado como processo contínuo, a saúde como potência criativa”. Em suas “Considerações finais”, diz: “Contrariando uma visão que afirma uma neutralidade na pesquisa, ou seja, que conhecimento só é produzido através do não envolvimento do pesquisador no campo de pesquisa, minhas práticas como pesquisadora, estudante e estagiária sempre foram carregadas de afetos e emoções... Estar aberto ao campo, ao afeto, que transborda quando estamos nele, implica estarmos disponíveis a nos transformarmos.”

A estudante Alessandra Lima de Almeida, em “A loucura infantil e a desinstitucionalização: contribuição da reforma psiquiátrica para a prática do psicólogo no CAPSi” apresenta “uma pesquisa de caráter descritivo com uma abordagem qualitativa”. Analisa “os principais conceitos e dados históricos da Reforma Psiquiátrica no Brasil num contexto específico de transformação de campo da saúde mental...”, com “...o desafio da construção de uma prática voltada para crianças e adolescentes...” Relata sua experiência em um centro de atenção psicossocial infantil e juvenil, em que usou método da observação participante e conclui: “A possibilidade de atrelar teoria à prática proporcionaram o aprimoramento de um olhar voltado para o cuidado do sujeito em sofrimento e a prática do psicólogo desta área tão importante da saúde pública... o CAPSi atende o que preconiza a Reforma Psiquiátrica no Brasil no que diz respeito a suas institucionalização e humanização dos serviços prestados na atenção à saúde mental- infanto-juvenil.

José Novaes, conselheiro-presidente do CRP-RJ

EIXO 1

1º lugar - Categoria Profissional

Práticas de cuidado de si: resistências às capturas operadas pelos manicômios concretos e/ou mentais

Lívia Cretton Pereira

Resumo

Essa produção textual indaga sobre o motivo pelo qual, a partir de um certo momento, inaugura-se um novo modo de organização em saúde mental em que a antiga centralidade hospitalar se fragmenta em novos serviços ditos “abertos” para em seguida afirmar que a construção de uma rede substitutiva não assegura, definitivamente, o fim da relação manicomial. Com o suporte teórico de Foucault e Deleuze, propõe-se uma discussão acerca da biopolítica da espécie humana, da coexistência de tecnologias disciplinares e regulamentadoras e da inauguração, na sociedade de controle, de um exercício de poder difuso, a céu-aberto, dispensando a coação física e a instituição da reclusão. O texto propõe uma atitude, um *ethos* de cuidado de si como um norte, como uma pista aos trabalhadores implicados com o cuidado, entendendo que a Psicologia não poderá prescindir dessa discussão que constitui pauta fundamental no processo de criação de políticas públicas.

Palavras-chave: Manicômio. Reforma Psiquiátrica. Desinstitucionalização. Cuidado de si.

O manicômio em nós

O presente trabalho visa forçar o campo da Psicologia a avaliar o papel dos manicômios concretos (e/ou mentais) no âmbito das políticas públicas de saúde mental no Rio de Janeiro, hoje tarefa árdua num cenário em que as redes de saúde mental, experimentando o processo de fechamento dos hospitais psiquiátricos disparado com a Reforma Psiquiátrica, parecem querer relegá-lo ao silenciamento para que os serviços substitutivos “ganhem a cena”.

A insistência em trazer ao público análises que dizem respeito ao manicômio se dá em razão de que parece, de fato, haver o risco iminente de que estas sejam engavetadas, posto que cada vez mais as gestões atuais de saúde mental parecem querer ignorar a existência do hospício na Rede de Atenção Psicossocial, ao passo que ele permanece existindo e, por sinal, com uma perspectiva ainda longa no atual contexto de fechamento – indubitavelmente almejado – das clínicas psiquiátricas privadas e transinstitucionalização de pacientes.

Nossas análises são disparadas a partir de nossa circulação pelas redes de saúde mental do Estado do Rio de Janeiro, onde conhecemos um dispositivo de que até então jamais escutáramos falar: moradias dentro dos muros do hospital. A partir de então, passamos a nos perguntar: qual a natureza desta nova modalidade de dispositivo que se vê no seio da Reforma Psiquiátrica, afirmando uma espécie de “morar” dentro do hospício? De que qualidade de “morar” se está falando? Que status recebem agora aqueles que permaneceram internados durante vinte, trinta, quarenta, às vezes cinquenta anos? Seriam eles moradores?

Então entendemos que, para além da instalação de uma rede de assistência substitutiva ao hospital psiquiátrico disparada com a Reforma, também ocorreram transformações no interior do próprio hospital, onde se humanizaram as práticas, retirando de cena o eletrochoque, a lobotomia, a camisa-de-força, colocando-se roupas naqueles corpos que viviam nus e tirando a documentação (Certidão de Nascimento, RG, CPF, Título Eleitor), o que permitiu dar entrada em benefícios tais como *De volta pra casa*¹, BPC/LOAS², etc. Tudo isso – um adendo para reafirmar o tudo que há nisso – não é trivial. Essas modificações certamente trouxeram novos ares ao hospício. Mas, ao que parece, a Reforma Psiquiátrica aponta para o desmonte do hospício e não à sua humanização.

Ora, se se trata, no contexto atual, de humanizar o hospício e suas práticas, será preciso trazer à cena discursos que defendem o tratamento moral pineliano como uma forma de humanização, conforme afirma Pereira (2004): “o tratamento moral fundava-se, pois, na crença de que seria possível introduzir mudanças significativas no comportamento dos doentes por meio de atitudes **humanas**, mas firmes, da equipe técnica para com aqueles (*grifo nosso*)” (PEREIRA, 2004, p.14). Ou ainda a descrição da “profunda mudança ocorrida na concepção da loucura”, feita por Gama (2012):

a substituição das celas individuais pelo dormitório coletivo, por exemplo, mostra o interesse de Pinel pela possibilidade de comunicação, se não entre o louco e o são, pelo menos entre os internos – daí a imersão num espaço coletivo de troca. Da mesma forma, o momento das refeições passa a ser valorizado. Questiona-se a alimentação fornecida aos indivíduos em suas celas, sem talheres e pratos adequados, e o refeitório ganha importância para a socialização dos pacientes. Nasce uma preocupação com a mesa compartilhada, a disposição e a relação dos comensais entre si, o conhecimento e a cordialidade que eles devem ter, as boas maneiras, a higiene, a educação. Apesar da preocupação exagerada com o comportamento dos doentes e a correção dos costumes [...] nota-se a ruptura operada nesse momento, a confiança na possibilidade de convivência, de inter-relação e comunicação com o outro, o enfoque nas conquistas civilizatórias, que não estariam perdidas (GAMA, 2012, p.8).

Pode-se perceber que a cada período histórico se introduzem transformações no funcionamento do hospício. Antes, sob este modelo psiquiatrizante-moralizante, o hospital era um recurso legítimo e principal, gerando internações em série e sem finitude, o que produziu uma imensa clientela de “crônicos, na verdade cronificados, e agora chamados, num eufemismo apaziguador, ‘pacientes de longa permanência’” (RODRIGUES, 2007, p. 39). É fato de que para esta clientela o hospital virou lugar de habitação, não por opção mas porque era condição *sine qua non* habitar o hospital para “tratar-se” (ainda que hoje não se considere tratamento a maior parte das práticas realizadas à época).

¹ O *De Volta pra casa* é um projeto responsável por oferecer uma ajuda de custo aos pacientes que saem de um período de longa internação psiquiátrica (superior a dois anos ininterruptos em hospitais psiquiátricos ou de custódia), além de auxiliar na reabilitação psicossocial, como o retorno à moradia, seja na casa de familiares, em repúblicas ou em residências terapêuticas. O foco são os pacientes com transtornos mentais internados por problemas relacionados às psicoses, depressão, dependência química, entre outros. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29814&janela=1. Acesso em 04/04/2013.

² O Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC-LOAS) é um benefício integrante do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), pago pelo Governo Federal. A operacionalização do reconhecimento do direito é do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e está assegurado por lei, visando a permitir o acesso de idosos e pessoas com deficiência às condições mínimas de uma vida digna. Disponível em <http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=23>. Acesso em 04/04/2013.

Nesse sentido, no estágio atual da Reforma, no qual se reconhecem as péssimas condições de hotelaria e dos modos de cuidado ofertados pelo hospício e afirma-se a necessidade de fechá-lo com a criação concomitante de uma rede de atenção substitutiva, cabe perguntar: qual o fundamento da construção de moradias no interior do hospital psiquiátrico? Quais os efeitos da implantação deste novo serviço no que diz respeito a lenta desmontagem do hospício? A fragmentação dos grandes pavilhões nessas moradias menores dá notícia de alguma nova modulação?

Cabe uma primeira afirmação: decerto que há modulações em jogo na transformação dos serviços. O problema está no fato de que, enquanto a Reforma Brasileira, no contexto do Rio de Janeiro, opta por “esquecer” os hospícios, deixando de discorrer sobre os mesmos nos seminários, simpósios, fóruns e diversos eventos do campo da saúde mental, vê-se o manicômio a se encarnar nas práticas de cuidado presentes-ausentes em todo e qualquer dispositivo. O hospício ganha, assim, nova roupagem. Nesse sentido, é urgente que se tome a desinstitucionalização como um trabalho clínico e micropolítico de desconstrução da lógica manicomial que, decerto, transcende os muros do hospital psiquiátrico.

Nesse sentido, não se trata de tomar o hospício para análise apenas pela sua perspectiva longa de existência, mas de entender que o fim do manicômio e a construção de uma rede substitutiva não assegura, definitivamente, o fim da relação manicomial. Práticas manicomiais podem se dar em serviços abertos como os CAPS, os ambulatórios, as Estratégias de Saúde da Família (ESF), etc. No artigo *Reforma Psiquiátrica Brasileira: Resistências e Capturas em Tempos Neoliberais*, Barros (2003) aborda o processo de institucionalidade do CAPS, mas suas reflexões podem nos ajudar a pensar sobre todo e qualquer dispositivo. Afirma a autora que o referido processo é necessário na medida em que dá um lugar àquele serviço, legitima o seu papel, lhe dá visibilidade. Entretanto, há sempre o risco de que tal necessidade “se transforme em institucionalização cronificada e cronificadora, reproduzindo o asilamento do qual se quer escapar” (BARROS, 2003, p.199). Corre-se então o risco de que, com as portas abertas dos serviços, se veja entrar “pela porta dos fundos o manicômio disfarçado, retendo usuários-pacientes nos novos muros abertos” (BARROS, 2003, p.203).

Sem catastrofismos, diante disso, pode-se mesmo indagar por que motivo, a partir de um certo momento, inaugura-se um novo modo de organização em saúde mental, no qual a antiga centralidade hospitalar se fragmenta e se espalham por aí os novos serviços ditos “abertos”, incluindo as moradias dentro do hospício.

Se não se pode ignorar a militância na condução da Reforma Psiquiátrica, que com sua força disruptiva produz novas relações com a loucura e, para tanto, novos dispositivos, tampouco se deve relegar a segundo plano importantes análises feitas por autores como Foucault e Deleuze. Estas advertem que “uma tal nomadização da clínica não é independente da própria falência das instituições de reclusão”, conforme a síntese efetuada por Pelbart no prefácio do livro *Clínica Peripatética* (PELBART, 2008, p. 13). O mesmo Pelbart, por sinal, em discurso bem mais remoto, proferido na comemoração do Dia da Luta Antimanicomial de 1989, em São Paulo, no Plenário de Trabalhadores de Saúde Mental, faz uma convocação a radicalizar o chamamento principal da época, ou seja, “por uma sociedade sem manicômios”. Nessa direção, indaga: “o que significa de fato, no plano da cultura, essa utopia asséptica de uma sociedade em que os loucos não mais estariam confinados nos asilos, nem discriminados nas famílias, nem segregados no trabalho?” (PELBART, 1990, p. 132). Aponta assim para o risco de que a extinção da fronteira simbólica que separa a sociedade e seus loucos acabe por produzir mais

uma minoria identitária, tal qual fora feito em relação aos homossexuais, aos índios etc. Em suma, aponta para o risco de se estar, “sob o pretexto de acolher a diferença, simplesmente abolindo-a. [...] Não estaremos, através de uma tecnologia *soft*, baseada na brandura e na diluição, domesticando a fera que os habita (os loucos) e nos livrando da estranheza que eles transmitem?” (PELBART, 1990, p.132, 133).

Tecnologia *soft*

Para falar em tecnologias *soft*, faz-se necessário retomar a análise foucaultiana daquilo que o filósofo chama de “nascimento do racismo de Estado”. Afirma Foucault (1999) que, no exercício clássico da soberania, predominava o “fazer morrer e deixar viver”, ou seja, o soberano detinha o direito de vida e de morte. A vida e a morte estavam à mercê da vontade soberana, embora sua intervenção se desse principalmente sobre a última: para além de causar a morte, o soberano, em geral, deixava viver. Sendo assim, o “efeito do poder soberano sobre a vida só se exerce a partir do momento em que o soberano pode matar” (FOUCAULT, 1999, p.286). No século XIX, houve grandes transformações políticas que vieram complementar o velho direito de soberania com um outro direito novo, “que não vai apagar o primeiro, mas vai penetrá-lo, perpassá-lo, modificá-lo e que vai ser um direito, ou melhor, um poder exatamente inverso: poder de ‘fazer’ viver e de ‘deixar’ morrer” (FOUCAULT, 1999, p.287).

Nos séculos XVII e XVIII, as técnicas de poder estavam essencialmente centradas no corpo individual e operavam pela via de procedimentos de separação, alinhamento, colocação em série e vigilância, usando técnicas que tentavam aumentar a utilidade dos corpos através do exercício, do treinamento etc. Tratava-se de “um poder que devia se exercer [...] mediante todo um sistema de vigilância, de hierarquias, de inspeções, de escriturações, de relatórios” (FOUCAULT, 1999, p. 288). Foucault (1999) as chama de tecnologia disciplinar do trabalho.

O que se vê aparecer por volta da segunda metade do século XVIII é uma nova tecnologia de poder, que não exclui a primeira, mas a integra, a modifica parcialmente e vai se incrustando nela. Diferentemente da disciplina, que se dirige ao corpo, essa nova técnica de poder se aplica à vida dos homens, ao homem como ser vivo, ao homem-espécie. Enquanto a disciplina “tenta reger a multiplicidade dos homens na medida em que essa multiplicidade pode e deve redundar em corpos individuais que devem ser vigiados, treinados, controlados, utilizados, eventualmente punidos”, a nova tecnologia de poder “se dirige à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc.” (FOUCAULT, 1999, p.289).

Essa tomada de poder massificante, não mais apenas individualizante, intervém sobre a natalidade, a morbidade, as incapacidades biológicas diversas. Essa biopolítica da espécie humana, como Foucault (1999) a chama, toma a população como um problema político, científico e biológico e vai implantar funções diferentes dos mecanismos disciplinares, embora sejam dois mecanismos de poder que se articulam, que se sobrepõem, que coexistem. Porém, os mecanismos do biopoder não visam mais a maximizar forças e extraí-las, mas a assegurar uma regulamentação da população. Trata-se, pois, de uma tecnologia de dupla face: disciplina dos corpos e regulamentação dos processos da vida.

De todo modo, o exercício dessa nova tecnologia de poder não é mais obrigatoriamente centralizado, e sim difuso, passando a funcionar por todo o tecido social. Deleuze analisou a passagem de uma sociedade disciplinar, baseada no confinamento, para uma sociedade de controle, “calcada no monitoramento dos fluxos em espaço aberto e típica do capitalismo contemporâneo” (PELBART, 2008, p.13). Na sociedade de controle, este é “de curto prazo e de rotação rápida, mas também contínuo e ilimitado, ao passo que a disciplina era de longa duração, infinita e descontínua. O homem não é mais o homem do confinamento, mas o homem endividado” (DELEUZE, 1992, p.228) - o que pode ser observado no acúmulo de funções experimentado pelos trabalhadores de saúde mental hoje.

Deleuze ainda chama a atenção para as formas de controle ao ar livre que esta nova tecnologia de poder inaugura. De acordo com Passos e Oliveira (2009),

é preciso estar atento aos possíveis exercícios de controle ao ar livre que substituem os exercícios que operam em regime fechado. Não se trata de comparar qual é o regime mais duro, ou o mais tolerável, porque, em cada um deles, o poder se exerce de uma determinada maneira, produzindo sujeições, perigos diferenciados e singulares (PASSOS E OLIVEIRA, 2009, p.330).

Tal concepção fornece subsídios à ideia de que a abertura promovida pelas moradias dentro do hospital psiquiátrico ou mesmo a falência do hospital como uma instituição total – ele agora se fragmenta em pequenos serviços internos, mas também externos – não está dissociada de uma certa modulação do exercício de poder. Há sempre o risco de que se estejam criando novas formas de assujeitamento e de controle. Deve-se indagar constantemente se, com a invenção de novos dispositivos, não se está criando um controle a céu-aberto. Novamente em conformidade com Passos e Oliveira (2009),

nesse novo saber/fazer há riscos de modulação da série doença mental-tutela-manicômio, para outra que pode comportar outros perigos: doença mental-controle-serviços abertos. Convém ressaltar que essas duas séries podem coexistir no mesmo espaço/tempo, apresentando-se como um fluxo de movimento em que ora comparece a série mais dura, ora essa série se modula, tornando-se mais flexível, contudo, não menos perigosa. São outras armadilhas que comportam outros perigos (PASSOS E OLIVEIRA, 2009, p.335).

Não se trata aqui, vale mais uma vez ressaltar, de despotencializar o movimento da Reforma Psiquiátrica e a criação de serviços abertos, mas de apontar para os riscos e capturas que se fazem presentes. Nesse ínterim, lembramo-nos de uma cena ilustrativa que parece evidenciar esse modo de poder microfísico que se dilui por todo o tecido social: num evento organizado pela gestão municipal de saúde mental do Rio de Janeiro assistimos a uma apresentação de trabalho na qual se expunha, com ares de conquista e muita emoção dos apresentadores e da plateia, fotos da inauguração de um novo “condomínio de Residências Terapêuticas (RTs)”, situado no território de um antigo grande hospital. Com perplexidade e inquietação diante desse fato, nos perguntávamos se isso não seria um hospício a céu-aberto. E nos questionávamos sobre o sentido da desinstitucionalização no contexto atual: bastaria a transformação arquitetônica dos espaços de moradia para que a relação com a loucura se faça outra? Pelbart (1990) responde:

não basta destruir os manicômios. Também não basta acolher os loucos, nem mesmo relativizar a noção de loucura compreendendo seus determinantes psicossociais, como se a loucura fosse só distúrbio e sintoma social, espécie de ruga que o tecido social, uma vez devidamente 'esticado' através de uma revolucionária plástica sócio-política, se encarregaria de abolir. Nada disso basta, e essa é a questão central, se ao livrarmos os loucos dos manicômios mantivermos intacto um outro manicômio mental (PÉLBART, 1990, p.134).

Em seguida, no mesmo texto, Pélbart (1990) chama atenção para o fato de que "humanização e homogeneização caminham juntas no combate aos riscos disruptivos da loucura" (PÉLBART, 1990, p.137). Nesse sentido é urgente que se faça frente às práticas que visam à humanização apenas. Vide, quanto a isso, a ressalva importante de Rodrigues (2007) no que diz respeito à expressão "Reforma Psiquiátrica".

A expressão é prática, sintética...mas perigosa, pois a própria Psiquiatria é, desde sua emergência, uma reforma (no caso, humanização e ciência a serviço dos loucos, agora "doentes mentais") e jamais deixou de ser criticada/reformada ao longo de sua história. No entanto, uma "Psiquiatria Reformada" é, ainda, uma Psiquiatria (PÉLBART, 1990, p. 39).

Decerto que a transformação do modo como se opera o controle no capitalismo contemporâneo faz modular a disposição dos dispositivos, mas

como no judô trata-se de aproveitar o movimento do adversário para derrubá-lo. Ao lutar contra a produção maciça da impotência subjetiva, num contexto de desterritorialização generalizada, trata-se de inventar as linhas de fuga aptas a relançarem o movimento na direção de outras possibilidades de subjetivação. Isso tudo pode ser fácil de dizer, e até sedutor de enunciar, mas é difícilimo fazer (PÉLBART, 2008, p. 13).

Quando clínica e política, cuidado de si e do outro são indissociáveis

Desejando ativar os processos de singularização que nos remete ao plano da subjetivação e da (re)invenção de si, faz-se necessário radicalizar os sentidos de reforma e de desinstitucionalização. De acordo com Yasui (2010),

a palavra 'reforma', utilizada na designação da Reforma Psiquiátrica, não faz jus, pelos problemas que o termo provoca, à riqueza e à complexidade do que aqui estou a relatar [...] Trata-se de uma radical ruptura com o modelo asilar predominante, por meio não só de um questionamento de seus conceitos, fundamentos e de suas práticas moldadas em uma questionável racionalidade científica, mas, principalmente, da construção de novo paradigma científico, ético, político. É nessa ruptura que entendo o conceito de Reforma Psiquiátrica e não apenas no sentido de uma mudança de lócus e de técnica de cuidado e gestão de serviços de saúde mental (YASUI, 2010, p.104,105).

Em consonância com o autor, é premente um olhar atento às formas contemporâneas de atenção e gestão do trabalho, pois as propostas de cuidado que estão surgindo não estão delas dissociadas. "Cabe pensar quais os exercícios de poder estão emergindo e como estão se mo-

dulando nos serviços de saúde mental” (PASSOS e OLIVEIRA, 2009, p.330). Se o trabalhador não puder experimentar maior autonomia e se subjetivar diferentemente das formas hegemônicas ao longo do processo de afirmação da loucura como modo singular de subjetivação, o trabalho de desinstitucionalização caminhará pouco ou se verá obrigado a dispensar a inventividade (consequentemente, a dispensar a própria desinstitucionalização).

Entendendo o cuidado de si e o cuidado do outro como pontos indissociáveis dessa rede em permanente construção e tomando a Reforma Psiquiátrica como um campo em disputa, um embate cotidiano, propomos uma análise acerca do cuidado em saúde mental, encarnado na figura do trabalhador. Optamos por tomar o cuidador como um *analisador* da Reforma, pois esta vem sendo chamada a ocupar os serviços residenciais, seja no interior dos hospitais, seja extramuros. Esse conceito-ferramenta oriundo da Análise Institucional Francesa, quando aproveitado pelo pesquisador, catalisa sentidos, desnaturalizando o que parecia natural, desconstruindo territórios estratificados. O *analisador* torna possível a análise das práticas no cotidiano institucional, facultando, eventualmente, a criação de práticas outras. Segundo Rodrigues (2000),

por acontecimento analisador (ou analisador histórico), os institucionalistas indicam um movimento social que vem ao nosso encontro inesperadamente, condensando uma série de forças até então dispersas e realizando por si mesmo a análise, à maneira de um catalisador químico de substâncias (RODRIGUES, 2000, p.240).

A categoria de *cuidado* surge no seio da Reforma Psiquiátrica Brasileira, juntamente com a inserção desta nova figura nos serviços de saúde mental. Queremos pensar que transformações são operadas a partir do ingresso desses novos trabalhadores, entendendo que eles encarnam em si uma experimentação que é, certamente, coletiva, e não exclusiva de uma única carreira. O que significa, para a Reforma, a inserção desta figura que carrega, em seu nome, uma categoria criada na/pela própria Reforma?

Ora, é certo que os processos de trabalho em saúde mental encontram-se precarizados. Todos os trabalhadores brasileiros experimentam, por sinal, os efeitos de uma política neoliberal capitalista: regulação pelas leis do mercado e intervenção mínima do Estado, terceirização, desregulamentação, flexibilização, super-exploração, redução de custos e separação cada vez mais intensa entre os responsáveis pela concepção e organização da produção e seus executores. Entretanto, decidimos problematizar o surgimento desse trabalhador que, apesar de trazer no nome aquilo que a Reforma preconiza, ou seja, a questão do cuidado em contraponto ao isolamento, à negligência e aos maus tratos desde sempre operados pela psiquiatria, o chamado cuidador é ele mesmo não-cuidado, precarizado, miserabilizado.

Cabe aqui uma breve retomada da história da psiquiatria para mostrar como ela é constituída de reformas. Foi, aliás, o que fizeram Pinel, Fodéré e Esquirol em suas épocas. Quando Pinel rompe as correntes que prendiam os loucos na masmorra e liberta-os, na cena clássica tida como fundadora da Psiquiatria Moderna, tratava-se já de uma reforma. O “tratamento moral” foi a reformulação, naquele momento, do modo de tratar a loucura. Com o nascimento efetivo do hospital psiquiátrico, este se torna o lugar por excelência para a produção de um saber/poder sobre a loucura, instaurando sempre novas práticas para lidar com ela e, correlativamente, para registrar os resultados. Sendo assim, também novos funcionários vão sendo introduzidos de acordo com as novas necessidades. Trata-se quase que invariavelmente de

capturas operadas pelas forças capitalísticas: a cada período histórico criam-se certas categorias de trabalhadores e elas mesmas vão se organizando e criando a própria institucionalidade, com a emergência de conselhos e normas que as regulamentam. Uma vez que nasce uma nova profissão, novas ocupações também surgem. E estas podem novamente deixar-se explorar, ainda sem os limites dos regulamentos de um ofício reconhecido.

Ao analisarmos o discurso que legitima a presença de cuidadores hoje na saúde mental, encontramos uma curiosidade: esse discurso, que defende a introdução do saber-leigo e sem “especialismos” é análogo ao discurso que garantia a presença de funcionários intermediários ao médico no período pineliano, conforme Foucault (2006) expõe na *Aula de 7 de Novembro* de 1973 do curso *O Poder Psiquiátrico*. Diz ele então que cabia, por exemplo, aos vigilantes

a tarefa de informar sobre os doentes, de **ser o olhar não armado, não científico**, uma espécie de canal ótico através do qual vai se exercer o olhar científico, isto é, o olhar objetivo do próprio psiquiatra [...] O vigilante é, portanto, ao mesmo tempo o mestre dos últimos mestres e aquele cujo discurso, cujo olhar, cujas observações e relações devem possibilitar a constituição do saber médico (*grifo nosso*) (FOUCAULT, 2006, p.7).

Como é possível que estas “reformas”, separadas por cerca de dois séculos, lancem mão do mesmo discurso? Só pode ser porque a Psiquiatria vem, desde sempre, sendo “reformada”. Abolir qualquer especialidade, qualquer técnica, fazendo uso de um discurso em princípio belo, de uma aposta em um saber-fazer, em um saber construído na/pela experiência, não estaria destinado, afinal, somente a reduzir custos?

Não se trata somente de uma economia financeira, mas igualmente trabalhista e política – entendendo política como um conjunto de lutas, não totalizável ou localizável em princípio. Rapidamente, o saber-leigo, numa virada, torna-se um saber ignorante, que dispensa qualquer formação, ligado a agentes sem organização coletiva, sem órgão regulamentador ao qual recorrer e que dessa forma aceitam quaisquer condições de trabalho sem reclamar, sem dar dor de cabeça aos gestores. Aceitam, quiçá, dar a vida pelo trabalho? Será isto o que acontece hoje?

Uma vez interessados em avaliar quais as implicações de um frágil exercício de si entre os trabalhadores da saúde mental, quando a natureza de seu ofício é, justamente, uma prática de cuidado com o outro, o encontro com o cuidador torna visível, talvez escancarada, a fragilidade em que se encontram aqueles que praticam o cuidado. Não se trata, pois, de uma fraqueza. Frágil, aqui quer dizer descuidado. Em alguma medida o trabalho em saúde mental parece incitar a inexistência do cuidado de si.

Visando produzir desvios nos modos de cuidado que estão hoje colocados, lembramo-nos do filósofo holandês Espinosa, que aproxima a alegria a um afeto ativo, da potência de agir. Como produzir encontros alegres nesses espaços/redes que fragilizam o espírito, engolindo o tempo eventualmente lento do cuidado com o tempo da rotina, com o tempo dos desencontros, com um tempo sem delicadeza, produzindo uma massa de trabalhadores que não pensam, que funcionam como meros executores de tarefas infindáveis? Como preconizar um cuidado em tempos de regulação da vida, em todos os seus aspectos, pelo biopoder?

Se o que temos hoje é uma tecnologia de poder de dupla face, que toma os corpos individualizados e a vida da espécie como alvos, é então necessário e urgente que cuidemos desses corpos

e dessa vida, a começar por nós mesmos. E é exatamente dessa atitude, desse ethos de cuidado de si como um norte, como uma pista aos trabalhadores implicados com o cuidado que desejamos dissertar aqui, entendendo que a psicologia não poderá prescindir dessa discussão que constitui pauta fundamental no processo de criação de políticas públicas.

Nesse sentido, nos sentimos contemplados por Barros (2005) quando afirma: “definir a clínica em sua relação com os processos de produção de subjetividade implica, necessariamente, que nos arrisquemos numa experiência de crítica/análise das formas instituídas, o que nos compromete politicamente” (BARROS, 2005, p.23). Tomar a clínica nessa perspectiva crítica de suas formas instituídas permite o aparecimento do plano de forças, que, uma vez visibilizado, pode, quem sabe, produzir desvios que façam possível a produção de diferenças.

Assim, afirmamos que para constituir-se como sujeito que governa de uma forma que se possa dizer desinstitucionalizante, é fundamental constituir-se como sujeito que cuida de si, no sentido apresentado por Barros (2003).

Se tomamos como um dos sentidos da clínica a afirmação da loucura como modo de subjetivação, entendemos que isso só se dá quando os profissionais também se subjetivam nesse processo, se eles participam na construção de seu ‘trabalho de clinicar’. Isso implica tomar a prática clínica não apenas como especialidade profissional, que se oferta aos usuários e seus familiares, mas como trabalho a ser construído e gerido. O desafio é, então, tornar inseparável a atividade (clínica) da gestão da atividade. Como investir nessa mudança de posição dos profissionais e dos coordenadores dos serviços? [...] A reorganização dos processos de trabalho com iniciativas de cogestão dos trabalhadores é, a nosso ver, um aspecto importante a ser considerado quando se quer implementar práticas clínicas que invistam no aumento da autonomia e corresponsabilidade dos usuários (BARROS, 2003, p. 200, 201).

Ainda em concordância com Barros (2003), vê-se no campo da saúde mental grande “dificuldade de se aliar a discussão clínica à análise dos processos de trabalho, a clínica à análise das instituições, a clínica à política” (BARROS, 2003, p. 204). Sendo esta uma tarefa urgente, é preciso muita atenção para que a proposta de “inseparabilidade da atividade clínica e da gestão da atividade” não resulte em esvaziamento do quadro funcional dos serviços e acúmulo de funções, cujo efeito é a perda, por mais que não absoluta, da força de criação.

Narrando a sua experiência em La Borde³, Guattari (2012) diz que na aposta de cuidado dessa clínica desejava-se

fazer com que os indivíduos e os grupos se reapropriassem do sentido de sua existência em uma perspectiva ética e não mais tecnocrática. Tratava-se de conduzir simultaneamente modos de atividades que favorecessem uma tomada de responsabilidade coletiva e fundada entretanto em uma re-singularização da relação com o trabalho e, mais geralmente, da existência pessoal. A máquina institucional que instalávamos não se contentava em operar uma simples remodelagem das subjetividades existentes, mas se propunha, de fato, a produzir um novo tipo de subjetividade (GUATTARI, 2012, p.163-154).

³ La Borde é uma clínica psiquiátrica situada na comuna de Cour-Cheverny, na França, onde Guattari e Jean Oury fundaram o que viria a ser a primeira experiência de “Psicoterapia Institucional” no âmbito privado.

Convidamos o leitor, então, a uma releitura do período helenístico-romano através dos olhos de Foucault para propor outro *ethos* de cuidado.

Com o que você se ocupa?

“Com o que você se ocupa?”, perguntava Sócrates aos passantes. É em torno deste “personagem” curiosíssimo e incentivador dos outros a se ocuparem consigo mesmo que se vê aparecer no pensamento filosófico o preceito délfico *gnôthi seautón*, que se traduz por “conhece-te a ti mesmo”. É o que aponta Foucault em curso ministrado no Collège de France, em 1981 e 1982, agrupado no livro *A Hermenêutica do Sujeito*.

Neste curso, Foucault (2010) visa analisar as relações entre o sujeito e a verdade. O *gnôthi seautón* era uma prescrição délfica gravada na pedra. Para os gregos, Delfos era o centro geográfico do mundo, tornando-se um centro religioso importante, um lugar de consulta aos deuses. Os preceitos délficos deveriam ser lidos como recomendações rituais. Foucault (2010) chama atenção para o fato de que esta fórmula – *gnôthi seautón* – acabou sendo eleita fundadora da questão das relações entre sujeito e verdade na história do pensamento ocidental. Entretanto, acredita que o *gnôthi seautón* não tivesse, em sua origem, o valor que lhe foi conferido posteriormente. Deste modo, decide debruçar-se sobre a noção marginal de *epiméleia heautoû* (Cuidado de Si) e das relações desta com o *gnôthi seautón*.

Ora, quando surge este preceito délfico (*gnôthi seautón*), ele está, algumas vezes e de maneira muito significativa, acoplado, atrelado ao princípio de ‘cuida de ti mesmo’ (*epimeloû heautoû*). [...] Em alguns textos [...] é bem mais como uma espécie de subordinação relativamente ao preceito do cuidado de si que se formula a regra ‘conhece-te a ti mesmo’. O *gnôthi seautón* (‘conhece-te a ti mesmo’) aparece, de maneira bastante clara e, mais uma vez, em alguns textos significativos, no quadro mais geral da *epimeloû heautoû* (cuidado de si mesmo), como uma das formas, umas das consequências, uma espécie de aplicação concreta, precisa e particular, da regra geral: é preciso que te ocupes contigo mesmo, que não te esqueças de ti mesmo, que tenhas cuidados contigo mesmo. (FOUCAULT, 2010, p. 6)

Deste modo, Foucault faz uma retomada de Sócrates, tomando-o não como mestre do conhecimento de si, mas do cuidado de si e elegendo uma obra de Platão, pouco explorada nesse sentido, para investigação. No *Alcibiades* é possível ver o quanto o cuidado de si é o solo, o fundamento a partir do qual se justifica o imperativo do “conhece-te a ti mesmo”. Segundo Gros (2006), “a tese de Foucault consiste em dizer: se existe mesmo um enunciado constitutivo da subjetivação antiga é o ‘cuida-te de ti mesmo’, ‘tenha cuidado consigo mesmo’, mais do que o ‘conhece-te a ti mesmo’” (GROS, 2006, p.129).

O sujeito constituído pelas técnicas de si é sobretudo um sujeito ético, bastante distinto do sujeito constituído por um conhecimento verdadeiro, inaugurado pelo cartesianismo – se quisermos simplificar um processo bem mais complexo. Foucault (2010) visa a descrever os exercícios pelos quais o sujeito se constitui e, para tanto, vai buscar na cultura helenístico-romana o fundamento do cuidado de si, que se caracterizava por uma atitude filosófica, mas não só. Tornara-se, na Antiguidade, uma espécie de princípio geral de toda uma forma de vida.

O cuidado de si é uma atitude, um modo de entender as coisas, de estar no mundo, de ter relações com o outro. Também designa ações exercidas de si para consigo, “ações pelas quais nos assumimos, nos modificamos, nos purificamos, nos transformamos e nos transfiguramos” (FOUCAULT, 2010, p.12). A Filosofia Antiga deve ser entendida, portanto, “como a elaboração de modos de vida, de esquemas de existência através da proposta de exercícios espirituais, arte de viver” (GROS, 2006, p. 128,129).

Conforme também aponta Gros (2006), Foucault “se dedicará a construir uma ruptura franca e decisiva entre os modos de subjetivação antigo e cristão” (GROS, 2006, p.129). Trata-se de uma investigação sobre o que muda, o que se desloca entre o “cuidado de si” grego e o “conhece-te a ti mesmo” moderno, isto é, de uma indagação sobre que relações históricas entre sujeito e verdade estão supostas em um e em outro. Mas Foucault (2010), ao mesmo tempo que investiga – ele faz, de fato, uma leitura minuciosa dos pensadores éticos do período helenístico e romano (Epicuro, Epiteto, Marco Aurélio, Sêneca, Plutarco, etc) –, interfere no que lê. Assim, operacionaliza uma inversão fundamental, subordinando o conhecimento de si ao cuidado de si. Ele tenta “mostrar que o sentido original do ‘*gnôthi seautón*’ era da ordem de um apelo à vigilância e à atenção” (GROS, 2006, p.130).

O cuidado de si do período helenístico-romano aparece como um imperativo incondicional. Deve-se cuidar de si em todas as fases da vida – não com alguma finalidade extrínseca, mas como um fim em si mesmo. Nas suas releituras da Filosofia Antiga, Foucault (2010) encontra muitos exercícios, não perfeitamente organizados, mas com indicações de regularidade – recomendações de tarefas a serem realizadas, regras de prudência, opiniões sobre como realizar os exercícios... Contudo, destaca Foucault (2010),

se existe essa liberdade e uma definição tão ligeira desses exercícios e de seu encadeamento, não se deve esquecer que tudo isso se passa no quadro não de uma regra de vida, mas de uma *tékhne toû bíou* (uma arte de viver). Creio que isso não deve ser esquecido. Fazer da própria vida objeto de uma *tékhne*, portanto, fazer da própria vida uma obra – obra que (como deve ser tudo o que é produzido por uma boa *tékhne*, uma *tékhne* razoável) seja bela e boa – implica necessariamente a liberdade e a escolha daquele que utiliza sua *tékhne*. Se a *tékhne* devesse ser um *corpus* de regras às quais seria preciso submeter-se de ponta a ponta, minuto a minuto, instante a instante, se nela não houvesse precisamente essa liberdade do sujeito, fazendo atuar sua *tékhne* em função de seu objetivo, do desejo, de sua vontade de fazer uma obra bela, não haveria aperfeiçoamento da vida. Penso ser esse um elemento importante, que deve ser bem compreendido, porque se trata justamente de uma das linhas de divisão entre esses exercícios filosóficos e o exercício cristão (FOUCAULT, 2010, p.380,381).

Foucault (2010) vai então indagar sobre o que terá ocorrido para que se tenha privilegiado o conhece-te a ti mesmo e se tenha deixado de lado a noção de cuidado de si. Ou melhor: como o cuidado de si teria sido desconsiderado no modo como o pensamento/a Filosofia Ocidental fez a sua própria história? Ao mesmo tempo que pergunta isso, afirma a necessidade de retomar a Antiguidade: “parece-me não ser possível fazer a história da subjetividade, a história das relações entre o sujeito e a verdade, sem inscrevê-la no quadro dessa cultura de si que conhecerá em seguida, no Cristianismo [...] uma série de mudanças e transformações”.

Para Foucault (2010), o que apelida “momento cartesiano” (não redutível ao próprio Descartes), contribuiu para que o cuidado de si fosse relegado a um segundo plano, requalificando filosoficamente o conhece-te a ti mesmo. O conhecimento de si seria, a partir de então, como tomada de consciência, um acesso à verdade. Há uma distância imensa entre esse modelo, que costumamos dizer cartesiano, e o cuidado de si do período helenístico-romano, no qual o acesso à verdade implicava que o sujeito se modificasse, se transformasse, se deslocasse, se tornasse outro que não ele mesmo. O ato de conhecimento colocava em jogo, então, o ser mesmo do sujeito.

Todos os exercícios de conversão a si, de retorno a si mesmo não podem ser sobrepostos às posturas subjetivas da introspecção, da decifração ou da hermenêutica de si, da objetivação de si por si mesmo. [...] Não se trata de provocar em si um desdobramento interior pelo qual eu me constituiria a mim mesmo como objeto de uma observação introspectiva, mas de concentrar-me em mim e de acompanhar-me (GROS, 2006, p.130).

Foucault (2010) vai buscar, notadamente nos estoicos e epicuristas, os exercícios de cuidado de si através dos quais se adquire um saber – não o da verdade interna, da decifração, como na cultura moderna, mas um saber da experimentação, um saber da preparação para as intempéries da vida, para nos libertarmos daquilo que nos aprisiona. Uma liberdade que se conquista no dia a dia, interrogando-se: contra o que é preciso lutar para ser livre?

Diz ainda que a salvação é um elemento muito importante na cultura de si. Salvar-se é buscar a soberania de si, escapar de uma dominação ou de uma escravidão, escapar de uma coerção pela qual se está ameaçado, recobrar a liberdade, recobrar a independência, manter-se em um estado permanente que nada possa alterar, assegurar a própria felicidade, a tranquilidade, a serenidade etc. “O termo salvação nada mais remete senão à própria vida” (FOUCAULT, 2010, p.166). Salvar-se é uma atividade permanente do sujeito sobre si mesmo, que se desdobra ao longo de toda a vida e cujo único operador é o próprio sujeito.

Cumprir frisar, contudo, acompanhando Gros (2006,), que Foucault não apresenta a Ética grega como um modelo a ser seguido. O que lhe interessa neste cuidado de si “é a maneira como ele se integra num tecido social e constitui um motor de ação política” (GROS, 2006, p.131). O tema do cuidado de si constituía uma ética e uma estética de si no período helenístico-romano. Foucault, com isso, indaga e nos leva a indagar: é possível constituir, hoje, uma ética do eu?

Quanto a isso, Foucault (2010) dá realce ao fato de que expressões como “retornar a si”, “liberar-se”, “ser si mesmo”, “ser autêntico”, etc., embora muito familiares, quase não encontram significação efetiva atualmente. Em seguida, afirma que temos uma tarefa urgente, fundamental, politicamente indispensável: a de (re)constituição de uma ética do eu, posto que a relação de si para consigo é o ponto de resistência ao poder político. “Devemos considerar que relações de poder/governamentalidade/governo de si e dos outros/relação de si para consigo compõem uma cadeia, uma trama e que é em torno dessas noções que se pode, a meu ver, articular a questão da política e a questão da ética” (FOUCAULT, 2010, p.225).

Ao mesmo tempo que o cuidado de si intensifica a relação com a ação política, ele também intensifica a relação com o outro. Vê-se que não se trata de um espontaneísmo, mas de uma atitude austera que implicava exercícios. Espontaneamente, é possível que se prefira o egoísmo ao cuidado ético. Segundo Gros (2006, p. 132), “na realização dos exercícios é preciso um

outro, e um outro que deve nos ajudar a cuidarmos bem de nós mesmos". O cuidado de si não é uma atividade solitária; ao contrário, implica sociabilidade. Ele "se distribui em atividades eminentemente sociais: conversações, troca de cartas, ensinamento e aprendizagem em escolas (de filosofia), formações individuais, etc" (GROS, 2006, p. 132). Ainda na leitura que Gros (2006) faz de Foucault, ele afirma que o sentido de uma "estética da existência" está em "poder dispor (ter às mãos: *prokheiron*) de um certo número de enunciados, de princípios, a fim de não ser levado pela urgência da ação, nem me deixar desamparar pelos infortúnios e catástrofes" (GROSS, 2006, p.134).

Tomar o cuidado nessa perspectiva ética é entendê-lo como uma luta diária consigo mesmo. Já não se trata, então, do cuidado como algo a ser recebido de alguém, por alguma espécie de compaixão, humanismo ou mesmo especialidade profissional, mas de um processo para a vida inteira, que forja liberdades, conquistando-as dia-a-dia, junto às forças ativas da vida, que geram a possibilidade de criar novos modos de subjetivação.

Lembramo-nos da ideia, tão comum e naturalizada nos serviços de saúde mental hoje, que propunha o cuidado como uma forma de "estar bem", para então cuidar do outro – agir sobre ele, ensiná-lo, dado que "sei o que é melhor para ele". Esta agora aparece como uma prática que opera no sentido de tomar o indivíduo como alvo de saber e poder. O trabalhador, nesse último caso, fica no registro do sacrifício, pois não há um horizonte de liberdade comum que incite a transformação de ambos, cuidador e cuidado. Referindo-se ao período helenístico-romano, mas, talvez, propondo um olhar sobre o presente, afirma Foucault (2012): "não se deve fazer passar o cuidado dos outros na frente do cuidado de si; o cuidado de si vem eticamente em primeiro lugar" (FOUCAULT, 2012, p.265).

A partir de que momento se inaugura uma relação sacrificial com o outro? O Cristianismo vai dar início a essa recusa do tema do retorno a si; melhor dizendo, com o cristianismo, a renúncia a si vai-se constituir como o momento em que se pode aceder à verdade e à salvação. Só pode salvar-se quem renuncia a si. A salvação dar-se-á no aniquilamento do eu para que possa emergir um outro eu, à imagem e semelhança de Deus, ou seja, numa relação privilegiada com Deus.

As historicizações de Foucault nos permitem ver continuidades e descontinuidades antes pouco advertidas. Segundo ele, o Cristianismo herda do período helenístico-romano uma moral austera – o dito "paganismo" não é, de modo algum, o reino do "tudo é permitido"; porém o cristianismo vincula essa austeridade à renúncia de si, mediante a prática de uma exegese de si. Na análise foucaultiana, entre o platonismo e o Cristianismo, desenvolveu-se uma terceira possibilidade, uma arte de si, que acabou dominada e recoberta por esses dois modelos. Mas Foucault insiste em dizer que essa arte de si não poderá ficar entre parênteses na história, posto que foi no interior dela que se formou uma certa moral exigente e rigorosa. O Cristianismo não inventou esta moral, apenas se (re)apropriou dela, com modulações bastante específicas.

Com o Cristianismo, vimos se inaugurar lentamente, progressivamente, uma mudança em relação às morais antigas, que eram essencialmente uma prática, um estilo de liberdade. Naturalmente, havia também certas normas de comportamento que regravam a conduta de cada um. Porém, na Antiguidade, a vontade de ser um sujeito moral, a busca de uma ética da existência eram principalmente um esforço para afirmar a sua liberdade e para dar à sua própria vida uma certa forma na qual era possível se reconhecer, ser reconhecido pelos outros (FOUCAULT, 2010, p. 283).

O cristianismo impõe aos seus praticantes a obrigação da verdade. O cristão deve aceitar o texto bíblico, a palavra de Deus e todas as restrições que lhe são impostas. A prática cristã da confissão, de colocação da (própria) verdade em discurso, implica, para o sujeito, um horizonte de abnegação e sacrifício. O cristão deve também testemunhar contra si mesmo, ou seja, saber sobre si, sobre suas tentações, sobre as faltas que pode ter cometido; e mais ainda, precisará dizê-lo aos outros. A verbalização, como movimento que se dirige a Deus, é renúncia a si, auto-sacrifício, destruição de si; é deixar de ser sujeito da vontade.

Ainda no cristianismo, é preciso dedicar obediência incondicional ao Outro, ao guia espiritual. A ligação entre a verdade que se deve ter sobre si e o sacrifício é forte, pois o sacrifício implica numa mudança radical no modo de vida: “você se tornará objeto de manifestação da verdade quando, somente quando você desaparecer ou destruir a si mesmo como um corpo real ou como uma existência real” (FOUCAULT, 2011, p. 183,184).

A obrigação de verdade sobre si está totalmente ligada a outra prática cristã: a penitência. De acordo com Foucault (2011), desde o início do cristianismo, a penitência era um estatuto geral da existência. Através dela, sofrem-se proibições e restrições. É preciso tornar públicas as faltas, mostrar-se como pecador: “a penitência nos primeiros séculos cristãos é um modo de vida que deve atuar em todos os momentos como uma obrigação de mostrar-se a si mesmo” (FOUCAULT, 2011, p. 173). Um modelo importante na penitência era o modelo do martírio: era preciso se expor voluntariamente a algum tipo de martírio.

O Cristianismo definiu cada exercício, penitencial ou não, em sua singularidade, como prescrição, como disposição do tempo no dia, na semana, no mês, no ano. Os exercícios foram perfeitamente especificados em seus objetivos e em seus procedimentos. Com o Cristianismo, a moral assume a forma de um código, isto é, regras, leis, normas, que deveriam ser interiorizadas. Trata-se de uma espécie de extração do sujeito de si mesmo, procedimento que o torna abstrato ao ligá-lo a uma lei fora de si. “Da Antiguidade ao Cristianismo, passa-se de uma moral que era essencialmente a busca de uma ética pessoal para uma moral como obediência a um sistema de regras” (FOUCAULT, 2012, p.283). Esse sujeito moral é necessariamente cindido, dividido: ele precisará constituir a si mesmo como objeto de conhecimento, mas, ao mesmo tempo, esse conhecimento é impossível, ele nunca o alcançará integralmente, o que eterniza a pergunta “quem sou eu?”. De acordo com Gros (2006), diferentemente, a questão grega era: “o que você está fazendo da sua vida?”.

Vê-se que a tecnologia de si cristã é muito complexa. Essa tecnologia de si, orientada pela permanente verbalização, é dominante nos dias de hoje. Será possível fundar outra relação do sujeito com a verdade que não remeta ao sacrifício? Nesse sentido, certa direção analítico-crítica parece indispensável: “talvez nosso problema hoje seja o de descobrir que o sujeito não é nada além de correlação histórica das tecnologias de si construídas em nossa história” (FOUCAULT, 2011, p.186). Mas como transformar essas tecnologias? Foucault faz um chamado a que forjemos uma nova “política de nós mesmos” com o qual estejamos inteiramente de acordo.

Esta leitura sobre as práticas cristãs nos faz pensar que o cuidado em saúde mental em muito se assemelha ao cuidado moral, cristão, travestido, hoje, dos significantes “desejo”, “disponibilidade”, “comprometimento”, “implicação” e até mesmo “militância”. Há uma convocação institucional para que sejam todos devotos de algo exterior, transcendente, qual no cristianismo. Deve-se servir aos dispositivos tal qual um servo de Deus. A proposta de cuida-

do que parece estar posta hoje no campo da saúde mental é de renúncia a si, de auto-sacrifício. O trabalhador deve dar a vida pelo seu trabalho.

Nesse ínterim, parece não ter importância se os vínculos de trabalho são instáveis e precários, se as condições são péssimas, se os salários não são bem pagos, se as cargas horárias são estafantes. Nada disso importa posto que não se trata mesmo de um cuidado ético, de uma prática de liberdade comum. Esta última, diferentemente, se faz a dois, a três, a muitos, acompanhando-se e tentando promover, no outro, a liberdade e a autonomia; jamais a culpa, a obediência, o martírio.

Se este texto faz mais apontamentos que dizem respeito ao plano micro, que é o plano das afecções, dos encontros, das relações, das intensidades e da produção de subjetividades, não o faz senão para visibilizar e potencializar uma política de contágio que se forja nas ações cotidianas. Porém não se trata, de modo algum, de desvincular os planos: toda política é, ao mesmo tempo, macro e micropolítica. Os problemas surgem, ao mesmo tempo, nos dois modos.

Nesse cenário, encerramos com a pergunta: como visibilizar e potencializar práticas outras, já que há sempre a possibilidade de resistência nas relações de poder? A esse respeito, cumpre evocar novamente Foucault (2012): “se há relações de poder em todo o campo social, é porque há liberdade por todo lado” (FOUCAULT, 2012, p.270). Ao propor mais perguntas e indagações que respostas e soluções, parece razoável que este artigo não se encerre nele mesmo, mas se abra para outras tantas análises e reflexões e, quiçá, dispare movimentações ético-políticas entre os trabalhadores de saúde mental.

Referências

BARROS, R. B. Reforma Psiquiátrica Brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (org.). **Loucura, Ética e Política: escritos militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

_____. A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: Quais Interfaces?. In: **Psicologia & Sociedade**. Rio de Janeiro, v.1, p. 21-25, mai/ago, 2005.

_____. **Programa De volta para casa**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29814&janela=1>. Acesso em: 04/04/2013.

BRASIL. Previdência Social. **Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC-LOAS**. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=23>>. Acesso em 04/04/2013.

DELEUZE, G. **Conversações**. São Paulo: Ed. 34, 1992.

FOUCAULT, M. **Em Defesa da Sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. Aula de 7 de novembro de 1973. In: _____. **O Poder Psiquiátrico: curso no Collège de France (1981-1982)**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **A Hermenêutica do sujeito: curso dado no Collège de France (1981-1982)**. 3. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

_____. Sobre a hermenêutica de si: Curso dado no Darmouth College, 1980. In: _____. **Do governo dos vivos: Curso no College de France, 1979-1980 (excertos)**. São Paulo: CCS; Rio de Janeiro: Achiamé, 2011.

_____. **Ditos e Escritos: Ética, Sexualidade, Política**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012. v. 5.

GAMA, J. R. A. A constituição do campo psiquiátrico: duas perspectivas antagônicas. In: **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 19, n.1, jan/mar. 2012.

GROS, F. O cuidado de si em Michel Foucault. In: RAGO, Margareth; VEIGA-NETO, Alfredo (orgs.) **Figuras de Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

GUATTARI, F. **Caosmose: um novo paradigma estético**. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2012.

PASSOS, E., OLIVEIRA, J. Novos perigos pós-desospitalização: controle a céu aberto nas práticas de atenção e gestão em saúde mental. In: CARVALHO, Sérgio Resende; FERIGATO, Sabrina; BARROS, Maria Elisabeth (orgs.). **Conexões Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade**. São Paulo: Hucitec, 2009.

PELBART, P. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: GUATTARI, F. et al. **SaúdeLoucura**, 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1990. v. 2

_____. Prefácio. In: LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2008.

PEREIRA, M. E. C. Pínel: a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. In: **Revista latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, ano VII, n. 3, p. 113-116, set/2004.

RODRIGUES, H. B. C. À beira da brecha: uma história da Análise Institucional francesa nos anos 60. In: AMARANTE, P. (Org.). In: **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

RODRIGUES, H. B. C. **Formação 'psi': reforma psiquiátrica, atenção psicossocial, desinstitucionalização.** Revista Advir, n. 21, 2007.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010.

EIXO 1

2º lugar - Categoria Profissional

Relato de uma experiência no contexto das Políticas Públicas: lição de uma aposta possível

Aline Lima Tavares

Sonia Alberti

Resumo

Articulando uma experiência em um Centro Integrado voltado para adolescentes em tratamento por uso de drogas com a realidade em que vivem os usuários e os agentes socioeducativos, esse relato visa não apenas testemunhar as dificuldades do trabalho do psicólogo como também, e sobretudo, aquelas com as quais os próprios adolescentes se deparam em suas vidas. Tem por objetivo identificar a função do psicólogo em instituições cuja complexidade nem sempre é levada em conta pelos discursos que orientam seus trabalhos, em particular o jurídico. Baseamo-nos mais no que pode mostrar o cinema brasileiro do que na literatura especializada que, no entanto, não deixou de nos fornecer importantes orientações ao associar à psicologia de orientação psicanalítica o campo social. Concluímos que intervenções, por vezes pontuais, participação em grupos com agentes socioeducativos, entrevistas e oficinas permitem fazer uma aposta num trabalho possível.

Palavras-chave: CITUAD. Adolescentes. Tráfico. Psicologia. Ética.

Introdução

Esse trabalho leva em conta a inserção do psicólogo no trabalho possível do campo público, considerando as orientações políticas atuais, a partir de uma experiência realizada no Rio de Janeiro, especificamente no Centro Integrado de Tratamento ao Uso e Abuso de Drogas (CITUAD), unidade do Departamento Geral de Ações Socioeducativas (DEGASE). Situamos tal experiência no campo da Psicologia clínica que não é, da maneira como a concebemos, externa ao campo político, social, jurídico, nem mesmo econômico. Donde a própria ética com a qual o psicólogo deve abordar um caso – independente deste ser o de um adolescente, de sua família ou mesmo de um membro da equipe encarregada de seus cuidados –, se define necessariamente na articulação desses campos. Além disso, consideramos que o cotidiano do trabalho do psicólogo em uma instituição só tem a ganhar se ele puder ser fundamentado não apenas em articulações teóricas que norteiem as intervenções, mas também em preocupações de pesquisa que garantam aos trabalhadores do nosso campo a possibilidade de dividir com seus pares, para além do círculo institucional, as impressões e os aprendizados advindos de sua prática, sendo ao mesmo tempo via de elaboração das dificuldades que a experiência, por definição, impõe. É de alguma forma reconfortante poder dar testemunho do grande investimento que a especificidade de nosso trabalho exige, dividí-lo com outros que, da mesma maneira que nós,

apostam na difícil tarefa que exercemos, posto que nem sempre há uma ideia clara do que fazemos e menos ainda do caminho muitas vezes árduo em que atuamos.

Tendo em vista que este texto ocupa-se da psicologia aplicada ao campo das políticas públicas e em sua interseção com o campo jurídico, julgamos procedente introduzi-lo com um breve esclarecimento do que é o CITUAD. Na sequência, abordaremos nossa experiência, testemunhando que o psicólogo pode efetivamente fazer alguma coisa a partir da especificidade de sua atuação.

A estrutura na qual se insere o CITUAD

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), é dever da família, da sociedade e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos fundamentais das crianças e adolescentes a fim de lhes facultar o desenvolvimento em condições dignas¹. Nesse intuito, através de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais, são formuladas políticas públicas de atendimento que podem ser agrupadas em três segmentos: políticas sociais básicas, políticas e programas de proteção especial e políticas socioeducativas destinadas aos adolescentes que cometem ato infracional, conduta descrita como crime ou contravenção penal.

Devido a condição peculiar da pessoa em desenvolvimento, as crianças e os adolescentes são considerados inimputáveis e estão sujeitos às medidas protetivas e/ou socioeducativas previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990). No caso dos adolescentes que possuem idade entre doze e dezoito anos, verificada a prática de ato infracional, a autoridade competente poderá aplicar alguma medida protetiva e/ou as seguintes medidas socioeducativas: advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviços à comunidade, liberdade assistida, inserção em regime de semiliberdade, internação em estabelecimento educacional.

No Estado do Rio de Janeiro, o Departamento Geral de Ações Socioeducativas (DEGASE) é o órgão do Poder Executivo, vinculado à Secretaria de Educação, responsável pela execução das medidas socioeducativas de semiliberdade e internação aplicadas pelo Poder Judiciário aos jovens em conflito com a lei. A atual estrutura institucional do DEGASE é composta por oito unidades de internação² e dezessete unidades de semiliberdade (denominadas CRIAADs – Centro de Recursos Integrados de Atendimento ao Adolescente), localizadas em diferentes municípios do Estado do Rio de Janeiro, com objetivo de garantir o direito dos adolescentes à convivência familiar e comunitária (CEPERJ, 2012).

Nas internações cujo regime é de semiliberdade (CRIAADs), os adolescentes podem ser autorizados a passar os finais de semana com a família e realizam atividades de escolarização, profissionalização e tratamento médico/odontológico fora da instituição, com os recursos existentes na comunidade. A semiliberdade pode ser determinada desde o início da

¹ São considerados direitos fundamentais: vida, saúde, alimentação, liberdade, respeito, dignidade, convivência familiar e comunitária, educação, cultura, esporte, lazer, profissionalização e proteção no trabalho (BRASIL, 1990).

² As unidades de internação do Degase: Centro de Socioeducação Gelso de Carvalho Amaral, Centro de Socioeducação Dom Bosco, Educandário Santo Expedito, Escola João Luiz Alves, Centro de Atendimento Intensivo de Belford Roxo, Centro de Socioeducação Professor Antônio Carlos da Costa, Centro Integrado de Tratamento ao Uso e Abuso de Drogas e Centro Socioeducativo Professora Marlene Henrique Alves.

medida socioeducativa ou como forma de transição para o meio aberto, após o cumprimento de uma medida de internação.

A internação constitui medida privativa de liberdade, sujeita aos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento. As instituições de internação são divididas em dois tipos: 1) Internação provisória: destinada a adolescentes acusados por prática de ato infracional que, após oitiva do Ministério Público, aguardam, privados de liberdade, a data de sua audiência com o juiz - ocasião em que serão julgados e que poderá ser determinado o cumprimento de alguma medida socioeducativa. Essa internação cautelar não pode ultrapassar o prazo de quarenta e cinco dias e é determinada apenas nos seguintes casos: a) quando o adolescente comete ato infracional considerado mediante grave ameaça ou violência à pessoa; b) quando o jovem é reincidente no cometimento de outras infrações graves; c) quando houve descumprimento reiterado e injustificado de medida anteriormente imposta. Nos demais casos, o jovem aguarda a data de sua audiência com o juiz em liberdade. 2) Internação propriamente dita: quando adolescentes cumprem medida socioeducativa de internação determinada pelo juiz, sem prazo mínimo determinado, mas não podendo exceder o prazo de três anos, devendo sua manutenção ser reavaliada no máximo a cada seis meses.

O Centro Integrado de Tratamento ao Uso e Abuso de Drogas (CITUAD)

Única unidade de internação do sistema socioeducativo com objetivos explícitos de tratamento para saúde, o Centro Integrado de Tratamento ao Uso e Abuso de Drogas (CITUAD) possui uma rotina diferente das demais instituições de internação, nas quais, segundo a fala dos adolescentes e agentes socioeducativos, o que ocorre é “massacre”³. Com capacidade máxima para doze adolescentes, o espaço físico do CITUAD é o de uma casa. Não fosse a presença de grades na porta dos três quartos da instituição, seria possível pensar que se trataria de um abrigo público para adolescentes do sexo masculino.

Quando conhecemos pela primeira vez a casa em que se situa o CITUAD, nos inquietamos bastante. Abaixo do nível da rua, exige-se, para acessá-la, que se desça alguns degraus até chegar ao pátio de entrada, amplo espaço livre com alguns bancos e um esgoto que corria a céu aberto – era possível ver fezes boiando –, exatamente na entrada da casa. Esporadicamente, quando o cheiro ficava muito forte, beirando o insuportável, agentes e adolescentes se punham a cavar buracos no intuito de escoar o esgoto pelas laterais da casa, também povoada por ratos. Nos fundos do terreno havia um campo de futebol gramado – frequentemente utilizado –, limitado por um muro com falhas estratégicas para a evasão dos adolescentes, não impedida pelos agentes socioeducativos que seguiam à risca o lema que orienta as instituições para tratamento de saúde: “aqui só fica quem quer”.

Rapidamente descobrimos que o CITUAD é uma unidade na capital povoada por adolescentes do interior. A razão dada para isso era justamente o fato de ser considerado rota de fácil evasão. Explicamos: há uma crença que permeia todo o sistema socioeducativo e também o Judiciário do Estado do Rio de Janeiro de que os adolescentes que moram na capital e cidades

³ Nas instituições de internação, os adolescentes, estando sob constante vigília dos agentes, são oprimidos e humilhados de forma constante, mantendo-se ambos tensos ao longo de todo o tempo em que convivem, o que faz com que, muitas vezes, baste o aparecimento de uma pequena fâscia para gerar situações que culminam em agressões físicas graves, como tapas no rosto.

adjacentes (Duque de Caxias, Belford Roxo, Magé, São Gonçalo, Niterói) não permanecem na instituição devido à proximidade e conseqüente facilidade de retornarem para suas residências, motivo pelo qual evadem. Acredita-se que os adolescentes que vivem em cidades mais distantes (como Itaperuna, Campos e Resende, por exemplo) têm mais dificuldades de retornarem para casa, motivo pelo qual permaneceriam na instituição durante os três meses exigidos pelo Judiciário como tempo mínimo de internação necessário para um tratamento antidrogas. Eis porque os próprios juizes da Vara da Infância e Juventude da Capital e Grande Rio apenas muito raramente chegam a encaminhar adolescentes para o CITUAD. Os encaminhamentos são feitos pelos juizes das cidades mais distantes, do interior do Estado.

No entanto, o que pudemos constatar, a partir da clínica do caso a caso, é que os motivos que levam um adolescente a permanecer ou não na instituição são bem mais complexos, muitas vezes subjetivos, dificilmente geográficos. A realidade em que vive grande parte dos jovens envolvidos é às vezes tão séria e grave que o próprio discurso – inclusive o jurídico – procura minimizá-la, senão recalca-la ou até mesmo forçá-la. Como observa Petracco (2007), nos tornamos “incapazes de enxergar cada um dos atores deste trágico cenário em suas historicidades, singularidades” (PETRACO, 2007). O que pudemos compreender com o trabalho que realizamos no CITUAD é que, apenas nos dispendo a escutar cada um desses jovens na singularidade dos casos, se pode efetivamente tentar fazer alguma coisa. Eis onde identificamos a função do psicólogo, preparado para isso: escutar o adolescente, sem jamais deixar de levar em conta seu contexto, o mundo em que vive, o que, no que tange os jovens, é ainda mais importante, dado o fato de que ele depende, inclusive juridicamente, desse mundo.

Observamos adolescentes do interior evadirem da instituição na mesma semana de sua chegada no CITUAD, assim como pudemos acompanhar uma longa internação de um adolescente da Baixada Fluminense. Conhecemos adolescentes extremamente envolvidos com o tráfico, que tinham dívidas a saldar, que evadiam por temerem pela vida de seus familiares ou ainda jovens cuja existência parecia não fazer sentido fora do contexto do tráfico de drogas. Como se lê em alguns autores ou se vê em filmes, o único sentido lhes vem de um ancoramento simbólico e territorial, outorgado por chefes do tráfico que “tomam o lugar do pai, porque lhes dão um nome, e da mãe, porque lhes são solidários” (LAURENT, 2007, p.158).

Nosso primeiro contato com os jovens assistidos no Rio de Janeiro

Quando foi lançado, em 2008, o filme brasileiro *Última parada 174*, dirigido por Bruno Barreto, escrito por Bráulio Mantovani e baseado em uma história real, acabávamos de iniciar um trabalho no cargo de psicólogo na Secretaria de Assistência Social do município de Niterói, mais especificamente num setor de atendimento à população em situação de rua.

Desde o início, chamava nossa atenção o fato de que os jovens que faziam das ruas da cidade sua moradia nunca compareceram ao nosso setor demandando algo, diferentemente dos adultos, que diariamente chegavam com os mais diversos pedidos (abrigo, passagens, comida, banho). Era como se os jovens soubessem que os serviços oferecidos pouco os ajudariam: tratava-se apenas de um engodo. Nesse contexto, encontrávamos os adolescentes quando eles eram literalmente recolhidos das ruas por operações de caráter extremamente repressivo, realizadas pelo Governo do Estado em parceria com a Prefeitura, cujo objetivo era levar as pessoas em situação de rua para abrigos públicos de forma compulsória. Os víamos também quando rece-

bíamos ligações de moradores da Zona Sul da cidade, ora incomodados, nos pedindo para ir até o local em que residiam a fim de que conversássemos e conseqüentemente retirássemos de lá os jovens que faziam algazarra em frente aos seus condomínios; ora preocupados, quando esses mesmos jovens, provavelmente devido ao uso de drogas, dormiam há horas sob a luz de um sol forte, dando a impressão aos que passavam de que estavam “mortos ou desmaiados”. Nesse momento de nossa trajetória profissional, nos deparamos pela primeira vez com adolescentes que pareciam portar em sua carne uma dor que os dilacerava, da qual não suportavam falar, mas que, sem dúvida, os movia.

Intrigava-nos muito que estes jovens recusassem a “ajuda” oferecida pelo poder público (abrigo) e que não conseguissem contar suas histórias de vida. Quando perguntávamos sobre suas famílias, nos diziam “tia, sobre isso não quero falar” – o que escutávamos como “sobre isso, não consigo falar” ou ainda “sobre isso, não suporto falar”. Vale assinalar que também Sandro, protagonista de *Última parada 174*, quando questionado pela funcionária da ONG que o acompanhava sobre sua história, não conseguiu responder. É apenas após a chacina da Candelária, quando ela o convoca a “colocar a boca no trombone” sob a forma de um rap, que ele consegue dizer a sua história, que aqui pontuamos:

Eu vou contar uma história / Que um dia aconteceu / De um filho de uma mãe /
Que ela foi pro céu / Ele era pequeno / Ela era gente boa / E aí veio o veneno: / E
ela morreu à toa / O menino cresceu / Ele sempre se fodeu / Sem casa pra viver /
Sem rango prá comer / Dormindo na sarjeta / Mijando na valeta / É a vida na rua
/ Realidade nua e crua / O pior de tudo / Aconteceu na Candelária! / Quando os
vermes brotaram / Não sobrou ninguém na área / Quem não fugiu, morreu / Só
viveu quem se escondeu. / Fica ligado na notícia / O culpado é a polícia

Inicialmente, portanto, foi o cinema nacional que nos permitiu entender um pouco do que se passava com aqueles adolescentes que faziam escolhas de vida tão mortíferas. Confessamos que, num primeiro momento, nos questionamos sobre como a Psicologia, que embasou nossa formação profissional, poderia nos auxiliar diante da realidade que se impunha aos nossos olhos.

Observávamos apenas que vigorava na instituição uma ética semelhante à aristotélica, ética do caráter, que prevê adestramento, educação, “ciência do que deve ser feito”. Segundo o discurso dos educadores sociais (funcionários de nível médio que integravam a equipe do setor de atendimento à população em situação de rua há muitos anos) e de alguns colegas da equipe técnica, os jovens usuários do serviço eram “casos perdidos” e precisavam de “uma lei mais rígida para se comportar”. Esses funcionários pouco se questionavam sobre a eficácia do sistema de atendimento, não se indagando sobre “o que fazíamos ali, se éramos incapazes de acolher/atender para além da pura burocracia?”.

Ao discutir as situações-problema enfrentadas pelo profissional psicólogo que trabalha nas instituições públicas brasileiras, Palombini (2010) assinala que, diante dos impasses encontrados, se apresentam apenas dois caminhos: ou o impasse é vivido como impotência, jogando-nos na paralisia, ou é tomado como enigma, desafiando-nos a seguir buscando as vias possíveis de fazer operar a clínica. Ressalta que tomar como enigma todo e qualquer impasse com que a experiência clínica nos confronta é uma posição ética da qual não podemos retroceder.

Aprendemos com Freud (1921,1987), em *Psicologia das massas e análise do eu*, que um grupo é definido pelos laços libidinais que o caracteriza e que a família é uma formação natural de gru-

po que, quando se desintegra, dá lugar a uma angústia gigantesca. Neste contexto, é preciso buscar no Outro pontos de apoio, referências simbólicas que apaziguem e ajudem a responder à pergunta que se impõe: “quem sou eu, agora?”.

No momento de se separarem de seus pais e de suas famílias de uma maneira violenta, os adolescentes desarvorados deparam-se com um ponto de real em que a vida pulsional irrompe de maneira inesperada. É aí também que Freud (1914, 1987) ressalta a importância do Outro social, que deve exercer sobre o jovem uma influência mantenedora da vida.

Trata-se das condições necessárias ao tornar-se sujeito, isto é, alguém capaz de se sustentar com seu desejo, única proteção verdadeira contra o mal-estar, pois é com ele que o homem cria, inventa, decide, dá sentido à vida, isto é, tira leite de pedra. É a adolescência, então, que pode denunciar se do lado do outro comparecem as possibilidades de haver sujeito. Isto porque é o momento em que se afrouxam os laços familiares, em razão das inevitáveis decepções, pondo à prova tudo o que se constituiu como pilar da subjetividade na infância. O jovem é aquele que, decepcionado com a figura parental como ideal, mas não sem ela, volta-se para o mundo em busca de algo que possa substituí-la (ANGELO, 2007, p.34).

Alberti (2004) destaca que não há escolha que prescindia de indicativos e direções que lhes são anteriores e explica que o sujeito adolescente os recebe ao longo de sua infância, mas pode continuar recebendo esses mesmos indicativos e determinantes ao longo de todo processo adolescente, desde que não lhe falte quem possa transmiti-los. O problema é que isso falta e muito! Para Alberti e Pollo (2005), o lugar de objeto que as crianças e adolescentes tantas vezes ocupam para o Outro social é comprovado pela forma como são tratadas: a mesma sociedade que as gerou considera-as objeto de vergonha social e institui milícias destinadas a acabar com elas. Nominé (2001) identifica as possibilidades de sobrevivência até mesmo material no acolhimento do sujeito pelo Outro social e é aí que nos inserimos, na tentativa de poder responder de alguma maneira enquanto possibilidade.

Por motivos pessoais não pudemos continuar trabalhando no setor de atendimento à população em situação de rua. Entretanto, os questionamentos que lá se originaram continuaram a nos mover, razão de nosso trabalho posterior, realizado no Departamento Geral de Ações Socioeducativas do Estado do Rio de Janeiro. Ocupando a função de psicólogo nos quadros da supracitada instituição, continuamos a tentar articular a prática nas instituições de políticas públicas com o que nos ensinam produções culturais, como o cinema brasileiro, e com nossa aposta de que o psicólogo pode contribuir a partir do cotidiano de sua clínica.

O contexto do jovem no tráfico e nas drogas

O filme brasileiro *Salve Geral* (2009), dirigido por Sérgio Rezende e baseado em fatos reais ocorridos na cidade de São Paulo durante uma onda de violência no ano de 2006, nos mostra tanto a escolha forçada diante da qual se encontram muitos jovens na sua relação com o tráfico quanto o lugar que a facção criminosa ocupa na vida de alguns deles. Rafa é um jovem de classe média que, após o falecimento do pai, precisa se mudar com a mãe para um bairro da periferia de São Paulo. Numa noite, quando vai com o amigo Beto a um local onde jovens fazem exposições de manobras radicais com carros, acaba batendo no carro de um dos organizadores do evento que

cobra pagamento em dinheiro. Beto, o amigo de Rafa, intervém e é assassinado, momento em que Rafa, desesperado, pega uma arma que estava no porta-luvas do carro do amigo e atira em direção ao homem que o matou, mas acerta uma menina, que morre. Rafa é imediatamente preso e, quando julgado, condenado. Ao adentrar no sistema carcerário, encontra celas lotadas e presos que se revezam em turnos para dormir, uma vez que o tamanho da cela não comporta todos os seus ocupantes deitados ao mesmo tempo. Quando percebe o poder que o PCC⁴ tem na cadeia, Rafa procura um de seus representantes perguntando se poderia ser transferido para uma cela mais confortável. Mediante um pagamento mensal para a facção criminosa, passa a ocupar uma cela na qual tem uma cama. Lá o jovem conhece “Xis”, convicto membro do PCC que defende o “Comando” de forma empolgada e talvez até apaixonada. Quando Rafa teria direito a visitar sua mãe no final de semana pela primeira vez, os líderes do PCC, revoltados com a transferência de quinhentos de seus mais importantes membros para presídios de segurança máxima, decidem dar um “salve”, isto é, fazer uma rebelião: “quem *tiver* no sistema [penitenciário] é para quebrar. Quem *tiver* na rua é para matar polícia. Quem *tiver* na rua e não cumprir, vai morrer”. A ordem dada pela liderança do PCC envolve a dimensão da escolha forçada: a liberdade ou a vida? Se o sujeito escolhe a liberdade, perde as duas imediatamente, “se ele escolhe a vida, tem a vida amputada de liberdade” (LACAN, 2008, p. 207, 208). Rafa, por ter pedido ajuda à facção criminosa para mudar de cela e ter se tornado colega de um de seus membros, passa a estar sujeito às suas regras. Quando vai sair do portão da penitenciária para encontrar sua mãe no final de semana, o jovem é advertido por “Xis”: “Mano, hoje não vai dar *pra* você ir embora”. Nesse contexto, Rafa sai para passar o final de semana fora da penitenciária, mas não pode encontrar a mãe, vai “pilotar”/dirigir para o PCC, colaborando com a rebelião.

O filme ilustra o lugar ocupado pelo tráfico na vida de alguns jovens no seguinte diálogo: Rafa se queixa ao colega, dizendo que seu sonho era ser piloto de corrida. “Xis” responde: “Posso falar? Você está melhor agora. Se você fosse piloto da Ferrari, estaria rico, mas rico só para você e agora você está pilotando *pra* um negócio, *pra* fazer uma revolução”. Rafa interrompe “Xis” lhe perguntando em tom incrédulo: “você acredita mesmo nisso?” e tem como resposta “certeza, mano. Se eu não acreditar nisso, o que vai ser da minha vida?”.

Com efeito, diante da vulnerabilidade social a que estão sujeitos esses jovens, a própria vida ficaria sem sentido, razão de o “patrão da boca” (PETRACCO, 2007) se tornar a referência principal, pai-patrão bem mais real do que todo aquele que não quer ver ou ouvir o que esses jovens têm a dizer. Na contramão disso, apostamos que a inserção do psicólogo no âmago dos dispositivos engendrados pelas recentes políticas públicas do DEGASE permite supor que é possível fazer alguma coisa – o que procuramos testemunhar com os relatos de nossa experiência.

O que aprendemos com Marcos?

Quinze anos, magro, baixinho, franzino, aparentava fisicamente ser uma criança no auge dos seus oito anos de idade⁵. Morava em Duque de Caxias e já estava em sua segunda internação no CITUAD. Na primeira delas, passou apenas minutos na instituição e evadiu (é importante

⁴ A facção criminosa PCC (Primeiro Comando da Capital), a mais organizada do país hoje, surgiu no início da década de 1990 com objetivo de combater a opressão dentro do sistema prisional paulista, no Centro de Reabilitação Penitenciária de Taubaté, local que acolhia prisioneiros considerados de alta periculosidade pelas autoridades.

⁵ No DEGASE, os adolescentes que possuem porte físico de crianças pequenas são chamados pelos colegas e também pelos agentes socioeducativos de “Bebel”. Identificados assim a sua fragilidade física, esses jovens perdem seu nome próprio.

ressaltar que quando algum adolescente foge de uma unidade do sistema socioeducativo, ele não fica impune: é expedido um mandato de busca e apreensão e esse jovem passa a ser um “foragido da polícia” até que complete 21 anos de idade). Em entrevista realizada com Marcos durante sua segunda internação, lhe perguntamos o que o fez permanecer no CITUAD desta vez. O jovem, então, nos contou que houve uma noite em que o pessoal do tráfico bateu na porta de sua casa pedindo para que os levassem até seu melhor amigo. Chegando no local onde estava o garoto, com quem costumava dividir todas as suas peripécias, deram um tiro em cada uma das palmas de suas mãos, pois havia roubado na comunidade. A visão dos tiros no amigo assustaram Marcos. Por pouco havia escapado dessa, poderia ter sido ele. Por sorte, dessa vez não havia participado do furto. A mãe do adolescente também ficou horrorizada: quando saíram com seu filho pelas vielas da comunidade à procura do amigo dele, ela temeu pela vida de Marcos. Um ponto de real tocou mãe e filho. Ambos decidiram juntos que era preciso fazer algo: Marcos não poderia ser o próximo. Resolveram, então, que o adolescente deveria se entregar à polícia e regularizar sua situação jurídica, o que de fato ocorreu.

O encontro com Marcos ensinou-nos algo mais sobre a realidade em que vivem os jovens do CITUAD, para muito além do que o discurso jurídico compreende sobre os jovens que tantas vezes passam pelas instituições que ele cria. Definitivamente a razão da permanência na instituição não é geográfica, e sim uma aposta de que ainda é possível sustentar a vida, apesar de todas as dificuldades.

A importância dos agentes socioeducativos: a psicóloga por testemunha.

Na rotina institucional do CITUAD, os adolescentes são acordados às oito horas da manhã, tomam café e participam de um grupo coordenado por um agente socioeducativo. Como os agentes trabalham por plantão, vários deles conduzem o grupo ao longo da semana. A Psicologia pode estar presente nesses encontros. O grupo começa com o coordenador introduzindo um lema (tipo o dos alcoólicos anônimos, “só por hoje”), e em seguida os adolescentes discutem as notícias do dia – que variam do futebol à política. Apesar de haver esse padrão, é interessante observar que as características pessoais dos agentes influenciam a forma de conduzir o trabalho. Um agente em especial, cientista social, professor no município do Rio de Janeiro, morador e líder comunitário numa das maiores favelas da cidade, trabalha no Degase há vinte anos e conduzia o trabalho de forma extremamente interessante. Deixava um tempo livre para que os adolescentes pudessem falar, dizer o que os incomodava, contar sobre os passeios e torneios esportivos. Às vezes era uma farra, um adolescente caçoando do outro, brincando, fazendo chiste com o colega, mas outras vezes trovejava, surgiam assuntos tensos, como quando iria chegar ao CITUAD um adolescente que havia assaltado por duas vezes a casa de outro jovem que estava na instituição⁶. Os meninos diziam que o matariam, iriam torturá-lo, espancá-lo, que ele não valia nada, pois “era um ladrão!”. “Como podia ter coragem de roubar dentro da comunidade?”.

Diante da liberdade que era dada pelo agente para fazer circular a palavra, decidimos fazer parte do debate na ocasião supracitada. Considerando que os jovens que falavam também

⁶ Os agentes socioeducativos, quando são oficialmente informados de que chegará na instituição algum jovem, logo procuram saber em qual cidade ele reside a fim de levantar informações com os adolescentes que estão internados sobre aquele que está por chegar: se o conhecem, qual seu envolvimento com o tráfico, como se comporta, qual seu perfil.

praticavam furtos, embora fora dos muros (invisíveis) de suas comunidades, dissemos a eles que é dessa forma que parte da classe média os enxerga e que muitas pessoas acham que o mesmo deveria ser feito com eles: que deveriam ser exterminados, espancados, aniquilados. Explicamos que não concordávamos com essa visão, que existem leis para serem aplicadas aos que a infringem e que no Brasil não são permitidas penas de morte nem de tortura. Os adolescentes pareciam não entender o que estávamos falando, mostravam-se regidos por uma lei dura e clara, que poderia ser enunciada assim: “aos que não respeitam as regras (sagradas) do tráfico: dor, humilhação e morte”. Pareciam também ter lido Freud (1930,1974) em *O mal-estar na civilização*, quando diz que um estranho é indigno de receber amor, possuindo mais direito à hostilidade e ao ódio por parte daquele que não o conhece. Freud (1930,1974) justifica sua afirmação assinalando que um estranho não hesitará em prejudicar aquele que não conhece se com isso puder obter algum benefício ou satisfazer algum desejo, sendo, portanto, capaz de caluniar, insultar, escarnecer e mostrar sua superioridade.

Os homens não são criaturas gentis que desejam ser amadas e no máximo podem defender-se quando atacadas; pelo contrário, são criaturas entre cujos dotes instintivos deve-se levar em conta poderosa quota de agressividade. Em resultado disso, o seu próximo é, para eles, não apenas um ajudante potencial ou um objeto sexual, mas também alguém que os tenta a satisfazer sobre ele a sua agressividade, a explorar sua capacidade de trabalho sem compensação, utilizá-lo sexualmente sem o seu consentimento, apoderar-se de suas posses, humilhá-lo, causar-lhe sofrimento, torturá-lo e matá-lo (FREUD, 1930/1974, p.133).

Conhecedores de verdades tão íntimas quanto estranhas, que apontam a maldade profunda que habita o próximo e por isso também nós mesmos (já que é à imagem do outro que formamo-nos como eu), os adolescentes pareciam presos a um circuito no qual: se “ou eu ou o outro”, então “antes ele do que eu”. Nesse contexto, um dos jovens, que inclusive liderava os demais, falava alto frases tão atroz que o diretor da unidade abriu a porta com mais dois agentes socioeducativos perguntando se deveriam acabar com o grupo. Apesar de o agente coordenador dizer que estava tudo bem, que os adolescentes podiam falar o que pensavam, que era importante o espaço de discussão – o que levou o diretor a se retirar da sala –, o grupo foi logo encerrado porque os adolescentes não falaram mais nada. Pudemos testemunhar como o agente pode respeitar esse silêncio.

O adolescente, como sujeito em questão

Continuávamos buscando no cinema nacional, que produz muito na tentativa de nos ajudar a compreender nossas *idades partidas*⁷, uma ancoragem simbólica para nossos encontros com as realidades nas instituições. Durante o final de semana seguinte ao que acabáramos de vivenciar no grupo, assistimos a *Faroeste Caboclo* (2013), filme brasileiro dirigido por René Sampaio e inspirado na música homônima de Renato Russo (1987), que nos conta a história de João de Santo Cristo. Pobre e negro, ainda menino, João se depara com o desconcerto do mundo. Após tentar furtar algumas balas na mercearia em que seu pai estava bebendo, é acusado pelo dono do local de ser “ladrãozinho”. Seu pai intervém na situação a favor do filho, motivo pelo qual é assassinado, pois o dono do estabelecimento era irmão do policial da pequena cidade de Santo

⁷ Tomamos aqui emprestado o nome do livro de Zuenir Ventura (1994).

Cristo, no interior da Bahia. Quando adolescente, João decide vingar a morte do pai e assassina o homem que o havia matado, o que o leva a passar algum tempo na FEBEM.

Libertado, João vai para Brasília procurar o único parente que sabe ter. Pablo, primo de João, é um traficante peruano que o acolhe, mas logo lhe dá “um serviço”: vender maconha na Asa Sul da cidade. Ao fazer suas vendas, João conhece Maria Lúcia, por quem se apaixona e que até o faz deixar de traficar, retomando um trabalho que tinha como carpinteiro. Entretanto, João já estava envolvido demais com o tráfico para sair ileso. Após uma visita à Maria Lúcia, é apreendido pela polícia que o entrega a Jeremias e seus comparsas, *playboys* que dominam o tráfico de drogas na Asa Sul e possuem grande articulação com a polícia a fim de manter a hegemonia de seu negócio. João é espancado, torturado e sexualmente abusado. Após esse episódio, difícil de ser simbolizado, novamente quer se vingar e retoma a ligação com o primo Pablo, que o havia avisado que não adiantava querer viver como trabalhador honesto, lhe dizendo: “você é de Santo Cristo, é preto, pobre, analfabeto, é merda”. Começa, então, um *bang bang* à brasileira que termina com a morte do policial que apreendeu João, dos comparsas de Jeremias, do próprio Jeremias, de Pablo e seus “soldados” e também de João e Maria Lúcia. A cena final do filme é a primeira assistida pelo espectador, na qual João de Santo Cristo nos diz “se dependesse do resto do mundo, não tinha lugar para mim. Sei que eu passei a vida procurando o meu. Só que tem coisa que a gente escolhe e tem coisa que escolhe a gente. E eu já nasci com muita conta para acertar”.

Em nosso trabalho, estaríamos diante de outros tantos João de Santo Cristo? Seria utópico crer em alguma mudança a partir da intervenção no grupo feita durante a semana? Haveria cabimento falar daquele jeito com adolescentes cujas vidas se deparam a todo instante com o não cumprimento ou até mesmo o avesso da lei? Essas e outras questões não calavam em nós a partir do filme. Mas eis que, na semana seguinte, um agente socioeducativo de um CRIAAD relatou que técnicos da instituição em que trabalhava levaram os adolescentes internos para assistir *Faroeste Caboclo* no cinema e que os jovens voltaram cabisbaixos, introspectivos e calados. Quando questionados sobre o motivo de estarem tão “*pra baixo*”, um dos adolescentes respondeu: “você querem que a gente pense o quê?”.

Na semana seguinte, durante o grupo matutino conduzido pelo agente já citado, os adolescentes voltaram a falar sobre a possível chegada do garoto que havia assaltado a casa de um dos internos do CITUAD. Diante das constantes afirmações de um jovem mais exaltado sobre a necessidade de aplicação de um “corretivo” no adolescente que estava por vir para a instituição, e a partir do filme e da conversa com o agente do CRIAAD, nos ocorreu de lhe dizer: “Fulano, você já deve ter passado por muitas situações duras e extremamente difíceis na vida para pensar assim”. Para nossa completa surpresa, o adolescente começou a chorar. Mostrou-se extremamente angustiado quando disse que todos os dias se martirizava com pensamentos para os quais não tinha resposta e que diziam respeito ao que seria da sua vida dali para frente, se teria forças para fazer algo diferente ou se era melhor “correr logo” para o tráfico: “fico pensando que não vou aguentar, que vou recair nas amizades”.

Também falou que já sofreu muito. Relatou o episódio em que o padrasto colocou fogo na casa em que morava com a mãe e os irmãos, quando estavam todos dentro da residência. Disse que perderam toda mobília, mas que semanas depois sua mãe retomou o relacionamento com o padrasto, com quem teve que conviver na mesma casa apesar do ódio que sentia. Ao final do grupo, oferecemos ao adolescente a possibilidade de ele continuar falando sobre o que o angustiava em outro espaço, individualmente. Não houve tempo para verificar o efeito do

convite: quando retornamos ao CITUAD, uma semana depois, tivemos a notícia de que o adolescente evadiu. Notícia, mais uma vez, surpreendente. O que faria o jovem, que já estava na instituição há dois meses, ir embora justo agora, quando parecia que uma possibilidade efetiva de trabalho vinha se delineando? A resposta não tardou: o adolescente havia sido espancado por um agente socioeducativo. Nem todo agente sustenta a função socioeducativa da maneira como o fez o coordenador do grupo da semana anterior.

Após o grupo matinal, os jovens vão para a escola, localizada dentro do Centro de Socioeducação Dom Bosco, instituição de internação provisória que fica a apenas alguns metros do CITUAD. A escola é frequentada tanto pelos adolescentes que cumprem medida socioeducativa no Dom Bosco quanto por aqueles do CITUAD, compartilhando as mesmas classes. Eventualmente há conflito entre eles. Os motivos são banais: os adolescentes que estão na instituição cujo objetivo é o tratamento para dependência química podem manter seus cabelos como quiserem, por isso, “tiram onda” com os jovens que estão no Dom Bosco cujas cabeças são raspadas com máquina zero durante toda sua permanência na instituição. Como nos ensina Freud (1918,1987), o narcisismo das pequenas diferenças é bélico. Numa manhã, logo após o grupo que relatamos acima, o adolescente exaltado do qual falávamos, que agora chamaremos de João, provocou uma briga na escola e deu um soco num jovem “do Dom Bosco”. O agente socioeducativo do CITUAD tirou João da sala de aula e o trouxe de volta para a instituição em que estava internado. Chegando lá, entrou com o adolescente numa sala reservada e o bateu muito, com o aval do então diretor.

Quando a equipe técnica soube do ocorrido, enviou o adolescente para atendimento médico, que comprovou lesões no tímpano, embora o jovem não tivesse qualquer marca no corpo. No DEGASE é comum ouvir dos agentes as seguintes falas “é preciso saber bater para não deixar marcas” e “é preciso bater quando o adolescente está ‘querendo aparecer demais’ para mostrar quem é que manda”. Infelizmente, embora o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE/2012) preconize o desenvolvimento de uma ação socioeducativa sustentada nos princípios dos Direitos Humanos, responsabilizando legalmente quem descumprir suas determinações, as agressões físicas e verbais aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa ainda são frequentes, principalmente nas instituições de internação. No CITUAD, em nossos oito meses de trabalho, poucas foram as vezes em que algo tão grave ocorreu, motivo pelo qual a instituição é considerada diferenciada em relação às demais instituições de internação.

No dia da visita familiar, que acontece todos os sábados, João contou para seus parentes o que havia acontecido dentro dos muros da instituição. Sua mãe então questionou: “como posso deixar meu filho neste lugar?”, emendado em seguida “se eu o levo embora, ele passa a dever à Justiça, mas ele não pode continuar aqui apanhando”. Diante desse quadro, a assistente social orientou a família a procurar a Vara da Infância e Juventude de sua Comarca para fazer uma denúncia. João evadiu da instituição minutos após a visita de sua família.

Uma nova direção

Após esse dramático episódio houve uma troca na direção da instituição. A chegada de um novo diretor renovou os ares e trouxe novos rumos. O novo responsável não era um agente socioeducativo, mas um funcionário administrativo, o que se mostrou extremamente favorável: os primeiros costumam já chegar carregados de preconceitos, o que não era o caso desse

funcionário. Contra a prática de qualquer tipo de violência, coibiu os agentes, que sabiam que não teriam nenhum respaldo caso algo fora dos padrões legais viesse a ocorrer. Além disso, o novo diretor se preocupou com a aparência da casa: mandou pintá-la e deu fim ao esgoto fétido na entrada. Também determinou que cada técnico deveria propor uma oficina com os adolescentes. Considerando que o CITUAD tinha uma cozinha inutilizada – pois todas as refeições eram terceirizadas e servidas como “quentinhas/marmitex” – e que a comida não era das melhores, pensamos em iniciar uma oficina de culinária.

A ideia se concretizou quando, num dia de visita familiar, a equipe técnica organizou um churrasco. Os funcionários haviam feito uma “vaquinha” para a compra da carne e decidiram que o arroz, o feijão e a farofa seriam aproveitados da quentinha. Estavam todos comendo, bebendo e comemorando, menos Bruno. Não havia vindo ninguém da família dele. O adolescente estava visivelmente chateado, encontrava-se sentado na entrada do pátio de forma a ver todo movimento, mas sem dele participar. Bruno estava se recusando a comer e beber há algum tempo e nos sentamos a seu lado para conversar. Suas primeiras palavras foram: “onde já se viu churrasco sem vinagrete?”, “não tem vinagrete? não vou comer, não é churrasco”. É claro que tanto mal-estar não se devia à ausência do vinagrete, mas foi assim que ele conseguiu nomeá-lo. Aproveitamos a ocasião para falar com o adolescente sobre o projeto de iniciar uma oficina de culinária e sugerimos que a primeira receita poderia ser o vinagrete. Ficou combinado que já na semana seguinte iniciariamos a atividade, embora ainda não tivéssemos panelas, talheres nem a verba para a compra da comida.

Na semana seguinte, chegamos ao CITUAD com panelas e algum dinheiro para comprar os ingredientes necessários à realização da receita combinada. Bruno, logo que acordou, se dirigiu à sala da equipe técnica: “e aí, trouxe as paradas?”. É interessante observar que no imaginário dos adolescentes, os funcionários não se importavam com eles e iam trabalhar porque eram remunerados para isso, “vocês estão aqui pelo dinheiro”, “ganham um bom salário”, “quanto você ganha?”, ouvíamos com frequência. Assim, quando iniciamos a oficina com recursos próprios, houve um giro no discurso, algo se moveu, “o que será que ela quer?”. De nossa parte, vale assinalar que, antes de iniciar esta oficina, ainda nos perguntávamos sobre qual nosso papel na instituição e algumas vezes pensávamos em desistir. A decisão de iniciar e levar adiante a oficina se relacionava a uma tentativa de insistir, tentar construir alguma via de trabalho antes de dizer que não era possível, o que foi fundamental.

Iniciamos a culinária com receitas que pudessem complementar a refeição fornecida pelo DEGASE, mas logo a instituição se responsabilizou por nos enviar os ingredientes e foi possível fazer pratos completos: estrogonofe de frango, escondidinho de batata, macarrão com molho vermelho, macarrão com molho branco, bife com batata frita, cachorro quente. No espaço da oficina, os adolescentes cantavam os funks que compunham, diziam dos hábitos em suas casas, mostravam seus dotes culinários ou aprendiam a cozinhar. Além disso, era um espaço deles: o cardápio do mês era definido de comum acordo e por votação, a comida que sobrava ficava na geladeira deles para que comessem quando quisessem, os agentes socioeducativos só participariam se fossem convidados.

Nosso comprometimento foi valorizado tanto pelos adolescentes – que passaram a nos dirigir suas demandas fora do contexto da oficina, possibilitando a construção de um trabalho que visa à emergência do sujeito – quanto pelos agentes socioeducativos – que valorizavam um técnico de nível superior “que não fica só dentro da sala, sem interagir”, como diziam. No

imaginário dos agentes, os técnicos só faziam relatório, não se interessando efetivamente pelos adolescentes e “deixando o trabalho duro, de conviver com os jovens” para eles. “Os técnicos criticam nosso trabalho, querem nos denunciar, mas eles não sabem nada sobre o que é lidar com esses adolescentes, só ficam no ar condicionado e chamam o menino uma vez ou outra”. A oficina de culinária mudou isso e quando duas colegas da equipe técnica questionaram junto ao diretor da unidade o objetivo da oficina de culinária, um agente socioeducativo, que antes apenas criticava todos os técnicos, trouxe um artigo cuidadosamente recortado do jornal O Globo daquela semana: “Empresas multinacionais utilizam oficinas de culinária como forma de desenvolver habilidades entre os funcionários”, defendendo nosso trabalho como algo praticado até mesmo em empresas multinacionais.

Ao relatar este fragmento clínico, acreditamos ter explicitado a pertinência do psicólogo na instituição. Longe de buscar normatizar, recuperar, ressocializar, trata-se de verificar a que a dificuldade do sujeito a situação está respondendo. A Psicologia pode entrar em jogo no campo da ação política como uma nova ferramenta, dialetizando o modelo da díade “problemas-soluções” com a validação de um real em jogo e seus efeitos na civilização. Com a orientação clínica, necessariamente nossas intervenções devem articular todo e qualquer caso – do usuário ao técnico mais especializado – levando em conta os pressupostos de (1) tratar o real pelo simbólico ou o gozo pela linguagem, (2) implicar o sujeito na sua queixa e (3) a possível assunção de responsabilidade do sujeito naquilo que ele próprio diz (GUERRA, 2010).

O uso da psicologia como instrumento de apoio a uma versão transformadora das políticas públicas e a uma posição democrática das ações de coletivos como espaço de produção de vida e de construção do direito à cidadania, exige, para muito além da formação do psicólogo – absolutamente necessária quando bem sustentada tanto na ética que leve em conta o sujeito quanto na teoria que norteie sua ação –, uma abertura para o que a própria experiência pode ensinar. Muitas vezes é em intervenções pontuais, em oficinas, em participações nos grupos, que a clínica do caso a caso abre espaço para que um sujeito possa se implicar de uma nova forma em sua própria história. Assim é também com as instituições. Elas também têm suas histórias com as quais é possível contribuir, visando novas direções ali onde estamos tão habituados a assistir à segregação, ao mau trato e à desesperança. O dia a dia no CITUAD, longe de nos desencorajar em nossa prática, é hoje uma lição de uma aposta possível.

Referências

- ALBERTI, S. **O adolescente e o outro**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2004.
- ALBERTI, S.; POLLO, V. Adolescência e criminalidade. In: **Revista Marraio, n.10: desenvolvimento, estrutura e gozo III**. Rios Ambiciosos, FCCL, 2005, p.25-54.
- ANGELO, D. Do horror e miséria ao Bom e Belo. In: BASTOS, R.; ANGELO, D.; COLNAGO, V. **Adolescência, violência e a lei**. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2007, p.25-38.
- BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei Federal 8069/1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em 30/08/14.
- _____. **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo**. Lei Federal 12564/2012. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12594.htm>. Acesso em 30/08/14.
- CEPERJ. **Apostila do Curso de Formação oferecido aos servidores concursados do DEGASE**, 2012.
- FOLHA de São Paulo. **Fação criminosa PCC foi criada em 1993**. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u121460.shtml>>. Acesso em 30/08/14.
- FREUD, S. Algumas reflexões sobre a psicologia do escolar. In: **Obras completas ESB**. Rio de Janeiro: Imago, 1914/1987, p.281-288.
- _____. O tabu da virgindade. In: **Obras completas ESB**. Rio de Janeiro: Imago, 1918/1987, p.175-192.
- _____. Psicologia das massas e análise do eu. In: **Obras completas ESB**. Rio de Janeiro: Imago, 1921/1987, p. 91-179.
- _____. O mal-estar na civilização. In: **Obras completas ESB**. Rio de Janeiro: Imago, 1930/1974, p.81-171.
- GUERRA, A. Quando um crime surpreende o sujeito: a psicanálise na política de defesa social. In: Guerra, A. & Moreira, J. (Orgs.) **A Psicanálise nas instituições públicas**. Curitiba: Editora CRV, 2010, p. 91-108.
- LACAN, J.. **O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1964/2008.
- LAURENT, E. **A sociedade do sintoma – a Psicanálise hoje**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2007.
- NOMINÉ, B. A adolescência ou a queda do anjo. In: **Marraio, n. 1: da infância à adolescência**. Rios Ambiciosos/FCCL, 2001, p. 35-44.
- PALOMBINI, A. Por uma ética da clínica, aposta nos que resistem. In: GUERRA, A.; MOREIRA, J. **A Psicanálise nas instituições públicas**. Curitiba: Ed.CRV, 2010, p. 119-128.
- PETRACCO, M. **A Psicanálise e o adolescente em conflito com a lei: um diálogo possível?** Trabalho de Conclusão do terceiro ano de Formação pelo Centro de Estudos Psicanalíticos de Porto Alegre (CEP de PA), sob a orientação de Denise Costa Hausen. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/faced/pesquisa/nupeeevs/A%20Psican%C3%A1lise%20e%20o%20adolescente%20em%20conflito%20com%20a%20lei.pdf>>. Acesso em 27/8/2014.
- VENTURA, Z. **Cidade Partida**. São Paulo: Cia. das Letras, 1994.

Canções e filmes

BARRETO, Bruno. **Última parada 174**, 2008.

REZENDE, Sérgio. **Salve Geral**, 2009.

RUSSO, Renato. **“Faroeste Caboclo”, Que País É Este?**, EMI, 1987.

SAMPAIO, René. **Faroeste Caboclo**, 2013.

EIXO 1

1º lugar - Categoria Estudante

Atenção à crise na clínica das toxicomanias: impasses e possibilidades no manejo clínico

Alfredo da Conceição Chamma

Resumo

A seguinte pesquisa foi desenvolvida a partir da experiência no CAPSad Raul Seixas como bolsista do programa de estágio *Acadêmico Bolsista*, promovido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Tendo em vista a clínica das toxicomanias, as ações institucionais e individuais da equipe multidisciplinar e o manejo da crise desta dinâmica clínica, proponho uma discussão sobre a crise e suas possibilidades de manejos a partir do olhar do trabalho dos profissionais do CAPSad. Utilizei como método a participação nas reuniões multidisciplinares, discussões de casos clínicos, minha vivência nos espaços do CAPSad (em especial o espaço de acolhimento), bem como as supervisões semanais. Nesta pesquisa abordarei aspectos da crise toxicômana e as dificuldades em seu manejo, procurando situar de que lugar a equipe responde a situações de crise, tendo como resultado a construção de três casos clínicos e seus respectivos manejos.

Palavras-chave: Crise. Saúde Mental. Manejo Clínico. Acolhimento

Introdução

Proponho neste trabalho pensarmos sobre a crise dentro da clínica das toxicomanias e suas possibilidades de manejos a partir do olhar do trabalho dos profissionais do CAPSad. Para isso, utilizei como método a participação nas reuniões multidisciplinares, discussões de casos clínicos, minha vivência nos espaços do CAPSad (em especial o espaço de acolhimento), bem como a escuta psicanalítica e as supervisões semanais. Viso, com isso, tentar entender as atuais práticas na atenção à crise que se dão em um CAPSad, em especial. Parto da prerrogativa de que atualmente existem diversas formas de manifestações sociais, culturais e idiossincráticas que são atravessadas pela experiência de crise.

É comum escutarmos que as relações interpessoais, o modelo de organização familiar, o governo e até mesmo o mundo estão em crise. Rachel Nigro (2010), em seu texto *A Modernidade e a crise dos valores*, questiona: “estamos em crise ou os bens propagados pela Modernidade que estão?” (NIGRO, 2010). Deste modo, devemos levar em consideração que a crise possui bem mais que um aspecto individual, não sendo apenas privilégio do sujeito portador de sofrimento psíquico. Segundo BOFF (2002 apud FERIGATO, 2007), o próprio nascimento pode ser considerado como um momento de crise. “A criança, ao nascer, passa pela crise mais aguda de sua vida” (BOFF apud FERIGATO, 2007, p.26): a abrupta alteração de temperatura e luminosidade, a forte pressão para ser posta para fora do útero e principalmente o abandono existencial de um horizonte vital, pequeno e aconchegante para um mundo mais vasto e com novas possibilidades de vida. Enfim, toda esta transformação consiste em um momento traumático.

Como cada vez mais estas crises estão sendo nomeadas (crise da família; crise da adolescência; crise psicótica; crise da drogadição; etc.), acaba-se por ser criar uma demanda social de organizações que deem conta desta contingência. No final da década de 70, o próprio sistema de tratamento à saúde mental entra em crise por reconhecimento de falência do equivocado modelo hospitalocêntrico, o que culmina na criação de algumas leis no início do século XXI, dentre elas: Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003, que dispõe sobre o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações; Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre a criação dos CAPS.

Dentro do campo da saúde mental, a temática de álcool e outras drogas vem ganhando cada vez mais foco. Devido ao crescimento do consumo do crack e ao enfoque da mídia nesta temática e no consumo abusivo de álcool e outras drogas, vêm acontecendo uma série de reorganizações na rede de assistência aos usuários de drogas, podendo ser apontadas criações de novos dispositivos, como o caso do consultório de rua e leitos especializados para usuários de álcool e outras drogas em hospitais gerais, demonstrando que não só existe uma contingência para o tratamento, como também a própria sociedade considera que existe uma crise nessa área, que merece atenção governamental.

Como resultado desta pesquisa, observei que o tratamento nesta organização tem se mostrado um grande desafio para a equipe multidisciplinar, pois o manejo se mostra sempre um trabalho difícil e sem parâmetros padronizados de intervenção, cabendo, assim, a pergunta: quais as práticas que se dão nestas organizações no sentido de promover uma atenção à crise? Segundo Moebus e Fernandes (s.d), a resposta deriva da própria concepção de crise, assumida na práxis de cada serviço em particular.

Sendo assim, abordarei neste trabalho a organização do espaço de acolhimento como a via pela qual a crise, dentro da clínica das toxicomanias, se dá, bem como suas possibilidades de manejos a partir do olhar do trabalho dos profissionais do CAPSad. Como resultado deste estudo, trarei a construção de três casos clínicos referentes à minha experiência nesta clínica para dialogar com o referencial teórico e, com isso, avançar em nossa investigação.

Objetivo

Este estudo tem por objetivo, a partir de uma pesquisa de campo qualitativa, relatar a dimensão da crise e possibilidades de manejos clínicos dentro do campo das toxicomanias, valorizando seus aspectos singulares em um CAPSad da cidade do Rio de Janeiro. Espera-se, com este estudo, o compartilhamento de algumas das possibilidades de intervenção e os impasses que somos postos frente à crise, promovendo, deste modo, uma autorreflexão em nossas próprias práticas.

Metodologia

O presente estudo foi realizado no CAPSad Raul Seixas, situado na área programática (AP) 3.2, viabilizado pelo programa de estágio *Acadêmico Bolsista*, promovido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da cidade do Rio de Janeiro. A coleta de dados foi feita a partir de um diário de campo, contendo minhas impressões do convívio diário no cotidiano do CAPSad

e das reuniões de equipe. Além disso, os relatos foram feitos a partir da escuta psicanalítica, no sentido da valorização do método de associação livre nas construções diárias, na opinião dos profissionais e dos usuários.

Os casos clínicos relatados foram escolhidos a partir de discussões em supervisão semanal, julgando o impacto das respectivas crises dentro do CAPSad. Em outras palavras, os casos de crise que mobilizaram mais a equipe, tanto no dia a dia quanto nas reuniões, apresentando um impasse em seu manejo, foram os contemplados por este estudo.

A análise dos dados foi feita a partir de discussões em supervisões semanais, levando em consideração o quanto o pesquisador em questão fora afetado pelas respectivas situações, tendo em vista a impossibilidade de o contrário acontecer.

O acolhimento no CAPSad

Dentre os muitos espaços do CAPSad, volto-me primeiramente ao da recepção dos novos casos. Consideramos fundamental o acolhimento, pois, se pensarmos em todos os níveis da assistência, este certamente é a dimensão primeira, além de possuir um impacto importante no trabalho psíquico de adesão ao tratamento. Sendo assim, mostrarei um pouco do que significa essa prática e como ela se dá no que tange a atenção à crise, a fim de melhor elucidar o funcionamento específico deste CAPSad, bem como a incidência da crise neste espaço.

O espaço de acolhimento funciona diariamente, com exceção das quartas-feiras no turno da tarde, pois é o horário reservado às reuniões de equipe. Todos os profissionais, residentes e estagiários se dividem ao longo da semana de modo a garantir um bom acesso a grande demanda que recebemos, chegando eventualmente a oito novos casos ao dia. Devido a esta grande procura, este CAPSad optou por estender seu período de avaliação de modo a criar um fluxo específico que consiste nesta primeira chegada, o qual denominamos acolhimento.

Neste primeiro momento, procuramos entender qual é a primeira demanda de tratamento de quem procura o serviço, produzindo uma ficha contendo os dados dos usuários e o registro desta demanda inicial, além de apresentarmos as atividades do serviço para quem chega. Em um segundo momento, ao qual denominamos grupo de recepção, busca-se conhecer melhor o usuário a fim de afinar a escuta da demanda de tratamento, permitindo a produção de um projeto terapêutico focado nas possibilidades, necessidades e especificidades do sujeito que nos procura para que o projeto terapêutico proposto possa respeitar o que é possibilidade para o sujeito e suas limitações. Malta acrescenta que

o acolhimento busca a intervenção de toda a equipe multiprofissional, que se encarrega da escuta e da resolução do problema do usuário. A proposta é realizar uma mudança no fluxo de entrada, de forma a não mais ocorrer de forma unidirecional (quando se agenda para o médico todos os pacientes que chegam) (MALTA ET AL, 2000, p.23).

Trata-se de entender que neste espaço reside uma delicadeza que aponta para o modo ao qual o paciente inicia o tratamento, desde o que tange a escuta do seu sofrimento até a produção de um laço entre profissional e usuário, essencial para um tratamento futuro. Em consulta ao dicionário, à palavra “acolher”, encontramos algumas definições muito ricas que podem

acrescentar na compreensão do que se busca para este espaço e a dimensão do mesmo. A primeira definição, “Receber alguém bem ou mal, hospedar, agasalhar: acolheu-me de braços abertos”, atenta para a dimensão do cuidado e condições sociais do sujeito em questão, ou seja, não podemos entender esse espaço apenas como a escuta de um sofrimento ou mesmo de uma demanda inicial, temos que entender que, muitas vezes, quem nos procura encontra-se em situação de rua ou não consegue mais responder por cuidados básicos a respeito da sua higiene pessoal ou alimentação. De maneira alguma somos alheios às condições sociais de quem procura o serviço, pois entendemos que saúde e condições sociais se atravessam de alguma forma, sendo impossível separá-las.

Já a segunda definição, “aceitar, receber: acolheu com agrado as nossas sugestões” atenta para um modo de operar da Instituição que visa à terapêutica do usuário, ou seja, não é por que existe uma oficina de cerâmica no CAPSad que todos receberão a indicação a participar. Todos os dispositivos que temos têm um objetivo que vai de encontro ao tratamento, sendo nossa responsabilidade mediar o percurso do usuário ao serviço.

Sendo assim, trago um fragmento de caso clínico a fim de enriquecer esta descrição e trazer novos elementos que ajudem a pensar sobre a dimensão deste espaço e o modo de operá-lo no cotidiano. P. chegou ao serviço por volta das dez horas da manhã sob o efeito do uso de cocaína. Tratava-se de um rapaz com 29 anos de idade, desempregado, que morava sozinho e sobrevivía com uma pensão proveniente do falecimento do seu pai. Relatou que há pouco menos de um mês se encontrava abstinente, mas que, com o término de um namoro, acabara recaído e estava usando cocaína em quantidades maiores. Acolhemos aquela fala e fizemos a entrada dele no serviço.

Ao fim do acolhimento, P. não queria ir embora. Pediu para ficar um pouco mais no serviço, pois ainda estava sob o efeito da droga e nos alertava que se saísse do local naquele momento iria usar mais. Acatamos seu pedido e a enfermeira, que havia feito seu acolhimento em conjunto comigo, pediu que eu o acompanhasse. Iniciei então um atendimento no qual ele falava do seu dia a dia e da solidão da sua vida, pois se encontrava em muitos momentos sem ter ninguém para conversar ou simplesmente estar ao seu lado. Em um determinado momento do seu relato, seu semblante mudou e ele começou a chorar dizendo que não sabia porque a namorada havia lhe deixado e que tudo que havia restado era um “buraco em seu peito”. Então, gradativamente, ele foi se acalmado e algum tempo depois conseguiu ir embora em uma condição melhor do que a que chegara. Entendi sua fala, em conjunto com o choro, como elemento cujo efeito da cocaína encobria.

Em minha avaliação, se tratou de uma catarse (nos termos da psicanálise), o que consiste na liberação da descarga emocional patogênica (LAPLANCHES; PONTALIS, 2001, p.60). Isso só foi possível porque o espaço de acolhimento pode ser flexível, respeitando a condição do que era possibilidade para P. naquele momento. Quando ele fez o pedido de permanecer no CAPSad e o acatamos, o acolhimento pode se adaptar às especificidades deste usuário, ofertando-lhe um lugar para entrar em estado de catarse e, por conseguinte, se organizar minimamente ao ponto de sair daquela instituição em uma condição melhor.

Após esse dia, P. passou a frequentar o CAPSad semanalmente com a indicação de participar do grupo de recepção. Entretanto, ele aparecia também em outros dias sob efeito da cocaína, algumas vezes antes mesmo do serviço abrir, demonstrando que aquele lugar se tornou uma referência para ele. Inúmeras vezes o acolhemos da maneira como ele conseguia chegar

ao serviço, sempre com um material novo a ser conversado, ligado aos efeitos das intervenções feitas nestes acolhimentos que se sucederam. Sendo assim, o que antes era uma dificuldade para ele, chegar ao CAPSad apenas nos seus dias de atendimento e para suas indicações, passa a ser uma questão, pois acenava para os excessos de sua vida.

Como este caso clínico sinaliza, o acolhimento não é algo pontual, muito pelo contrário, é permanente. Foram necessárias inúmeras idas ao CAPSad para que pudéssemos conhecê-lo e ele a nós, para que pudesse ser construída uma demanda de tratamento que não se referisse unicamente à abstinência da cocaína – que fosse de encontro ao “buraco no peito” referido por ele em sua chegada –, para que o serviço ganhasse um lugar em seu tratamento e para que o usuário construísse um lugar no serviço. Esse é um trabalho que se constrói não apenas no momento da procura por um tratamento, mas também nos momentos em que o serviço pode se flexionar de acordo com a forma de operar de quem o procura, ampliando seu acesso e buscando, juntamente ao usuário, pistas que auxiliem no tratamento.

Logo, pensar o espaço do acolhimento neste modelo, no qual sempre haverá algo novo a se conhecer no sujeito que nos procura, e poder dar margem para que isso apareça em seu tratamento, é pensar que este espaço não se limita apenas à primeira ida do usuário ao serviço e é, de maneira geral, ampliar o modo ao qual recebemos nossas demandas diárias e, por conseguinte, o campo de intervenção.

O termo “crise”

Até então, demonstrei aspectos do funcionamento do CAPSad Raul Seixas no intuito de revelar as peculiaridades do funcionamento de um dos seus dispositivos. Entretanto, ao longo deste estágio, e tendo em vista a amplitude do espaço do acolhimento, pude acompanhar alguns casos que foram emblemáticos justamente pelo seu caráter de mobilizar toda a equipe no momento de seu manejo. Sendo assim, proponho rápidas pontuações sobre o termo “crise” para que possamos nos aprofundar neste tema e, em seguida, apresentarei um caso clínico que acredito ter muito a ensinar sobre a especificidade da crise na clínica de álcool e outras drogas, sobre como a crise incide no CAPS e sobre o manejo clínico das condições que a crise impõe.

Segundo Moebus e Fernandes (s.d), a palavra “crise” vem do grego *krisis* e significa um estado no qual uma decisão deve ser tomada. Indo além, o termo foi introduzido no campo da Psiquiatria por Erich Lindermann's, que em 1944 produziu uma “teoria da crise” ligando o termo a uma condição advinda da consequência de catástrofes ou tragédias, tomando-o como uma patologia psíquica proveniente de fatores externos. Deste modo, o termo acabou por adquirir um sentido de algo que deve ser cessado, mudando drasticamente seu sentido inicial.

Foucault (2004), em *A História da Loucura*, nos mostra a construção da loucura e consequentemente da crise, demonstrando que estes termos são contingências da sociedade e da cultura de uma época, pontuando que o que hoje entendemos como patologia, um dia já foi tratado como bruxaria ou mesmo sabedoria. Deste modo, se torna necessário a relativização deste conceito, de modo a não o entender inicialmente de maneira maniqueísta, mas sim como um estado, uma condição que se instaura no sujeito.

Ferigato (2007), acrescenta que não existe uma perspectiva uniforme do que significa crise e que dentro do próprio campo da saúde mental encontramos diferentes teorias sobre a sua

caracterização, como, por exemplo, a psicanálise segundo Laplanche e Pontalis (2001), que associa o termo ao conceito de trauma e o define pela sua intensidade e pela incapacidade que o sujeito se encontra de responder de forma adequada aos efeitos duradouros que provoca na organização psíquica.

A psiquiatria segundo Dell'Aquila (1988 apud FERIGATO et al. 2007), pontua algumas condições fenomenológicas que justificam a condução à uma internação devido ao seu caráter de expor tanto o sujeito quanto a outros em risco, sendo elas: grave sintomatologia psiquiátrica; grave ruptura no plano familiar e/ou social; recusa do tratamento; recusa obstinada de contato; situações de alarme em seu contexto de vida e incapacidade pessoal de afrontá-las. Mas de qual lugar respondemos à crise? Como produzir uma intervenção que tenha efeitos terapêuticos à ela? Como a equipe técnica se organiza frente à ela? Esforço-me em abordá-las ao longo das próximas etapas deste trabalho.

Resultado e discussão: O caso T.

T., uma moça de 32 anos de idade, chegou ao serviço por demanda espontânea em outubro de 2011. O que a levou a buscar tratamento para o uso de drogas foram os sintomas que adquiriu: dores ósseas e musculares, tremores de extremidades, parestesia na face e plegia parcial de um braço e uma perna. Ela afirmava sentir todos esses sintomas após o uso de maconha e loló. Entretanto, chegou ao serviço sem estar sob os efeitos destas drogas e informou que a última vez que havia usado fora há cinco dias. Apesar da gravidade de seus sintomas, nunca conseguiu se vincular com assiduidade ao tratamento.

Havia seis meses desde sua última ida ao serviço, quando a conheci. No momento de sua chegada, acontecia simultaneamente um grupo terapêutico e uma oficina de artesanato. Além disso, existiam alguns pacientes na convivência, aguardando para serem acolhidos pela primeira vez ou serem atendidos individualmente segundo seus respectivos projetos terapêuticos ou sendo atendidos. Tratava-se de um dia rotineiro no serviço de saúde mental.

T. entrou no CAPS mancando e sendo segurada por seu marido. Sentia muitas dores, além de espasmos em seu corpo. Demandava atendimento com a psiquiatra da equipe para ser avaliada e receber a prescrição de alguns medicamentos que havia tomado anteriormente, amenizando seus sintomas. Entretanto, nenhuma das psiquiatras da equipe se encontrava no CAPS, apenas o clínico geral, que estava no grupo terapêutico, estando impossibilitado de atendê-la naquele momento. Sendo assim, foi pedido que ela aguardasse até que o médico pudesse vê-la.

Cerca de cinco minutos depois, ela começou a chorar dizendo que não suportava aquela dor. Três integrantes da equipe se reuniram rapidamente para planejar uma intervenção e decidiram não atendê-la naquele momento, visto que, na avaliação deles, se tratava de uma atuação (também conhecido como *acting out*), que, segundo eles, a usuária fazia toda vez que chegava ao CAPSad e só cessava após a consulta com a psiquiatra. Atuação é o

termo utilizado em psicanálise para designar as ações que apresentam, quase sempre, um caráter impulsivo, relativamente em ruptura com os sistemas de motivação habitual do sujeito, relativamente isolável no decurso de suas atividades e que toma muitas vezes uma forma auto ou hetero-agressiva (LAPACHE E PONTALIS, 2001, p.6).

Seus choros se transformaram em urros de dor e logo todos que estavam no serviço naquele momento (profissionais, usuários e acompanhantes) foram afetados por aqueles pedidos de cuidado na forma de um sofrimento que insidia em seu corpo, cujo som era escutado por todos. Diante disso, uma terapeuta ocupacional (T.O.), que não estava presente no pacto de não atendê-la, saiu de uma sala e interveio em conjunto comigo. Nos apresentamos e perguntamos o que estava acontecendo. A paciente, soluçando de tanto chorar, falou: “Está doendo, doendo muito, não aguento mais esse sofrimento, faz alguma coisa, por favor, faz alguma coisa”. A acompanhamos até um consultório e iniciamos uma conversa com ela. Neste momento a terapeuta ocupacional mais do que se dirigir a esta usuária possibilitou uma direção da fala deste sofrimento, ampliando assim a forma a qual a paciente referia sua demanda.

A terapeuta ocupacional pediu que relatasse o que estava sentido e ela respondeu que “doía tudo”, que sua perna estava paralisada, que sempre acontecia aquilo quando se drogava. A T.O. interveio apontando que fazia algum tempo que não a via no serviço. A usuária não respondeu e começou a chorar gritando que ninguém a entendia. Diante disto, falei que ela tinha razão, não a entendia porque não a conhecia, e pedi para falar sobre si e sobre o que sentia para poder entendê-la. Com muita relutância, ela iniciou uma fala na qual apontava inúmeras situações que lhe geravam dor. As principais questões trazidas foram seus irmãos mais novos estarem envolvidos com o tráfico, não poder providenciar condições de vida melhor para sua filha, não suportar seu emprego e sua mãe e sentir que era uma mãe pior do que a sua.

Conforme a paciente falou sobre o que lhe angustiava, seu choro foi cessando e seus sintomas foram sumindo. Informamos, após sua fala, que a psiquiatra não estava no CAPS naquele dia, apenas o clínico geral. Ela respondeu que preferia marcar seu retorno para outro dia no qual a psiquiatra estivesse para poder pegar seus medicamentos e resolveu ir embora. T. faltou ao dia marcado e retornou um mês e meio depois com os mesmos sintomas. Acolhi novamente seu sofrimento e novamente seus sintomas dissiparam.

O que nos chama a atenção neste caso é a gravidade com a qual a usuária chega e, em contrapartida, sua dificuldade em aderir a um tratamento. Ainda não era possível para T. iniciar um acompanhamento sistemático no CAPSad, entretanto, a instituição se tornara uma referência onde T. poderia procurar para poder falar de suas angústias e para buscar um acolhimento para aquilo que ela mesma não consegue nomear.

Outro ponto interessante nesta situação é pensar o modo no qual esta situação de crise incidiu no serviço. Ainda que a dor fosse angustiante apenas para T., seus gritos se fizeram escutados por todos. Em pouco tempo, todos estavam tocados pela situação e com uma sensação de que algo deveria ser feito. Foi como se fôssemos atravessados por aquela angústia. De maneira alguma seria possível ser alheio a tal sentimento. O que quero dizer com isso é que a angústia referente a essa crise incidiu no CAPSad como um todo, mudando seu funcionamento e exigindo que algo fosse feito. Mas o que fazer?

Primeiramente, é importante lembrar a avaliação dos três técnicos que observaram a chegada da usuária. Segundo eles, as condições nas quais ela estava quando foi ao CAPSad eram as mesmas com as quais “sempre chegava”, ou seja, acenam para a forma que ela se relaciona com o serviço. Talvez esta fosse a única forma possível: através de uma demanda de medicamentos. O que esta avaliação nos diz é que um não fazer apriorístico às vezes também é um fazer. A medida em que os técnicos já conheciam a usuária e a maneira com que se relacionava com o serviço, foi possível tomar uma decisão diferencial, específica para aquele caso, pois sabiam que se limitava a uma contingência medicamentosa.

É provável que, se esta usuária fosse atendida por um médico, sua crise se dissipasse como já havia acontecido anteriormente. Em contrapartida, a terapeuta ocupacional interveio de outra forma, na qual foi possível produzir uma diferença em como a usuária apresentava sua demanda ao serviço. Sua disponibilidade em acolher aquela angústia produziu novos elementos que geraram alívio do seu sofrimento. É preciso pontuar neste momento que não se trata, de forma alguma, de pensar que existe uma maneira certa e outra errada do manejo da crise, mas sim de tentar compreender porque respondemos de maneiras diferentes à crise, pois, a rigor, ambas as intervenções visavam produzir alívio da angústia. Sendo assim, é possível pensar que estas duas intervenções desvelam que o momento de crise desta usuária possuía um caráter inédito, pois, caso se tratasse de uma situação comum a vários usuários, a intervenção não seria pensada especificamente para ela, mas para todos que assim se comportassem, transformando a intervenção em um protocolo.

Talvez devêssemos pensar que a angústia pode ser comum a todos, porém ela sempre é inerente às questões de quem a apresenta. Ou seja, não podemos tratar toda crise como um modo de ser comum a todos que a vivenciam, pois ela se mostra como um momento singular da pessoa acometida. Por outro lado, tratar a crise em sua singularidade é pensar em responder a esta angústia como ela nos chega e nos atravessa, pressupondo, assim, que a resposta também será singular. O que está em questão é a disponibilidade de quem a responde, pois, se a angústia nos atravessa, nossas vivências, saberes e práticas também são afetados por ela, produzindo uma intervenção que também será singular.

O caso D.

D., um senhor de 56 anos, chegou ao serviço em outubro de 2010, encaminhado da UPA do Engenho de Dentro. Relatava dores em seu corpo, alucinações de cunho persecutório (quando sob efeito de cocaína) e queixas relativas às suas relações familiares, situando seus problemas no uso abusivo de álcool e cocaína. Apesar de dar entrada no serviço próximo ao final de 2010, aderiu de fato ao tratamento nos meses iniciais de 2012. Existiam duas questões que levaram D. a procurar o tratamento para além do encaminhamento. A primeira delas era uma demanda de laudos médicos, referente ao afastamento de seu trabalho de segurança. A outra questão se referia a uma grande vergonha de seu uso de cocaína e a descoberta da prática por sua esposa. A esposa cumpria um papel muito importante em sua vida, pois sua mãe, pouco antes de morrer, delegou a ela os cuidados com seu filho. Este usuário possuía um grande amor por sua mãe e, em atendimento contava momentos de muito afeto entre os dois. Em suas palavras, “era quem cuidava de mim”. Com sua morte e sua fala em forma de pedido à sua esposa, sua companheira passou a ocupar esse lugar de cuidado em sua vida. Neste sentido, em sua fantasia, ele não decepcionou somente sua esposa, mas sim quem cumprira o papel materno em sua vida, quem dedicava a vida ao seu cuidado.

O conheci no balcão de entrada do CAPSad. Na ocasião, me recordo que se apresentou como “o segurança do CAPS”. Com uma fala muito agressiva e intimidadora, relatou que fazia tratamento naquele local, que tinha muito apreço pelos profissionais daquela instituição e que ninguém poderia fazer nada de errado ali, pois ele não permitiria. Após sua fala, me apresentei como estagiário de Psicologia, já que percebi que ele havia me confundido com um usuário do serviço, e logo seu semblante mudou. Ele começou a me tratar com cordialidade, me abraçando e dizendo que poderia contar com ele para qualquer coisa, dentro e fora do serviço.

Percebi naquele momento que o paciente tendia a se relacionar através de um discurso intimidador, marcado por uma fala agressiva, com muitos preceitos morais. Mais à frente, pude entender o porquê de tantos relatos seus sobre brigas na rua, já que a forma como ele se relacionou comigo naquele primeiro momento provavelmente era a mesma com a qual se relacionava com as pessoas fora do serviço – ou como sua fantasia lhe colocava frente ao outro masculino, um Outro opositor e provocador.

Em julho deste ano, este paciente teve uma dura discussão com o médico da equipe após o mesmo tê-lo repreendido por estar falando muito alto nos corredores do CAPSad, dizendo ter uma arma com a qual atiraria em quem “se metesse” com ele. Não foi possível para D. entender, naquele momento, que havia outras pessoas em tratamento naquele local e que sua fala assustava qualquer um que por ali passasse e o escutasse. Sua compreensão foi de que o médico havia intervindo de maneira pessoal, o que permitiu tirá-lo da posição de profissional que o tratava e o colocou como mais um Outro rival em sua fantasia, o mesmo local que eu ocupei quando o conheci. D. retornou ao CAPS alguns dias depois alcoolizado, pela manhã, proferindo ameaças ao médico da equipe. Na parte da tarde, alertou a equipe que estava portando uma arma e iria atirar em sua própria cabeça. Neste momento, o psicólogo do serviço que acompanhava o caso, juntamente com a esposa do usuário, acolheu-o. Após um longo atendimento, marcado por uma grande tensão gerada principalmente pela suposta presença da arma, cuja existência não foi confirmada, o psicólogo conseguiu fechar um acordo onde o paciente entregaria a arma aos cuidados de outra pessoa e retornaria para casa. Gostaria de destacar que essa foi a primeira e única vez que este usuário se dirigiu dessa forma a um profissional, mas não podemos esquecer que existiam alguns poucos relatos de atos similares fora do CAPSad.

Freud, em *Recordar Repetir e Elaborar* (1914), aponta que as condições da análise propiciam a repetição dos sintomas do analisando dentro do tratamento, viabilizado pela transferência. Entretanto, em seu texto *A Dinâmica da Transferência* (1912), é enfático ao enfatizar que a transferência só ocorre dentro da análise. Não podemos ser ingênuos e afirmar que o dia a dia no CAPSad se configura como uma grande análise, mas temos que reconhecer que neste ambiente reside o setting analítico e que é o local de trabalho do analista que acompanha o caso. Podemos ir além e pensar que foi através do CAPSad que o usuário em questão pode iniciar um tratamento. Neste sentido, é possível pensar que sua repetição no CAPSad ia de encontro ao seu tratamento. Entretanto, o médico em questão não era seu analista e não tinha acesso a todos os materiais do trabalho psíquico, sendo, deste modo, impossível de ser interpretado como uma repetição da ordem, da transferência pela Instituição, tomando, portanto, a única interpretação possível neste caso: a de uma ameaça de morte. Levou-se em consideração os elementos ao qual dispunha, sendo eles a harmonia do espaço e a fala assustadora do usuário.

O caso foi levado para uma reunião de equipe e discutido de forma sistemática. Alguns técnicos começaram a se posicionar em relação a entrada deste usuário no CAPSad após ter anunciado que estava armado e à intervenção feita pelo psicólogo em seu consultório visando manejar a situação e impedir uma passagem ao ato iminente. O médico se encontrava fragilizado com o ocorrido, pois a atitude foi claramente endereçada a ele, já que tinha como uma de suas demandas iniciais os laudos médicos e já que a atuação do usuário aconteceu após sua discussão com o mesmo. Mediante um temor por grande parte da equipe de que o pior pudesse acontecer, a atitude do psicólogo foi posta como imprudente.

É importante ressaltar o impacto do ato deste usuário para a equipe do CAPSad. Durante algum tempo, uma atmosfera de insegurança pairou entre os técnicos, em especial entre os envol-

vidos, devido à angústia causada frente a uma possibilidade de concretização do ato, pois, ainda que o usuário não estivesse portando uma arma no dia do ocorrido, suas ameaças ganharam contornos de risco de morte. Diante de tais acontecimentos, associados ao uso de álcool e cocaína, o paciente foi internado durante 45 dias em um CARE (Centro de Atenção em Reabilitação Especial) e a equipe médica chegou à conclusão de que não era possível continuar o tratamento medicamentoso no CAPSad e que a equipe recorreria a outro serviço onde ele continuaria com sua terapêutica. Neste momento, surgiu um novo desafio à equipe: como transformar o ato de encaminhar parte de seu tratamento para outro serviço em um ato clínico?

Enquanto o paciente estava internado, foi um grande desafio para a equipe encaminhar seu tratamento médico para fora do CAPSad. Esta questão foi tratada em algumas reuniões de equipe, mas existiam alguns impasses no desenrolar deste manejo. Esta discussão deveria ser feita inicialmente por algum médico ou pela coordenadora técnica do CAPSad? Quem da equipe médica discutiria o caso com a outra equipe que iria acompanhar o caso, uma vez que existia um mal estar com o caso? Como dar a notícia para o usuário de que seus atendimentos médicos não seriam mais feitos no CAPSad?

Em seu retorno, a equipe conseguiu se organizar de forma a receber o usuário. Seu projeto terapêutico foi reduzido a consultas semanais com o psicólogo que o acompanhava, como estratégia terapêutica para implicá-lo em seu ato, por um lado, e, por outro, para evitar um possível mal-estar em seu encontro com o médico do CAPSad. O contato com a outra equipe médica foi feito inicialmente pela coordenadora técnica e diretora do CAPSad Raul Seixas e, posteriormente, pela equipe médica.

O paciente chegou a se retratar com a equipe, em especial com a equipe médica, e mostrou um diploma que adquiriu por ter cumprido o tempo proposto de internação como um símbolo de sua mudança, de uma conquista em seu tratamento. Apesar disso, chegou a ir algumas vezes fora de seu dia e de seu horário ao CAPSad, ora alcoolizado, ora machucado, demonstrando a dificuldade em aderir a nova indicação proposta. Cabia assim o questionamento: haveria relação entre essa dificuldade e a nova indicação de acompanhamento? Devido a estes episódios de se machucar e se alcoolizar com frequência, o paciente acabou recebendo a indicação de ser internado três vezes, sucessivamente.

Hoje o paciente está referido ao Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas, também conhecido como PROJAD, situado no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPUB. Entretanto, continua indo ao CAPSad fora dos seus dias de tratamento, fazendo pedidos de medicamentos e laudos, levemente alcoolizado, mas conseguindo reconhecer que fora “rebelde com as pessoas, inclusive com o CAPSad”. Parte da equipe tinha dúvidas em relação ao vínculo com o serviço, pois se pensava que ele queria apenas o laudo médico. Entretanto, ele possui outro lugar para referir esta demanda e ainda assim se reporta aos CAPSad, demonstrando que a demanda referida está para além de laudos e medicamentos e que o vínculo feito entre equipe e usuário se sobrepõe às decisões institucionais feitas pela equipe.

Cabe ressaltar que o paciente precisou de laudo médico antes de conseguir ser encaminhado para o PROJAD para que não fosse perdido um benefício ao qual necessita para pagar suas contas diárias. Ainda com todo o mal-estar criado pela angústia vivenciada pelo médico da equipe, o mesmo reconheceu a importância do vínculo que o usuário tinha com a instituição e deste benefício financeiro para seu tratamento, decidindo por atendê-lo e fazer o laudo.

Houve, também, momentos em que este usuário se dirigiu ao CAPSad em crise e uma médica, em conjunto com uma enfermeira, se dispôs a acolhê-lo e atendê-lo. De maneira geral, o tom de ameaça do usuário não impediu que parte da equipe o acompanhasse em uma crise que perdura por mais ou menos sete meses e é justamente esta aposta que tem feito toda a diferença em seu tratamento no sentido de acolher a sua crise e possibilitar uma resposta que vá de encontro a suas questões, permitindo que D. construa um novo lugar no serviço, diferente do rebelde que fora repetidas vezes em seu tratamento.

Conclusão

Tentei neste trabalho abordar a temática da crise dentro da clínica das toxicomanias e a forma como respondemos à ela. Considerei importante a apresentação do espaço de acolhimento, onde temos a incidência de muitos dos casos, e de alguns autores para dialogar com o texto e situar de que viés abordaria a temática. Os casos clínicos e o material resultante deste trabalho de maneira alguma podem ser entendidos como uma generalização do que estou chamando de crise. Tratou-se de uma construção qualitativa na qual o principal objetivo foi trazer o elemento da crise em seu aspecto singular.

Como podemos observar, existe uma necessidade de organização na chegada dos novos usuários no serviço. Em um primeiro momento, por uma questão de grande procura e garantia de acessibilidade e, em um segundo momento, porque já localizamos a possibilidade de formação de um laço clínico entre técnico e usuário, essencial no tratamento. A maneira como configuramos a acessibilidade da chegada dos novos usuários é o que permite surgir novos elementos que vão de encontro ao tratamento do usuário e, por conseguinte, se pensar em um modelo de acolhimento permanente.

Foram abordados fragmentos de casos clínicos em crise, nos quais cada paciente, cada um a sua maneira, vivenciou este estado. O que pude concluir com isso foi a impossibilidade de pensar a crise fora da sua dimensão individual, pois só dentro do contexto das vivências de cada um ela faz sentido. Deste modo, o manejo clínico da crise também possui um caráter individual que acena para o modo com que somos atravessados pela angústia referente à ela.

O que estas experiências de crise nos ensinam é que quando a sustentamos, criando possibilidades para que o inédito venha a existir, possibilitamos a formação de uma direção clínica e de novas maneiras de se relacionar com o serviço e consigo mesmo, sendo o usuário o agente de sua própria clínica, desenvolvendo instrumentos psíquicos para lidar com aquilo que o angustia.

Acredito que a clínica das toxicomanias se dá no um a um, embora haja necessidade de construção de um saber, um fazer em grupo, onde ora nos convidemos e ora sejamos convidados a conhecer as vivências do usuário e, conseqüentemente, a relação que constitui com a droga, que irá reproduzir na clínica e, neste momento, que poderá responder de outro lugar.

Referências

- BRASIL. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. 5. ed. ver. atual. Brasília/ DF: Ministério da Saúde, 2004. Diário Oficial da República Federativa do Brasil de 9 abr. 2001.
- _____. **Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003.** Dispõe sobre o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. In: Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. 5.ed. ver. atual. Brasília/ DF: Ministério da Saúde,2004.
- _____. **Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002.** In: Legislação em Saúde mental: 1990-2004. 5.ed ver atual. Brasília/ DF: Ministério da Saúde, 2004.
- DICIONÁRIO online de português. Consulta a palavra “acolher”. Disponível em: <<http://www.dicio.com.br/acolher/>>. Acesso em 15 de novembro de 2013.
- FERIGATO, S.; ONOKO-CAMPOS, R.; BALLARIN, M.L. **O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos.** Rev. Psicol. Unesp, v.6, n.1, p.31-44, 2007.
- LAPLANCHE, J; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da Psicanálise.** São Paulo: Martins Fontes, 4ºed, 2001.
- MALTA, D. C. et al. **Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência de Belo Horizonte.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.24, n.56, p.21-34, 2000.
- MOEBUS, R., FERNANDES, J. B. **Crise – A propósito de uma base conceitual.** Metipolá, 34-36. (s.d.).
- NIGRO, R. A **Modernidade e a “crise de valores”.** Rev. ERA – Ética e realidade atual. PUC-RIO, V.7, n.1, P. 30-38, 2010

EIXO 1

2º lugar - Categoria Estudante

A loucura infantil e a desinstitucionalização: contribuição da Reforma Psiquiátrica para a prática do psicólogo no CAPSi

Alessandra Lima de Almeida

Resumo

O presente artigo tem como objetivo analisar os principais conceitos e dados históricos da Reforma Psiquiátrica no Brasil num contexto específico de transformações no campo da saúde mental a fim de entender a constituição de um novo campo de intervenção que dá base às novas formas de atenção e cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico e situações de crise. Também pode ser destacado o desafio da construção de uma política voltada para as crianças e adolescentes, capaz de reconhecer suas necessidades e seguir as diretrizes do SUS, e a inserção do psicólogo nos serviços de saúde mental, impulsionado pelo movimento social da luta antimanicomial que produziu um redirecionamento da psicologia ao lado de outras profissões da saúde.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Política de Saúde Mental. CAPSi. Psicologia.

Introdução

Em sua obra *História da Loucura*, Foucault (1978) apresenta as reconfigurações e discursos da loucura desde o Renascimento até a Modernidade. De acordo com o autor, até o século XVIII, a loucura teve sua existência relacionada à razão e, a partir do século XIX, perde o seu diálogo com a razão e o discurso médico e passa a deter uma verdade. Iniciou-se o trabalho especializado com o destaque para o médico psiquiatra, que era responsável pela definição e cura da doença mental. Os locais de internação começaram a aumentar e os loucos que ficavam asilados tinham péssimas condições de vida em lugares sujos e frios. O tratamento do portador de transtorno mental se tornou um sinal de exclusão.

Pinto (2005) assinala que a dinâmica do asilo era o aprisionamento do sujeito numa esfera única de cuidados que silenciava os corpos. Segundo Foucault (1978), os hospitais psiquiátricos prestavam atendimento médico e também tinham o direito de decidir pelos loucos. A Psiquiatria emergiu como um saber que tornava legítima a exclusão da loucura. Esse saber era construído socialmente e nunca era posto em questão. O louco era asilado em hospitais psiquiátricos onde o único olhar possível era o biológico, onde o médico psiquiatra, através do seu conhecimento especializado, era tido como detentor da cura dos males da loucura. “A Reforma Psiquiátrica surge com a tentativa de implementar uma modificação na cultura do entendimento do que é o louco” (PINTO, 2005). O movimento da reforma apontou as inconveniências dos modelos asilares como única fonte de tratamento dos pacientes com transtornos mentais. A hegemonia do saber psiquiátrico começou a ser questionada e passou a ser alvo de críticas e reformulações.

Metodologia

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo com uma abordagem qualitativa. A metodologia de pesquisa se divide em dois circuitos. O primeiro é o levantamento de revisão bibliográfica, com objetivo de delimitar o campo de investigação e fundamentar teoricamente o objeto de estudo. O segundo é a investigação da prática através do método de observação participante que foi possível pela experiência de estágio como acadêmico bolsista na Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ) no período de abril a dezembro de 2013.

“A pesquisa bibliográfica possibilita um grande alcance de informações além de permitir a utilização de dados dispersos em inúmeras publicações auxiliando também na construção ou na melhor definição que envolve o objeto de estudo proposto” (LIMA, 2007). A pesquisa bibliográfica foi utilizada como práxis norteadora, entendida como a tentativa de obter compreensão das definições e conceitos apresentado pelos autores.

Os efeitos da história no presente se mostram como objeto de investigação. As palavras Reforma Psiquiátrica, Política de Saúde Mental, CAPSi e Psicologia foram conceitos eleitos como referência neste estudo. Tais conceitos auxiliam compreensão histórica ao agregar fragmentos inerentes ao tema “A loucura infantil e a desinstitucionalização” a fim de entender a contribuição da Reforma Psiquiátrica para a prática do psicólogo no CAPSi e como se constituiu esse novo campo de intervenção em saúde mental voltado à criança e ao adolescente. Neste sentido, se quer apreender como o movimento da luta antimanicomial produziu um redirecionamento da Psicologia ao lado das outras profissões de saúde.

Para a produção de dados do trabalho do psicólogo ao lado da equipe multidisciplinar em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil foi utilizado o método de observação participante, uma técnica pela qual o pesquisador é inserido no interior do grupo observado. Essa experiência permitiu adentrar nas discussões de casos e nos seus impasses, reuniões e supervisões com a equipe. A conclusão deste estudo foi possibilitada pelas articulações teóricas com a experiência como estagiário no cotidiano no CAPSi.

Reforma Psiquiátrica

Para entender a Reforma Psiquiátrica da criança e do adolescente é necessário regressar aos primórdios da história da Reforma Psiquiátrica no Brasil, no contexto das lutas pela redemocratização do país nos anos 70, passando a ser conhecida como um movimento histórico de caráter político e social em favor das mudanças do modelo de atenção. A Reforma teve como vertente principal a desinstitucionalização, a superação da violência asilar, a defesa da saúde coletiva, justiça na oferta de serviços e produção de tecnologias de cuidado na substituição de manicômios por outras práticas terapêuticas (BRASIL, 2005)

“A Reforma Psiquiátrica brasileira tem antecedentes históricos distantes e múltiplos que estão ao mesmo tempo vinculados a movimentos sociais, experiência de assistência e transformação de marcos teóricos e conceituais relativos ao campo” (CREPOP/CFP, 2013). A Reforma brasileira sofreu influências de Reformas Psiquiátricas de diferentes países. Na Itália, o psiquiatra Franco Basaglia e outros psiquiatras que integravam seu grupo promoveram dis-

cussões que colocavam em questão o modelo da instituição psiquiátrica como violadora dos direitos humanos. A proposta do novo modelo deprenderia substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços da saúde mental.

Nos Estados Unidos, as ideias de prevenção de Gerald Kaplan marcaram a psiquiatria americana. Essas ideias consistiam em intervir nas condições de formação da saúde mental e se ocupar dos diagnósticos precoces das doenças mentais e da readaptação do usuário à vida social (CREPOP/CFP, 2013). Só ocorreria a internação psiquiátrica quando fossem esgotadas as outras possibilidades. Além da influência de alguns países, a Reforma Psiquiátrica brasileira também sofreu a influência de inúmeros profissionais da saúde mental de várias partes do país.

A Reforma Psiquiátrica é compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais. É no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcados por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

Em 1987, com a proposta de mudança dos princípios éticos da assistência e a luta sob as várias formas de opressão social, sob o lema *Por uma sociedade sem manicômios*, nasce em Bauru, interior de São Paulo, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores da saúde mental, familiares, sindicalistas e membros de associações de pessoas com o histórico de internações psiquiátricas. “Esse movimento começa a construir uma crítica ao modelo asilar e ao saber psiquiátrico, passa a denunciar a violência nos manicômios, o comércio da loucura e a supremacia de uma rede privada de assistência” (BRASIL, 2005). O movimento passa a propor novas formas de trabalho que pudessem romper com o modelo hospitalocêntrico. A partir daquele momento, estava posto o desafio para o campo da saúde mental. “Os trabalhadores da saúde mental se posicionaram contra as condições de vida e a forma excludente e desumana de atenção que estavam submetidas as pessoas portadoras de transtorno mental” (CREPOP/CFP, 2013). O movimento foi redesenhando suas diretrizes, a base do seu modelo assistencial e o objeto da sua intervenção.

Em 1989, a luta do movimento da Reforma Psiquiátrica ganhou força nos campos legislativos e normativos quando o Deputado Paulo Delgado propôs a regulamentação do direito das pessoas com transtornos mentais e a extinção dos manicômios no Brasil. Essa proposta tramitou 12 anos no congresso antes de ser aprovada em 2001. A Lei 10.216 de 06/04/2001 dispõe sobre a proteção e o direito das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2005). Essa lei impõe um novo ritmo ao processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que passa a ganhar maior sustentação e a consolidar-se, estabelecendo a necessidade de política específica e reabilitação psicossocial para pessoas com longa história de permanência em hospitais psiquiátricos.

Em 2001, acontece em Brasília a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que consolida a Reforma Psiquiátrica como uma política de governo e a implantação de redes de serviços comunitários territoriais de saúde e confere ao CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) o valor estratégico para a mudança no modelo de assistência à saúde mental. A existência do CAPS marca a possibilidade de cuidar sem excluir.

Política de saúde mental dirigida à criança e ao adolescente

Ao fazer uma breve análise histórica das políticas de saúde mental no Brasil, percebe-se que durante muitos anos as políticas de assistência para os loucos se pautaram nos tratamentos em hospitais psiquiátricos, hospícios ou manicômios. Essas ofertas de assistência estavam regradas no saber epistemológico da psiquiatria e a loucura passou a ser reconhecida como doença mental. “Dessa forma surgiu o manicômio ou Hospital Psiquiátrico, designado templo da loucura, mas, sobretudo da ciência e graças a ele a Psiquiatria criou corpo enquanto especialidade” (CREPOP/CFP, 2013). Neste momento, torna-se claro a institucionalização da loucura.

As ações que caracterizam a política pública infanto-juvenil regem-se por princípios pautados em uma ética e lógica de cuidados. O desafio de construir uma direção pública para o atendimento em saúde mental não era uma tarefa simples. “Impõe-se para a sua construção delineamentos éticos, clínicos assistenciais, políticos, de produção de conhecimento, formação de recursos humanos e de planejamento” (COUTO, 2008). Um dos maiores desafios da saúde mental era a construção de uma política voltada para as crianças e adolescentes que reconhecessem suas necessidades e seguissem as diretrizes do SUS.

Durante anos, as únicas opções de atenção, acompanhamento e orientação dirigidos às crianças e aos adolescentes com transtornos mentais eram, na sua maioria, de natureza privada, filantrópica, dispositivos de assistência social entre outros. Faltavam diretrizes políticas que instituíssem o cuidado no campo da atenção pública para as crianças e jovens, além de tomada de responsabilidade do Estado pelas ações oficiais de cuidado. Muitas vezes, o que se via era um quadro de abandono, desassistência e exclusão. Havia uma escassez de cobertura pública com a infância. As crianças e adolescentes portadores de transtorno mental se encontravam fora das unidades psiquiátricas hospitalares e grande parte deles viviam abrigados em dispositivos de assistência social, abrigos construídos com objetivo de cumprir a função de cuidado e proteção às crianças. Estes dispositivos apresentavam condições insalubres e não existiam trabalhos que sustentassem a condição de sujeitos dessas crianças. Nestes abrigos, não se encontravam incluídos no sistema formal de saúde, eram somente parte da assistência social “[...] uma vez que ‘abrigadas’ não faziam parte de nenhum tratamento psicológico nem educacional” (PINTO, 2005). Nesses abrigos eram oferecidas, em grande parte, uma assistência determinada pela montagem de dispositivos mais pedagógicos do que clínico.

Porém, houve um grande avanço no que diz respeito ao atendimento dos transtornos mentais. Diante dos diferentes problemas apresentados pelas crianças e adolescentes, foi implementado o Fórum Nacional de Saúde Mental infanto-juvenil, concretizado mediante ao esforço de representantes de diversos setores, se fortalecendo como espaço de diálogo e construções de possíveis consensos, consolidando as redes de serviços.

Cabe ressaltar que a política de saúde mental para crianças e adolescentes não vem sendo reduzida à implantação desses novos serviços. Ela vem sendo proposta a partir da noção de rede de cuidados, que pode adquirir diferentes formatos dependendo da necessidade e potencialidade local (COUTO, 2008).

Essa nova estruturação de política pública permitiu que os serviços ofertados à população infanto-juvenil se apresentassem como uma nova proposta de cuidados a um grupo vulnerável na sociedade, entre eles, os portadores de transtornos mentais que necessitam de estratégias e formas de proteção que requerem ações integradas.

CAPSi: Um dispositivo de cuidado na saúde mental infanto-juvenil

Historicamente, ficou evidente a necessidade de um espaço de cuidado que substituísse os antigos modelos asilares e oferecesse uma rede de assistência em saúde mental implicada na escuta clínica do sujeito. Essas mudanças importantes começaram a acontecer logo após a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, quando os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) passaram a ter um valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica brasileira, atuando como organizadores de uma rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos. “Os CAPS foram os primeiros serviços induzido pela política nacional de saúde mental desde os anos 1990, para a construção de uma rede diversificada de cuidados” (BRASIL, 2013). Entende-se que o conceito de atenção psicossocial dentro da experiência brasileira orienta um novo olhar sobre políticas e práticas no campo da saúde mental.

Constituindo-se como um paradigma no campo da saúde mental coletiva, a atenção psicossocial orienta o desenvolvimento do projeto institucional dos serviços da rede substitutiva de saúde mental sobretudo os CAPSi, estratégicos nesta rede substitutiva (CREPOP/CFP, 2013).

Os CAPSi promovem a articulação do serviço de saúde e da rede territorial, operam com as portas abertas e têm objetivo de oferecer cuidado aos portadores de sofrimento psíquico e usuários de álcool e drogas.

A existência dos CAPS marca a possibilidade de cuidar sem excluir, tomando a responsabilidade pelo sujeito que sofre. A prática clínica está inserida na dialética da relação exercida entre trabalhadores de saúde e os usuários no paradigma da transformação do modo de fazer saúde (PINTO, 2009).

Este equipamento substitutivo acolhe as demandas que chegam até o serviço, sejam de forma espontânea ou referenciada, sempre pautadas no vínculo com os usuários e seus familiares. O CAPS conta com uma equipe multidisciplinar, profissionais que desenvolvem suas ações voltadas para a construção da autonomia e inserção social dos usuários do serviço.

Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, conforme a portaria 336/2011, estes serviços se diferenciam como: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPS ad e CAPS ad III. Vale esclarecer que os CAPS III, funcionam 24 h, os CAPS I, não fazem restrição de atendimento por idade e os CAPSi (infanto-juvenis) atendem especificamente crianças e adolescentes (BRASIL, 2013).

Com a inauguração dos primeiros CAPSis no Brasil – o Pequeno Hans, em 1998, e Eliza Santa Rosa, em 2001, ambos no Rio de Janeiro –, foi marcado a chegada de um novo compromisso público com o campo da infância e adolescência no que diz respeito ao tratamento da loucura infantil. “As crianças que não eram tratadas na saúde mental, passaram a ter prioridade no atendimento infanto-juvenil a partir das discussões sobre a importância do CAPSi para os transtornos mentais graves” (PINTO, 2005). Com a publicação da Portaria 336/2002, o CAPSi se consolida como equipamento privilegiado para atenção psicossocial à criança com transtorno mental no âmbito do SUS (BRASIL, 2013).

O CAPSi é um dispositivo de saúde mental voltado para o público infanto-juvenil. É um serviço público, territorial, financiado com recurso do SUS, com a função de regular a atenção em saúde mental com base na integralidade do cuidado (BRASIL, 2013). É um espaço diferente dos poucos que foram oferecidos às crianças ao longo da história psiquiátrica. Ao ser incluído no campo de assistência pública, responde uma dívida histórica no campo da saúde mental, se responsabilizando pelo cuidado e tratamento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves. Atualmente, o CAPSi se estabelece como base de sustentação da saúde mental pública infanto-juvenil.

Esse dispositivo de potência coletiva se apresenta como um serviço comunitário de portas abertas que atende às demandas da população na sua área territorial sem a necessidade de agendamento prévio para dispor das ações de acolhimento (BRASIL, 2013). Esse serviço é referência do SUS para o cuidado de crianças com transtorno mentais graves. O CAPSi trabalha na inserção escolar e comunitária, desenvolvendo um trabalho em rede. Para além do trabalho realizado na atenção à criança, também é oferecido apoio à família. A partir do primeiro contato feito com a família ou a criança, se inicia uma linha de cuidados em diferentes regimes de tratamento, onde são desenvolvidas diversas atividades terapêuticas, como atendimentos individuais, coletivos clínicos, ateliês, oficinas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, assembleias com pais e professores, atenção aos pais ou familiares e tratamento medicamentoso.

Os CAPSis estão articulados numa rede intersetorial ampliada que envolve a saúde mental e outros setores públicos, com diferentes graus de complexidade e níveis de intervenção, capazes de responder por diversos problemas que envolvem a saúde mental da criança e do adolescente. “Essa rede intersetorial, funciona na lógica do cuidado e da responsabilidade compartilhada” (BRASIL, 2013).

A prática do psicólogo no CAPSi

A experiência como estagiária de psicologia em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil permitiu observar, dentre outras considerações, a extrema importância da escuta terapêutica, pois é através da disponibilidade da escuta que o sujeito poderá falar ou expor o seu sofrimento. Ainda que haja limitações na comunicação, dificuldades de interagir e se expressar verbalmente, essas crianças são consideradas sujeitos no campo da linguagem com grandes possibilidades de inserção social.

A abordagem psicanalista se configura na construção de um trabalho no qual o sujeito precisa ser escutado, considerando a singularidade de cada caso. Não é uma tarefa fácil, mas é extremamente necessária. A escuta é uma ferramenta de extrema importância neste dispositivo, a abordagem psicanalista contribui para um trabalho no qual o sujeito deve ser sempre escutado e acolhido, resgatando a subjetividade. Muitas vezes, usuários com sofrimento psíquico chegam ao serviço medicados, até diagnosticados, mas sem que se tenha feito nenhuma escuta cuidadosa.

Pinto (2005) assinala que o trabalho feito com essas crianças e adolescentes precisa ser suportado pelas pessoas que trabalham com esses sujeitos. Muitas vezes, o profissional tem que aprender a lidar com a própria angústia, reconhecendo que alguns portadores de transtornos mentais se apresentam de uma forma peculiar no seu posicionamento frente à reali-

dade e na sua relação com os demais. Diariamente, os trabalhadores desta clínica se deparam com a possibilidade de ouvir da família das crianças atendidas pelo serviço, que estas necessitam de um “benefício”.

A responsabilidade do sujeito apresentada pela direção da psicanálise abre a possibilidade de ouvirmos algo que num primeiro momento é impossível para os familiares das crianças atendidas no CAPSi, uma vez que estão aprisionadas numa única direção, que é a dos direitos sociais (PINTO, 2005).

Um dos grandes impasses do cotidiano do serviço se dá quando a família chega ao dispositivo solicitando um laudo médico, em busca de um direito ao recurso financeiro, sem a preocupação com o rótulo de incapacitado no filho. A psicanálise oferece a chave da leitura do caso clínico exemplificado pela família para responder uma demanda de ajuda que sempre provém do outro. Essa é uma questão relevante para a clínica psicanalítica no CAPSi. De acordo com Pinto (2005), é preciso fazê-los pensar na questão dos direitos para além do campo jurídico e manter a posição que favoreça o surgimento do sujeito.

Os psicólogos buscam construir leituras que respondam às exigências do sistema de saúde, de um processo longo e complexo de cuidados orientados pela possibilidade da criança conseguir protagonizar novas formas de lidar com suas limitações e construir novas possibilidades de vida familiar, escolar, comunitárias, nas suas relações afetivas. De acordo com Pinto (2005), o trabalho do psicólogo no CAPSi com crianças portadoras de transtornos mentais graves incide menos sobre a tentativa de cura e mais sobre a produção da subjetividade. “É preciso desconstruir a intervenção orientada pela cura, portanto construir ações orientadas para a finalidade da emancipação e comprometidas com a criação de possibilidades de produção de vida e de participação e convivência social” (CREPOP/CFP, 2013). Os psicólogos, assim como outros trabalhadores dessa clínica, disponibilizam acolhimento para dar suporte para a criança construir sua experiência como sujeitos humanos.

A pesquisa realizada com os psicólogos apresenta um conjunto significativo de atividades como acolhimento, discussão de casos em equipe, psicoterapias, atendimento as crises, elaboração de planos individuais de cuidado, grupos e oficinas, atividades dirigidas diretamente à reinserção social, dentre outras. (CREPOP/CFP, 2013)

As práticas exercidas pelo psicólogo terão mais êxito quanto mais responderem às exigências e aos desafios de cada contexto na direção da atenção psicossocial. O trabalho do psicólogo no CAPSi é realizado com uma equipe multiprofissional na qual são valorizados os diversos olhares sobre a saúde mental, deslocando a hegemonia do saber médico para outros campos de conhecimento. Nesse sentido, a responsabilidade pelo cuidado com a criança passa a ser compartilhada pela equipe e não por um único profissional. O trabalho em equipe é fundado no sentido de compartilhar as dificuldades e buscar soluções coletivas para as diversidades de situações que aparecem. O trabalho realizado em equipe é dinâmico e tem uma plasticidade que permite que os profissionais arrisquem, inventem e proponham algo novo que possa assegurar a assistência no cuidado e apoio às intervenções e trazer nova perspectiva que possa mudar a visão que os próprios técnicos têm em relação aos outros, entendendo a conduta dos demais.

O tratamento de crianças e adolescentes com transtornos mentais deve oferecer recursos e alternativas para a ampliação de laços sociais, possibilidade de circulação, modos de estar na vida e ampliação das formas de se expressar e comunicar que favorecem a inserção em contextos diversos (BRASIL, 2013).

Considerações finais

A experiência como estagiária acadêmica bolsista de Psicologia da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ) em um dispositivo de saúde mental infanto-juvenil proporcionou a configuração de um novo olhar voltado para a prática do psicólogo dentro destes equipamentos. Não cabe aqui listar as práticas e intervenções desenvolvidas por estes profissionais, mas ressaltar que a construção do campo multidisciplinar permitiu que estes realizassem com seriedade todas as atividades pautadas em padrões éticos que norteassem as novas propostas terapêuticas. Os trabalhadores desta clínica aplicam-se no cuidado compartilhado, no qual se utilizam recursos terapêuticos como aliados importantes na transformação institucional, ferramentas estratégicas na construção de novos cuidados na saúde mental. A prática mostra que não existem fórmulas prontas para tratar a loucura infantil e os profissionais do serviço constroem junto com as crianças a partir dos recursos que elas próprias apresentam.

A vivência em um CAPSi como estagiária de Psicologia possibilitou observar dentre outras considerações a extrema importância da escuta terapêutica, pois é através desta disponibilidade que o sujeito poderá falar ou expor o seu sofrimento. Esses sujeitos encontram no CAPSi a disponibilidade para essa escuta, tornando possível a possibilidade de um trabalho subjetivo com essas crianças e adolescentes. Essa abertura para ouvir permite a expressão de conteúdos internos proporcionando a elaboração de conflitos psíquicos. As últimas décadas foram marcantes na substituição do modelo asilar pelo modelo de atenção psicossocial com novos investimentos em recursos que valorizassem as formas de cuidado. Todos os recursos terapêuticos apresentados no serviço são aliados importantes na transformação institucional, são ferramentas estratégicas na construção de novos cuidados na saúde mental.

O movimento da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial construiu uma crítica ao modelo asilar e ao saber psiquiátrico, denunciando a violência nos manicômios e a supremacia das redes privadas, lançando um desafio à saúde mental. A quebra de paradigmas realizada pela reforma possibilitou enxergar um novo lugar para a loucura. O redirecionamento da psicologia ao lado dos outros profissionais da saúde é resultado desta construção histórica. O sentido das produções de estratégias responde às diretrizes do SUS e, no caso do campo da saúde mental, à Reforma Psiquiátrica. Essas transformações contribuíram para a prática do psicólogo no CAPSi à medida que, ao redirecionar a Psicologia, fortaleceu o embasamento de novas formas de atenção e cuidados aos sujeitos em sofrimento psíquico e em situações de crise.

A saúde mental vem ampliando espaços para novas formas de cuidado. As propostas terapêuticas do CAPSi contam com diversas abordagens para atender as complexidades das demandas e as necessidades das crianças portadoras de transtornos mentais graves. São recursos que compreendem uma série de dinâmicas diversificadas, que devem ser pensadas e discutidas pelos trabalhadores da saúde mental, usuários e familiares que fazem parte do serviço.

A experiência tem mostrado que o CAPSi se configura como um espaço diferente de todos aqueles oferecidos às crianças ao longo da Reforma Psiquiátrica, sendo um equipamento subs-

titutivo ao antigo modelo asilar. O trabalho neste equipamento envolve uma complexidade que exige a criação de arranjos para facilitar a aproximação dos pacientes com os profissionais, possibilitando a construção de laços e projetos terapêuticos necessários às particularidades de cada sujeito na relação com ele mesmo, com o seu sofrimento e com o meio social em que vive. Para atender a complexidade das demandas de inserção social dos usuários do serviço é essencial que haja mais que um dispositivo ou equipamento. É necessária a organização de uma rede que inclua outros dispositivos de cuidados do território no campo da Saúde Mental e para além deste.

A construção da rede de cuidados foi fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A rede de atenção à saúde mental do SUS define-se assim de base comunitária e para que essa rede seja organizada deve-se ter a noção de território. Território é a designação não apenas de uma área geográfica mais de pessoas, instituições das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária (BRASIL, 2005). A articulação desta rede promove a constituição de um conjunto de referências capazes de acolher essas crianças e suas famílias. Para o melhor funcionamento da rede, é essencial que haja a corresponsabilização do serviço e dos profissionais que desenvolvem o cuidado.

A vivência de estágio em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil permitiu uma grande aprendizagem ao nível de acadêmico. A possibilidade de atrelar teoria à prática proporcionou o aprimoramento de um olhar voltado para o cuidado do sujeito em sofrimento e a prática do psicólogo nesta área tão importante da saúde pública. A substituição do modelo asilar para o psicossocial possibilitou novos investimentos e a valorização na forma de cuidado. Embora ainda existam muitos desafios, questionamentos e impasses, cabe ressaltar que este é um campo em construção. Por fim, o CAPSi atende o que preconiza a Reforma Psiquiátrica no Brasil no que diz respeito a desinstitucionalização e humanização dos serviços prestados na atenção à saúde mental infanto-juvenil.

Referências

BRASIL, **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. In: Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. 5.ed. ver. atual. Brasília/ DF: Ministério da Saúde, 2004. Diário Oficial da República Federativa do Brasil de 9 abr. 2001.

_____, **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. DAPE. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à conferência Regional de Reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS: Brasília, 2005.

_____, Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtorno do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS**. Brasília, 2013.

CREPOP/CFP. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos (os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial/Conselho Federal de Psicologia**. Brasília: CFP, 2013.

COUTO; M. C., DUARTE, C. S.; DELGADO, P.G. **A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios**. *Rev. Bras. Psiquiatria*, 2008; vol. 30 (4): 390-8. Disponível em: <WWW.scielo.br/pdf/rpb/V30N4/a15V30N4.pdf>

FOUCAULT, M. **A História da Loucura na Idade Clássica**. 2 ed. São Paulo: Perspectiva; 1978.

LIMA, T. C.; MIOTO, R. C. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica**. *Rev. Katál. Florianópolis* v. 10 n. esp. p. 37-45, 2007

PINTO, R. F. **CAPSi para crianças e adolescentes autistas e psicóticos: a contribuição da psicanálise na construção de um dispositivo clínico**. Rio de Janeiro: Museu da República Editora, 2005.

MINISTÉRIO da Saúde (org.). **Cadernos de texto da III Conferência de saúde mental**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2001.

EIXO 2

1º lugar - Categoria Profissional

Escola e desejo: reflexões sobre Ética e Psicanálise

Lina Pinheiro Petraglia

Resumo

Este trabalho pretende apresentar a especificidade de um psicólogo, orientado pelos pressupostos teórico-clínicos da Psicanálise, na experiência de lecionar a disciplina Cultura & Cidadania a uma turma de alunos na faixa de 14 anos em um projeto que visa prepará-los para aprovação em concursos para escolas públicas renomadas. Basear-nos-emos no que têm a dizer Freud e Lacan sobre as relações sociais, abordando principalmente a questão da ética e a impossibilidade de se sustentar um saber total sobre o outro. Priorizaremos o que a teoria psicanalítica oferece como o saber inconsciente do próprio sujeito sobre si, que, a partir de sua divisão, produzirá suas próprias verdades como caminho para a desalienação do saber do Outro.

Palavras-chave: Escola. Adolescência. Psicanálise. Ética.

Apresentação

Pretendo aqui direcionar o olhar do leitor ao que me chama atenção na experiência de professora de *Cultura & Cidadania* em um projeto no Rio de Janeiro que prepara alunos de escolas municipais que tomam a decisão de participar de concursos para outras escolas, também públicas, mas que, diferentemente daquelas nas quais estudam, apresentam melhores resultados em pesquisas que medem a qualidade do ensino, como por exemplo o IDEB (Índice de Desenvolvimento da Educação Básica), ferramenta criada pelo Ministério da Educação para avaliar as escolas brasileiras. O projeto a que me refiro se chama Projeto Construindo o Saber (PCS) e começou em Rio das Pedras, tendo hoje outros dos núcleos, um na Pontifícia Universidade Católica e outro na Fundação Getúlio Vargas - Rio. As provas dos processos seletivos para as tais escolas públicas bem avaliadas, como Pedro II, CAP-UFRJ e CEFET, constam de avaliações em matemática e português, além da elaboração de uma redação, portanto entre as matérias ministradas estas obrigatoriamente deveriam ser ensinadas.

O interessante do projeto é que a estas três disciplinas adiciona-se o que chamamos de *Cultura & Cidadania*, mas sobretudo o fato de que, para lecionar em um dos núcleos, o da FGV-Rio, a profissional convidada para ministrar o curso (se é que podemos falar em ministrar um curso desta sorte), tenha sido eu, na época no final da graduação em Psicologia.

Quando recebi o convite, eu, que antes de estudar Psicologia fiz alguns períodos da faculdade de Direito, pensei imediatamente que não seria a pessoa indicada para o cargo. Eu mesma não conheço a fundo o que diz a Constituição sobre os direitos e deveres do cidadão. Mas, enquanto digeriria a proposta, acabei me deparando com um lado da discussão que não costumamos levar em consideração quando discutimos a questão da Cidadania: o lugar do cidadão enquanto sujeito de desejo vivendo em comunidade. Rapidamente esta reflexão me remeteu

ao mal-estar que descreve Freud (1930/1996) por vivermos imersos na cultura e embarquei em um deslizamento na minha cadeia de pensamentos que me levou, especificamente, à dificuldade da própria adolescência, momento pelo qual estariam passando meus então futuros alunos: a dificuldade de se posicionar frente à família, à escola, os amigos, à política, enfim, à sociedade de modo geral, devido a seus conflitos subjetivos.

O objetivo deste trabalho é discutir, a partir de uma visão orientada pela psicanálise, o papel de um profissional da área da Psicologia nos debates que concernem às questões da cultura e da cidadania com adolescentes dentro de um curso preparatório para exames de aprovação. Pretendemos submeter a exame o contexto social no qual estamos inseridos, bem como minha experiência como professora voluntária no PCS, que consta em uma abordagem dos assuntos propostos, a partir de um viés subjetivo, procurando abrir espaço para a escuta e elaboração dos conflitos pelos próprios adolescentes. Para tanto, utilizaremos as formulações de Jacques Lacan a respeito dos discursos como forma de fazer laço social. Em particular, contemplaremos os discursos do mestre e do analista em um contexto que se assemelha a um contexto escolar, distinguindo aqui as noções de saber produzido pelo Outro do saber inconsciente do sujeito. Abordaremos também a questão da ética em psicanálise, privilegiando o que aprendemos com Lacan a chamar de ética do desejo.

O contexto

Partiremos do adágio de que, para discutir sobre qualquer assunto, principalmente sobre cultura e cidadania, precisamos localizar o cenário da discussão. No nosso caso, é importante ressaltar a virada epistemológica do pensamento clássico para o pensamento moderno. A virada moderna se dá com o advento da física matemática. Deixa-se de contemplar o mundo como finito e se abre uma janela para o universo, universo este, aí sim infinito e ao qual não se pode ter acesso, senão pelas produções e cálculos da própria ciência (KOYRÉ, 1986).

Esta [a ideia de uma estrutura finita hierarquicamente ordenada] é substituída pela de um universo aberto, indefinido e mesmo até infinito, que as mesmas leis universais unificam e governam. Um universo no qual todas as coisas pertencem a um mesmo nível. [...] As leis do céu e as da Terra são, a partir de agora, fundidas em conjunto (KOYRÉ, 1986, p. 18).

Não há mais uma noção de verdade divina, verdade universal, “Deus está morto”, disse Nietzsche (2002). Estamos entre os homens e o que importa ao saber da ciência são suas próprias produções, sem a perspectiva de alcançar um saber total, uma verdade absoluta. O registro da falta nos clássicos era suprido por aquele que tudo pode, o Sobrenatural, o Todo Poderoso, mas na Modernidade a ferida está aberta e a cicatriz da falta está marcada no corpo. Se antes o homem podia dizer que havia uma força divina que controlava do céu à terra e que o salvaria dos sofrimentos, bastava ter fé, os modernos não podem recorrer a Deus, pelo menos não *à vera*. A figura do todo não se sustenta nesta lógica. Não há a quem recorrer, a falta está aí e o sujeito terá de se haver com ela.

O que a morte de Deus, nesse sentido, pode trazer como consequência? Paralelamente à virada epistemológica, ao abandono da tangibilidade do todo como um conjunto, é possível pensar o texto freudiano de 1913, que, sob forma de um mito, descreve a passagem da selvageria à co-

munidade organizada, também pela morte – desta vez assassinato – da figura paterna. O texto *Totem e tabu* é amplamente conhecido, portanto abordarei aqui apenas a parte que nos toca.

Em uma comunidade grupal, havia um pai que gozava de todas as mulheres e impunha suas vontades à horda de filhos. Os filhos, revoltados, em certo momento se unem e percebem que juntos seriam mais fortes que o pai gozador. Eles decidem assassiná-lo para tomar seu lugar e comemoram sua morte com o banquete totêmico no qual comem sua carne. O assassinato do pai é sentido pelos próprios filhos de forma ambivalente, pois se o pai lhes restringia os direitos, por outro lado era a encarnação da figura da Lei e os protegia dos perigos externos, tal qual uns dos outros. A mistura de amor e ódio dos filhos ao pai é geradora de um sentimento de culpa após o assassinato: por um lado estão satisfeitos em poder gozar do que antes não podiam, por outro sentem-se culpados pela morte daquele que amavam. Preocupados com o que aconteceria sem a presença da figura que encarnava a Lei, os homens do clã decidem estabelecer uma lei para organizar a vida em comunidade (FREUD, 1913,1996).

O importante para nós é a diferença entre a natureza da Lei encarnada na figura de Deus, tal qual na do pai da horda, e a lei instaurada pela ciência, assim como àquela criada pelos, antes filhos, agora homens do clã. A primeira é uma lei que não abre espaço para a falta, existe ali uma figura, todo-poderosa que tamponará a falta e à qual se poderá recorrer caso algo dê errado. No segundo caso, o que vemos é uma lei que se instaura necessariamente, já que houve uma reunião de homens na dimensão da linguagem, cuja característica principal é o equívoco. Na lei divina há o certo e o errado, o céu e o inferno; já a lei simbólica versa uma coisa, mas pode ser significada de diferentes maneiras, dependendo do intérprete e da situação.

Esse assassinato, ou essa destituição (nem sempre mortífera), tem uma dimensão ética, pois é o que possibilita a passagem da sujeição à condição de sujeitos desejantes. Mas ela institui também, com a passagem do arbítrio paterno à Lei abstrata, a dimensão inconsciente de um saber do sujeito sobre o desejo e também sobre o assassinato ao que ele deve sua condição (KEHL, 2002, p.48).

Se tratamos aqui das verdades científicas, por exemplo, podemos falar de leis, mas sabemos que estas leis são criações da própria ciência e que só se fazem valer pela utilidade prática. A ciência não quer saber do universal, ocupa-se de objetos circunscritos por ela em categorias. Ela tratará de comparar os objetos, operando entre eles relações de causa e efeito. Mas o que faz ver a regra da comparação senão a própria irreducibilidade de um objeto ao outro, da causa ao efeito? A causa é uma produção do homem que vem no lugar da falta da Lei encarnada. Entre a causa e aquilo que ela afeta há uma falha. E esta falha, a lei não resolve, ela falta, produz falta. A lei não soluciona seu objeto, mas nem por isso deixará de versar sobre ele. Pois bem, é deste hiato que se trata.

O fantasma é, portanto, que haja uma causa original ou que uma certa lei dê conta de resolver permanentemente a questão sobre a qual versa, o que reconhecemos ser impossível. A lei humana, imersa em linguagem, não resolve o problema, no entanto não se pode jogá-la fora. Há um hiato, um impossível de apreender, de explicar, mas do qual não se escapa.

O sujeito moderno é, portanto, marcado pela falta. Desde que sua integração com o todo se esvai pelo furo que dá a ele um lugar - como no caso dos filhos que matam o pai para substituí-lo – não há nada que vá restituir a ordem tal qual existia antes da inserção na linguagem, já que após sua morte o sentimento de culpa, a dívida simbólica, não os deixa gozar

plenamente daquilo que lhes era proibido. A lei que eles instauram não deixa de operar a partir da figura morta do pai, a figura do Outro, mas nunca se encarregará da ordem da comunidade como o fazia sua presença.

Depois da morte de Buda, sua sombra ainda se mostrou durante séculos numa caverna – uma sombra enorme e aterradora. Deus morreu: mas os homens são de tal modo, que haverá ainda, talvez, cavernas nas quais a sombra se mostrará por muitos séculos. E nós também ainda precisamos vencer sua sombra (NIETZSCHE, 2002, p. 108).

A lei dos homens não supre a ausência da figura divina, sentida, pelo contrário, como uma presença, pois é uma lei estruturada por significantes como linguagem. Não há mais Pai como presença, este aparece, mas como ausência e, portanto, podemos dizer que a lei dos homens é a lei do nome no lugar da coisa. O Nome do Pai aparece aqui como Lei e se antes estava encarnado na figura do Pai, agora não é senão o nome do lugar dos significantes que versam sobre o sujeito.

Desde que a figura mítica do Pai está morta, não resta mais que a linguagem, a qual se utilizará para instaurar uma nova lei, desta vez simbólica e feita de significantes. E como já dissemos, da operação significativa produz-se necessariamente um resto, algo de inefável, que foge à representatividade. É este resto que nunca se apreende, que opera no sujeito como objeto que causa de desejo, definido por Lacan (1985) como objeto *a*. Não há um único objeto que encarne necessariamente esta função. Os objetos se alternam e permanecem desejáveis apenas enquanto faltosos.

É por isso que Lacan (1995) trata de relações de objeto e não de escolha de objeto.

(...) no centro da relação sujeito-objeto, uma tensão fundamental, que faz com que o que é procurado não seja procurado da mesma forma que o que será encontrado. É através da busca de uma satisfação passada e ultrapassada que o novo objeto é procurado, e que é encontrado e apreendido noutra parte que não noutra ponto a que se procura (LACAN, 1995, p. 13).

A fantasia do sujeito moderno, aquele do qual se ocupa a Psicanálise, coloca-se justamente como todas as possibilidades que o sujeito tem de articular sua relação com o objeto *a*. Disso, o que concluímos é que o sujeito é marcado pela falta: ela é necessária para sua constituição. Além disso, pudemos vislumbrar que, já que não se insere em nenhum universo senão o da linguagem, nunca conseguirá recobrir com o que diz querer, aquilo que deseja. Mas nem por isso deixará de falar e assim desfilará suas cadeias significantes. O resto é fruto necessário da operação significativa, sempre fica algo por dizer e é precisamente isso que retorna ao sujeito sob diferentes formas, às vezes como um objeto causa de desejo. Mas às vezes, se nos depararmos com a ausência sem nada poder falar sobre ela, seu efeito é a angústia, aquilo que não engana e do qual tentamos escapar a qualquer preço.

Creemos aqui ter examinado suficientemente para nossos propósitos o sujeito do paradigma moderno, do qual trataremos neste artigo. Partiremos agora para uma delimitação do assunto sobre o qual trataremos, que é, como mencionamos, o papel do profissional de psicologia, no caso, com afinidade à teoria psicanalítica em um contexto que se assemelha a um ambiente escolar inserido no contexto descrito aqui como moderno.

Modernidade e escolarização

Partamos para uma reflexão sobre as influências da Modernidade no processo de escolarização contemporâneo. A escola naturalmente não pode ser assim generalizada como se houvesse apenas uma ou como se todo o período escolar tratasse a formação dos alunos sob uma mesma perspectiva. Trataremos aqui especificamente de alunos que estão ingressando o ensino médio, já que é este público que frequenta o curso onde dou aula.

Observamos na sociedade, uma ratificação constante do que se descreveu acima como a busca incessante pelo objeto a causa de desejo. Este, como já dissemos, é aquilo que se acredita ser capaz de acabar com a sensação de falta, que não apenas é inerente ao sujeito mas o constitui. Dissemos então que o a assume diferentes formas conforme o sujeito articula sua demanda pelo encadeamento dos significantes que encontra no Outro. Embora o desejo esteja imbricado na demanda, esta não o expressa senão sob forma de ficção e o objeto causa de desejo, portanto, nunca se encadeia aos outros significantes. Ele aparece junto à cadeia, mas fora dela, entre os significantes. Sua característica é a de interdito, ou melhor, inter-dito, entre os ditos (LACAN, 1958, 1998).

A pergunta que devemos fazer é: como se pode ver o que as formas de relação social observadas na sociedade de modo geral, tal qual na escola, têm a ver com o que examinamos da constituição subjetiva? O que observamos no mundo é uma busca incessante pela novidade, pelo sucesso – e não aquele sucesso que se vê aparecer após inúmeras realizações, o que se busca é o sucesso instantâneo, os famosos cinco minutos de fama. Mas não basta ter suas aptidões reconhecidas, quem tem que reconhecer é o Outro. E na volatilidade da sociedade contemporânea, na ausência dos valores que os antigos sustentavam na religião ou até mesmo nos valores tradicionais da família, o que aparece como dominante hoje é o dinheiro sob forma de reconhecimento social. O ter dinheiro não se trata, muitas vezes, do conforto que ele pode trazer, mas do reconhecimento da sociedade pelo dinheiro obtido. Mais uma vez, não é do objeto dinheiro em si que se trata, mas do amor do Outro sob forma de reconhecimento social.

E a escola? Bem, vemos a escola como um prolongamento disso. Ela prepara os alunos para os concursos levando em consideração não sua produção subjetiva, não o desejo que se esconde atrás da demanda de sucesso financeiro no futuro, mas para a aprovação. A aprovação, custe o que custar. O adolescente tem que passar no vestibular, mas não só isso: tem que passar, para uma das carreiras que lhe prometam um bom futuro financeiro. Mas além da escolha de carreira, resta ainda a aprovação para a melhor faculdade, pois se ele não passar para a melhor faculdade, alguém o terá feito e ele automaticamente será pior do que seu concorrente bem sucedido. O adolescente vê sua vida desmoronar-se em sua frente, encara o nada, o vazio que o espera, o fracasso que atingiu, antes mesmo de começar e é assolado pela angústia. Pronto, já era. Deprimiu. Agora só vai se salvar se alguém lhe receitar alguma coisa para sair dessa. Mas que coisa? Um remédio, ou uns remédios que o façam ser mais adaptado ao que a sociedade espera dele. Mais atento, mais objetivo, mais sagaz, menos suscetível às emoções que o impedem de alcançar os objetivos que o tornarão objeto de aceitação social.

Era aqui que queria chegar. Qual o papel do profissional de Psicologia neste cenário? Como puderam perceber, não somos aqui da opinião que adere às Terapias Cognitivo Comportamentais e à medicação, pois o que fazem não é mais que paralisar o sujeito em algum lugar onde a divisão que lhe constitui fica na sombra. Mas o mundo dá voltas e o sol vai novamente

iluminar aquilo que a sombra escondia. E terá adiantado toda a medicação? Todo o treinamento para bloquear a angústia e para isso abafar o desejo deste adolescente?

O sujeito emerge da falta, seu desejo se articula na fantasia (\$ \diamond a) que se lê \$ - S barrado, \diamond - rombo, de a. Ela é, por um lado, a resposta ao desejo do Outro, por outro, a vinculação com a falta no campo significante. A fantasia pela qual se expressa o desejo é a articulação de todas as formas como ele pode se relacionar com os objetos que o cercam ou a relação do indivíduo e suas imagens (MILLER, 2002). Se escondemos o que há de hiato entre ele e o que a sociedade dele espera, se a tapamos com antidepressivos ou ritalinas, o que será do sujeito senão um objeto da sociedade, do Outro? Sem o hiato o desejo não aparece, sem a falta, o sujeito permanece objeto, em primeira instância de seus pais e em segunda do restante das figuras que aparecerão na função do Outro, da autoridade, da lei.

Freud (1930, 1996), em *O mal-estar na civilização*, fala da existência da neurose no homem como consequência de sua incapacidade de suportar a medida de privação imposta pela sociedade, favorecida pelos ideais culturais. O autor conclui que se tais exigências fossem abolidas ou atenuadas haveria um retorno da possibilidade de felicidade. É isso que propomos na sala de aula: um distanciamento da figura do professor, dos ideais impostos pela cultura. Não a apresentação de um saber sobre os assuntos debatidos, mas uma flexibilização do saber cristalizado como verdade total.

Para que o sujeito emerja, é preciso que haja uma falha na lei. Sabemos que a lei é a lei da palavra, a lei simbólica, e que, portanto, a verdade que abriga é não-toda. Mas o que fazer se o que se impõe é uma competição de tudo ou nada? A família, a mídia e também a escola levantam a bandeira da adaptação social, do reconhecimento daqueles que logram se provar dignos de receber muito dinheiro por aquilo que fazem. O que o profissional da área psi que não levanta a bandeira da normatização tem a dizer sobre isso?

O adolescente, a escola e a Ética

A escola se coloca como lugar de preparação para a vida adulta, assume a função de moldar os adolescentes para que eles possam ter as respostas adequadas ao que a sociedade espera deles. Freud, em 1930 (1930/1996), já dizia que boa parte de nossa miséria vem do que chamamos civilização. O modo como são reguladas as relações dos homens entre si em nossa sociedade se baseia na exigência da liberdade individual frente à vontade do grupo. O desconhecido, segundo o autor, não é digno de amor, mas tem direito à hostilidade já que quando lhe traz vantagem não hesita em prejudicar o outro. Este é sintoma dos laços sociais cotidianos que gera o sentimento de que cada um apenas se ocupará de trazer o bem para si, desconsiderando os que o cercam e, se necessário, fazendo uso deles para atingir seus próprios fins (FREUD, 1930, 1996).

A escola é promotora de angústia por ser adepta aos valores de competição vigentes e por tratar-se, ela também, de uma instituição que, por mais que indiretamente, no caso das escolas públicas, sirva a um sistema no qual será reconhecida apenas se gerar uma recompensa financeira. A escola precisa, para se manter em uma posição de reconhecimento, que os alunos que ali estudam sejam bons, o que equivale a dizer que precisa que sejam aprovados nos melhores concursos.

O bem que a escola visa para seus alunos nada tem a ver com o que seria bom ou mal para o sujeito. As boas notas ou a aprovação nos concursos não faz necessariamente bem para eles. A referência para o bem que a escola espera está em outro lugar que não o sujeito. É um bem cristalizado em valores sociais do que seria bom para todos, para todos os que quiserem alcançar algum sucesso na vida. Vemos pesquisas, manuais, orientações diversas sobre como alcançar o sucesso e todas elas baseadas em cálculos, estatísticas e projeções matemáticas, o que supostamente lhes confere a garantia de credibilidade apoiada na ciência. Mas sabemos que tal bem universal não passa de um mote imaginário.

O que pode promover um bem subjetivo só emerge da divisão do sujeito, no caso da constatação que o Outro - a escola, os pais, as pesquisas - não é a imposição de uma verdade absoluta sobre ele. O adolescente tem que perceber que a escola não tem todas as respostas para sua felicidade futura e questionar os números apresentados pela pesquisa e romper sua identificação com a imagem do futuro projetado para ele. É assim, a partir da fenda, da rachadura que se abre no chão, na sólida base que antes via sob seus pés, que se abrirá espaço para que emerja seu desejo. Mas, como a erupção de um vulcão, o surgimento deste não será cômodo a nenhum dos envolvidos.

Em 1905, Freud escrevia que o trabalho mais importante da puberdade consiste na separação, no corte da autoridade dos pais. Toda a adolescência é um trabalho de elaboração da falta no Outro. Elaboração de sua própria castração, quando o sujeito se dá conta de suas próprias impossibilidades, mas, sobretudo, da castração do Outro, dos pais e seus substitutos. Assim, a separação não quer somente dizer a separação da presença e da vigilância dos pais, mas, sobretudo, dos paradigmas de acordo com os quais a criança era objeto dos pais (ALBERTI, 2011, p.232)

A adolescência é um momento no qual o sujeito precisa, por mais doloroso que isso seja, desligar-se de seus pais, sair do lugar de objeto de manipulação dos mesmos e das figuras de autoridade substitutas, assumindo a falta no saber do Outro sobre ele, para desbravar o mundo com suas próprias pernas, procurar o que admite como seus valores e dar lugar ao seu próprio desejo.

A adolescência é o momento em que o sujeito se confrontará com esses dois impossíveis de uma maneira nova. Antes ele ainda acreditava nos pais que lhe permitiam velar a falta no Outro. Ou, com Freud, é somente na adolescência que o sujeito não pode mais crer na capacidade dos pais de defendê-los dos encontros com o real (ALBERTI, 2011, p.233)

Enquanto criança, as identificações que sustentam o sujeito têm como referência a figura dos pais, mas também a de seus em seus substitutos, os professores, por exemplo. Com a ruptura das identificações imaginárias promovidas pela instauração da falta, o que antes eram referências agora são pontos de interrogação que pedem a busca de novas referências do lugar de onde responder à pergunta que não quer calar: o que fazer para obter sucesso na vida? Como ser reconhecido? Como ser amado? *Che vuoi?* O que o Outro quer de mim? (LACAN, 1960, 1998).

É por isso que no debate com os alunos adolescentes sobre seu futuro impõe-se uma preocupação aos profissionais, principalmente os da área da Psicologia, com a questão da Ética. Deve-se atentar para que o ambiente que proporcionamos não seja apenas uma reprodução do

discurso das figuras de autoridade ou do discurso normatizador ao qual o jovem se sujeita nos ambientes tradicionais que frequenta.

A Ética que me proponho a discutir não é a existência de um bem e um mal apoiados em valores estanques, um bem supremo e um mal desqualificado.

Se tomamos essa Problemática, tal como se produziu na tradição normativa [...] do pensamento ocidental, veremos como as questões que se elaboram na Ética são (como que) *dirigidas* por temas tais como Bem moral, as virtudes e os processos de alcançá-las, a questão da vontade, a relação da consciência com o dever etc., [...]. Não nos bastam os elementos produzidos no discurso tradicional da Ética, desde que outros elementos aparecem como necessidades lógicas [...] para se pensar uma Problemática diferencial (KATZ, 1984, p.13-14).

Não se deve ater, pelo menos não exclusivamente no trabalho com o adolescente, a discutir o que é bom ou ruim para ele do ponto de vista de como satisfaria melhor o que se espera dele. Isso seria contribuir para sua alienação nos ideais da cultura, seria reforçar suas amarras ao invés de dar lugar a seu próprio discurso, seria deixar de lado sua capacidade de produção a partir dos próprios questionamentos. A partir de uma escuta clínica, afim à psicanálise, seria um paradoxo tomar esta via, já que o que aprendemos com Freud vai em outra direção, aquela que liberaria o sujeito das imposições morais e sociais, geradoras de sofrimento psíquico (KATZ, 1984).

A aula de *Cultura & Cidadania* que proponho deve, o tempo todo, escapar das armadilhas que oferecem, por um lado, a posição e o ideário que cercam a imagem do professor e, por outro, as opiniões fortes e muitas vezes infundadas dos alunos, normalmente baseadas em valores familiares, no discurso escolar e muitas vezes religioso. Devemos ter em mente que o público de minhas aulas não pertence à uma classe social alta (com algumas exceções), que frequentou a vida inteira escolas municipais (também com poucas exceções). Se pudessemos traçar um perfil, incorrendo no risco de fazer aqui uma afirmação injusta, não discutiram muito na escola nem em seu círculo social as questões que debatemos sobre cidadania e cultura.

Como a discussão sobre os temas propostos é muitas vezes inédita para os alunos, procuro dar uma breve introdução sobre o assunto para anteciper o debate e torná-lo mais frutífero. Foi aí que encontrei minha primeira dificuldade. Em meu percurso profissional, por mais que curto, já que acabo de concluir a graduação, não me havia colocado em situação semelhante. Sabemos que na clínica, em particular a psicanalítica, o analista ocupa lugar de suposto saber (ênfase no suposto) e desempenha a função de objeto causa de desejo. Ele não vem no lugar daquele que diz o que se espera do sujeito, não está no lugar de mestre – pelo menos é isso que se espera, embora não seja, muitas vezes, o que acontece na prática – que traz informações e dá dicas de como se adaptar melhor à vida em sociedade (LACAN, 1969,1970,1992).

O lugar do analista é o do equívoco, é o da escansão do discurso pronto. Ele divide o sujeito (falamos aqui exclusivamente do sujeito neurótico), faz um corte na cadeia significativa para fazer surgir seu desejo (o desejo do analisando, não do analista, é sempre bom lembrar) onde antes havia alienação. O analista, sujeito suposto saber, objeto causa de desejo, não pode apresentar uma verdade cristalizada pelo sujeito, mas ao contrário, tirá-lo da posição de objeto do Outro manipulador, dividi-lo, pontuar no sentido de equivococar para que emerja daí seu desejo, seus próprios questionamentos (LACAN, 1969, 1970, 1992).

Como poderia um profissional baseado nestes princípios, que tem como ética de condução do trabalho a escuta para dar lugar ao desejo do sujeito no lugar de aliená-lo no desejo do Outro, ocupar o lugar de professor, também chamado de mestre? Esta foi a indagação que me fiz (e faço). Como, em uma posição de professora, não ocupar o lugar do mestre, aquele que traz uma verdade sobre o sujeito ao invés de inquiri-lo sobre seu desejo? A dificuldade é que, neste ambiente, não se trata de sustentar o lugar de analista em um cargo institucional como, por exemplo, o de psicólogo escolar, mas a partir da função de professor. Como ter como fio condutor a ética do desejo a partir de uma posição de mestria no contexto da prática social em que se insere o PCS – Projeto Construindo o Saber?

O discurso do analista na sala de aula do PCS

O Projeto Construindo o Saber (PCS) trabalha com a proposta de oferecer suporte didático a alunos de comunidades de baixa renda, complementando o ensino que recebem nas escolas, e prepará-los para o acesso as faculdades e escolas técnicas. Além das matérias cobradas nos concursos, o programa de ensino conta com aulas de Cultura e Cidadania, oferecendo um ensino que estimula o senso crítico dos alunos. O projeto começou com um único núcleo na comunidade do Rio das Pedras, no Rio de Janeiro, em uma escola da região, mas hoje se expandiu para outras áreas, sendo o núcleo que integro localizado no bairro de Botafogo e as aulas na Fundação Getúlio Vargas, onde há um convênio com a Faculdade de Matemática. O trabalho é realizado aos sábados, das 8:00h às 18:00h (com uma hora de intervalo para o almoço das 11:00h às 12:00h), e o ambiente de trabalho é uma sala de aula tradicional, o que a princípio já impõe a expectativa da reprodução da lógica educacional na qual o professor fica na frente, apresenta o conteúdo e os alunos (a-lunos, sem luz) sentam-se de frente para ele, esperando serem atiradas as informações, as quais se espera que tomem como verdade, anotem e reproduzam quando solicitados.

O primeiro diferencial do projeto é que os professores, todos voluntários, são jovens (não chegam aos 30 anos) e por isso têm uma linguagem que facilita a aproximação com os alunos. As aulas são dinâmicas e descontraídas, mas, por mais íntima que seja a abordagem, quando se trata de conteúdos como álgebra e gramática realmente é difícil se distanciar do paradigma descrito acima. Os alunos têm que aprender, e bem, o que passam os professores para obter aprovação nos concursos.

É interessante, além disso, que haja um espaço de monitoria no qual voluntários sentam com grupos pequenos de alunos (divididos de acordo com as dificuldades específicas de cada um) para discutir questões passadas na semana anterior. Aqui também vemos uma tentativa na individualização do ensino, uma preocupação com os diferentes alunos e suas dificuldades. Deve-se atentar, no ambiente da monitoria, para que não haja uma estigmatização daqueles alunos que têm mais dificuldade como alunos ruins e os que tem melhores notas nos simulados como alunos bons.

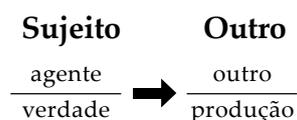
A aula de *Cultura & Cidadania* é mais uma forma de, em um ambiente que se assemelha ao ambiente escolar, oferecer um espaço que vai além do que se espera de uma sala de aula tradicional. Tentamos não impor valores e opiniões sobre os assuntos debatidos, desde a legalização do aborto até as novas configurações familiares e a discussão política (uma das favoritas e mais presentes, principalmente por estarmos em ano de eleições presidenciais no Brasil).

A proposta não é algo fácil de lograr já que os alunos esperam dos professores uma verdade sobre os assuntos debatidos, uma resposta a partir do que seriam os ideais da sociedade em nome de um bem normatizador.

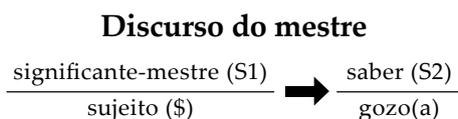
O trabalho da aula de *Cultura & Cidadania* é, a partir de uma abordagem teórico-prática, baseada nos fundamentos da Psicanálise: tirar o professor da posição de mestre e incitar o deslocamento do aluno do lugar de objeto – no qual é depositado um saber sob forma de verdade – para que ele assuma o lugar de produtor de suas próprias verdades. A abordagem não pode ser feita de forma autoritária e o professor não deve falar da posição de portador de um saber a priori sobre as questões debatidas. Além disso, uma das tarefas mais desafiadoras é equivococar aqueles que já vêm reproduzindo verdades estanques, alienados em valores que nem sempre partem de uma posição subjetiva. Para isso, o que se procura nestas aulas é um alinhamento à função do analista cujo discurso “considera o outro como sujeito e opera a partir do não saber, ou seja, de um saber inconsciente, considerando a particularidade do sujeito, e da contingência de cada caso” (DUPIM; ESPINOZA; BESSET, 2011, p.271). Explicaremos melhor o que queremos dizer com os conceitos de discurso do mestre e discurso do analista.

A teoria dos discursos de Lacan (1969, 1970, 1992) apresenta-se como forma de pensar o laço social, ou seja a forma como as pessoas se relacionam umas com as outras socialmente e as influências que isso pode ter. Os discursos propostos são quatro: do mestre, do analista, da histeria e do universitário, mas, para o propósito deste recorte – já que o que pretendemos é um olhar à instituição escolar tradicionalmente alinhada ao discurso do mestre e à prática de um profissional de Psicologia orientado pela Psicanálise – observaremos apenas os dois primeiros.

Os discursos são representados por matemas, esquemas matemáticos compostos de letras que apontam a relação do sujeito com o campo do Outro. Os discursos se estruturam a partir de elementos nele dispostos, seguindo a lógica da inscrição na linguagem a partir da relação de um significante com outro significante. Um lado do esquema representa o sujeito e o outro o campo do Outro, tratando de articular uma relação entre ambos, que sabemos impossível. O esqueleto do esquema tem a seguinte estrutura:



No discurso do mestre, o significante que funda o sujeito, o S1 ocupa o lugar de agente; o significante do saber do Outro, S2, o lugar de outro; o sujeito barrado ocupa o lugar de verdade e o *a*, o resto que constitui o motor para o funcionamento de cada discurso, ocupa o lugar de produção.



O que tiramos daí? Que neste discurso quem funda o sujeito com seus significantes é o mestre, que o outro é detentor do saber sobre ele. O lugar de verdade é ocupado pelo sujeito, mas é uma verdade que não é produzida por ele, mas pelo saber do outro, construído a partir dos significantes do mestre. O objeto *a* é o que se produz com este discurso.

O *a* tem ligação com o que Marx denominou ser a função de mais-valia, quer dizer, mais-da-trabalho, o excedente que não se paga, como o tempo que o proletário expende, e que não é ressarcido, se deslocando de casa para o trabalho (DUPIM; ESPINOZA; BESSET, 2011, p.274).

A mais-valia é para Lacan (1969,1970, 1992) um mais de gozar, é o gozo que não se paga, ao qual o sujeito não tem acesso, que, neste discurso, ocupa o lugar de produção. O resultado disso é portanto uma perda de gozo. Quando o mestre está na posição de agente, direciona seu discurso ao sujeito colocando-o na posição de objeto. O mestre porta um saber anterior e absoluto sobre ele, o que encobre a divisão do sujeito e a impossibilidade de um saber todo, quando sabemos que ele é *a priori* não-todo, por estar inserido na linguagem (COHEN, 2006).

Quer dizer que o mestre não se interessa pelo sujeito, pois não quer saber da castração, da barra que divide o sujeito, marcando que não se pode ser todo, nem tudo saber. Ele se endereça ao outro (...), enquanto objeto de gozo, suscetível a mera manipulação" (DUPIM; ESPINOZA; BESSET, 2011, p.276).

Se o discurso do mestre é o que notamos mais frequentemente no ambiente escolar, o discurso do analista por outro lado é capaz de produzir efeitos inéditos. Neste discurso, o objeto a ocupa o lugar de agente. O analista se faz de objeto a para dar lugar ao sujeito do inconsciente, denuncia a impossibilidade de um saber para todos já que a volatilidade é uma característica fundamental do objeto causa de desejo. O agente dirige um saber inconsciente ao sujeito \$, dando o saber S2, que, por ser um saber inconsciente, dá à verdade a característica de semidizer, de verdade não toda, e a produção deste discurso é o significante que funda o sujeito, o S1. "O analista, na posição de *a* implica o sujeito em fazer emergir seus significantes-mestres que se encontram recalcados" (DUPIM; ESPINOZA; BESSET, 2011, p.274).

Discurso do analista

$$\frac{a}{S2} \longrightarrow \frac{\$}{S1}$$

O analista, fazendo as vezes de objeto *a*, instaura um não-saber que impulsionará o sujeito a se haver com seu próprio saber (inconsciente) sobre o que sabe e o que desconhece. É importante ressaltar que o saber inconsciente não representa uma única verdade, senão meias verdades, pois, conforme já discutimos amplamente, o acesso à verdade universal é interdito pela condição humana de sujeito da linguagem (LACAN, 1969, 1970, 1992).

Finalmente, o que podemos tirar dessa discussão, para uma aplicação prática ao problema apresentado?

Minha experiência no projeto

Na tentativa de articular o que expusemos à prática, farei um relato breve da minha experiência como professora de *Cultura & Cidadania* no PCS, que começou em março de 2014 (ano corrente) e ainda não se concluiu (estamos, na data de elaboração deste trabalho, em agosto de 2014). Até o presente momento tivemos dez encontros e minha proposta foi apresentar, em algumas aulas, conceitos mais gerais, introduzi-los e abrir o espaço para discussão. Outras ve-

zes optamos por pedir aos alunos sugestões de temas que gostariam de debater e outras ainda a falar sobre questões políticas a partir de uma abordagem histórica para depois discutir suas opiniões. Falarei aqui sobre o primeiro encontro e sobre alguns efeitos que acredito ter percebido na dinâmica das aulas posteriores.

1ª aula: Introdução ao conceito de Cidadania

Comecei me apresentando, dizendo meu nome, trajetória profissional e por que achava que o projeto me traria algo de bom. Pedi que eles fizessem o mesmo, interditando apenas a resposta “quero ser alguém na vida” depois que apareceu pela primeira vez. Já de saída, discutimos o que seria “ser alguém na vida”, o que balançou alguns paradigmas sobre sua classe social que aparece como um estigma sob forma de verdade absoluta. Foi interessante discutir com eles o que fazia o homem diferente dos animais selvagens, já que a primeira resposta foi a que vem automaticamente: o homem é um animal racional. Pude introduzir o conceito de inconsciente e a teoria psicanalítica, que, apesar de encarada com surpresa de início (“que viagem, professora”), apareceu como enigma e gerou perguntas nas aulas seguintes. Concluímos que o que diferencia o homem dos outros animais é o desejo, já que este não é fixo, não se subordina às necessidades orgânicas do indivíduo, como acontece no mundo animal. Deslizamos deste ponto para o tema da aula, a cidadania. Se o homem é movido pelo desejo, como conviver com os outros homens, também providos desta mesma característica?

Perguntei o que eles entendiam pelo conceito de Cidadania e após algumas respostas apresentei a definição que encontramos no dicionário Caldas Aulete Digital, que engloba o exercício dos direitos e deveres de ordem civil, política e social. Considerei importante ressaltar que não basta exigir os direitos, pois nestes está implicado nosso dever de posicionamento ético no processo político democrático que vivemos. (“É professora, não adianta só reclamar, a gente tem que saber em quem vai votar”). Fizemos aí pela primeira vez a pergunta que voltou a aparecer em outras aulas: “o que você quer com sua atitude?”, que se assemelha à pergunta que o Outro endereça ao sujeito para inquiri-lo sobre seu saber e sua posição subjetiva. *Che vuoi?* Qual o seu desejo e como ele dá suporte às suas posições? Considerei importante destacar que embora alguns estivessem participando do projeto, segundo eles, para agradar os pais, também ali havia algo a ser dito sobre seu próprio desejo. Voltamos a falar sobre isso em outras ocasiões.

A aula continuou com um debate sobre o aspecto contingencial da cidadania e se encerrou com uma discussão sobre o aborto. Os alunos apresentaram opiniões diversas, cada qual seguro de que estava sustentando a opinião válida. Minha principal preocupação foi buscar uma flexibilização das posições, levantando outros aspectos para que pudéssemos nos deslocar de um saber total para um saber não todo, que permite que cada um produza sua verdade, sempre atentando para o que ela diz sobre seu desejo.

Efeitos: dúvida x certeza

Ao longo do semestre, os alunos vão ganhando confiança e, se antes esperavam de mim uma introdução sobre o tema da aula, hoje, quando chego, eles mesmos já se apresentam como portadores de um saber sobre ela. Não é raro que eu entre em sala e alguns se manifestem para dizer que já sabem sobre o que vamos discutir (muitas vezes o assunto é algo que aconteceu

durante a semana e ganhou destaque na mídia). Quando escrevo o tema da aula do quadro eles já não esperam que eu comece a falar, vão introduzindo suas opiniões, algumas vezes radicais de início, mas, no fim da aula, mais temperadas.

Muitas vezes me perguntam o que acho dos assuntos, mas sempre procuro não aparecer no lugar de portadora da verdade e acho que me faço entender, pois não acredito que haja apenas uma opinião válida. Eles, que no início estavam em busca de respostas, agora parecem aproveitar o deslizamento do tobogã de questionamentos que dão estrutura à aula. Os assuntos abordados variaram ao longo do primeiro semestre entre: a ditadura militar no Brasil e o autoritarismo de modo geral, o lugar da mulher na sociedade, o preconceito racial, a política de pacificação do Rio de Janeiro e a legalização da maconha. No segundo semestre, até agora, os temas dos quais nos aproximamos foram o sistema político brasileiro, seguido pelas novas configurações familiares, que geraram uma discussão sobre a homossexualidade. Todas as questões foram perpassadas pela questão da ética, que entendemos como a ética do desejo orientada pelos pressupostos psicanalíticos já descritos. Minha preocupação em não propor soluções estanques se inscreveu como fio condutor das aulas e cuja dinâmica, muitas vezes já observada nos próprios alunos, é a elaboração de perguntas que equivoquem aqueles que apresentam posições radicais.

Finalizo este breve relato com uma experiência observada na última aula, quando um aluno faz a seguinte sugestão quando discutíamos sobre a adoção homoparental: “é que nem aquela música *Vale Tudo*, né? Só que também vale homem com homem. Mas se ele quiser adotar, tem que ser responsável e conseguir responder o que ele *tá* querendo com aquilo”. O efeito produzido pelo discurso do rapaz, como podemos notar, é o que defendemos como produção de uma verdade a partir do próprio saber do sujeito, efeito que se propõe como resultado do discurso do analista. A resposta que ele nos dá é que cada um pode fazer o que achar certo, desde que sustente sua posição de maneira ética para com seu desejo.

Considerações finais

A discussão apresentada teve o intuito de examinar a inserção do discurso do mestre assim como do analista em uma instituição que se assemelha ao ambiente escolar. Acreditamos poder afirmar que a posição ética do profissional que tem como orientação a psicanálise pode se sustentar a partir de diferentes cargos ocupados em uma instituição, entre eles, o de professor, e que tal posição depende em grande parte das estratégias adotadas pelo profissional. Se é que podemos falar nesses termos, creio poder afirmar, até agora, algum sucesso em minha tentativa, já que ao pedir aos alunos no fim do primeiro semestre a elaboração de um texto sobre o que a aula de *Cultura & Cidadania* promoveu como reflexão, a maioria das respostas ia em direção à flexibilização das verdades que antes acreditavam absolutas, assim como a possibilidade de falar sobre assuntos que não têm lugar nos outros ambientes que frequentam.

Se foi realmente isso que as aulas promoveram, acredito ter, por enquanto, sido capaz de denunciar a impossibilidade de um saber que seja para todos tal qual sustenta o discurso do analista e pretendo, daqui em diante, continuar apostando na possibilidade do sujeito de inventar seu próprio saber quando deparado às contingências da vida.

Referências

ALBERTI, S. Psicanálise e intervenção no social: um exemplo. In: org. CALDAS, H.; ALTOÉ, S. **Psicanálise, Universidade e Sociedade**. Rio de Janeiro: Cia. de Freud, 2011.

COHEN, R. H. P. **A lógica do fracasso escolar: Psicanálise e Educação**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2006.

DUPIM, G.; ESPINOZA, M.; BESSET, V. Discurso do analista em uma prática social. In: CALDAS, H.; ALTOÉ, S. (org). **Psicanálise, Universidade e Sociedade**. Rio de Janeiro: Cia. de Freud, 2011.

FREUD, S. Totem e Tabu (1913). v.13. In: **Edição standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. O mal-estar na civilização (1930). v.21. In: **Edição standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

KEHL, M. R. **Sobre Ética e Psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

KATZ, C. S. **Ética e Psicanálise: uma introdução**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

KOYRÉ, A. **Galileu e Platão**. Lisboa: Gradiva, 1986.

LACAN, J. **O seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

_____. **O Seminário, livro 17: O avesso da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

_____. **O seminário, livro 4: A relação de objeto**. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

_____. A significação do falo (1958). In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

_____. Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano (1960). In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

MILLER, J.A. **Percurso de Lacan, uma introdução**. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

NIETZSCHE, F. W. **A gaia ciência**. Curitiba: Hemus, 2002.

EIXO 2

2º lugar - Categoria Profissional

Laboratório gestáltico: a *vida vivida* como experimento-ação

Laura Cristina de Toledo Quadros

Eleonôra Torres Prestrelo

Resumo

O presente artigo traz a experiência do Laboratório gestáltico, configurações e práticas contemporâneas, um projeto de extensão universitária que tem como proposta o resgate da dimensão sensível da experiência, buscando aproximar os aspectos vivos e dinâmicos do cotidiano do conhecimento acadêmico, numa interface direta entre a universidade e a comunidade. Fundamentados nos principais conceitos da abordagem gestáltica, enfatizamos a importância do aspecto vivencial na intervenção, dinamizando nossas atividades a partir de temas que emergem dos próprios participantes e estabelecendo um processo de co-construção de um conhecimento, que entrelaça a formação acadêmica com a vida vivida, visando constituir o que Bondia apresenta como saber de experiência.

Palavras chave: Laboratório gestáltico. Abordagem gestáltica. Extensão universitária. Gestalt Terapia

Introdução

A partir de nossa experiência como psicólogas e docentes de Psicologia, observamos e vivenciamos em nossas práticas algumas dificuldades na transmissão de um conhecimento que se constitui na fronteira entre a ciência e a vida cotidiana. Acreditando na permeabilidade dessa fronteira e cientes da responsabilidade social que se produz no espaço de formação acadêmica e profissional, buscamos problematizar essa questão através de um projeto de extensão que abrangesse tais peculiaridades. Assim surgiu o *Laboratório gestáltico: configurações e práticas contemporâneas*, um projeto de extensão vinculado ao Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que tem como proposta o resgate da dimensão sensível da experiência, visando aproximar o conhecimento dos aspectos vivos e dinâmicos do cotidiano.

Tal proposta coaduna-se com os *Quatro pilares para educação do século XXI* dispostos em documento da Unesco (DELORS, 2001; UNESCO, 2010), a saber: *aprender a ser, aprender a conhecer, aprender a fazer e aprender a viver juntos*. A ideia defendida no referido documento é a de uma *educação para a vida toda*, ou seja, aquela que transcende a informação e torna-se palpável, evidenciada no viver. Ao promover esse outro modo de desenvolver a educação, busca-se o resgate da ética, da cultura e da compreensão de mundo a partir de um olhar singularizado. Vale ressaltar que, ao evocarmos esses quatro pilares, os consideramos uma inspiração e não uma determinação. Dessa forma, interessa-nos as subjetivações desatreladas de uma lógica de mercado.

Historicamente o ensino da Psicologia apoiou-se na tradição positivista marcada pelas clássicas dicotomias razão/emoção, ciência/natureza, indivíduo/sociedade, o que pode desembocar na perigosa cisão teoria/prática. Considerando a preocupação das Diretrizes Curriculares Nacionais (2004) em dedicar às atividades de extensão parte da formação do psicólogo, entendemos que; como docentes de Psicologia, psicólogas e supervisoras do SPA (Serviço de Psicologia Aplicada); temos a responsabilidade de promover essa ponte entre o espaço acadêmico, mais caracterizado pela formalidade, e o mundo que flui extra-muros, para além do espaço da Universidade, pois, como nos diz Santos (2010), “grosso modo, pode-se dizer que a extensão universitária é, na realidade, uma forma de interação que deve existir entre a universidade (pública ou privada) e a comunidade na qual está inscrita (SANTOS, 2010, p.12). E ressaltamos que as referidas Diretrizes Curriculares compreendem a extensão como a articulação entre pesquisa e ensino, mantendo-se a interface com a comunidade, visando uma transmissão mútua de conhecimentos conforme disposto em documento do Plano Nacional de Extensão Universitária (NOGUEIRA, 2005):

A Extensão Universitária é o processo educativo, cultural e científico que articula o Ensino e a Pesquisa de forma indissociável e viabiliza a relação transformadora entre universidade e sociedade. A Extensão é uma via de mão dupla, com trânsito assegurado à comunidade acadêmica, que encontrará, na sociedade, a oportunidade de elaboração da práxis de um conhecimento acadêmico. No retorno à Universidade, docentes e discentes trarão um aprendizado que, submetido à reflexão teórica, será acrescido àquele conhecimento. Esse fluxo, que estabelece a troca de saberes sistematizados, acadêmico e popular, terá como consequência: a produção do conhecimento resultante do confronto com a realidade brasileira e regional; a democratização do conhecimento acadêmico e a participação efetiva da comunidade na atuação da Universidade. Além de instrumentalizadora desse processo dialético de teoria/prática, a Extensão é um trabalho interdisciplinar que favorece a visão integrada do social (NOGUEIRA, p. 83, 2005).

Nesse sentido, nos é imposto um desafio de buscar constantemente a simetria de nossas ações, que devem valorizar a produção que emerge da relação da pessoa com o mundo. Além disso há a demanda dos próprios discentes que revelam suas dificuldades de transpor aprendizados para o que chamamos aqui de *vida vivida*, uma *vida* que se faz no cotidiano, no fazer, no encontro com o outro, e não uma vida pensada, projetada, idealizada. Acreditamos ser essa uma construção coletiva, tecida no fluxo das relações e acontecimentos que envolvem também surpresas, imprevisibilidade e ineditismo.

O que pretendemos com o Laboratório gestáltico é criar um espaço de trocas onde o conhecimento se faça vivo, ativo tecido em continuidade. Nosso referencial é a abordagem gestáltica, uma abordagem de vanguarda que enfatiza a importância do caráter vivencial da intervenção, propiciando a integração genuína entre o pensar, o sentir e o agir, compreendidos aqui como uma unidade. Perls (1977), um dos principais fundadores dessa abordagem, nos aponta com propriedade que “o elã vital, a força vital, se energiza por meio da sensação, da escuta, da observação, da descrição do mundo como o mundo é lá” (PERLSM 1977, p.94).

Portanto, o conhecimento, além de ser aberto e coletivizado, faz-se aqui uma ação de criar novas possibilidades para um *saber* que encontre também sentidos singulares e articulados aos diferentes contextos e processos. Dessa forma, *ser, conhecer, fazer e conviver* tornam-se, aqui,

verbos entrelaçados que atuam em mutualidade, visando promover um outro olhar acerca dos modos de organização e apropriação de um saber que se constrói em rede.

Breve histórico do projeto

O Laboratório Gestáltico, inicialmente uma ação solitária em 2008, vem se constituindo através dos anos em ricas parcerias com profissionais da área, inclusive professores extensionistas e de pós-graduações de outras universidades. Este projeto se propõe a desenvolver uma atividade de extensão que se concretize através do diálogo e não se caracterize como uma iniciativa que sobreponha um saber construído na academia à comunidade, legitimando, dessa forma, o saber de experiência, tão potente quanto aquele desenvolvido por nosso corpo docente.

Paulo Freire nos diz, com toda razão, que “conhecer não é ato através do qual um sujeito transformado em objeto recebe dócil e passivamente os conteúdos que outro lhe dá ou lhe impõe. O conhecimento, pelo contrário, exige uma presença curiosa do sujeito em face do mundo. Requer sua ação transformadora sobre a realidade. Demanda uma busca constante. Implica invenção e reinvenção” (CHONCHOL, 1977, p.12).

Acreditamos que nós temos também muito o que aprender com a comunidade a qual nos vinculamos, com seu sistema de funcionamento, crenças, valores, com sua experiência. Imbuídos de uma visão de mundo fundada na experimentação e na abertura para o novo, orientamos nossas ações priorizando o caráter humano de nossas relações através da construção do diálogo. Para tal, desenvolvemos diversas atividades ao longo desses anos, tais como palestras, seminários, discussão de filmes, oficinas, além da realização de três simpósios (2009, 2011 e 2012) com participação maciça de estudantes, profissionais e comunidade em geral, superando nossas expectativas e traduzindo esse espírito de integração que permeia nossa proposta. Vale ressaltar que os eventos e atividades realizadas são também fruto das demandas dos participantes que sugerem temas de seu interesse para que sejam dinamizados por nós. Assim, coordenadores, estagiários e participantes tornam-se co-construtores dessa forma de produção de conhecimento, que se faz na ação, no emergir das possibilidades. Apoiados nessa premissa, firmamos nosso espaço ao longo dos anos e, nesta breve descrição, vamos nos ater às realizações mais recentes para que o leitor possa ter uma noção mais clara acerca das realizações concretas de nossas ações.

No ano de 2012, nos propomos a explorar a “experimentação” como suporte para o conhecimento de si e do mundo numa perspectiva trazida pela abordagem gestáltica, abordagem teórica que orienta este projeto, e em resposta a solicitação constante do público que participa todos esses anos dos trabalhos que realizamos. Embora a Abordagem Gestáltica seja mais conhecida como uma abordagem psicoterapêutica, é muito mais que isso: se constitui, como seu próprio criador Fritz Perls (1981) ressalta, uma forma de apreensão do mundo, de entendimento da realidade em que vivemos e é seguindo essa inspiração que continuamos a desenvolver o projeto. O *experimental* na Gestalt-terapia remete-se à ação, ao vivido, à possibilidade de estar em contato com o novo de forma flexível, não definitiva. Numa sociedade onde há uma excessiva valorização de resultados, o *experimental* promove um encontro com o possível em detrimento de qualquer determinação. O experimento é vivo e contribui para desenvolvermos ações que valorizem o sentir articulado a uma compreensão da pessoa de si, de seu processo, bem como do mundo que a rodeia.

Entendemos que o nosso referencial se constitui em fundamento rico para a prática de uma clínica ampliada, que sai do espaço restrito dos consultórios para uma atuação nas diversas esferas da sociedade. Segundo Kampler (1977), a perspectiva gestáltica

é primeiro uma filosofia, uma forma de ser, e, com base nisto, há maneiras de aplicar este conhecimento de forma que outras pessoas possam beneficiar-se dele. Gestalt-terapia é a organização prática da filosofia da gestalt (KAMPLER apud STEVENS, 1977, p.14).

No ano de 2013 valorizamos a ampliação do alcance de nossas ações através de oficinas itinerantes. Como destaca Bondía (2002), o sujeito da informação torna-se limitado sem os saberes provenientes da experiência. Dessa forma, nosso projeto para esse ano enfatizou o aspecto experiencial da construção do conhecimento através das Oficinas Itinerantes, valorizando, inclusive, a bagagem que cada participante traria, integrando os diferentes mundos e atravessando, de fato, os muros da universidade. Além disso é importante ressaltar que essa proposta de oficinas itinerantes se alicerçou também na resposta à demanda do público frequentador do projeto.

Em 2014 privilegiamos a reflexão sobre as diferenças também através de oficinas. O pensamento ocidental moderno se fundamentou numa proposta de conhecimento do mundo que passa pela razão, distanciando-se da natureza, na ilusão, inclusive, de poder dominá-la. Este pensamento ao longo do tempo produziu maravilhas tecnológicas, mas não consegue lidar de forma construtiva com as diferenças humanas. Acreditamos que muito do sofrimento não apreendido, não conhecido, quiçá legitimado, se deva à exclusão implícita a essa forma de apreensão do mundo, uma forma de construção do conhecimento que exclui os afetos, as paixões, e, quando as reconhece, exclui as diferenças. Buscamos então trabalhar, de todas as formas possíveis, as diferenças numa perspectiva de aceitação da multiplicidade como riqueza e não como inferioridade.

Assim, priorizando o caráter experiencial, atuamos na direção da mudança de predominância do paradigma racionalista que exclui outras formas de elaboração do conhecimento, como o que chamaremos aqui de conhecimento sensível, ou seja, “que pode ser percebido pelos sentidos; material, concreto: as coisas sensíveis” (LAW, 2004) que é o que *performa* uma vida vivida e não apenas pensada, falada, teorizada. Nossa aposta é que, levando essa perspectiva de entendimento do mundo aonde formos (oficinas, palestras, congressos, etc.), estaremos contribuindo para fazer a diferença, na busca da construção de mundos menos hostis, menos duros, menos violentos.

Resgate da dimensão sensível:

A vida vivida, um dispositivo de experimento-ação

Mas a que nos referimos ao falar da vida vivida? O vivido “é nossa reação imediata àquilo que nos acontece, antes mesmo que tenhamos refletido ou elaborado conceitos” (AMATUZZI, 2001, p.53). A forma como atuamos no Laboratório Gestáltico favorece o aparecimento do *vivido* e torna-se uma espécie de ponte permanente na construção de um conhecimento diferenciado, vivo e vívido, entre a universidade e os diversos setores da sociedade. Funciona, segundo Carneiro (1985), como uma “via de duas mãos, em que a universidade leva conhecimentos e/ou assistência à comunidade e recebe dela influxos positivos como retroalimentação:

suas reais necessidades, seus anseios e suas aspirações, aprendendo assim com o saber dessas comunidades” (Carneiro apud Santos, 2010, p.12).

Na formação universitária nem sempre isso é privilegiado. Mesmo na Psicologia, muitas vezes se produz um afastamento entre o que é ministrado na sala de aula e o cotidiano com seus desafios mundanos. Isso gera interrogações que, não raro, não são discutidas no contexto acadêmico, gerando ansiedade no estudante, bem como um sentimento de insuficiência ou até mesmo de incapacidade, como podemos constatar no relato de uma ex-aluna:

O que é que se faz quando se descobre que chegou na metade do caminho, e que não está preparado para enfrentar um décimo da complexidade da vida humana que está prestes a lhe ser confiada, através de uma atividade curricular que finalmente se aproxima, depois de três longos anos sendo obrigado a entender a teoria dissociada da prática? (XISTO, 2006, p. 226).

Ao focarmos no *fazer* da vida, na experiência como ela se dá em suas infinitas possibilidades, nos voltamos para a apreensão do que vivemos *aqui e agora*, uma das premissas básicas da abordagem gestáltica e sua forma privilegiada de conhecimento através dos sentidos. Polster e Polster (1979) nos apontam que nossa forma de estabelecer contato com o outro e com o mundo apoia-se nos sentidos experimentados pelo olhar, escutar, tatear, cheirar e degustar, acrescidos do falar e do movimentar-se. Portanto, nossa relação com o que nos rodeia se faz tanto pela ordenação das materialidades quanto pela experimentação das sensorialidades, num processo dinâmico e integrado.

Considerando que a contemporaneidade com suas demandas de rapidez, excessos tecnológicos que por vezes nos afastam das sensações e sentimentos, organizamos nossas atividades visando resgatar, no meio universitário e na comunidade leiga, uma outra possibilidade de olhar o mundo, diferente do modelo essencialmente teórico, configurando-se num campo de intervenção reflexivo e sensorial para produção de conhecimento. Assim apoiamo-nos na idéia de aproximar o conhecimento dos aspectos vivos e dinâmicos do cotidiano e na possibilidade de olhá-lo através do resgate de nossa dimensão sensível.

A Gestalt-terapia, que emergiu nos anos 50 e 60, com foco no experimento e na ação criativa, propunha trazer o sensível e o corpo para o setting terapêutico, indicando que a experiência era um importante referencial. O grupo que pensou e propôs a Gestalt-terapia teve o nome *Terapia experiencial* como uma das mais fortes propostas para a nova abordagem (ALVIM, 2009, p.38).

Ao longo de nossa experiência como docentes (e discentes) na formação de psicólogos, percebemos que a forma de transmissão das teorias psicológicas para os alunos, como já dissemos, era identificada por eles como um tanto desconectada de suas experiências, numa predominância do ensino teórico e das técnicas psicológicas, sem a aproximação necessária a sua apreensão no cotidiano. Porém, como bem nos alerta Hycner (1995), “todos nós precisamos de técnicas. Ironicamente, entretanto, uma ênfase excessiva na orientação técnica fomenta os próprios problemas que ela se propõe a resolver. Quando as técnicas têm supremacia, o lado humano fica obscurecido” (HYCNER, 1995, p.22).

Foi a partir daí que pensamos que a elaboração de um projeto de extensão na Abordagem Gestáltica poderia vir a suprir um pouco essa lacuna. Se ela existia no meio universitário, tam-

bém podíamos identificá-la na comunidade leiga, numa busca constante de indícios “científicos”, de objetividade, certezas o que impera ainda em nossos dias. Por outro lado, o modelo no qual buscam essa referência proporciona um significativo distanciamento de si mesmo, incluindo a possibilidade de leitura dos sinais de seu corpo, traduzido na constante entrega de seus corpos e mentes ao outro, o “especialista”, “senhor do saber”, o que só alimenta a valorização de um tipo de conhecimento instituído por um sistema de “verdades” hierarquizadas e dominantes, construídas em grande medida pelo saber acadêmico. Acreditamos que esse fato se constitui pela reprodução de uma pedagogia dissociada da demanda daqueles a quem se destina e afastada dos eventos vivenciados no cotidiano.

Com nosso projeto, portanto, propomos um espaço para a problematização desse modelo, oferecendo outra possibilidade de construção do saber, onde palestrante e ouvinte, participantes de oficinas, cine debates, etc., podem trocar informações, experiências e construir, a partir daí uma leitura própria do vivido. A *experimentação* constitui-se, então, num dispositivo potente, pois retiramos nosso participante de um lugar passivo, permitindo-lhe uma integração onde o *experimental* lhe oferecido e a condição de escolha permanece com ele.

Assim como Rubem Alves (2000), acreditamos que, caso não haja esse resgate da dimensão sensível, esse espaço para a valorização da experiência na vida e na formação acadêmica “(...) dentro de pouco tempo quase tudo aquilo que lhes foi aparentemente ensinado terá sido esquecido. Não por burrice. Mas por inteligência. O corpo não suporta carregar o peso de um conhecimento pronto que ele não consegue integrar com a vida” (ALVES, 2000, p. 24)

Oficinas itinerantes: A vida se fazendo no coletivo

Consideramos que a experiência vivencial fortalece o conhecimento, pois este passa a se constituir de modo integrado, articulando a sensibilidade ao intelecto, tal qual o proposto pela abordagem gestáltica. Como afirmado anteriormente, a informação precisa dialogar com a experiência para que haja consistência no conhecimento. Dessa forma, nosso projeto hoje enfatiza o aspecto experiencial da construção do conhecimento através das *Oficinas Itinerantes*, valorizando, inclusive, a bagagem que cada participante traz, integrando os diferentes mundos e atravessando, de fato, os muros da universidade, indo aos espaços onde somos solicitados, onde portas se abrem para nos acolher.

Além disso, é importante ressaltar que essa proposta de oficinas itinerantes se alicerça também na resposta à demanda do público frequentador do projeto e, num segundo momento, na sedimentação de nossa proposta de fomentar a apreensão deste ofício de educadores, professores, profissionais da área de saúde, enfim, de todos que atuam como profissionais do cuidado, através de um espaço de *experimentação*.

Ao nos remetermos ao vocábulo oficina, nos deparamos com o seguinte sentido: “*sf* (lat *officina*) 1 Lugar onde se exerce um ofício. 2 Laboratório. 3 Lugar onde trabalham os oficiais e aprendizes de algum ofício ou arte” (MICHAELLIS, 2012). Portanto, podemos compreender esse espaço em seu aspecto mais plural e reflexivo, onde fazer, viver experimentar e aprender encontram-se em interrelação, caracterizando a vivência gestáltica. Reafirma-se, então, a concepção que temos de nossa responsabilidade no lugar que ocupamos na universidade, mais especificamente, neste caso, no desenvolvimento de um projeto de extensão, nosso lugar de atores da realidade vigente. Somos parte de um todo indivisível, uma *Gestalt*, criadores e criaturas do mundo em que vive-

mos, pois “uma gestalt é um fenômeno irreduzível. É uma essência que está aí e que desaparece se o todo for fragmentado em seus componentes (PERLS, 1979, p.82).

Durante esses últimos anos, desenvolvemos algumas atividades em forma de oficinas e nos surpreendemos com o grande interesse do público que procura por esse tipo de atividade. Isso se expressa através dos depoimentos e solicitações de novos trabalhos nesse formato e pelo preenchimento do número de vagas oferecidas para a atividade (a partir da divulgação no site do projeto), muitas vezes antes de a divulgarmos em papel (na forma de cartazes), rotina na ordem de divulgação das atividades do projeto. Observamos também que os participantes das oficinas conseguem assimilar com mais desenvoltura o que lhes é proposto justamente por se sentirem efetivamente incluídos e envolvidos numa experiência onde o pensar, o agir e o sentir configuram-se numa totalidade. Considerando-se a base epistemológica da abordagem gestáltica, inspirada na fenomenologia e no existencialismo, ratificamos que a ênfase no vivido potencializa a construção de um saber engajado. Ferreira (2008), revisitando Benjamim, atentamos para a riqueza que a experiência traz. Num mundo onde muitas coisas nos chegam prontas, corre-se o risco de encolhimento das oportunidades de constituirmos um conhecimento fundado na singularidade da experimentação. Portanto, a oficina torna-se um dispositivo condizente não apenas com a abordagem que fundamenta esse projeto mas sobretudo com um cenário contemporâneo onde o espaço para o vivido faz-se necessário.

O Experimentar nas oficinas: Um encontro de possibilidades

Para nós, a oficina é um espaço vivo de experimenta-*ação* onde podem se produzir aprendizagens únicas. Destacaremos a seguir algumas possibilidades do projeto. Ressaltamos que os elementos utilizados provém da vida vivida, tomada aqui como um disparador que anima nossas ações. Assim, elegemos temas que serão aqui expostos sucintamente, a fim de ilustrar o que defendemos como intervenção.

As potencialidades do brincar

O brincar é apresentado através de brincadeiras, caracterizando o aspecto vivencial da proposta e é compreendido como uma possibilidade de expressão na qual podem emergir novas formas de lidar com situações que se repetem ao convocar o uso de nossa capacidade lúdica, de criar saídas, inventar e reinventar o cotidiano, contando com os recursos possíveis que estejam ao nosso alcance. Tal experiência entre adultos possibilita aos participantes a apreensão das potencialidades do brincar que não se restringe apenas ao público infantil, mas podem ser transpostos para a vida, pois favorece o conhecimento de si e do outro, a criação de vínculos e o uso da criatividade.

Humanizando as relações na saúde

A partir de recursos expressivos, buscamos sensibilizar os participantes favorecendo o desenvolvimento de um reconhecimento de si nas situações enfrentadas cotidianamente na área da saúde. Consideramos importante contribuir para preenchimento dessa lacuna na formação dos alunos e profissionais de saúde, mesmo que de forma embrionária, estimulando-os nesse caminho de apreensão do vivido, de resgate de uma humanidade “perdida”. A humanização das relações no campo da assistência em saúde, inclusive, é uma política nacional. Daí acreditarmos na importância do tema.

Desafios da adolescência

Dirigida aos adolescentes, propomos aqui através de troca de experiências, dramatizações, recursos lúdicos e artísticos discutir e problematizar temas que atravessam o universo desse público. As dúvidas na escolha profissional, a forma de fazer amigos, o uso das redes sociais, a comunicação com os pais, a ansiedade, são questões atuais. Apesar de hoje existir mais espaço para discussões de temas que afligem essa população, notamos que ainda há uma demanda crescente e, trazer um campo experiencial de trocas sem um caráter didático ou formativo, proporciona uma livre expressão e traz contribuições singulares. A ideia é de que o adolescente protagonize as ações que possam emergir nesse espaço, dando-lhes um sentido próprio e, ao mesmo tempo, coletivizado.

Coexistindo entre as diferenças

Temos como ponto de partida a importância da sensibilidade de lidar com a heterogeneidade face a um chamamento frequente para olhar o mundo através da noção de homogeneidade. Reconhecer e atuar com as diferenças em diversos contextos - familiares, acadêmicos, comunidades, entre outros - torna-se pertinente e atual numa sociedade que começa a discutir a diversidade em todos os sentidos que ela pode produzir. Será que no nosso cotidiano conseguimos de fato conviver com o diferente? A noção de diferença aqui exposta refere-se às múltiplas possibilidades de subjetivação potencialmente vividas que envolvem a variedade de culturas, espaços sociais e histórias de vida que constituem nosso coletivo. Assim, destacamos como temas a serem propostos nestas oficinas o *bullying*, diversidade sexual, separação conjugal, envelhecimento e diferenças no ambiente de trabalho. Tais temas foram extraídos do próprio interesse dos participantes de nossos eventos, sendo então nossa proposta uma extensão dos trabalhos já desenvolvidos.

Conexões gestálticas: um espaço de invenção

A proposta das conexões gestálticas é estabelecer uma possibilidade de trocas e discussões em diversas áreas e também com outras abordagens em psicologia sem, no entanto, desconsiderar a ênfase no caráter vivencial. Assim, respirar, mexer o corpo, trabalhar com material inestruturado, podem ser formas de conexão que nos desperte para a apreensão do que nos cerca. O propósito aqui é sair de uma ótica puramente mentalista e experimentar outras formas de expressão seja através do corpo, de imagens, sons ou contos que nos falem por metáforas o que sentimos na trajetória do viver. O *inventar* se faz presente na medida em que o novo é tecido na ação vivida, o que, se por um lado nos retira do conforto de um condução pré-definida, por outro nos lança na alegria dos encontros férteis.

Nossa metodologia possui uma ênfase experiencial e acreditamos que as oficinas são instrumentos facilitadores no resgate da dimensão sensível do humano, permitindo-nos ampliar a discussão para as relações estabelecidas no dia-a-dia. Ao privilegiarmos as oficinas como estratégia, criamos espaço para reverberações num campo onde afetações se desdobram em novas possibilidades. Nesse sentido, *oficinar* é conhecer pelo viver, é ser convidado a trazer não só a mente mas também o corpo, é ser tocado pela emoção, é misturar tudo isso para mergulhar na experiência, como nos aponta o poeta,

Sou um guardador de rebanhos

O rebanho é os meus pensamentos

E os meus pensamentos são todos sensações.
Penso com os olhos e com os ouvidos
E com as mãos e os pés
E com o nariz e a boca.
Pensar uma flor é vê-la e cheirá-la
E comer um fruto é saber-lhe o sentido.
Por isso quando num dia de calor
Me sinto triste de gozá-lo tanto.
E me deito ao comprido na erva,
E fecho os olhos quentes,
Sinto todo o meu corpo deitado na realidade,
Sei a verdade e sou feliz.
Alberto Caeiro¹

Considerações finais: Um conhecimento construído com

Estar nessa fronteira onde teoria e prática se encontram nos traz um desafio permanente e, por que não dizer, instigante. Ensinar a *fazer* psicologia transcende o contexto acadêmico e nos leva a realidades múltiplas, às vezes invisíveis, às vezes recalcitrantes. Assim, é fundamental adentrar mundos que podem nos parecer estranhos mesmo estando diante de nós.

Considerando a responsabilidade que envolve o nosso intervir, atuamos construindo um conhecimento que seja distribuído coletivamente. Isso nos convoca a “fazer com o outro”, a criar “intervenções que nos ativem a todos”, a tornar aqueles que são nossos clientes, discentes, pesquisados, participantes “como especialistas e parceiros no processo de construir o conhecimento” (MORAES, 2010, p.41-12).

Nossa proposta de extensão nasceu no contexto de ensino da abordagem gestáltica, a partir do interesse de alunos da Psicologia por atividades para além da sala de aula, e se estruturou de forma a dialogar com a comunidade que participa de seus eventos, tendo como ponto de partida para seu trabalho pesquisa feita junto a mesma. Dessa forma, o projeto contempla a integração proporcionada pelo tripé ensino-pesquisa-extensão, base do sistema educacional universitário, possibilitando que o mesmo se retroalimente e não corra o risco de estagnação.

Integrando o cenário acadêmico no qual

através da *pesquisa*, [a universidade] aprimora os conhecimentos existentes e produz outros novos. Pelo ensino, conduz esses aprimoramentos e os novos conhecimentos aos alunos. Por meio da *extensão*, pode proceder a difusão, socialização e democratização do conhecimento existente, bem como das novas descobertas à comunidade (DOS SANTOS, 2010),

buscamos construir um saber consonante com as necessidades e aspirações sociais contemporâneas.

¹ Fernando Pessoa - Poemas de Alberto Caeiro. Disponível em <<http://www.insite.com.br/art/pessoa/ficcoes/acaeiro/214.php>>. Acesso em 31/08/2014.

Esperamos continuar atingindo um público diversificado e amplo, visto que o projeto vem atingindo cada vez mais pessoas. Ao enfatizarmos a sensibilidade como recurso, pretendemos uma pedagogia experiencial que aguace os sentidos além da intelectualidade, ratificando o aprendizado e favorecendo a construção do conhecimento numa coautoria, universidade e comunidade, configurando plenamente uma proposta de extensão com seriedade, responsabilidade e qualidade. Além disso, estamos ampliando o campo de atuação do estudante que apreende a informação numa atividade viva, ativa e potente. Não pretendemos aqui polarizar ou nos deslocar para qualquer tipo de radicalismo ou determinismo, postura essa antagônica ao que postulamos. Porém, ao nos posicionarmos enfaticamente ao lado da construção de um conhecimento que dialogue com a vida vivida, o fazemos acreditando que uma ação dicotômica, principalmente na área da Psicologia, enfraquece o aprendizado e imobiliza as intervenções. No rastro do que nos propõe Perls (1981) quando nos diz que “o homem que pode viver um contato íntimo com sua sociedade, sem ser tragado por ela nem dela completamente afastado, é um homem bem integrado” (PERLS, 1981, p.40), continuamos a buscar outras formas de aproximação com outro, com o mundo e a vida vivida, se fazendo.

Ao promover uma ponte de comunicação com a sociedade, o projeto se configura como campo de aprendizagem para docentes e discentes de diferentes áreas do conhecimento, oferecendo aos do curso de Psicologia experiência profissional importante. O estudo e a prática se constituem em campo de pesquisa da condição humana, além de propiciarem o ensino de uma abordagem teórica, fundamentando e estimulando a produção de material para publicação e divulgação do conhecimento elaborado.

Retomando os pilares da educação propostos pela Unesco (*op. cit.*) onde o aprender se desdobra em *ser, conhecer, fazer e conviver* consideramos que a formação universitária, em especial a Psicologia, necessita manter uma interlocução com os acontecimentos que nos cercam. Assim como o tempo, o mundo não para e acompanhá-lo exige percebê-lo, senti-lo, tocá-lo, mesmo que isso gere estranheza. Certamente não nos remetemos a uma idealização e muito menos pretendemos um projeto que se constitua em qualquer tipo de solução, ao contrário, queremos manter o questionamento, reafirmar a delicadeza. Acreditamos nas possibilidades de intervir *no e com* o mundo, formando um movimento contínuo e dialogado.

Não há aqui uma verdade a ser defendida, porém há uma responsabilidade de continuarmos pensando, refletindo, propondo, fazendo e refazendo. A vida vivida como experimentação integra-se a uma formação que pretende-se não dicotômica, não segregadora e não elitista. O conhecimento, tal como o tomamos, não é asséptico e muito menos homogêneo; ao contrário, constitui-se na multiplicidade e heterogeneidade das muitas formas que atuam no mundo. Estar aberto ao que acontece em nossas práticas é sobretudo uma convocação.

Referências

- ALVES R. **A alegria de ensinar**. Campinas: Papyrus, 2000
- AMATUZZI, M. M. **Por uma Psicologia mais humana**. Campinas: Editora Alínea, 2001.
- BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, São Paulo, n.19, p.20-28 Jan/Abr. 2002. Disponível em <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/275/27501903.pdf>>.
- CRITELLI, D. M. Ontologia do cotidiano ou resgate do ser: poética Heideggeriana In MARTINS, J. e DICHTCHEKENIAN, M. F. S. F. B.(orgs.) **Temas Fundamentais em Fenomenologia: Centro de Estudos Fenomenológicos de São Paulo**. São Paulo: Editora Moraes, 1984.
- CSE/CNE, **Notícia: Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia**, in, *Psicologia teoria e Pesquisa*, vol. 20, no 2 ,Brasília, 2004.
- DELORS, J. **Educação um tesouro a descobrir**. Relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre a Educação para o Século XXI. 6. ed. Tradução José Carlos Eufrázio. São Paulo: Cortez, 2001.
- FERNANDES, R. G. Uma Historia In Vasconcelos, E. **Perplexidade na Universidade: vivências nos cursos de saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.
- FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** 3ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.
- HYCNER, R. **De pessoa a pessoa: psicoterapia dialógica**. São Paulo: Summus, 1975.
- JULIANO, Jean Clark. **A arte de restaurar histórias**. S. Paulo,Summus, 1999.
- LATOUR, B., **A Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora**. São Paulo: UNESP, 2000.
- LAW, John, **After Method: Mess in social science research**. New York: Routledge, New 2004.
- MORAES, Marcia. PesquisarCOM, Política Ontológica e dedicação visual, in **O Exercício de ver e não ver**. MORAES,M. e KASTRUP, V. (Orgs), Rio de Janeiro, Nau, 2010.
- _____ Pesquisar: verbo ou substantivo? Narrativas de ver e não ver. **Pesquisas e Práticas Psicossociais 6(2)**, São João del-Rei, agosto/dezembro 2011.
- NOGUEIRA, M. D. P. **Políticas de extensão universitária**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.
- PERLS, F. A **Abordagem Gestáltica e a Testemunha Ocular da Terapia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- POLSTER,E; POLSTER, M. **Gestalt terapia integrada**, B. Horizonte, Interlivros, 1979.
- STEVENS, J.O. e STEVENS, B., **Introdução de Isto é Gestalt**. São Paulo: Summus, 1977.
- RIBEIRO, W. R. **O Gestalt terapeuta e o chacareiro**. In: *Revista de Gestalt*, ano II, nº 2, pp.61-66, 1992.
- SPANGENBERG, A. **Terapia gestáltica e a inversão da queda**. São Paulo: Livro Pleno, 2004.
- SANTOS, M. P. **Contributos da extensão universitária brasileira à formação acadêmica docente e discente no Século XXI: Um debate necessário**. *Revista Conexão/UEPG*. Mato Grosso do Sul, vol.16, nº1, pp.10-15.
- SAS DE GUINTER, M. **Ideias para Viver: uma contribuição para uma atitude “gestaltista”**. Sampa GT: *Revista de Psicologia do Instituto Gestalt de São Paulo*. São Paulo, Ano 3, nº 3, p. 80-84, 2006.
- XISTO, V. de A. E agora? In: Vasconcelos, E. **Perplexidade na Universidade: Vivências nos cursos de Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

EIXO 2

1º lugar - Categoria Estudante

Cuidar, criar, reinventar: a lógica do cuidado no contexto de hospitalização infantil

Mariana de Souza Carvalho

Resumo

O presente estudo apresenta algumas cenas vividas no período de estágio e pesquisa em um Centro Nacional de Referência no atendimento de grávidas de alto risco e crianças com doenças crônicas e deficiências. O texto é uma adaptação de um trabalho de conclusão de curso que teve como objetivo articular as emoções, o cuidado e o corpo e assim dar voz a algumas formas de cuidado efetivadas nas práticas dos profissionais desse hospital, mas que são, muitas vezes, silenciadas nelas mesmas. A partir da autora Annemarie Mol e a lógica do cuidado pretendem-se apontar, que diferente da escolha, que localiza no paciente a responsabilidade pelo que é feito com ele, na lógica do cuidado interessa que mundos são articulados quando o “bom cuidado” é levado em conta. Tais conhecimentos são locais e altamente específicos, mas acredita-se que estes podem atravessar fronteiras e contaminar outras práticas de cuidado.

Palavras-chave: Cuidado, hospitalização infantil, adoecimento crônico, emoção.

Introdução

Vinciane Despret, em seu livro *As emoções que nos fabricam* (1999), conta a história de uma herança difícil de ser partilhada. Um velho homem deixa como herança para seus três filhos aquilo que lhe resta de bens: seus onze camelos. Para o mais velho deixou a metade; ao filho do meio deixou um quarto e ao mais novo a sexta parte. Eles também ganharam um problema: afinal, como dividir? Foram então a um velho sábio com a expectativa de que este pudesse ajudá-los. O sábio, porém, não podia resolver este problema, mas ofereceu seu velho e valente camelo para ajudá-los a dividir a herança. Com doze camelos, eles partilharam dessa forma: o primeiro ficou com seis, o segundo com três e o último com dois. Ainda restou o camelo do velho sábio, que pôde ser devolvido. O décimo segundo camelo, entretanto, não foi a solução, mas transformou o problema sob um modo que exibiu a possibilidade de construção (DESPRET, 1999). Ele possibilitou que a solução aparecesse. Essa história aponta, assim, para o que fazer com aquilo que recebemos. Trata-se, então, de uma tentativa de “inventar uma nova relação com essa herança, uma nova maneira de ser digno e de ganhar a confiança, uma nova maneira de nos pôr em acordo” (DESPRET, 1999).

O que apresento nesse trabalho é fruto de atravessamentos provocados por cenas vistas durante um percurso de estágio e pesquisa em um hospital localizado no município do Rio de Janeiro. Durante essa escrita, trarei alguns momentos e cenas em que, presente no campo ou na discussão sobre ele, considero essenciais para o debate do tema: o cuidado com o qual se

efetiva nas práticas dos profissionais de saúde e dos acompanhantes. Essas cenas certamente nos levarão para “uma certa” realidade, mas não para “a” realidade, já que estamos falando de realidades múltiplas, heterogêneas, fugidias e complexas e, por isso, o que conta ou não como realidade é variável (MORAES, 2010).

Assim como Despret (1999), interessa-me prolongar aquilo que recebi, inventar e me reinventar nesse gesto de prolongamento. Entendo que sou produto desses conhecimentos e agora pretendo ser também o seu vetor. Dessa forma, enfatizo que o presente trabalho se apoia em dois momentos principais: um primeiro, que retomo através das cenas apresentadas, situações vividas enquanto era estagiária de um programa que usa o brincar como instrumento de cuidado (junho de 2011 a junho de 2012) e um segundo, em que trago situações e depoimentos que presenciei e me foram concedidos no momento em que participei como bolsista PIBIC da pesquisa que teve como título *Indicativos de Promoção de Saúde da Criança e do Adolescente com Doenças Crônicas e/ou Deficiências: Uma Interlocação entre Atenção Terciária de Média e Alta Complexidade e os Territórios Integrados de Atenção à Saúde (Teias)* (agosto de 2012 a agosto de 2013). Tal pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, pelo parecer FR437606 de 13/12/2011 CEP/IFF/FIOCRUZ. Esta pesquisa abarca o meu estudo, intitulado *Hospital promotor de saúde? Uma etnografia do cuidado leigo e profissional com crianças e adolescentes com doenças crônicas e deficiências*, dispensando assim a submissão ao Comitê de Ética novamente.

Ainda cabe a última consideração. Muitas emoções me atravessaram durante todo esse tempo e nesse momento no qual escrevo. Assim, torna-se impossível falar sobre essas práticas desvinculando-as das emoções sentidas. São essas emoções que permitem a narrativa. Por isso, tenho a intenção de transmiti-las aqui. Escrever de uma maneira que me aproxime de quem lê foi uma das formas que encontrei para falar sobre algo tão íntimo e que, ao mesmo tempo, precisa ganhar voz.

Retomando o passado para reinventar o presente

Penso que minha trajetória acadêmica começou antes da minha entrada na universidade, devido a minha inserção em um Programa de Vocação Científica da FIOCRUZ. Ainda no Ensino Médio, participei da seleção para tal programa, pois este possuía um vínculo com o Colégio Pedro II, no qual passei onze anos da minha vida. Na entrevista, demonstrei muito mais entusiasmo ao falar de pessoas do que de experimentos em laboratórios com animais e, assim, fui selecionada para o Instituto Fernandes Figueira. Ainda sem saber ao certo que profissão seguir, me vi diante de textos, pesquisas e diálogos a respeito das entradas nas enfermarias do IFF, que aos poucos foram se tornando familiares, de modo que o interesse pelos assuntos ali estudados e debatidos foram essenciais para a minha escolha profissional. Na época, ainda com cerca de quinze anos, diante de um grupo de estudos sobre Winnicott, uma das supervisoras me olhou e perguntou se eu entendia alguma coisa do que elas estavam falando. Acho que, naquela ocasião, até o nome do autor era de difícil compreensão.

Além da participação nesses grupos de estudos, o programa também me proporcionava uma aproximação com o campo da pesquisa, já que, no final de um ano, deveria apresentar alguns resultados a partir de um projeto proposto. Pesquisávamos, eu e minha orientadora, sobre as perspectivas que as mães das crianças internadas tinham a respeito da hospitalização dos seus filhos, que muitas vezes ficavam meses e até anos internados. Com o objetivo de entender essas mulheres, suas histórias de vida, preocupações e perspectivas, comecei a par-

ticipar de um grupo semanal que servia de espaço para a manifestação de aflições, dúvidas e conquistas, além de ser local e data marcados para uma conversa entre profissionais e acompanhantes. Posteriormente entrevistei duas mães, sempre acompanhada da minha orientadora. Assim começava a minha entrada nas enfermarias desse instituto.

Dois anos e oito meses depois, encerrei minha participação no Programa de Vocação Científica e me dediquei aos estudos para o vestibular do curso de Psicologia. Após pouco mais de dois anos e três períodos concluídos na Universidade Federal Fluminense, volto ao hospital, agora como estagiária de graduação. Fiz esse estágio não obrigatório de julho de 2011 a julho de 2012. Entrávamos nas enfermarias, primeiramente com o intuito de questionar, junto aos profissionais de saúde, que crianças estavam internadas, o diagnóstico de cada uma e a idade. Depois, respeitando a indicação e precaução médica, entrávamos nos boxes e perguntávamos do que a criança gostaria de brincar naquele dia. Através do brincar, nos encontrávamos duas vezes por semana com as crianças internadas nesse espaço.

Ao longo do estágio, diversas realidades nos afetavam e eram afetadas por nós, exigindo assim que nos posicionássemos de forma criativa, que enfatizava que essas práticas eram performativas, isto é, faziam existir realidades que não estavam dadas antes e que não existem em nenhum outro lugar, senão nestas e por estas práticas (MORAES, 2010). Trago esse momento para iniciar este trabalho e também localizar de onde e de quem eu falo. Donna Haraway (1995) diz que as pesquisas que pretendem divulgar dados universalmente aplicáveis pecam justamente por falar de lugar nenhum ao mesmo tempo em que se alega ver tudo. Na tentativa de obter dados científicos imparciais, neutros, perdemos a dimensão de que a ciência é feita por alguém e que

todos os olhos incluindo os nossos olhos orgânicos, são sistemas de percepção ativos, construindo traduções e modos específicos de ver, isto é, modos de vida. Não há nenhuma fotografia não mediada [...] há apenas possibilidades visuais altamente específicas, cada uma com um modo maravilhosamente detalhado, ativo, parcial de organizar mundos (HARAWAY, 1995, p.22).

Segundo a mesma autora, é necessário que o eu cognoscente – no nosso caso, o pesquisador – entenda que seus dados são parciais, nunca acabados, completos, dados ou originais. São sempre construídos e alinhavados de maneira imperfeita e, portanto, capazes de juntar-se a outros, de ver junto sem pretender ser o outro (HARAWAY, 1995). A partir dessa outra forma de objetividade, na qual se acredita que a única forma de encontrar uma visão mais ampla é estando em algum lugar em particular, podemos nos tornar responsáveis pelo que aprendemos a ver e pelo que divulgamos (HARAWAY, 1995). Essa responsabilidade, diz Haraway (1995), é a possibilidade de ser chamado a prestar contas sobre aquilo que se diz.

Chamo então para compor essa discussão a dissertação de Luciana Franco, que ratifica essa aposta. A autora, apresentando seu método de pesquisa-intervenção, questiona – e compartilho tal questionamento – sobre os limites éticos que nos atravessam no momento da escrita e divulgação de dados (FRANCO, 2013). O bom senso e a Comissão de Ética nos apontam certas convenções no modo de narrativa, de modo a omitir dados que possam identificar os participantes das pesquisas. Sem o intuito de contrariar tais exigências, nossa intenção é repensá-las. Muito mais do que revelar certas verdades, e ainda apostando que não há verdades a serem reveladas, estamos interessados nas diferentes perguntas que abrem ou encerram questões. Interessa-nos pensar que realidades fazemos existir com o que produzimos no campo e na escrita (FRANCO, 2013).

Estamos diretamente intervindo, dando condições para o aparecimento de algo com o dispositivo que criamos. E por isso é fundamental pôr em questão o que queremos com ele e que manejos fazemos com o que aparece a partir dali (FRANCO, 2013, p.31).

O método, então, está ligado a formas muito distintas de lidar com as questões da presença, ausência e alterização, isto é, com o que aparece em nossos relatos de pesquisa; com o que, mesmo não estando presente, é um pano de fundo, uma co-presença; aquilo que é tornado outro e que a partir disso não faz parte do que interessa ser pesquisado e é excluído (MORAES, 2010). A saída para essa questão não é de forma nenhuma pretender tornar tudo presente e conhecido, já que dessa forma consideraríamos a possibilidade de um sujeito de conhecimento que pode tudo, que tudo sabe e tudo conhece. O que é interessante é articular a presença, a ausência e a alterização (MORAES, 2010). E aí voltamos ao que foi dito anteriormente: é essencial assumir que os saberes são parciais, as realidades múltiplas e o pesquisador responsável pelo que apresenta e deixa de fora.

Apesar de não usar o período de estágio como campo principal de pesquisa e análise de dados neste trabalho, trarei algumas cenas desta ocasião usando como suporte os conceitos de rememoração e testemunho. Em primeiro lugar, cito a importância de trazer cenas que vivi neste período e que estão silenciadas na minha memória e na das pessoas que as viveram junto comigo. A intenção é, então, não somente repetir ou contar sobre o que se lembra. Em vez disso, abre-se aos brancos, aos buracos, ao esquecido e ao recalçado, para dizer; com hesitações, solavancos, incompletude; aquilo que ainda não teve o direito nem às lembranças, nem às palavras (GAGNEBIN, 2006). O objetivo é dar visibilidade ao que foi vivido e deixou rastros, àquilo que sempre volta através das nossas práticas. Assim, a rememoração também significa uma atenção precisa ao presente, em particular a estas estranhas ressurgências do passado no presente, pois não se trata somente de não se esquecer do passado, mas também de agir sobre o presente (GAGNEBIN, 2006).

Seguindo este raciocínio, o conceito de testemunha também se aplica a esta proposta. Nesse sentido, testemunha não seria somente aquele que viu com seus próprios olhos, mas também quem consegue ouvir a narração insuportável do outro, de quem participou ativamente da situação. E essa escuta e divulgação está pautada na crença que somente essa retomada reflexiva do passado pode nos ajudar a não repeti-lo infinitamente, mas ousar esboçar outra história, a inventar o presente (GAGNEBIN, 2006).

Dessa forma, assim como as cenas descritas a seguir, as entrevistas apresentadas ao longo do trabalho terão como objetivo, além de uma fidelidade ao passado – que não sendo um fim em si, visa à transformação do presente (GAGNEBIN, 2006) – a apresentação de certas realidades, mas não únicas.

Cena 1

Um menino, que morava no interior do Acre, chega assustado, com sua mãe, na enfermaria para uma cirurgia que, a princípio, ninguém sabia exatamente o que era. Ele fora encaminhado por uma médica que fez residência no Fernandes Figueira e foi trabalhar em Rio Branco. Conversando com o médico depois do primeiro contato com o menino – que falava tão pouco e baixo que quase não conseguíamos entender –, descobrimos que ele estava passando por

exames para identificar seu cromossomo sexual, já que sua genitália deixava dúvidas sobre sua identidade sexual. É válido frisar que ele tinha 6 anos de idade e que tanto ele quanto a sua mãe o apresentavam como menino, sem que a dúvida sobre sua sexualidade fosse levantada. Ficamos mais de seis meses acompanhando esse caso e, ao longo do processo clínico, foi identificada a presença de órgãos femininos. Junto à família foi acordado que a cirurgia seria somente na genitália dele, de forma a não submetê-lo a cirurgias complexas e arriscadas. Diversas vezes, nós estagiárias éramos solicitadas a levar um brinquedo “de menina” para ele para que fosse “se acostumando com a ideia”. E isso ocorria com a mãe, com as outras mães que também estavam internadas com seus filhos, que assim conviviam com ele(a) e com alguns profissionais. Ao longo da sua internação, o paciente passou por momentos nos quais se recusava a brincar com estagiários e supervisores ou os recebia com um sorriso e total intimidade. Durante o processo de alta, pode escolher seu novo nome, foi presenteada com vestidos, arcos de cabelo e brincos, já que teve a orelha furada.

Começo por essa cena – que transborda de afetos e que me faz reviver minha interação com essa criança – por alguns motivos. Primeiro, tenho a intenção de enfatizar o quanto esse hospital abriga histórias que surpreendem tanto quem está iniciando sua vida profissional, como os estagiários, quanto quem já está exercendo sua profissão. Isto é: o que fazer e como fazer muitas vezes não está dado, precisa ser construído com os atores presentes nas cenas.

Essa situação, que era desconcertante para a equipe, pode ser vivenciada a partir de saídas que eram possíveis ali, com aqueles atores. Diversas vezes nos confundíamos e não sabíamos como chamá-la. Diante da impossibilidade de previsão, nossa postura era oferecer todos os brinquedos que levávamos e aceitar suas escolhas ou sua não escolha. Era estar ali atento e inteiro para o que fosse aparecer, mesmo que isso significasse cometer uma gafe ou não saber o que fazer.

Embora o hospital seja referência no tratamento de doenças crônicas, essa primeira cena aponta para uma situação diferente. A criança não apresentava uma doença, mas apontava para um limite não marcado, para algo que não estava dado previamente. Diante da indeterminação sexual, que era algo novo e completamente inesperado para a equipe, esta pode repensar o que parecia óbvio, mas que, nesse caso, não se constituiu desse jeito. Podemos repensar sobre a divisão de gêneros e o quanto o brinquedo estava relacionado com essa classificação.

O segundo motivo da escolha dessa cena diz respeito à posição que os profissionais ocupavam e que é muito presente no contexto hospitalar: o lugar de detentor da verdade. Essa exigência de dar respostas e indicar o que é certo ou não atravessa todas as relações entre pacientes e profissionais e nos atravessou nesse caso. Assim como a doença, que pede uma identificação e um prognóstico, isto é, indicações de técnicas a serem feitas para o tratamento, nesse caso também era requisitado que tomássemos uma posição, que dissemos para ela e para quem estava em volta, que jeito deveria agir, com que brinquedo deveria de brincar.

Porém, da mesma forma em que os prognósticos servem somente como guias e não garantem que imprevistos deixem de acontecer, classificá-la como menino ou menina não indicava um modelo de cuidado que deveríamos seguir. O cuidado é um processo, ele não tem limites claros, é aberto e deve ser construído a cada prática (MOL, 2008). Voltaremos a falar sobre esse cuidado mais à frente.

Cena 2

Um menino que, diante do seu caso clínico extremamente complicado, vive durante muitos meses em uma Unidade Intermediária sem acompanhante. Sua interação foi muito restrita durante toda sua vida (o menino morreu com aproximadamente dois anos). Seu abrir de olhos era considerado uma grande resposta. Seus batimentos cardíacos eram sinais importantes. Esse menino, que não falava, não abria totalmente os olhos e não sorria, dividia a opinião da equipe. Várias vezes ouvimos, durante a triagem, que não precisávamos atendê-lo porque ele não brincava. Quando perguntávamos às enfermeiras que cuidavam dele se ele estava acordado, a resposta era: “Fica a seu critério! Ninguém sabe quando ele está dormindo ou acordado!”. Durante um tempo, até nós, estagiárias e supervisoras, tínhamos dificuldade de dedicar tempo a ele, de ficar com ele, contar uma história ou cantar. Esse mesmo menino, em um dia de atendimentos na UI, fez uma bolha de secreção na traqueostomia, impedindo a troca gasosa, e mobilizou, assim, toda equipe presente ao seu cuidado e “salvamento”. Um dos médicos se debruçou em cima dele e o fez voltar a viver. Esse menino mobilizou equipes para buscar sua mãe, entender sua história e garantir que a mãe possa ocupar o lugar de acompanhante durante sua “alta” para a Enfermaria de Pediatria. Esse menino morreu logo depois de ser visitado pelos pais, que demoraram a ficar com ele.

Pude conversar com uma professora que atendia as crianças em idade escolar internadas na Enfermaria de Pediatria e ela me informou que tinha colocado o menino entre seus alunos deste ano, já que achava que ele ficava muito sozinho e assim poderia dedicar um pouco do seu tempo a ele. Além disso, acreditava que se ficasse com o menino poderia estimular outros olhares, outros profissionais interessados em cuidar dele. Percebeu que seus batimentos aceleravam quando colocava algumas músicas específicas, o que ela considerava alguma resposta.

Com essas duas cenas, tenho a pretensão de apresentar a intensidade desse trabalho, dessas práticas, que não são só dessa equipe, mas de todos os profissionais que trabalham nesse hospital. Exemplifico assim o que dizia acima: contrariando a visão de que o pesquisador é um sujeito de conhecimento asséptico, capaz de abordar o real, sem nele se misturar, gerando um conhecimento preciso e definido (MORAES, 2010), tenho a intenção de assumir e, mais do que isso, apostar que quando consideramos que os saberes são parciais, localizáveis e apoiados na possibilidade de redes de conexão, abrem-se possibilidades para conexões e aberturas inesperadas (HARAWAY, 1995).

A partir dessas perspectivas e da metodologia apresentada busco discutir as ações de cuidado efetivadas nas práticas nos profissionais de saúde do Instituto Fernandes Figueira. Cito Mol (2008) para indicar meu objetivo geral com este trabalho: “se o ideal do bom cuidado é silenciado nas práticas, é tempo de colocá-los em palavras” (MOL, 2008, p.2)

O cuidado como um processo contínuo, a saúde como uma potência criativa.

Examinar as práticas não significa colecionar exemplos, mas aprender novas lições. Bons estudos de caso inspiram, moldam ideais e mudam concepções. Eles não levam a conclusões que são universalmente válidas, e nem pretendem ser. Estudos de casos não são para serem repetidos, mas podem

ser contrastados, comparados por outros. Estudos de casos aumentam nossa sensibilidade (MOL, 2008, p.11).

Durante a minha reinserção no campo das enfermarias como bolsista PIBIC fui reapresentada ao campo das enfermarias, um campo muito conhecido por mim. Mesmo assim, cada vez que entro nas enfermarias, seja pela rotatividade de crianças internadas, plantões dos profissionais ou por se tratar sempre de um novo encontro, minha sensação é de nunca saber o que me espera, de ser constantemente reapresentada. No início, foram diversas entradas suaves que me apresentavam e se apresentavam a mim calmamente. Através das entradas acompanhadas por minha orientadora, observação das estagiárias no campo, grupo de mães, conversas com alguns profissionais ou escuta das discussões pós campo, este foi se delineando – como continua se delineando até hoje.

A apresentação, feita por uma das profissionais do hospital, nos apontou diversos pontos que nos ajudaram a compreender o público do local. O primeiro ponto é que trata-se de uma enfermaria “sem cara” de enfermaria, já que tem um público que depende de cuidados especiais e/ou de ventilação, o que se caracterizaria um público para o CTI. Porém, com o aumento das possibilidades de vida através da tecnologia, essas crianças passam a ocupar esse espaço, o que caracteriza o Instituto Fernandes Figueira como um hospital de nível terciário. Isto é, o Instituto é uma unidade de assistência, ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), reconhecida em 2006 como Hospital de Ensino e em 2010 como Centro Nacional de Referência pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação (Instituto Fernandes Figueira, 2014). Além dos serviços ambulatoriais, também oferece serviços hospitalares especializados, com tecnologias de grande complexidade e servem de referência no atendimento de várias doenças e síndromes.

Sendo o Instituto referência na saúde da mulher, da criança e do adolescente, recebe muitos casos de alto risco e muitos bebês prematuros nascem e ficam internados na UTI neonatal ou Berçário. São unidades fechadas e com muitos recursos tecnológicos. Ali os pais são visitantes e a equipe profissional é responsável por todos os cuidados da criança. Muitas altas nesse hospital são realizadas entre as próprias enfermarias, isto é, quando o quadro clínico evolui de maneira positiva ou negativa e a criança precisa continuar recebendo alguns cuidados médicos, recebe alta para outras unidades, geralmente ainda fechadas, ou para a enfermaria.

Nas outras unidades fechadas o cuidado ainda fica sobre o domínio das equipes profissionais, mas os pais, embora ainda visitantes, podem ficar mais perto da criança. Atribuo isso a quantidade de leitos, já que com menos crianças internadas é mais fácil administrar e acompanhar as visitas. Outra prática que também acontece com algumas crianças, principalmente nessas unidades fechadas, é a necessidade de tecnologias que garantam algumas funções vitais que seus corpos, por alguma intercorrência clínica, não estão conseguindo realizar. Muitas vezes é necessário fazer alguma ostomia – como a traqueostomia, gastrostomia ou colostomia – para a abertura de um novo caminho para entrada e saída do ar ou de alimentos. A partir de então a alta não depende somente da estabilidade do quadro clínico, mas também do paciente voltar a não depender dessas tecnologias ou ter o uso das mesmas garantidos em sua casa. Com o alto custo desses aparelhos, a segunda opção só é possível quando a justiça obriga o Estado a bancar tais custos, o que significa um longo processo judicial.

Também são necessárias condições que possibilitem que essas crianças tenham alta extra-hospitalar, como uma casa que atenda a algumas exigências, que esteja localizada perto de

unidades de saúde básicas para o caso de alguma emergência e para que o paciente tenha condições de continuar acompanhando os tratamentos. Tudo isso é muito complexo e acaba resultando em longas internações e muito empenho de todos os profissionais para que a criança tenha condições de ir para casa.

Outro aspecto importante é que quando a alta, geralmente para enfermaria, é cogitada, é importante que o cuidado técnico seja passado para os acompanhantes da criança, que precisam acompanhá-las na enfermaria. Com um grande número de crianças e adolescentes internados na enfermaria e uma demanda de trabalho grande para equipe de enfermagem, muitos pais aprendem e realizam alguns procedimentos técnicos. Isso é, nessa unidade os pais são acompanhantes das crianças e ficam “internados” com os filhos, revezando, quando possível, com outros familiares. O cuidado aqui é dividido entre profissionais e acompanhantes quando este está presente e disponível para isso.

Com o objetivo de discutir saúde e doença e principalmente como se efetivam os cuidados a esses pacientes no Instituto Fernandes Figueira, trago Canguilhem (2010) e os atravessamentos produzidos em mim através de suas teorias. Deparei-me com esse autor diversas vezes ao longo do curso. Dessa última vez, meu encontro com ele foi diferente. Completamente afetada pelo tema dessa monografia e da pesquisa, pude lê-lo de outra forma, pude levá-lo a campo, junto comigo.

Ao longo da leitura da segunda parte do livro *O Normal e o Patológico*, diversas vezes questões a respeito do adoecimento crônico se faziam presente. Por exemplo, ao apontar que para o doente o essencial é sair de um abismo de impotência ou de sofrimento em que quase ficou definitivamente (CANGUILHEM, 2010), eu me questionava: e quando não é possível sair? Quando, devido a uma intercorrência clínica, o paciente passa a depender de uma tecnologia? Quando essa nova condição de saúde é totalmente diferente daquela que se apresentava até o momento?

Nas páginas seguintes o autor diz que o que interessa aos médicos é diagnosticar e curar e esta cura está relacionada a volta da norma de uma função ou organismo que dela tinha se afastado (CANGUILHEM, 2010). Isto é, o estado normal é tanto o estado habitual dos órgãos quanto seu estado ideal, visto que é para este que se pretende voltar (CANGUILHEM, 2010). E quando essa volta não é para o mesmo lugar, já conhecido, já familiar? E quando voltar significa se deparar com o desconhecido? É aí que de alguma forma, ele mesmo me responde:

para um ser vivo, o fato de reagir por uma doença a uma lesão, a uma infestação, a uma anarquia funcional, traduz um fato fundamental: é que a vida não é indiferente às condições nas quais ela é possível, que a vida é polaridade e, por isso mesmo, posição inconsciente de valor, em resumo, que a vida é, de fato, uma atividade normativa (Canguilhem, 2010, p.86),

Ao contrário do que está presente na linguagem do senso comum e até mesmo em muitos profissionais de saúde (e por que não falar na nossa linguagem?), o que é considerado normal para esse autor está associado a capacidade de ser normativo, de criar normas. O que é chamado normal e/ou patológico não são normal ou patológico em si, ou seja, não está dado, pronto e acabado (CANGUILHEM, 2010). Ser normal está muito associado, então, a ser criativo, a ser capaz de lidar com a polaridade da vida e de arrumar um jeito próprio de viver com as limitações que a vida impõe a todos nós.

Assim, o autor contraria uma visão de saúde idealizada, normatizada, e aponta para um sentido ampliado desta. Poderia então um doente ser saudável? É possível ver saúde em um paciente com doença crônica? Depende do sentido que damos à saúde e à doença, do que entendemos com cada um desses conceitos. Entendemos por doença aquilo que prejudica a capacidade criativa da vida, que paralisa e impede que atuemos diante desta. Assim, a saúde não tem a ver com a ausência de patologias, já que estas não necessariamente impedem a potência criativa da vida.

Podemos então pensar que um paciente com doença crônica pode ou não ser capaz de administrar sua vida e articular maneiras alternativas de lidar com o que se apresenta a ele. Nessa articulação muita coisa pode contar ou não. Uma rede de saúde adequada, uma equipe multiprofissional de confiança, tecnologias, apoio familiar e muitos tipos de cuidados, de profissionais e leigos, e até mesmo um cuidado próprio, consigo mesmo. Foi pensando nesse cuidado que envolve a potencialização da relação entre paciente e cuidadores, e não a responsabilização do paciente pela adesão ou não ao tratamento, que encontramos com a autora Annemarie Mol (2008) e a lógica do cuidado.

A autora aponta que atualmente muitas doenças que estão levando as pessoas aos consultórios médicos são crônicas. A chamada cura de tais condições não conduz à recuperação, em vez disso trata-se de tornar a vida mais suportável: é uma forma de cuidado. Cuidado que tem por intenção se opor à negligência gerada muitas vezes pela tão defendida “escolha do paciente” (MOL, 2008).

No livro *The logic of care* (2008), a autora pretende falar sobre duas formas de lidar com a doença. Para começar, nos conta três histórias, três eventos que a fizeram pensar sobre esse tema. O primeiro diz respeito a uma discussão que assistiu na televisão sobre como a fertilização in vitro pode ser uma alternativa para as mulheres que não conseguem engravidar da maneira usual. Elas querem muito um filho, logo, devem ser explicados quaisquer que sejam os riscos ou inconveniências que poderão passar durante o processo de fertilização e cabe a elas escolher se os aceitam ou não. Um ginecologista aponta a questão que para ele é a principal: como negar a essa mulher a sua escolha, a escolha por ter seu filho, da maneira como seja possível? (MOL, 2008)

Não é mencionada a quantidade de hormônios injetados nas mulheres durante as intervenções nem o quanto a vida muda e passa a girar em torno da colheita e avaliação de seus óvulos. Ninguém fala sobre como a esperança dos pais terem seus filhos “próprios” está sendo alimentada, mas podem nunca serem cumpridas. Ninguém compara o investimento emocional e financeiro que está sendo feito em uma criança ocidental enquanto outras no resto do mundo estão morrendo de fome e com doenças infecciosas. Quando o médico usa o termo “escolha”, que faz a mulher parecer corajosa e a transforma em um sujeito, ele encerra todas essas discussões (MOL, 2008).

A segunda história aconteceu quando a autora trabalhava em um hospital. Convidada a participar de uma reunião sobre a escolha e a autonomia dos pacientes internados, escutou um caso, apresentado por um especialista: em um hospital psiquiátrico, numa manhã, um paciente se recusa a levantar da cama. E pergunta: você (considerando que assumo o lugar do médico, que tem a possibilidade de oferecer a liberdade ao paciente ou não) permite que ele fique na cama ou não? Alguns defendem que ele tem a possibilidade de escolher o que quer fazer, desde que não prejudique ninguém. Mas há um problema: e se esse paciente não estiver

em condições de escolher, se for um “louco”? Uma discussão sobre a loucura começa. Uma enfermeira diz que as regras do lugar devem ser respeitadas e que se ele estivesse em casa também teria que tomar café com a família ou fazer algumas atividades diárias. Outros dizem que é importante para a autonomia do paciente que ele possa fazer escolhas e que algumas sejam respeitadas, na medida do possível, já que as consequências de uma má escolha também são importantes para o tratamento. Um professor de psicoterapia dá uma contribuição impressionante. Diz que o problema é não ter pessoal suficiente na equipe.

Em uma enfermaria com pessoal suficiente, eu ia mandar uma enfermeira para sentar-se ao lado da cama do paciente e perguntar por que ele não quer levantar-se. Talvez ele se sinta mal e tema nunca ser liberado do hospital. Tire um pouco de tempo para ele, deixe-o falar. Alguém que não quer se levantar precisa de cuidados. Deixá-lo na cama é tanto negligenciá-lo, quanto forçá-lo a se levantar (REFERÊNCIA).

Aqui se insere outro contraste que vai além da “escolha” versus a “não escolha”. A negligência também se apresenta como contrário ao cuidado (MOL, 2008).

A próxima história é sobre a própria autora. Grávida aos 36 anos, na Holanda, ela pode fazer um exame para detectar se o bebê tem Síndrome de Down. Caso seja positivo o resultado para tal síndrome, a mãe tem o direito de abortar. Ela segue o conselho e vai fazer tal exame no hospital em que fará o trabalho de campo da sua pesquisa. Diz que é estranho passar de observadora à paciente. Deita e começa o exame. Diz para enfermeira que está preparando uma longa agulha para enfiar no seu ventre: “Eu espero que tudo corra bem”. E a enfermeira responde: “Bem, foi a sua própria escolha” (MOL, 2008)

A partir de então, ela entende que a enfermeira atua sob uma perspectiva “ocidental”, sob a lógica da escolha. Apontar isso significa dizer que “o Ocidente” é estereotipado como um lugar onde as pessoas fazem escolhas individuais, enquanto “os outros” abrem mão destas por estarem atrelados às suas comunidades (MOL, 2008). A máxima desse ideal seria: todos devem ser autônomos, desde que respeitem a autonomia do outro.

E como ser contrário a isso? Olhar em outra direção significaria desvalorizar as escolhas, deixar que alguns se caleem enquanto outros falam por eles? (MOL, 2008) É importante que fique claro que não se trata disso. A autora, primeiramente interroga a escolha: que escolhas são essas e quem as faz? Um paciente que acaba de saber que tem um agressivo tipo de câncer e está assustado é capaz de fazer escolhas? Alguém pode escolher por ele?

Existem muitas situações em que os pacientes estão temporariamente incapazes de decidir e outras em que o que se escolhe não pode ser atendido por uma série de razões. Alguns defensores dessa lógica apontam: deve ser dada maior atenção às condições em que as escolhas fazem sentido. E isso significa que as escolhas de pessoas “não habilitadas” não são levadas em conta (MOL, 2008). Em ambos os debates, a questão central é saber se as pessoas são capazes de fazer escolhas ou não. Não é isso que Mol pretende discutir. Importa para essa autora considerar que mundos são articulados quando o ideal da escolha ou do cuidado são levados em conta.

A enfermeira poderia ter falado: “Vamos, realmente eu espero que tudo corra bem”, “na maioria das vezes não há nenhum problema” ou “você pode relaxar e ter uma tarde tranquila que tudo ficará bem”. Ao invés disso ela mobiliza a lógica da escolha, ela lança tudo que pode dar errado para as costas do paciente (MOL, 2008). É importante enfatizar que, através de nar-

rativas sobre o tratamento de diabetes na Holanda, a autora buscou comparar a “escolha do paciente” com os “bons cuidados”. Há também uma ênfase na localização da pesquisa, ela é altamente específica, local. Sua esperança está não em ensinar o que seriam práticas do “bom cuidado”, mas que, graças à especificidade e força das histórias e práticas contadas, o ideal do bom cuidado pode atravessar as fronteiras desses casos, pode contaminar outras práticas (MOL, 2008).

A autora afirma que não pretende partir da questão “nós não imaginamos como é ter uma doença crônica”. Segundo ela, essa sentença é muito desagradável. Existe uma normalidade não marcada aí que ela pretende evitar. Isto é, presumir que o leitor não tem uma doença vai contra a alma do que ela pretende dizer. Na lógica da escolha, a doença é uma rara exceção, não tem nada a ver com “a gente”, enquanto a lógica do cuidado começa a partir de quando encarnamos a fragilidade da vida. Nós não somos imortais ou imunes à doença e a nossa normalidade não está pressuposta. Assim, a autora diz que tentará seduzir o leitor para que possa assumir o lugar do paciente enquanto lê sua narrativa. É um convite a assumirmos o lugar do paciente e imaginarmos as situações que descreve em seu livro. Os pacientes e profissionais entrevistados nessa pesquisa interagem, deslocando a ação ao redor, a fim de melhor acomodar as exigências da doença com os hábitos, necessidades e possibilidades na vida diária. Nesse trabalho também observamos, através das cenas retratadas, as constantes negociações que precisam ser feitas tanto pelos pacientes, quanto pelos profissionais que os atende.

Cena 3

Estava na enfermaria, esperando minha orientadora organizar e acompanhar uma visita de duas crianças ao seu irmão. O bebê estava internado desde que nasceu e aquela era a primeira vez que eles o veriam. Acompanhados por duas supervisoras do Programa Saúde e Brincar, uma delas minha orientadora, vestiram o capote e a luva. Brincaram de médico. Entraram, olharam, tiraram fotos. Sorriam e foram esperar a mãe no corredor, fora da enfermaria. Enquanto isso, alguém chorava. Chorava alto, forte. Minha orientadora foi ver quem era. A menina que estava no hospital internada há tempos estava sem a mãe. Não tratava de uma saída rápida. Com outros filhos em casa não era possível cuidar dela. Havia no hospital pessoas que olhavam e cuidavam dela. Mas a menina não queria saber, estava triste, com raiva, com dor, com fome. O fato é que ela chorava. Diante daquele choro, colo. Minha orientadora tratou de segurar a menina que se acalmou. Depois de embalá-la, era hora de ir embora. Mas a menina não quis desgrudar. Queria mais. Estava tão bom! Mas era preciso ir. Pediu então que eu ligasse para o NAPEC (Núcleo de Apoio a Projetos Educacionais e Culturais) e pedisse que uma voluntária acompanhante¹ viesse. Ao entrar no posto de enfermagem e ligar, algumas enfermeiras começaram a rir. “É manha dela, ela faz isso sempre!”, “se for dar colo a todos que choram aqui a gente só faz isso”, “precisamos de uma dessas (voluntária acompanhante) de madrugada também”. Minha orientadora precisa lembrá-las, então, de como fazemos quando um filho nosso chora em casa. É preciso lembrá-las de quando éramos crianças e chorávamos por alguma coisa. É preciso valorizar algo que não tem valor financeiro: o colo, o cuidado. É

¹ A voluntária acompanhante faz parte do quadro de voluntárias do NAPEC/IFF/FIOCRUZ. Elas acompanham as crianças que estão sem seus responsáveis na internação. Ficam com as crianças no colo, contam histórias e até realizam alguns tipos de procedimentos, como dar comida ou mamadeira. Algumas voluntárias desempenham essa função, mas cada uma delas fica disponível em uma parte do dia, manhã ou tarde, e vão ao hospital, geralmente, uma vez por semana.

preciso lembrar que medidas disciplinadoras só dão certo nos programas de televisão. Entendemos que o cuidado não é um produto limitado, mas um processo contínuo e que este deve atender a imprevisibilidade dos órgãos com uma doença. Cuidar é uma questão de sintonizar com, respeitando o corpo, que é mortal (MOL, 2008).

Assim como esta cena, que apresenta a importância de sintonizar com aquele choro, apontava para a solidão daquele difícil momento de internação, as primeiras cenas expostas no capítulo anterior também enfatizam o quanto o cuidado se diferencia quando estamos atentos a necessidade do outro. Quando oferecemos uma brincadeira livre de classificações e interpretações e, ao mesmo tempo, uma escuta à angústia da mãe, que foi acompanhada pelas supervisoras diversas vezes, promovemos um cuidado sintonizado com o que estava acontecendo na enfermaria. Quando a equipe se mobiliza para trazer os pais para estarem junto da criança, nas condições em que essa presença é possível, ou a professora acredita que seu atendimento poderá contaminar outros profissionais e usa o aparelho para entender respostas que a criança pode dar, trata-se também da ampliação do que se entende por cuidado.

Se a responsabilização da escolha não está muito presente diante do público infantil, a negligência pode ser muito frequente. Esta, muitas vezes, não está apenas relacionada a uma falta de atenção ao paciente, mas também pode ser um indicativo de grande quantidade de trabalho e poucos profissionais na função, assim como no caso do hospital psiquiátrico que Annemarie Mol retratou. Da mesma forma que a escolha localiza no paciente a responsabilidade pela ação, a negligência pode ser individualizada no profissional e assim não temos muitos ganhos. Enquanto a lógica da escolha considera que somos indivíduos separados, que formam um coletivo quando somados, para a lógica do cuidado nós não começamos como indivíduos, mas como um monte deles.

Não existem limites claros para este cuidado. Ele é aberto e não é possível medi-lo. É um processo contínuo, envolve uma equipe (de profissionais, máquinas, medicamentos, corpos, pacientes e outros relevantes) e as tarefas são divididas entre os membros dessa equipe de diferentes maneiras (MOL, 2008).

Cena 4

Acompanhava uma fisioterapeuta e seus atendimentos nas diferentes enfermarias durante a fase de observações da pesquisa PIBIC. Enquanto cruzávamos o corredor que ligava tais enfermarias, um médico com um menino no colo se encontrava próximo à janela. O menino, internado há quase um ano no hospital, já estava há alguns meses na Unidade Intermediária e era acompanhado por esse mesmo médico. Sua alta dependia da liberação de aparelhos respiratórios pela justiça, já que diversas tentativas de “desmamá-lo” tinham sido frustradas. O menino precisava dos aparelhos para respirar, então o que estava fazendo no colo do médico, desconectado destes, do lado de fora da Unidade Intermediária, em baixo da janela? Ao ser questionado pela fisioterapeuta, o médico responde: “Ele estava tirando muito o respirador, achei que ele queria ficar sem. Viemos pegar um sol!”... Pouco tempo depois os dois voltaram para a Unidade sem nenhuma intercorrência clínica.

Conforme foi dito anteriormente, é preciso negociações constantes para que a lógica do cuidado seja colocada em prática. Às vezes são nos pequenos gestos, quando não se tem grandes pretensões, que tal lógica é efetivada. Nesse caso, foi possível pegar sol na janela, ficar, mesmo

que durante pouco tempo, desconectado dos aparelhos, sair um pouco da enfermaria com o paciente, disponibilizar um tempo só para o menino.

Quando se trata de um corpo com uma doença que é crônica, os cuidados são crônicos também. Só acabam quando o paciente morre. E, assim, não é necessariamente ruim quando “a saúde ideal” e uma “boa vida” permanecem fora de alcance. O que caracteriza um bom cuidado não é a cura de uma doença. Em vez disso, o bom cuidado é um esforço calmo, persistente, mas indulgente, para melhorar a situação de um paciente ou para evitar que este se deteriore. Quando este cuidado é realizado, gera uma série de efeitos, alguns dos quais são inesperados (MOL, 2008).

Cena 5: Expandindo o cuidado, abarcando as emoções

Uma das fisioterapeutas que participou da pesquisa fala, na entrevista que me concedem para o segundo ano da pesquisa PIBIC, sobre o jeito como trabalha. Conta-me que seu corpo é seu instrumento de trabalho e que não gosta de trabalhar com a criança na cama. Eventualmente é necessário usar um rolo ou uma bola, outros recursos úteis nos atendimentos, mas ela prefere usar seu corpo quando possível. Me explica que às vezes, como no caso de adolescentes ou crianças muito pesadas, é impossível. Diz que o colo é a melhor maneira de perceber e apreender a resposta da criança. Um dia antes tinha atendido um menino. Começa a me contar dele e a emoção se faz presente. Diz que percebeu que ele não estava bem, pois não cedia bem ao manuseio. Ela cantou sua música e, ao contrário das outras vezes, ele não se soltou em seu colo. Música dele? Como é isso? Ela canta para as crianças, explica. Gosta de botar no colo e cantar porque acredita que isso a aproxima delas. Tem um repertório musical e canta para todas que atende. Assim, descobre uma música que a criança goste, que a relaxe mais. Isso facilita o seu trabalho e acalma a criança. Esse menino, por exemplo, tinha baixa visão. Foi assim, através da música, que ele a conheceu. Ela cantou e ele se soltou. E aí ela começou a cantar todo dia a música dele. E ele foi se interessando pela música. Não adianta outra pessoa cantar para ele, me conta. Tem a ver com o momento em que estão juntos. A música diz dessa relação. Afirma ainda que não acha que a música e o contato físico sejam mais importantes do que a técnica. A técnica tem o seu lugar e é de suma importância. Porém só com a técnica não consegue trabalhar, é preciso se envolver.

Começo este terceiro e último capítulo com essa cena, que me afetou fortemente. Já tinha visto essa fisioterapeuta cantando para as crianças que atendia, mas não sabia que a música tinha essa importância no seu atendimento. Seu corpo também aparece nesse discurso como fundamental para essa relação. Não se trata, porém, de um jeito “certo” de trabalhar com crianças, de que o cuidado só se efetiva quando a música é cantada ou quando o brinquedo é levado ao campo. É para além disso. Falamos aqui de uma experiência que permeia todas as cenas apresentadas nesse trabalho e, para isso, retomo a filósofa Vinciane Despret (2004). Trata-se de ‘tornar disponível’ e isso implica em uma produção mútua entre o corpo e o que o afeta (DESPRET, 2004).

Um interesse inicial move o corpo. Nessa cena a profissional precisa estabelecer um vínculo com a criança para efetuar seu trabalho. Porém, tal interesse, quando incorporado, é transformado em afeto, já que profissional e criança se tornam disponíveis para uma relação. Dessa forma, quando um interesse é despertado na criança e este faz emergir os afetos, transformam-

-se tanto o profissional quanto a criança, para além do interesse inicial. Com o vínculo estabelecido através da música, esta serve agora para relaxar a criança ou para indicar alguma piora no seu quadro clínico. Latour (2007) diz que um sujeito articulado é alguém que aprende a ser afetado pelos outros e não somente por si próprio. Segundo ele, um sujeito só se torna interessante, profundo ou válido quando ressoa com os outros, quando é efetuado, influenciado e posto em movimento por novas entidades.

A prática de trabalho dos profissionais apresentados nas cenas não engloba somente a técnica que sua especialidade lhe indica. No caso da fisioterapeuta, por exemplo, seu corpo, o corpo da criança, a música escolhida para ela, o vínculo que esta propicia, se a criança se solta ou não em seu colo e também as técnicas que deve usar para trabalhar com as crianças, toda essa articulação indica se a criança está bem ou não, o quanto pode avançar ou se é preciso recuar.

Práticas mais articuladas dão a chance de que mais fenômenos se apresentem, multiplicam as questões, os atores e as outras articulações que cada uma delas possa criar (Despret, 2004). É pensar, por exemplo, que a máquina que aponta os batimentos pode estar demonstrando emoções que não tem outro meio de se apresentarem. Práticas menos articuladas implicam em fazer, dizer e sentir sempre a mesma coisa, independente do que os outros disserem (LATOUR, 2007). É dar a mesma resposta, independente do que aconteça no mundo, é dizer que é manha a cada vez que a criança chorar, independente do que aquele choro provoca e indica.

Se a lógica do cuidado não implica em ações carregadas de afeto e emoções em um hospital para crianças e adolescentes, com longas internações, essa separação está muito mais tênue. Estar disponível, inteiro, diz de uma experiência compartilhada, de estar 'com'. Trata-se de "uma modalidade particular de dispor tanto o corpo quanto o mundo" (DESPRET, 2004). Isto é, nessa relação entre profissional e criança é importante que o profissional aprenda a ser afetado pelo mundo da criança, um mundo de emoções muito vivas onde o lúdico está muito presente. Aprender ser afetado significa fazer um esforço para tornar-se interessado, significa importar-se (DESPRET, 2004).

Nesse sentido, esta última cena nos coloca diante de uma prática em que a profissional está muito sensível ao que a criança a indica. Com o uso do corpo, do colo, esta categoria profissional está, sem dúvidas, muito próxima da criança fisicamente, mas poderia não estar tão sintonizada com o seu mundo. Não é isso que acontece. Justamente por essa proximidade é essencial que esse vínculo seja criado. Não importa que patologia a criança apresente, a partir do momento em que ela é atendida pela fisioterapia é fundamental que haja uma cooperação mútua, que negociações sejam feitas para que o trabalho seja realizado e o corpo respeitado. E, para o bom cuidado desse paciente, é necessário partir de um coletivo. Diversas vezes observei alguns profissionais requisitando a presença de outros, com funções diferentes, para um trabalho em conjunto. Fisioterapia e terapia ocupacional, fisioterapia respiratória e enfermagem, médicos e nutricionistas, união que visa o cuidado, que considera que sozinho não é possível dar conta de tantas requisições que um paciente crônico necessita. Aprender a forma de se dirigir a quem está sendo estudado, ou atendido como no caso deste trabalho, não é o resultado de uma compreensão teórica científica, é, sim, a condição desta compreensão (DESPRET, 2004).

Não se trata, de forma nenhuma, de um hospital ideal, de um lugar onde somente o cuidado e o paciente são levados em conta. Isso é bastante utópico para nossa concepção de cuidado. Mas através dessas cenas reais, acompanhadas e descritas por mim, podemos perceber que existem rupturas para o que os discursos não marcados nos apontam constantemente. Isso

significa dizer que falar que os médicos são sempre distantes, que a enfermagem desenvolve um vínculo emocional com os pacientes ou qualquer outro tipo de discurso desvinculado de uma prática é silenciar todas as outras possibilidades de ações. Dessa forma, assim como iniciei o segundo capítulo mencionando uma frase de Mol (2008), reafirmo aqui que exemplos e estudos de caso quebram os discursos hegemônicos ajudam a repensar nossa posição como profissionais e aumentam, sem dúvida, nossa sensibilidade.

Considerações Finais

Contrariando uma visão que afirma uma neutralidade na pesquisa, ou seja, que o conhecimento só é produzido através do não envolvimento do pesquisador no campo de pesquisa, minhas práticas como pesquisadora, estudante e estagiária sempre foram carregadas de afetos e emoções. Como brincar sem nos envolvermos? Como estar com crianças e não nos tornarmos um pouco inocentes e despreziosos? Concordo inteiramente com Boaventura de Sousa Santos (2001) quando o autor afirma que temos que criar formas de pensamentos que sejam mais acolhedoras às emoções, ao corpo, aos afetos, ao sentimento. Somos feitos de duas correntes, escreve Santos (2001): uma fria e uma quente, que devem coexistir. A corrente fria é a corrente do conhecimento, dos obstáculos, das condições que temos que negociar para garantir a realização do trabalho. Várias vezes durante a escrita dessa monografia a corrente fria se tornou mais forte. Diante de prazos e outros trabalhos para serem feitos foi preciso permitir ser conduzida por esta. Na pesquisa, várias vezes esta linha também nos conduziu. A corrente quente são as possibilidades da vontade, de agir, de transformar, de vencer os obstáculos (Santos, 2001). A vontade de falar sobre as práticas do cuidado observadas por mim no Instituto Fernandes Figueira e trazer para o texto o quanto estas me afetaram ao longo de toda minha formação foi, sem dúvida, obra da corrente quente.

Estar aberto ao campo, ao afeto que transborda quando estamos nele, implica estarmos disponíveis a nos transformarmos. Como Boaventura de Sousa Santos (2001) afirma, quando nos tornamos pessoas diferentes somos capazes de fazer coisas diferentes, somos capazes de ser mais articulados.

Referências

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico. Tradução de Maria Thereza Reidig de Carvalho Barrocas** - 7. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

DESPRET, V. **Ces emotions que nous fabriquent. Paris : Institut Synthelabo pour le progres de la connaissance**, 1999.

_____. **The body we care for: figures of anthro-zoo-genesis**. Body and Society, 2004. Versão traduzida para o português por Maria Carolina Barbalho e Ronald Arendt, não publicada. Disponível em: <<http://xa.yimg.com/kq/groups/19965835/1307741106/name/Despret+-+Hans.doc>>. Acesso em: junho de 2014.

FRANCO, L. **Pensando a escrita no trabalho de pesquisa: por uma política da narratividade**. 2013. 112 f. Dissertação – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro.

GAGNEBIN, J. M. **Memória, história, testemunho**. In: GAGNEBIN, J. M. Lembrar escrever esquecer. São Paulo: Editora 34, 2006.

HARAWAY, D. **Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial**. São Paulo, Campinas: Cadernos Pagu, volume 5, 1995.

INSTITUTO Fernandes Figueira. **Institucional**. Disponível em: <<http://www.iff.fiocruz.br/index.php/institucional>>. Acesso em: 19 de abril. 2014.

LATOUR, B. **Como falar do corpo?** In: Nunes, J. A. e Roque, R. (orgs.) Objectos impuros. Experiências em estudos sociais da ciência. Porto: Edições Afrontamento, 2007.

MORAES, M. **Pesquisar COM: política ontológica e deficiência visual. Exercícios do Ver e Não Ver: Arte e Pesquisa COM Pessoas com Deficiência Visual**. Organização Márcia Moraes e Virgínia Kastrup. Rio de Janeiro: Editora Nau, 2010.

MOL, A. **The logic of care: health and the problem if patient choice**. London: Routledge, 2008.

SANTOS, B. S. **Seis razões para pensar**. Revista Lua Nova, n. 54, p. 13-23, 2001.

EIXO 3

1º lugar - Categoria Profissional

A atuação do psicólogo escolar em equipes do Programa Saúde nas Escolas

Cristiane Viana da Silva Santos

Resumo

O artigo descreve a atuação do Psicólogo Escolar, como integrante de uma equipe interdisciplinar do Programa Saúde nas Escolas numa escola da Prefeitura do Rio de Janeiro, junto a uma aluna do 2º ano do Ensino Fundamental com uma queixa de atraso na aquisição da leitura. Em geral, as crianças pesquisadas na escola popular apresentam atraso no desenvolvimento escolar, sendo assim, faz-se necessário voltarmos nossa prática para o segmento da Educação Infantil, procurando refletir se estes programas utilizam o contexto escolar para promover saúde ou como espaço de políticas compensatórias. Os procedimentos metodológicos foram realizados de forma qualitativa, de cunho bibliográfico-documental, baseados na revisão e análise dos documentos referentes aos resultados deste programas e relato de experiência. O eixo temático selecionado nesta pesquisa consiste na prática da Psicologia em equipes multiprofissionais. Percebe-se que este projeto tem sido uma maneira dos profissionais contribuírem com a saúde integral da população em questão.

Palavras-chave: Psicólogo. Aprendizagem. Interdisciplinar. Infância.

Introdução

Este artigo é fruto da vivência, no período de novembro de 2011 a dezembro de 2012, como psicóloga no *Projeto Saúde nas Escolas* (PSE), tendo a oportunidade de acompanhar o cotidiano escolar de escolas na Educação Básica (Educação Infantil ao Ensino Fundamental). Conforme destaca Minayo (1994),

a escolha de um tema não emerge espontaneamente, da mesma forma que o conhecimento não é espontâneo. Surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionadas, frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos (MINAYO, 1994, p.11).

A história da Psicologia no contexto educacional no Brasil passou por algumas mudanças. Temos como exemplo a contribuição de outros países, como a Alemanha, em 1879, através do primeiro Laboratório que estudou as sensações, estabelecendo o marco inicial de uma psicologia positiva e experimental. Em 1884, Francis Galton criou no University College de Londres, Inglaterra, um laboratório de psicometria para estudar as diferenças individuais entre escolares através da mensuração das faculdades mentais, realizando assim, no dizer de Patto (1984), parte importante de seu projeto de aprimoramento da espécie humana através da seleção dos mais capazes. O grande sucesso da psicometria na época indica a perspectiva assumida pela

Psicologia Escolar desde o seu nascimento: da identificação com um modelo de aplicabilidade técnica voltada para a classificação, seleção e adaptação dos indivíduos.

A autora, em sua tese intitulada *Psicologia e Ideologia: Uma introdução crítica à Psicologia Escolar*, questiona as teorias e as práticas circulantes na época da carência, pois os métodos utilizados pelos psicólogos preconizavam as dificuldades escolares centradas nas crianças e em suas famílias, já que os alunos de classe popular eram vistos a partir da perspectiva da carência cultural¹ e já que justificava-se o mau desempenho dos mesmos nas escolas públicas através desta teoria.

No final da década de 80, o objeto de estudo da Psicologia – o fracasso escolar – passou a centralizar questões que envolvem os estudos sobre a escola, tanto no campo da Psicologia quanto no campo da educação (PATTO, 1984).

Portanto, a discussão crítica no campo da Psicologia Escolar insere um novo eixo de análise do processo de escolarização: o papel das políticas públicas educacionais na constituição do dia-a-dia escolar e do aluno que aprende, na relação do professor com a sua tarefa docente, nas condições objetivas que permitem que a escola realmente possa cumprir as suas finalidades sociais. Assim, pesquisar a escola, as relações escolares, o processo de escolarização a partir dos anos 80 significou pesquisar uma escola que foi e está sendo atravessada por um conjunto de reformas educacionais, fruto de políticas públicas no campo da educação escolar (ROCHA, 2001, p. 213).

Portanto, conhecer como as políticas são implantadas, as questões verbalizadas pelos educadores com relação às concepções e perspectivas e as condições de trabalho para sua consolidação são fundamentais para que o psicólogo desenvolva sua intervenção no campo da educação. Maluf (1992) sinaliza que a atuação do psicólogo deveria ser essencialmente na atualidade mais contextualizada, partindo das necessidades e prioridades emergentes em cada escola. Este profissional precisa questionar primeiramente quais setores estão requerendo intervenções e quais são prioritárias, sempre tendo em vista a eficiência do processo ensino-aprendizagem, uma das principais finalidades da educação escolar.

Atualmente, o psicólogo que atua no âmbito escolar, mais especificamente no Programa Saúde nas Escolas (PSE)², desenvolve uma dimensão preventiva, ancorada em ações e estratégias orientadas para que o Psicólogo Escolar facilite e incentive a construção de estratégias de ensino (tão diversificadas quanto forem as possibilidades interativas de aprendizagem); promova a reflexão e a conscientização de funções, papéis e responsabilidades dos sujeitos que atuam de forma relacional no cotidiano da escola e busque, com os integrantes da escola, a superação dos obstáculos que comprometem a assimilação do conhecimento.

Com isso, o Psicólogo Educacional tem papel fundamental no processo de aprendizagem escolar, principalmente na Educação Infantil, onde contribui mostrando para a equipe de docentes/gestão as diferentes visões pela qual a infância foi passando ao longo do tempo, desde uma visão conforme sinaliza Áries (1984): “antes do século XVII a criança era percebida como criança - adulto, até ser vista a partir do século XVII como um ser que deixa de ser misturada

¹ No Brasil, a teoria da carência cultural se propagou na década de 1970 e os estudos e pesquisas voltaram-se, então, para a explicação de que os fatores sócio-culturais teriam fortes influências nas características físicas, perceptivo-motoras, cognitivas e emocionais de cada indivíduo, segundo Patto (1990).

² O PSE tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino.

aos adultos e de aprender a vida com o contato direto como eles” (ÁRIES, 1984). O objeto dessa separação entre adultos e criança toma corpo no que se chama de escola. Esta substituiria a aprendizagem como meio de educação.

Este estudo tem como alvo o profissional Psicólogo Escolar, intervindo a partir da interação com a equipe interdisciplinar (dentistas, médicos, técnico de educação e saúde³, auxiliar de saúde bucal e enfermeiro) e atuando nos atendimentos das crianças em 18 Escolas do Amanhã da 8ª CRE (Bangu). Dessas escolas, 11 trabalhavam com o segmento da educação infantil objetivando a prevenção, promoção e diminuição da evasão escolar dos alunos – e ainda tinham a finalidade de implementação da cultura da paz nas Escolas do Amanhã, que se pode definir como instituições de educação mais vulneráveis à violência. As visitas às escolas eram realizadas a partir do cronograma estabelecido na fase de planejamento pela escola/equipe para atender às questões de saúde identificadas como fatores de risco físico, social e emocional. E as mesmas são atendidas pautadas na integralidade⁴ do cuidado e na educação em saúde.

Descreveremos o relato de experiência de um atendimento realizado pela equipe interdisciplinar deste projeto a uma aluna do Ensino Fundamental, pontuando que os primeiros sinais de dificuldades de aprendizagem aparecem frequentemente no segmento da Educação Infantil. Portanto, os profissionais que atuam como Psicólogos Escolares deste projeto (PSE) perceberam a necessidade de intervir mais precocemente nesta faixa etária para prevenção de dificuldades de aprendizagens nas Escolas do Amanhã.

Desta maneira, refletiremos sobre como o psicólogo tem formulado suas estratégias, saberes e práticas no contexto da escola popular. Para compreender esta realidade, faz-se necessário estudar as relações educativas que devem atravessar a educação infantil via interferência desses programas de saúde na escola. Desta maneira, refletiremos se as escolas são utilizadas como espaço para políticas compensatórias, ou seja, se consistem num termo originado na Revolução Industrial, usado, em geral, na pré-escola e nas séries iniciais do ensino fundamental. Segundo Sônia Kramer (1982), o fracasso escolar de parcelas significativas das crianças oriundas das camadas populares nos anos iniciais da escolaridade constitui traço marcante do sistema de ensino brasileiro.

Revisão de literatura

As políticas públicas são o meio pelo qual o Estado participa da organização e do funcionamento de setores da sociedade. Elas se efetivam através do estabelecimento de regras, metas e diretrizes que orientam o planejamento de ações em determinado setor. Quando o Estado é democrático, a participação do cidadão é incentivada: as políticas públicas revelam o resultado de um processo dinâmico em que o governo e a sociedade civil apontam propostas e alternativas para cada setor social. Dentro deste contexto, a política origina-se da capacidade de negociação entre o governo e a parcela interessada da sociedade.

² Este profissional atua em uma escola de uma determinada área programática do município do Rio de Janeiro, na denominada Escolas do Amanhã, e os demais profissionais abordados acima fazem parte da equipe móvel, que tem um trabalho itinerante nas escolas com maiores índices de vulnerabilidade social.

³ Segundo o dicionário da FIOCRUZ, Integralidade é um dos princípios doutrinários da política do Estado brasileiro para a saúde – o Sistema Único de Saúde (SUS) –, que se destina a conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço. Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em: 16 de Janeiro de 2013.

Do dever, dever do Estado nasce obrigações que devem ser respeitadas tanto da parte de quem tem a responsabilidade de efetivá-las, como os poderes constituídos, quanto da colaboração vinda da parte de outros sujeitos implicados nessas obrigações (CURY, 2002, p. 296).

Ao colocar em destaque a integração de políticas públicas de saúde e de educação, partimos de uma perspectiva de um olhar entre estes dois campos em uma visão ampla, pois saúde e educação tem vivenciado historicamente aproximações, ambiguidades e distanciamentos. Para compreendermos as mudanças ocorridas nestes dois campos se faz necessário abordar alguns documentos que servem como base para o seu melhor entendimento.

Saúde escolar e políticas públicas

O Plano Decenal de Educação para Todos é um documento elaborado pelo Ministério da Educação (MEC), destinado a cumprir, no período de uma década (1993 a 2003), as resoluções da Conferência Mundial de Educação Para Todos, realizada em Jomtien, na Tailândia, em 1990, pela Unesco, Unicef, PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) e Banco Mundial. O Plano Decenal tem origem na preocupação da comunidade internacional com a educação, levando em consideração o cenário social advindo da sociedade da informação. Segundo o Plano Decenal de Educação para Todos (1994),

os compromissos que o governo brasileiro assume, de garantir a satisfação das necessidades básicas de educação de seu povo, expressam-se no Plano Decenal de Educação para Todos, cuja proposta era assegurar, até o ano 2003, a criança, jovens e adultos, conteúdos mínimos de aprendizagem que atendam a necessidades elementares da vida contemporânea (PLANO, 1994, p.3).

Outro projeto significativo foi o do professor Darcy Ribeiro para os Centros Integrados de Educação Pública (CIEPs), que tinha na sua implantação uma escola em tempo integral, na qual seriam supridas todas as necessidades educacionais dos alunos, entre elas aquelas vinculadas à saúde. Para que isso se concretizasse era necessário articular educação, cultura e saúde. O Projeto Saúde na Escola (Darcy Ribeiro) tinha como principal objetivo desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de agravos que permitissem, entre outras coisas, melhoria no rendimento escolar, recuperação da autoestima e da autoconfiança e diminuição dos níveis de absenteísmo e repetência escolar.

A proposta dos Centros Integrados de Atendimento à Criança (CIACs), diferentemente do que poderia supor qualquer educador que soubesse que os CIACs eram instituições educativas, não se origina no Ministério da Educação, mas da Legião Brasileira de Assistência (LBA) através do Projeto *Minha Gente* do Governo Collor. Este projeto, bem como o do *Ministério da Criança*, ficaram, conforme prescrição dos decretos que os instituíram, sob a coordenação do titular do Ministério da Saúde. Os CIACs não são um projeto em si mesmo. Constituem apenas os espaços físicos destinados ao desenvolvimento da proposta efetiva, isto é, o projeto *Minha Gente*. Como afirmou enfaticamente o Ministro Alceni Guerra na apresentação do mesmo, “nele, os CIACs não são seus objetivos últimos, mas apenas o ‘locus’ para que alcancemos objetivos sociais mais amplos” (PROJETO, 1991, p.2)

Ele foi formalizado pelo Governo Federal em 14 de maio de 1991, através de decreto que “delinea (suas) grandes dimensões [...] e seus componentes fundamentais”, prevê a “coordenação e operacionalização de suas ações” e indica que o mesmo compreenderá a implantação de unidades físicas que abrigarão, de pronto: I - creche e pré-escola; II - escola de 1º grau em tempo integral; III - saúde e cuidados básicos da criança e IV - convivência comunitária e esportiva”. O objetivo básico do Projeto era de “desenvolver ações integradas de educação, saúde, assistência e promoção social, relativas à criança e ao adolescente” (PROJETO, 1991, p.22). Não se trata, portanto, apenas de um projeto de educação escolar ampliada, tanto em termos de tempo de permanência da criança na escola quanto de atendimento aos aspectos correlatos da atividade educacional (alimentação, unidades médicas, etc.).

Essas políticas e programas, conforme apontamos, tinham seus objetivos e interesses específicos, mas, em sua maioria, tinham um caráter de educação compensatória. Conforme sinaliza Sônia Kramer (1982), “um primeiro pressuposto consiste na crença de que as crianças provenientes das classes dominadas fracassam na escola por apresentarem desvantagem sócio-culturais, ou seja, elas detêm carências de ordem social e cultural” (KRAMER, 1982, p.56). A principal intenção dos programas compensatórios é a de, através da intervenção precoce, reduzir ou eliminar as desvantagens. A desvantagem cultural (carência) ora é entendida como um atraso intelectual ora como distorção emocional, ambos provocados por ambientes privados de estímulos ou com estimulação excessiva e desorganizada. Quando as características de tais ambientes são acentuadas, supõe-se que acarretam carências irreversíveis nas crianças em idade pré-escolar (KRAMER, 1982, p.56).

É fundamental ressaltar que a abordagem da privação cultural postula a existência de uma relação direta entre o desenvolvimento da criança e sua origem sócio-econômica. Assim, as causas de variação no desempenho escolar se encontrariam na própria família e, conseqüentemente, no meio social de origem, o que nos remete ao segundo pressuposto: o determinismo sociológico. A abordagem da privação cultural supera o determinismo biológico, que atribuí às diferenças existentes no comportamento e no rendimento escolar defeitos genéticos. Todavia, essa abordagem instala um fatalismo de caráter social: o desenvolvimento não seria mais um determinismo por aptidões inatas, mas por influências do ambiente. A abordagem da privação cultural teve, a princípio, um papel político positivo: ao mostrar que o fracasso escolar não se deve à desigualdade biológica individual, estabeleceu um fatalismo sociológico, culpando o meio. Serviu às pedagogias de compensação, que pretensamente buscavam (e buscaram) corrigir a desigualdade social através da ação pedagógica, negando, dessa forma, a própria desigualdade. Mas que carências estabelecidas pelo meio seriam responsáveis pelo insucesso escolar?

As políticas de infância são cruciais porque a educação da criança é um direito – não só um direito social, mas humano. Em países centrais essa afirmação não caberia, mas em países periféricos como o Brasil, nos quais a maior parte da população foi expropriada dos bens básicos, a educação da criança pequena é direito social porque significa uma das estratégias de ação (ao lado do direito à saúde e à assistência) de combate à desigualdade. E é direito humano porque representa uma contribuição em contextos de violenta socialização urbana como o nosso, se configurando como essencial para que seja possível assegurar uma vida digna a todas as crianças. Será que devemos atender as crianças porque é lei? Não. O direito deve ser garantido porque é nossa responsabilidade social enquanto professores, profissionais de equipes interdisciplinares, mulheres, homens, cidadãos. Devemos tratar as crianças como cidadãos de pequena idade.

Programa Saúde nas Escolas no Rio de Janeiro

A educação tem como objetivo a transformação da injustiça social e da realidade que ela projeta e, como instrumento transformador, a escola é chamada a se reinventar como prática social a fim de ter condições de encaminhar as demandas por justiça através da valorização dos princípios de dignidade da pessoa humana (GADOTTI, 1996). Porém, nem sempre é possível dar conta de tais demandas e a reprodução das desigualdades já existentes se efetiva pela educação. Podemos dizer que nossas escolas abrigam as contradições de um desenvolvimento brasileiro súbito e superficial, que as retém em uma situação de atraso (CABRAL; LUCAS, 2006, p.69). Busca-se traduções para as problemáticas sociais que afetam o cotidiano da escola pública, em especial as escolas que estão situadas em áreas conflagradas pela violência urbana, ou seja, escolas em áreas de risco é que surgem as escolas denominadas “do amanhã”.

O projeto *Escolas do Amanhã* faz parte do programa institucional do Município do Rio de Janeiro, denominado *Bairro Educador*, pela demarcação de ações positivas nessas áreas conflagradas através de um esforço coletivo, que procura enfrentar os problemas dessas comunidades, também chamadas a atuar conjuntamente com as escolas a fim de fortalecer o vínculo com a própria família ao aproximá-la do cotidiano escolar. Segundo Nóvoa (2009),

a escola no centro da coletividade remete para uma instituição fortemente empenhada em causas sociais, assumindo um papel de “reparadora” da sociedade; remete para uma escola do acolhimento dos alunos e, até, de apoio comunitário às famílias e aos grupos mais desfavorecidos (NÓVOA, 2009, p.60).

O autor analisa a escola no centro da coletividade como cenário portador de uma lógica de reescolarização, que aponta para uma das vocações da instituição: o social, no sentido de suporte aos alunos e suas respectivas famílias. Uma das propostas das Escolas do Amanhã é a de aumentar a autoestima do(a)s aluno(a)s que têm desempenho escolar inferior à média da maioria das escolas. Estamos falando, neste contexto, de padrões de desempenho claramente vinculados às culturas dessas escolas, o que nos leva à lembrança da cultura da violência que interfere de maneira negativa em espaços de ensino-aprendizagem. Tem-se como objetivos: Escola Integral; Saúde Escolar; Programas de Ciências; Participação da Comunidade e Forma Dinâmica de Aprendizagem.

As políticas públicas em educação podem carregar características assistencialistas, populistas e até mesmo compensatórias, porém têm condições de criar propostas de inclusão, como no caso das *Escolas do Amanhã*, que procuram trazer condições de educação com qualidade. Com base nessas premissas, concordamos com Gadotti (1996) que “educação não é só uma prioridade. Ela é a pré-condição do desenvolvimento e da justiça social” (GADOTTI, 1996, p.55). Conforme já sinalizado anteriormente, um dos pilares das *Escolas do Amanhã* dentro do contexto da escola pública do Rio de Janeiro é a saúde escolar, utilizado como parâmetro nesta pesquisa.

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído pelo decreto presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 como proposição de uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público (educação infantil, ensino fundamental e médio, educação profissional e tecnológica) e na educação de jovens e adultos (EJA) no âmbito das escolas e/ou das unidades básicas de saúde, realizadas pelas Equipes de Saúde da Família.

Descrição do relato de experiência

A Escola Municipal M. C. S., situada no bairro de Bangu, é reconhecida como *Escola do Amanhã* pois é inserida em uma comunidade não pacificada na Vila Aliança (V.A). É, portanto, um local de vulnerabilidade social em função da violência em seu entorno, bem como por se tratar de uma das escolas que possui os maiores índices de evasão, segundo dados da Secretaria Municipal de Educação de 2009. O projeto das *Escolas do Amanhã*, que atende 151 escolas conflagradas pela violência urbana, foi criado por meio da parceria entre a Secretaria de Segurança, o projeto *Bairro Educador*, onde se situam as *Escolas do Amanhã*, e, mais recentemente, as UPPs (Unidades de Polícia Pacificadora) e objetivam articular ações e instituições sociais para o enfrentamento e desafio de transformar esses cenários de violência em espaços comunitários (sociais) de convívio cidadão. O objetivo desse projeto é atender aproximadamente 110 mil aluno(a)s do Ensino Fundamental, 2º Segmento (1º ao 9º ano) que fazem parte dessas escolas e apresentam, em alguns casos, bloqueios cognitivos por causa da violência.

Dentro deste cenário social, em novembro de 2011, a aluna I. A. T, nascida em 26/07/2003, estudante do 2º ano (Ensino Fundamental), foi encaminhada pela professora da escola para a Psicóloga do Programa Saúde nas Escolas (PSE). Para a operacionalização deste projeto, foi construído um Núcleo de Educação e Saúde (NES), que constitui-se como estratégia complementar de atendimento à saúde dos alunos matriculados nas unidades escolares pertencentes à Rede Municipal de Ensino, viabilizando ações de promoção de saúde no ambiente escolar e buscando um atendimento integral e continuado no Programa Saúde na Escola (PSE) através da intervenção da escola e de uma equipe interdisciplinar (médico, psicóloga, dentista, enfermeiro, técnico de educação e saúde, auxiliar de saúde bucal). Entre as principais atividades do PSE destacam-se: 1. Garantir visitas regulares de equipes de saúde nas escolas para prestar atendimento médico e odontológico mensalmente; 2. Manter uma equipe fixa nas escolas para prestar um primeiro atendimento; 3. Identificar alunos com necessidade de atenção à saúde e gerar um banco de dados sobre a saúde do corpo discente, realizado pelo Técnico de Educação e Saúde; 4. Promover atividades de educação preventiva e de promoção da saúde com os alunos e a comunidade escolar; 5. Encaminhar alunos à Rede Pública de Saúde quando necessário.

O Programa Saúde nas Escolas (PSE) veio contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e para proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação no enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros. Essa iniciativa reconhece e acolhe as ações de integração entre saúde e educação já existentes e que têm impactado positivamente na qualidade de vida dos educandos.

Em cada escola existe uma sala que é denominada Núcleo de Educação e Saúde (NES), que, segundo o projeto básico, consiste em um espaço acolhedor onde os alunos serão ouvidos, estimulados a refletir, desenvolver opiniões e repensar hábitos de vida e de convivência. O profissional da equipe, Técnico de Educação e Saúde (TES), é o elo entre a equipe móvel (especialistas), a escola (alunos e professores) e a unidade de saúde a qual está vinculada, pois a observação e/ou levantamento das demandas são fruto do seu trabalho no cotidiano da comunidade escolar através da convivência e troca com outros protagonistas da escola. São, então, demandadas intervenções dos profissionais especialistas.

Sendo assim, foi relatado pela professora da Unidade Escolar, por meio de uma ficha de encaminhamento, que a aluna I. A. T. tinha um comportamento extrovertido quando começou a estudar com ela em 2011, possuindo um bom relacionamento com todos os integrantes e sempre disposta a ajudar aos colegas. Era organizada e se oferecia para arrumar o material da professora e dos demais colegas da sala. Todavia, mesmo havendo este comportamento considerado adequado no contexto escolar, a professora teve uma demanda em relação à aluna, que apresentava dificuldade de aprendizado na leitura e escrita. Segundo a professora, “a mesma somente consegue ler e escrever sílabas simples, mas não sendo ainda alfabetizada, pois o processo de juntar as sílabas para construir frases, palavras e textos ainda não se efetiva.” (segundo informações da professora em 2011). Segundo Weiss (2012), a avaliação pedagógica

não se limita ao conteúdo escolar. Como em qualquer um dos outros momentos do diagnóstico, a conduta do paciente deve ser vista como uma expressão global em que está pondo em foco o nível pedagógico, mas estarão juntos seu funcionamento cognitivo e suas emoções ligadas ao significado dos conteúdos e das ações (WEISS, 2012, p.95).

É fundamental indagarmos o que a criança já aprendeu, como a mesma articula os diferentes conteúdos, como faz uso desses conhecimentos nas diferentes situações escolares e sociais, como utiliza o processo de assimilação de novos conhecimentos (WEISS, 2012).

Segundo a autora Emília Ferreiro (2001), a investigação sobre as questões da alfabetização costumavam girar em torno de uma pergunta: “Como se deve ensinar a ler e a escrever?”. A crença implícita é a de que o processo de alfabetização começa e acaba entre as quatro paredes da sala de aula e que a aplicação correta do método adequado garantiria ao professor o controle do processo de alfabetização dos alunos. Ferreiro (2001) deslocou o foco de investigação do como se ensina para o como se aprende. Colocou, assim, a escrita no lugar que lhe cabe, de objeto sociocultural de conhecimento, e tirou da escola o monopólio da alfabetização.

Do ponto de vista político, a maior contribuição da autora foi explicitar o papel da rede de atos de leitura e escrita que hoje chamamos de ambiente facilitador, mostrando que a diferença no desempenho escolar inicial entre as crianças pobres das escolas públicas e as de classe média não tinha origem em nenhum tipo de déficit, fosse ele intelectual, linguístico ou cultural. Nenhuma criança entra na escola regular sem saber nada sobre a escrita e o processo de alfabetização é longo trabalhoso para todas, não importa a classe social. A diferença no desempenho decorre do fato de que a criança de classe média já está, em geral, numa fase mais adiantada do processo de alfabetização quando chega à escola regular, enquanto a de classe baixa ainda tem, habitualmente, hipóteses primitivas sobre a escrita. Assim, cabe à escola garantir a quem precise esse ambiente alfabetizador ao invés de manter as crianças à margem das oportunidades de aproximação da língua escrita.

A intervenção do psicólogo na escola

Na época do encaminhamento, como psicóloga do projeto, a princípio, estive na sala de aula para observar a aluna e conversar com a professora para compreender o contexto vivenciado. Depois solicitamos (equipe), no mesmo ano, a presença da família da estudante com o intuito de conhecer o histórico familiar, físico, social e escolar da mesma. A família, representada pela

mãe, esteve na escola e demonstrou ser receptiva à comunicação, pois reconheceu a importância de I.A.T ser acompanhada por um profissional em sua aprendizagem escolar.

A mãe, C., relatou que tinha 7 filhos, era casada e residente da V.A há mais de 20 anos, tendo vivenciado conflitos que são frutos da violência do local. Com isso, percebeu o quanto seus filhos e a comunidade sofriam com esta realidade, “pois as crianças ficam a maior parte do tempo dentro de casa, sem poder brincar na rua, com medo de morrer com uma bala perdida”. Além disso, a mãe também comentou que sempre procurava ajudar os outros filhos em casa com a lição da escola. “Mas como tenho pouco estudo, nem sempre consigo acompanhar como deveria meus filhos. E também cuido sozinha de tudo. Meu esposo trabalha muito fazendo obra e corre muito para conseguir sustentar a família”. C. também demonstrou passar por situações de conflito no casamento, pois narrou que seu esposo sempre foi muito fechado, não conseguia ter um diálogo com os filhos, e que I.A.T e seu irmão sentiam muito, por serem mais velhos e por compreenderem a situação, e queixavam-se da atitude fria do pai. Mas a mãe da aluna achava que o esposo era assim porque sofreu muito na infância, pois vivenciou violência na sua família.

Com isso, propusemos uma conversa com o pai num outro momento na escola, mas a mãe achou inviável, pois considerou que o diálogo poderia gerar mais conflitos na sua casa, até porque seu esposo atribuía aos filhos a culpa das suas dificuldades ao invés de se responsabilizar, como parte integrante e modelo da família (segundo a descrição da mãe). A mãe da aluna relatou que a filha estudava naquela escola desde Educação Infantil, que sempre foi uma criança alegre e espontânea.

Sempre foi incentivada na escolinha da igreja a ser uma criança participativa nas atividades do teatro infantil, cantava e brincava com outras crianças, mas só que aqui na escola é diferente, pois minha menina ficava um pouco tímida, não conseguindo acompanhar todas as tarefas. E também não pronunciava as palavras do jeitinho correto. Foi até que a professora falou na época que tinha que ver isso.

Na época, a professora da Educação Infantil desenvolveu atividades de suporte individualmente com a aluna, tais como modelagem, pintura e traçados simples para desenvolver a coordenação motora; apresentação das cores; pintura a dedo de letras, nome e traçados; exploração de brinquedos, jogos, livros e gibis; uso de tesoura para recorte de gravuras; incentivo à contagem com material concreto; apresentação do alfabeto; fichas com os nomes da turma e jogos de memória e quebra-cabeça. Através destas atividades diversificadas e por meio da observação diária, a professora deste segmento começou a despertar o interesse da aluna por jogos, brinquedos e livros ilustrados. Depois desta intervenção da professora, a estudante passou a utilizar desenhos e rabiscos para representar a escrita. Inicialmente, seus desenhos eram somente rabiscos mas, em pouco tempo, já fazia círculos, desenhos maiores e com detalhes e conseguia nomeá-los. Em alguns momentos conseguia fazer contagem até 3, reconhecia o seu nome e a letra inicial, mas ainda tinha dificuldade em reter algumas informações.

Quando a aluna estava na Educação Infantil não havia uma equipe interdisciplinar de saúde na escola e a própria instituição, representada pela professora, acompanhou a criança, juntamente com o suporte da família (mãe), que mostrou interesse e afeto pela filha. Apesar da escola sinalizar a necessidade de atendimento fonoaudiólogo para estimular a linguagem da aluna e prevenir dificuldades futuras, a família não conseguiu o acesso a este profissional no posto.

Através do relato da mãe, no final de 2011 começamos a acompanhar a aluna na escola através da equipe de saúde (psicóloga, enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal, técnica de educação e saúde) e avaliamos a importância desta ser encaminhada novamente à fonoaudióloga do posto da rede, pois apresentava ainda dificuldades em pronunciar as letras d/t; f/v; p/b, o que vinha, segundo relato da professora, interferido na sua escrita. Esta equipe de saúde, representada pela Técnica de Educação e Saúde V., reforçou a urgência deste suporte junto à Unidade de Saúde e a aluna começou o atendimento de fonoaudiologia, conforme tínhamos indicado.

Nas *Escolas do Amanhã* há uma sala denominada Núcleo de Educação e Saúde (NES), que funciona 36 horas na escola e 4 horas num plantão nos postos de saúde e intervém através de ações coletivas com alunos (crianças e adolescentes), preconizando a prevenção e promoção de saúde dos que enfrentam situações de vulnerabilidade. A aluna, no ano de 2012, encontrava-se no 3º ano do Ensino Fundamental (com 9 anos) e continuou a ser atendida mais especificamente pela Psicóloga do Projeto, pois foi novamente encaminhada pela professora, que era a mesma do ano passado. Ela acolheu a aluna novamente, dando suporte de maneira afetiva e comprometida através de atividades direcionadas de leitura e escrita numa abordagem mais lúdica: construção de histórias através de imagens; continuidade de textos com frases; organização de narrativas com fotos/ imagens desordenadas para ajudar na coerência do pensamento; realização de dinâmicas para desenvolver a linguagem oral etc.

Assim, a produção do aluno pode revelar uma avaliação norteada por princípios tradicionais ou progressistas, pode indicar o desenvolvimento escolar do aluno em relação a si mesmo, pode indicar a pertinência ou não dos tipos de intervenção realizados pelo professor (ou a ausência dos mesmos), pode sugerir os mecanismos pedagógicos que oportunizam exercícios imaginativos, criativos e demais processos cognitivos, importantes para a aprendizagem dos alunos (ARAUJO, 1995).

E, além destas intervenções pedagógicas mais específicas, a professora direcionou a aluna para o reforço escolar no contra turno. Também realizamos, do final de 2011 até 2012, atendimento Pedagógico e de Psicologia, pois a aluna, mesmo não conseguindo a aquisição da leitura e escrita, passou para o 3º ano, já que num sistema de ciclo a alfabetização é vista como um processo que se consolida até este ano. A psicóloga atendeu a aluna numa abordagem de grupo na escola, na qual os alunos são agrupados a partir da idade e da situação da demanda para facilitar o desenvolvimento do trabalho. Durante os atendimentos são realizadas atividades lúdicas para trabalhar o grupo a partir das necessidades do mesmo. Neste caso em especial, enfatizamos nos pequenos grupos uma intervenção psicopedagógica, através de atividades que trabalhassem as potencialidades e autoestima, já que estas crianças estavam estigmatizadas (marcadas) como “fracassadas”. Em grupo, pudemos ressignificar o lugar de cada um dentro da escola. Suas ansiedades e medos foram ouvidos e direcionados através de desenhos, construções, jogos e histórias. Conforme sinaliza Weiss (2012), é importante partir do princípio de que é necessário um trabalho de investigação, uma pesquisa do que não vai bem com o sujeito em relação a uma conduta esperada. Será, portanto, o esclarecimento de uma queixa do próprio sujeito, da família e, na maioria das vezes, da escola. No caso, trata-se do não aprender, do aprender com dificuldade ou lentamente, do não revelar o que aprendeu, do fugir de situações de possível aprendizagem.

Quando a queixa escolar sobre dificuldade de aprendizagem ou produção escolar diz respeito à criança em processo de alfabetização, a questão merece uma reflexão sobre aspectos teóricos do assunto. Através da pesquisa de Emília Ferreiro e colabores sobre a psicogênese da

língua escrita, mudou-se a concepção de alfabetização, o que acarretou no redirecionamento das patologias nessa etapa da aprendizagem. A alfabetização não é vista como a transmissão de um conhecimento pronto que, para recebê-lo, a criança deve ter desenvolvido habilidades, possuir pré-requisitos, enfim, apresentar uma “prontidão”. A alfabetização é resultante da interação entre a criança, sujeito construtor do conhecimento e língua escrita.

E assim, através da equipe, do suporte da professora, da fonoaudióloga, psicóloga, do reforço escolar e com apoio da família, a aluna, no final do ano, conseguiu a aquisição da leitura/escrita e letramento (interpretação do código linguístico). Através destas intervenções, a mesma desenvolveu-se em outros aspectos como socialização, afetividade, autoestima e autoconfiança.

As pesquisas e estudos desenvolvidos durante esta última década vêm apontando para a necessidade do psicólogo ocupar-se com a individualidade dos sujeitos sem desarticulá-los de suas relações histórico-sociais. A perspectiva preventiva na atuação psicológica evidencia a superação de uma visão conservadora de promoção de adaptação. Espera-se que o Psicólogo, comprometido com as transformações sociais, evidencie as contradições entre as práticas educativas e as demandas dos sujeitos nesse contexto.

Tecendo relações entre o psicólogo escolar, a equipe interdisciplinar e a educação infantil

A intervenção neste segmento precisa focar em práticas metodológicas e atividades com as crianças, pais e familiares, em parceria com o corpo de professores da escola. A Educação Infantil precisa oferecer possibilidades de relações humanas com significado no plano afetivo para as crianças. Para que ocorra esta relação, é necessário que a mesma eduque e cuide para sair do modelo escolar empobrecido, formador exclusivo da cognição, ampliando novas possibilidades.

Desenvolvemos nas *Escolas do Amanhã* trabalhos com a família, oficinas para as crianças e trabalhos lúdicos através de temas vinculados à saúde, como a prevenção de pediculose (piolhos); atividades sobre a dengue, mostrando, através de desenhos e vídeos curtos, a necessidade dos cuidados (como evitar água parada); hábitos de higiene (procurávamos abordar com os professores e gestores da escola a implantação de hábitos de higiene como a lavagem das mãos antes e depois das refeições); Cultura da Paz (ação coletiva voltada para atitudes comportamentais de solidariedade); Antropometria (todas as crianças são pesadas e medidas); Tuberculose (foi realizada uma exposição que ilustrou sobre como evitar esta doença); Ações com professores e funcionários (solicitam atendimento da equipe interdisciplinar nos aspectos físicos e comportamentais); Observação na sala (percebemos a necessidade de cada escola, pois as demandas de temas novos vão surgindo a medida em que as relações vão acontecendo) e Abordagem comportamental (desenho livre ou direcionado através de oficinas, abordando temas como valores, *bullying*, amizade, solidariedade, família, auto-imagem, corpo e movimento).

Através destas atividades desenvolvidas pela equipe de saúde na Educação Infantil, conseguimos detectar os primeiros sinais de dificuldades nas crianças e, ao avaliarmos, era percebida a demanda. Assim, direcionávamos para o especialista da respectiva área, mas tínhamos a possibilidade de intervir junto em uma determinada situação, efetivando a interdisciplinaridade. Através do encaminhamento direcionado às famílias ou à direção (gestão), o intuito era prevenir as dificuldades e/ou acentuação da situação apresentada para que isso não interferis-

se no processo de ensino e aprendizado (aquisição da leitura e escrita, competência interpessoal e demais competências fundamentais para o desenvolvimento como sujeito integral, corpo (físico), afeto (emocional), intelecto (mental) e relacional (social)).

Metodologia

Os procedimentos metodológicos foram realizados de forma qualitativa, de cunho bibliográfico-documental. Estes se basearam na revisão e análise dos documentos referentes aos conceitos desta pesquisa, bem como no relato de experiência como psicóloga no período de novembro de 2011 a dezembro de 2012. Utilizamos como embasamento teórico para respaldar a pesquisa os seguintes estudos: Áries (1984), com os estudos sobre a História Social da criança e da família; Patto (1990), com a concepção de fracasso escolar; Rocha (2001), com a interface entre saúde e educação e Maluf (1994) com várias concepções da atuação do Psicólogo Escolar, bem como outros aportes teóricos que enriqueceram esta pesquisa na atualidade.

Resultados e discussão

Alguns projetos como o PSE têm utilizado a escola como espaço de intervenção e tentativa de mudança social, com a intenção de deslocar a visão do ensino público como lugar de produção do fracasso escolar e manutenção de políticas compensatórias. Mas, através da experiência como integrante deste projeto (PSE), pude perceber que estes contribuem de maneira focal, numa dada realidade específica, nas escolas contempladas pelo projeto. O fato de olharmos a criança, os professores, a família e a gestão como possuidores de direitos, com condições de aprender e de se cuidar, provavelmente favorecerá as condições de vida destes protagonistas envolvidos com a escola, prevenindo situações de vulnerabilidade na Educação Infantil.

Conclusão

Esta pesquisa sinalizou como o Psicólogo Escolar, como profissional que é parte integrante da equipe do *Programa Saúde nas Escolas* da Prefeitura do Rio de Janeiro, atua na educação básica, mais especificamente através do relato de experiência no Ensino Fundamental, também pontuando a importância de nos voltarmos para a Educação Infantil. Mostra-se a necessidade de conhecermos na práxis as diferentes configurações que a profissão foi tecendo ao longo do tempo e a visão de saúde mais focada em sua totalidade, como um estado de bem estar integral do sujeito envolvido no processo de cuidar. Compreende-se que o trabalho nas escolas precisa estar a serviço da integração, proporcionando a formação de indivíduos que acreditem em seu potencial e que desenvolvam a criatividade, a afetividade e a espontaneidade, que são partes fundamentais da Educação Infantil.

Referências

- ARAUJO, C. M. M. **Relações interpessoais professor-aluno: Uma nova abordagem na compreensão das dificuldades de aprendizagem**. 1995. Dissertação (Mestrado em ?). Universidade de Brasília, Brasília.
- ARIÉS, P. **A História Social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1984.
- BOFF, L. **Críticos e cuidantes**. *Jornal do Brasil*, 23 abr.2004.
- BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei 8.060/90. 3. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.
- _____. **Estatuto da criança e adolescente**. Lei Nº8. 069, de 13 de julho de 1990.
- _____. **LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Lei 9.394/96. 4.ed.Rio de Janeiro: DP&A, 2001.
- _____. Ministério da Educação e do Desporto. **Edital conjunto da SME/SMSDC nº 01/2010**.
- _____. Ministério da Educação e do Desporto. **Projeto Básico do Programa Saúde na Escola**. Portaria nº 254, de 24 de Julho de 2009.
- _____. Ministério da Educação e do Desporto. **Manual Operacional para Profissionais de Saúde e Educação – Promoção da Saúde Alimentar nas Escolas**, 2008.
- _____. Ministério da Educação e do Desporto. **Portaria nº 1.861 de 4 de Setembro de 2008**.
- _____. Ministério da Educação e do Desporto. **Decreto nº 6.286, de 5 Dezembro de 2007**.
- _____. Ministério da Educação e do Desporto. **Plano Decenal de Educação para Todos**. Brasília, 1994.
- _____. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. **Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil**. Brasília: MEC/SEF, 1998, (Vol. I, II, III).
- _____. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundswall, Declaração de Bogotá**. Brasília, 1996.
- _____. Ministério da Saúde. **Decreto Presidencial do Projeto Minha Gente**, 14 de maio de 1991.
- _____. Ministério da Saúde. **Conceitos de saúde**. *Revista promoção de saúde na escola*, n. 1, agosto de 2005.
- _____. Ministério da Saúde. **A educação que produz saúde**. Encarte da revista Nova Escola. Editora Abril, n. 174, agosto. 2004.
- _____. **Edital conjunto da SME/SMSDC, nº 01/2010**.
- CABRAL, S. R.; RIBEIRO, S. M. L. **Escola - uma estratégia de risco**. Comunicação no I Seminário Internacional Direitos Humanos - Violência e Pobreza. Rio de Janeiro: PROEAL-UERJ, 2006.
- CAMPOS, M. M. Educar e cuidar: questões sobre o perfil do Profissional de educação infantil. In: **Por uma política de formação do profissional de educação infantil**. Brasília: MEC, 1994, p.32-42.
- CURY, C. R. J. **Direito à Educação: Direito à igualdade, direito à diferença**. *Cadernos de Pesquisa*, n.116, p.245-262, jun.2002.
- CORSINO, P. **Educação Infantil - Cotidiano e políticas**. Autores Associados, 2009.

COUTINHO, M. L. **Tecendo por trás dos panos: A mulher brasileira nas relações familiares**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

DONNANGELO, C. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

FERREIRO, E. **Cultura escrita e educação: Conversas de Emilia Ferreiro com José Antonio Castorina, Daniel Goldin e Rosa María Torres**. Tradução de Ernani Rosa. Porto Alegre: Artmed, 2001.

GADOTTI, M. **Paulo Freire: uma bibliografia**. São Paulo: Cortez, Instituto Paulo Freire: Brasília, UNESCO, 1996.

_____. **História das Ideias Pedagógicas**. Série Educação. São Paulo: Ática, 1993.

LUCAS, S. **Projeto Escolas do Amanhã: Possibilidades Multiculturais?** 2011. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

KRAMER, S. **Propostas pedagógicas ou curriculares: subsídios para uma leitura crítica**. In: Currículo: Políticas e práticas. MOREIRA, A.F. (Org.). Campinas: Papyrus, 2009.

_____. **Privação cultural e educação compensatória: uma análise crítica**. Cadernos de Pesquisa. Fundação Carlos Chagas, São Paulo, ago. 1982.

_____. Direitos da criança e projeto político pedagógico de educação infantil. In: BASÍLIO, L. C.; KRAMER S. (orgs). **Infância, Educação e Direitos Humanos**. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. **A política do Pré-Escolar no Brasil: A arte do disfarce**. São Paulo: Cortez, 1994.

MACIEL, I. (Org.). **Psicologia e Educação: novos caminhos para a formação**. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2001. p.213-229.

MALUF, M.R. **Psicologia e Educação: paradoxos e horizontes de uma difícil relação**. I Congresso Nacional de Psicologia Escolar, ABRAPEE, PUCCAMP, Valinhos, S. P. ANAIS. Campinas, Átomo, 1992. p. 170-178.

MENEZES, E. Takuno.; SANTOS, T. H. "CIACs (Centros Integrados de Atendimento à Criança)" (verbete). In: **Dicionário Interativo da Educação Brasileira - EducaBrasil**. São Paulo: Midiamix Editora, 2002.

MINAYO, M. C. S. (org) et al. **Pequisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

Ministério da saúde/Ministério da Educação. **Passo a Passo PSE**. Brasília, 2011.

Ministério da saúde. **Manual Operacional para profissionais de Saúde e Educação**. Brasília, 2008.

MOREIRA, A. F.; CANDAU, V. M. **Educação escolar e cultura(s): Construindo caminhos**. Revista Brasileira de Educação. n. 23, Maio/Jun./Jul/Ago., 2003.

NÓVOA, A. **Professores: Imagens do futuro presente**. Lisboa: EDUCA, 2009.

NUNES, D. **Da Roda à Creche: Proteção e reconhecimento social da infância de 0 a 6 anos**. 2000. Tese. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

PINHEIRO, D.P.N. **A resiliência em discussão**. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 9, n. 1, p. 67-75, 2004.

ROCHA, M. L. **Educação e Saúde: Coletivização das ações e gestão participativa.** In: **Psicologia e educação: novos caminhos para a formação.** MACIEL, I. (Org.). Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2001. p.213-229.

TIRIBA, L. Pensando mais uma vez e reinventando as relações entre creche e famílias. In: **Em defesa da Educação Infantil.** Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

OSTETO, L.E. Educação Infantil: tempo e lugar de se fazer criança no mistério e na magia da experiência partilhada. In: **Tempo & lugares das infâncias: educação infantil em debate.** DELGADO, A.C.C.; MOTA, M.R.A. E ALBUQUERQUE, S.S. DE (orgs). Porto Alegre: IPPOS – Instituto Popular Porto Alegre, 2004, p. 11-20.

WEISS, M. L. L. **Psicopedagogia Clínica, uma prática diagnóstica dos problemas de aprendizagem escolar.** Rio de Janeiro: Editora Lamparina, 2012.

PATTO, M. H. S. **Psicologia e Ideologia: Reflexões sobre a Psicologia Escolar.** 1981. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

PATTO, M. H. S. **Psicologia e Ideologia: uma introdução crítica à Psicologia.** São Paulo: T.A. Queiroz, 1984.

_____. **A produção do fracasso escolar: Histórias de submissão e rebeldia.** São Paulo: T.A. Queiroz, 1990.

PEDROSA, J. L. **Educação popular em Saúde e Gestão Participativa no Sistema Único de Saúde.** Revista APS, v.11, n.3, p.303-313. jul./set.2008.

Sites:

<<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em: 16 de janeiro de 2013.

EIXO 3

1º lugar - Categoria Profissional

N-SAIPM ESQUADRA: três anos de apoio à Operação de Paz no Líbano ¹

Débora Sun Espíndola

Mariana Bairral Brito Harrison

Resumo

O afastamento da família, bem como as especificidades do trabalho isolado, entre outros aspectos, são questões características das Operações de Paz que precisam ser refletidas sob o olhar atento de profissionais do Núcleo do Serviço de Assistência Integrada ao Pessoal da Marinha - N-SAIPM², uma vez que estas situações interferem tanto na vida do militar quanto na de seus familiares. O presente trabalho tem como objetivo contribuir para orientação de psicólogos, assistentes sociais e bacharéis em Direito no apoio interdisciplinar a contingentes militares em operações de paz de forma a prevenir o surgimento ou agravamento de situações adversas, promovendo o fortalecimento na busca de soluções adequadas diante de situações de vulnerabilidades sociais, emocionais e jurídicas.

Palavras-chave: Assistência Integrada. Suporte Psicossocial. Operação de Paz. Líbano.

N-SAIPM ESQUADRA: A atuação do psicólogo na equipe interdisciplinar

O Núcleo do Serviço de Assistência Integrada ao Pessoal da Marinha na Esquadra N-SAIPM ESQUADRA tem como missão a promoção de qualidade de vida da Família Naval, de forma acolhedora, inovadora, preventiva e interdisciplinar. A noção de qualidade de vida é pulverizada cada vez mais no imaginário social como um objetivo a ser alcançado, tanto a nível individual quanto organizacional. Este desafio adquire contornos específicos em cada ambiente organizacional em função dos signos e significados compartilhados por cada cultura.

Na esfera das Organizações Militares, em especial da Marinha do Brasil, as milhas e milhas que distanciam os militares, “homens do mar”, dos Programas e Projetos do N-SAIPM ESQUADRA configuram um espaço de desafio no que tange a promoção da qualidade de vida no trabalho, na família e na sociedade.

As atividades exercidas nos navios da Esquadra são, por sua natureza, impregnadas por estressores psicossociais: confinamento, trabalho em turnos, afastamento da família e tantas

¹ Este trabalho contou com a colaboração dos seguintes Oficiais componentes da equipe do N-SAIPM ESQUADRA: 1T(RM2-T) Lidianne Pinheiro Negreiros (Assistente Social), 1T(RM2-T) Priscila Fontoura da Silva (Assistente Social), 1T(T) Rafaela Ailana Araújo de Oliveira (Assistente Social), 1T(RM2-T) Amanda Lalucha da Silva (Assistente Social) e 1T(T) Janaina Soares Prazeres Nascimento (Bacharel em Direito).

² Este serviço tem por objetivo atender, de forma integrada e em nível primário, as demandas dos militares da ativa, servidores civis e seus dependentes nas áreas de Serviço Social, Psicologia e Direito.

outras exigências profissionais. Nesse sentido, as demandas apresentadas por este público específico instigam a equipe do N-SAIPM a buscar soluções que possibilitem o desenvolvimento do potencial humano destes militares embarcados e estimular o protagonismo, na procura pelo bem-estar biopsicossocial, bem como conduzir adequadamente as políticas e ações que favoreçam esses comportamentos nas suas famílias e redes sociais de apoio.

Além das peculiaridades do trabalho embarcado descritas anteriormente, o público potencialmente assistido pelo N-SAIPM ESQUADRA descortina-se com grande diversidade: idades, origens geográficas, personalidades e histórias de vidas muito diferentes que engendram a necessidade de um trabalho interdisciplinar para dar conta das singularidades deste público. Nesse sentido, vislumbra-se a importância da atuação integrada do psicólogo nesta equipe, uma vez que sua prática profissional isolada, por mais atenta e cuidadosa que seja, representa uma visão fracionada frente as possibilidades de atendimento das demandas do público assistido. No dia-a-dia do trabalho no N-SAIPM ESQUADRA, o psicólogo deve buscar orientar sua prática profissional para o exercício da interdisciplinaridade, dialogando e cooperando com profissionais de Serviço Social e de Direito.

A referida prática será explicitada aqui na elaboração e desenvolvimento do *Projeto Minha Missão*, que realiza atividades para apoiar os militares da Marinha do Brasil designados para Missões Especiais, entendidas como aquelas que acarretam o afastamento do ambiente familiar por um período prolongado, além de estarem relacionadas a operações em locais de isolamento social ou ainda de manutenção e restabelecimento da paz (BRASIL, 2014).

Há cerca de três anos, uma nova Missão Especial passou a ser desempenhada pela Marinha do Brasil: a Força-Tarefa Marítima da Força Interina das Nações Unidas no Líbano – FTM-UNIFIL, com peculiaridades não antes vivenciadas por esta geração de militares, já que nesta missão toda a tripulação de um navio é deslocada para a área de operações, passando oito meses a bordo, exercendo atividades operativas e afastada do convívio familiar. Este cenário trouxe para equipe do N-SAIPM ESQUADRA o desafio de oferecer uma proposta inovadora que desse conta de todas as possíveis demandas psicossociais e jurídicas dos militares integrantes da missão.

Este desafio demandou uma articulação coordenada das três áreas de conhecimento disponíveis no Núcleo, de modo a rever paradigmas e criar novos dispositivos de intervenção. Assim, o Projeto Minha Missão foi reestruturado com ações específicas para atender os militares da FTM-UNIFIL e passou a ser denominado *Projeto Minha Missão – UNIFIL*.

A experiência prévia adquirida pela equipe nos trabalhos desenvolvidos em outras missões da Esquadra também foi relevante para identificar as principais contribuições de cada área profissional, transcendendo os limites e espaços de atuação individual e agregando valor à produção do trabalho interdisciplinar.

“Minha missão”: A elaboração do projeto de intervenção

Diante do desafio de aprimorar a forma de intervenção do N-SAIPM ESQUADRA para atender adequadamente as demandas singulares da FTM-UNIFIL, a equipe de psicólogos, assistentes sociais e bachareis em direito realizou reuniões periódicas com o propósito de discutir referenciais teóricos, revisar os relatórios de atividades desenvolvidas pelo N-SAIPM e co-

nhecer as características da Missão. Nas referidas reuniões foram discutidos temas como qualidade de vida no trabalho, estresse, motivação, trabalho em equipe, redes sociais de apoio, direitos e deveres dos militares, regras de engajamento da missão, vulnerabilidades jurídicas e psicoemocionais, além de aspectos relacionados à cultura, história e geografia do Líbano e as atividades que seriam desenvolvidas pelos militares. A partir daí foi possível identificar os estressores psicossociais inerentes à missão e começar a articular idéias para apoiar os militares e suas famílias.

À luz destas considerações, a equipe identificou como imperativo a realização de atividades socioeducativas que pudessem oferecer recursos para que o militar e sua família desenvolvessem a autoeficácia na identificação dos estímulos estressores, bem como na adoção de estratégias adaptativas de enfrentamento das dificuldades. Tais ações foram concebidas de modo a estimular a autoestima, motivação, administração e controle do estresse e/ou ansiedade, o fortalecimento dos relacionamentos interpessoais e desenvolvimento de inteligência emocional, corroborando com a missão do N-SAIPM, que privilegia a expansão de atividades preventivas, bem como a diminuição da necessidade de atendimentos curativos, já que acreditamos ser a atenção primária a melhor forma de impulsionar a qualidade de vida.

Qualidade de vida no trabalho e as nuances do ambiente MILITAR – Uma direção para a prática profissional

O mundo do trabalho hoje configura-se em um contexto de inúmeras transformações sociais, políticas e econômicas que inevitavelmente produzem reflexos no comportamento e relacionamentos humanos. A era da informação vem acompanhada de formas de adoecer contemporâneas em função das novas exigências psicossociais pulverizadas no mundo globalizado. O estresse, conhecido no senso comum como o mal do século, habita diariamente as relações de trabalho na medida em que as exigências afetadas a este crescem em medida inversamente proporcional ao tempo disponível e dedicado a outros espaços da vida pessoal. A literatura científica veicula resultados que mostram aumentos significativos dos índices de absenteísmo, de acidentes, das doenças do trabalho e de licenças-saúde nas organizações públicas. Neste cenário, fala-se muito de políticas relacionadas à promoção de qualidade de vida como alternativa para minimizar as dificuldades psicossociais inerentes ao trabalho, aumentando consequentemente o desempenho profissional e a produtividade (LIMONGI-FRANÇA, 2010).

A importância desta temática, muito vinculada como uma resposta às pressões da vida moderna, tem adquirido contornos específicos nos ambientes organizacionais em função dos valores, crenças e mitos organizacionais. Afinal, propor ações de promoção da qualidade de vida, de forma aleatória, sem realizar um diagnóstico situacional das dificuldades psicossociais inerentes à organização e à especificidade do público potencialmente assistido, acaba por se tornar uma reprodução acrítica de modelos que só fazem corroborar a noção de qualidade de vida no trabalho como um modismo pós-industrial, sem resultados significativos para o bem-estar biopsicossocial. Como sugere Limongi-França (2010), “as demandas de qualidade de vida não são aleatórias. Elas pressupõem necessidades a serem atendidas no sentido da preservação pessoal e da sobrevivência da espécie” (LIMONGI-FRANÇA, 2010, p.23).

As definições de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) permeiam as noções de saúde, segurança, motivação, lazer, entre tantas outras, gerando dúvidas e confusões quando se fala na

elaboração de programas de promoção da qualidade de vida. Limongi-França (2010) ressalta que, invariavelmente,

a maioria desses caminhos leva à discussão das condições de vida e bem-estar de pessoas, grupos, comunidades e até mesmo do planeta inteiro e de sua inserção no universo. Na verdade, a base da discussão sobre o conceito de qualidade de vida encerra escolhas de bem-estar e percepção do que pode ser feito para atender as expectativas criadas tanto por gestores como por usuários das ações de QVT nas empresas. (LIMONGI-FRANÇA, 2010, p.24)

Alicerçados nesta perspectiva, compreendemos que o conceito de QVT pode ser entendido como um equilíbrio entre trabalho e outras esferas da vida sob o olhar do papel social da organização e da importância de se conciliar produtividade com qualidade de vida para a promoção do bem-estar biopsicossocial. Do ponto de vista da organização militar, a importância do tema QVT se inscreve numa perspectiva de enfrentamento dos problemas presentes no cotidiano dos ambientes de trabalho, que colocam a qualidade de vida como uma real necessidade.

Nesse sentido, vislumbramos como imperativo um mapeamento da realidade psicossocial do público potencialmente assistido, de modo a atender as suas necessidades específicas nas diferentes esferas da vida. Fundamentado em uma ação interdisciplinar, em um diálogo de intervenções da Psicologia, do Direito e do Serviço Social, e respaldado pelos Programas e Normas contidos na DGPM-501³, o N-SAIPM ESQUADRA, sob a égide da interdisciplinaridade, desenvolveu um projeto para abranger a complexidade do universo de intervenção do militares designados para Missões Especiais.

Munidos de dados, informações e indicadores que possibilitem desvendar as situações vivenciadas pelos sujeitos em sua integralidade, acreditamos melhor atender as demandas impostas desenvolvendo um trabalho desenhado nos moldes das necessidades dos usuários, de modo a trazer benefícios significativos para qualidade de vida no trabalho, na família e na sociedade, permitindo um equilíbrio saudável entre o trabalho e os demais aspectos da vida pessoal. Nesse sentido, Zanelli, Silva e Soares (2010), em uma análise dos significados do trabalho, sugerem que

embora não seja comum, é possível compatibilizar as demandas profissionais e pessoais, desde que existam nas organizações cultura e consequentes estruturas de apoio compatíveis, que verdadeiramente incentivem e não punam as demandas por atenção a aspectos importantes da vida pessoal dos trabalhadores (ZANELLI; SILVA; SOARES, 2010, p. 36).

Para isso faz-se necessário imprimir uma mudança de paradigma, não somente nas Organizações Militares como na sociedade como um todo, onde o trabalho deixe de ser visto como um fardo doloroso ou “fonte de exploração e deterioração da qualidade de vida”, mas passa a ser observado como um esforço desprendido para a busca de realizações (ZANELLI; SILVA; SOARES, 2010, p.21).

Sob o olhar da psicodinâmica do trabalho, esta mudança de paradigma pode ser traduzida em estratégias de enfrentamento que permitam aos sujeitos trabalhadores ressignificar o sofrimento associado ao trabalho. No âmbito da organização militar, imprimir estratégias de pro-

³ Publicação que rege a intervenção dos profissionais que compõem os Núcleos de Assistência Integrada ao Pessoal da Marinha.

moção de qualidade de vida e prevenção de estresse implica necessariamente no fortalecimento do sujeito trabalhador diante dos modos patologizantes da organização do trabalho, bem como dos riscos psicossociais inerentes as atividades laborativas, uma vez que, neste cenário, a cultura organizacional, hierarquizada e consolidada não nos permite movimentos mais significativos no que tange à mudança no modo de organização do trabalho (TAMAYO, 2008).

Considerando, segundo Dejours, citado por Zanelli, Borges-Andrade e Bastos (2004), o sofrimento como inerente ao processo de trabalho, direcionamos nossas ações no sentido de identificar as dificuldades psicossociais deste processo, bem como as estratégias individuais desprendidas para o confronto com a organização, que influenciam diretamente a forma como o sujeito trabalhador se relaciona com os fenômenos do trabalho, mobilizando estratégias defensivas que podem potencializar o sofrimento e o adoecimento ou permear uma relação saudável e criativa. Privilegiando os aspectos subjetivos, buscamos nas nossas práticas dar voz ao sujeito que, por meio de sua percepção subjetiva, permite-nos descortinar as questões potencialmente patologizantes na realidade psicossocial dos militares embarcados em Missões Especiais de modo a criar e legitimar ações que promovam, em todo seu escopo, a qualidade de vida da Família Naval (ZANELLI; SILVA; SOARES, 2004).

Operações de Paz - A FTM-UNIFIL

As Operações de Paz das Nações Unidas são um instrumento dinâmico desenvolvido para apoiar os países devastados por conflitos, criando condições propícias para o restabelecimento da paz, de forma permanente e duradoura (FAGANELLO, 2013). Os delineamentos e arranjos no cenário mundial ensejam o surgimento de novos conflitos políticos, étnicos, religiosos e culturais, que exigem da Organização das Nações Unidas (ONU) um esforço diferenciado na concepção das missões de paz. Estas configuram-se com ações de manutenção de paz e segurança, facilitação do processo político, proteção de civis, promoção dos direitos humanos, auxílio em processos de desarmamento, desmobilização e reintegração das tropas às suas Forças originais, entre outras ações, denotando a complexidade de suas intervenções (FAGANELLO, 2013).

Uma das missões de paz concebida pela ONU é a Força Interina das Nações Unidas no Líbano (UNIFIL), criada em 1978, em função da existência de uma série de conflitos na fronteira entre o Líbano e Israel. Esta missão teve como propósito monitorar a retirada das tropas de Israel do Sul do Líbano, restaurar a paz, a segurança internacional e garantir a soberania do governo libanês na área sul (GALANTE, 2014⁴).

Em 2006, em meio ao surgimento de tensões entre o Líbano e Israel e após solicitação do governo libanês, foi criada a Força Tarefa Marítima (FTM), conhecida como o “braço naval” da UNIFIL, com os objetivos de garantir a soberania do Líbano em suas águas territoriais e auxiliar no treinamento da Marinha Libanesa. O Brasil participa da UNIFIL desde 2011 com a assunção do Comando da FTM. Atualmente a FTM-UNIFIL é Comandada por um Almirante brasileiro e conta com a participação de navios de várias nacionalidades, sendo dois alemães, dois de Bangladesh, um da Grécia, um da Turquia e um navio brasileiro, capitânia⁵ da FTM. (unifil.unmissions.org, tradução nossa)

⁴ Disponível em: <<http://www.naval.com.br/blog/2014/08/18/fragata-constituicao-e-a-nova-nau-capitania-da-unifil/>>.

⁵ Navio capitânia é o principal navio da força, que abriga o comando.

Esta missão, que é uma das mais longas da Marinha do Brasil, engendra no cenário mundial o compromisso do Estado Brasileiro com a manutenção da paz e reforça a magnitude desta Força Armada. (SALLES, 2011 ⁶)

Cada navio brasileiro permanece na área de operações por cerca de seis meses, intercalando uma média de dez dias de patrulha nas águas territoriais libanesas com períodos de três dias de descanso e eventuais reparos no porto de Beirute. Os militares brasileiros ficam a bordo do navio e, nos períodos de porto, sua liberdade de movimentos é determinada pelo nível de segurança oferecido pela cidade.

Nesta missão os nossos “marinheiros”, investidos do capacete azul⁷, são submetidos às diretrizes da ONU que estabelece os direitos e deveres das forças militares que compõem o contingente no país anfitrião. Soma-se à essas diretrizes a responsabilidade e o comprometimento com a missão, já inerentes ao espírito marinheiro, mas que precisa se adaptar às nuances específicas das novas tarefas, com a exigência de agirem sempre dentro dos mais altos padrões de integridade e conduta, além do peso da confiança depositada pela população local em suas ações. Sob este aspecto, vale ressaltar a necessidade de se respeitar os costumes, tradições e leis locais, que por se tratar de um país árabe, já traz inúmeras diferenças dos costumes brasileiros. (FAGANELLO, 2013)

Além disso, como sugere Annan (2012) “a sociedade libanesa é uma das mais complexas do mundo. A cada momento, sua estabilidade pode estar sendo preservada ou ameaçada – ou ambas as coisas – pelas intrincadas variações religiosas e regionais”. Tais aspectos engendram aos nossos marinheiros novos desafios no que tange à necessidade de adaptação ao trabalho, em um cenário não familiar e repleto de contrastes. (ANNAN, 2012, p.313)

Sendo assim, os desafios da participação nesta missão vão desde a diferença de língua e cultura, até a constante instabilidade na região e a necessidade de todo um aporte logístico para manter o navio e a tripulação de militares a milhas de distância do Território Nacional, cumprindo a missão que lhes foi confiada.

Percebe-se com isso, que é exigido dos “capacetes azuis” um automonitoramento de suas ações, uma estabilidade emocional e uma alta capacidade de adaptação às situações nunca antes vivenciadas, abdicando, muitas vezes, de suas próprias necessidades para desempenhar o papel que lhes foi designado, tendo em vista a importância das missões de paz para a humanidade e os benefícios trazidos para a estabilidade mundial.

“Minha Missão - UNIFIL”: resultado da articulação de uma equipe interdisciplinar.

As atividades do Projeto “Minha Missão – UNIFIL” foram operacionalizadas em três fases distintas, a saber: *preparação, acompanhamento e retorno*.

⁶ Disponível em: <<http://www.alide.com.br/joomla/component/content/article/75-extra/2708-fragata-uniao-na-unifil-a-maior-car-tada-geopolitica-do-brasil-nas-ultimas-decadas>>.

⁷ O capacete azul faz parte do uniforme utilizado pelos militares membros de contingentes nas missões de paz. Por conta disso, estes são popularmente denominados ‘capacetes azuis’. (FAGANELLO, 2013)

A *preparação* ocorre nos três meses que precedem o afastamento do militar. Nesta fase, a equipe do N-Saipm reúne os militares e seus familiares, em pequenos grupos, com o propósito de promover uma reflexão sobre as questões sociais, psicológicas e jurídicas inerentes ao afastamento do militar de seu ambiente social por um período prolongado, buscando identificar os aspectos que demandam ação ou cuidado especial e prevenir o surgimento ou agravamento de situações adversas. Também é verificada a dinâmica de funcionamento familiar e a rede de apoio social existente para auxiliar a família em suas necessidades.

As atividades são desenvolvidas por assistentes sociais, psicólogos e bacharéis em Direito, com a duração de aproximadamente uma hora e meia, utilizando técnicas grupais, com a realização de palestras e trabalho vivencial com foco motivacional e no relacionamento interpessoal, utilizando recursos audiovisuais, dinâmicas de grupo e debates de filmes.

O encontro tem como instrumento de apoio uma cartilha, desenvolvida pela equipe do N-Saipm ESQUADRA, que aborda as providências a serem tomadas pela família antes da missão, a preparação de documentos, planejamento financeiro, dúvidas frequentes sobre a missão, gerenciamento do estresse e os recursos institucionais disponíveis para auxiliar a família. Também são abordados temas relacionados à adaptação do militar às características da missão, a importância do trabalho em equipe e da comunicação interpessoal.

A Fase de *acompanhamento* ocorre durante o período de afastamento do militar. Esta fase contempla duas atividades: apoio aos familiares e o N-Saipm Itinerante. O apoio é realizado através de contato telefônico com os familiares durante o período da missão, bem como com a realização de encontros de familiares, de acordo com a demanda de cada missão, onde são realizadas atividades abordando a qualidade de vida e o estresse, visando agir de forma preventiva em situações adversas possíveis de ocorrer durante a ausência do militar, além de possibilitar a formação de redes sociais de apoio entre as famílias e vínculos de confiança com os profissionais do N-Saipm. São realizados, também, atendimentos individuais e acompanhamento de casos específicos que exijam tal abordagem, por meio de plantão de atendimento diário, com disponibilidade de todas as assistências envolvidas no projeto.

Para realizar o N-Saipm Itinerante, a equipe do Núcleo compõe a tripulação da Viagem de Manutenção em apoio ao Contingente da Força de Paz Brasileira no Líbano, apoiando a tripulação do navio no local da missão, com intuito de realizar um trabalho preventivo através de palestras socioeducativas e técnicas de dinâmica de grupo, além do atendimento individual nas áreas de Serviço Social, Psicologia e Direito, quando se fizer necessário. As palestras trabalham temas como motivação, gerenciamento do estresse, prevenção à dependência química, comunicação interpessoal, trabalho em equipe, educação financeira e compulsões, com a duração de, aproximadamente, uma hora. Além destes temas, as demandas do navio visitado são analisadas de modo a desenvolver novas atividades, visando atender às necessidades do público-alvo. Para tal, é realizada uma pesquisa de campo prévia, aliando técnicas qualitativas e quantitativas na coleta e análise dos dados, por meio da aplicação de um questionário semi-estruturado, abordando temas como: nível de satisfação no trabalho, mudanças de comportamento apresentadas durante a missão, o relacionamento entre os militares, o principal aspecto positivo da missão, dentre outros. O questionário é disponibilizado aos militares, via intranet, um mês antes da equipe visitar a área para a qual os militares foram designados.

Nas diferentes abordagens metodológicas desenvolvidas no N-Saipm Itinerante (levantamento psicossocial, atividade em grupo e atendimento individual), a equipe do N-Saipm atua

como facilitadora das relações da tripulação com seu meio ambiente (relações profissionais e extraprofissionais), podendo auxiliá-los na construção de um planejamento mais otimizado nos aspectos do dia a dia e também no fortalecimento psicoemocional para a vivência da situação de embarque em missão de longa duração.

A fase de *retorno*, que ocorre ao término da missão, tem o intuito de avaliar as atividades desenvolvidas anteriormente, bem como o impacto psicossocial da vivência da missão tanto para o militar quanto para suas famílias. Além disso, são transmitidas novas orientações e realizados os encaminhamentos que se fizerem necessários, visto as demandas identificadas.

O trabalho se inicia com uma atividade com os militares denominada “refamiliarizando”. Trata-se de uma palestra abordando as dificuldades que estes poderão vivenciar com o retorno aos seus lares, já que estiveram afastados por um período prolongado e precisarão se reinserir na dinâmica familiar. Tal atividade é realizada, pela equipe do N-SAIPM ESQUADRA, a bordo do navio, no último trecho de regresso da missão.

Além disso, são realizadas reuniões em grupo, após atracação do navio no porto brasileiro, com os militares acompanhados do familiar que participou da preparação: contribuindo com suas experiências e aprendizados, os participantes ajudam a aperfeiçoar as intervenções da equipe. Esta atividade tem a duração de aproximadamente uma hora e meia: são utilizadas técnicas grupais, com a realização de uma palestra, trabalho vivencial e aplicação de um questionário semi-estruturado.

Em cada etapa realizada, bem como ao final de cada missão, são realizadas reuniões de equipe e analisados os registros de campo, mapas estatísticos e relatórios, que funcionam como instrumentos de controle e acompanhamento das atividades, de modo a verificar a eficácia do projeto no que tange à metodologia de ação, abrangência, bem como o alcance dos objetivos vislumbrados, possibilitando um aperfeiçoamento constante das ações de modo a atender às expectativas e necessidades do público assistido.

Considerações finais

No dia 14 de novembro de 2011, o primeiro navio da Marinha do Brasil foi incorporado a uma missão de paz das Nações Unidas, fato marcante para a história da Força que contribuiu para elevar o nome do Brasil no cenário internacional. O caráter multidimensional das atuais missões de paz sugere a necessidade de conhecimento profissional específico para a preparação do contingente, tanto a nível operacional quanto logístico, bem como na sua desmobilização após a missão, fazendo com que o trabalho da Marinha do Brasil vá além das águas libanesas. Neste complexo cenário é que se insere a atividade do psicólogo, na equipe interdisciplinar do N-SAIPM ESQUADRA, desenvolvendo um projeto de intervenção que realiza atividades desde a preparação, como também o suporte psicossocial durante e após o retorno da missão, transmitindo aos militares brasileiros a segurança e tranquilidade necessárias ao exercício profissional.

O diferencial deste trabalho é marcado pela atuação conjunta de psicólogos, assistentes sociais e bacharéis em direito que, além de mapear todas as dificuldades inerentes à missão, conseguem elaborar diretrizes para atuação destas áreas tanto no apoio ao militar quanto aos seus familiares.

É notória a motivação existente nos militares para essas missões, que representam uma experiência de vida singular e uma possibilidade de desenvolver suas atividades em situação real, além dos adicionais recursos financeiros. Tais aspectos também fazem com que a família se envolva no processo e esteja motivada junto com o militar, colaborando positivamente na preparação e desenvolvimento da missão.

Ainda assim, muitos estímulos estressores são inerentes a esta atividade e, se não observados sob olhar atento e cuidadoso dos profissionais da Assistência Integrada, podem trazer inúmeros prejuízos a nível individual e organizacional.

Nos estudos da equipe interdisciplinar do N-SAIPM ESQUADRA, observou-se que a vida compartilhada vinte e quatro horas por dia, sem mesmo uma demarcação simbólica entre o público, representativo do trabalho e o privado, da vida pessoal, faz da convivência forçada um estímulo ao espírito marinho e à criação de estruturas mentais que favoreçam a adaptação, na medida em que os laços de companheirismo e “camaradagem” podem funcionar, em um ambiente de confinamento, como substitutivos do suporte familiar. Apoiando e sendo apoiado pelo companheiro de trabalho, o militar pode canalizar seus recursos pessoais para enfrentar as dificuldades da “vida de bordo”. Adaptado a um sistema de regras fortemente instituído, sob uma gestão militar, estes servidores não apresentam queixas quanto à rigidez de horários ou turnos de serviço. Ainda assim, apesar das estratégias mentais adaptativas, mostram-se significativamente carentes do suporte familiar e social.

A ocorrência de eventos importantes durante a missão, como nascimento de filhos, separações e falecimento de entes queridos, o isolamento geográfico de suportes psicossociais, a perda de relacionamentos significativos e estabelecimento de novos relacionamentos, a preocupação com as famílias, são aspectos que precisam ser trabalhados, de modo a não prejudicar o desempenho do militar em missão e preservar seu bem estar biopsicossocial, pois estes eventos podem representar estressores psicossociais para muitos deles. Acresce-se a isso o fato de os referidos estressores permanecerem presentes por um longo período, podendo desencadear reações negativas, uma vez que o estresse é cumulativo e a exposição prolongada a estímulos estressores exige um esforço de adaptação constante, que, na maioria dos casos, leva a uma sobrecarga do organismo e ao surgimento de sintomas psicoemocionais e psicossomáticos.

Por outro lado, a família, que precisa reorganizar sua dinâmica de funcionamento, também sofre com a falta de informações precisas, com a dificuldade de comunicação com o militar, o excesso de responsabilidade com filhos, orçamento e tarefas domésticas.

Diante deste cenário, as ações do projeto “Minha Missão – UNIFIL” foram delineadas para fortalecer emocionalmente os militares e seus familiares e auxiliá-los na construção de um protagonismo diante de situações de vulnerabilidades sociais, emocionais e jurídicas, além de disponibilizar o apoio de uma equipe interdisciplinar para orientações e atendimentos que se fizerem necessários. Aproveitando os aspectos positivos da missão, apontados pelos militares, os profissionais atuam para auxiliá-los no alcance de suas metas, já que a conquista dos objetivos pretendidos pode funcionar como estímulo à motivação e à adoção de estratégias adaptativas diante das dificuldades inerentes à missão.

Há três anos, este trabalho vem sendo realizado e as demandas do público assistido foram atendidas, desde pequenos auxílios em problemas bancários, a atendimentos psicológicos e apoio para problemas de saúde na família. Toda a logística de apoio estruturada para o mili-

tar em missão, norteadas entre outros conceitos teóricos pela noção de interdisciplinaridade, descortina uma atuação diferenciada do psicólogo no trabalho de apoio às Missões de Paz. Em especial na Marinha do Brasil, o trabalho pioneiro do N-Saipm ESQUADRA ampliou as possibilidades de atuação da Assistência Integrada junto aos militares: sabendo que suas famílias são apoiadas, estes homens do mar dedicam alguns meses de suas vidas para patrulhar os mares e garantir o acesso humanitário às populações civis no Líbano, certos do retorno ao lar e do orgulho da missão cumprida.

Vale salientar que, não se pretende, com o projeto aqui descrito, estabelecer diretrizes rígidas que engessam o saber profissional mas, ao contrário, suscitar um espaço de troca que inspire novos esforços científicos na busca incessante do aprimoramento dos serviços de apoio às Missões de Paz.

A utilização sistemática dos instrumentos de acompanhamento e controle denotam o alcance dos objetivos do projeto em lide. Alguns indicadores como o aumento do nível de satisfação do público assistido com o serviço do N-Saipm ESQUADRA e a necessidade, cada vez menor, de intervenções curativas sugerem que as atividades estão na direção certa e que o trabalho interdisciplinar tende a produzir resultados cada vez mais inspiradores.

Cabe acrescentar que muito do sucesso nas missões deve ser creditado à excelência dos militares que a compõem. O profissionalismo e a retidão nas atitudes é o que diferencia o militar brasileiro e o sucesso no cumprimento dessas missões colabora significativamente para a exposição positiva do Brasil no cenário mundial. Por isso, o militar e sua família, razão de ser do N-Saipm, têm sido assistidos e acolhidos de forma tão cuidadosa.

Mas, as atividades profissionais do psicólogo militar, inserido em uma equipe interdisciplinar não se encerram aqui. Para fazer frente aos novos desafios decorrentes da Política Externa Brasileira dos últimos anos, a Marinha do Brasil vem se adaptando às suas novas competências: alguns especialistas dizem que o uso político das forças armadas tem ganhado cada vez mais importância tanto no cenário interno, com as operações de garantia da lei e da ordem, como no internacional, com as participações bem sucedidas nas operações de paz das Nações Unidas no Haiti e com o Comando da primeira Força Naval no Líbano.

Diante deste cenário, o trabalho do N-Saipm ESQUADRA, que antes se delineava no território nacional, terá, cada vez mais, uma nova amplitude geográfica: com a aquisição de novas tecnologias e a construção do submarino de propulsão nuclear, a Marinha do Brasil assume um novo patamar no palco internacional e isto implica em missões mais longas e sugere uma readaptação tanto do militar quanto de sua família a essas novas competências da Força.

Não se pretende, dialogar sobre cada um destes desafios, uma vez que isto implicaria em análises mais detalhadas e por demais densas para serem abordadas em um único estudo, mas, certamente, estas questões inspiram novos esforços científicos sobre o trabalho do psicólogo em equipe interdisciplinar, contribuindo com um conhecimento técnico especializado e colaborando no desenvolvimento de atividades que auxiliem no cumprimento de missões cada vez mais complexas e relevantes para a Nação Brasileira.

Referências

- ANNAN, K. A. **Intervenções: uma vida de guerra e paz**. 1ª Ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.
- ALVARENGA, A. T. de. **A transdisciplinaridade como crítica e resposta ao paradigma simplificado da ciência moderna**. Saude soc., Dez 2005, vol.14, no.3, p.5-8.
- BRASIL, Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha. **Normas sobre a Assistência Integrada na Marinha do Brasil – DGPM-501**. 6ª Rev. Rio de Janeiro: DASM, 2014.
- BRASIL, Ministério da Defesa. **Manual de Operações de Paz**. 3ª Ed. Brasília: Ministério da Defesa, 2013.
- CASTANHO, A. M. C. **Stress e Sintomas de Stress Pós Traumático – APSP nas Missões Internacionais**. Tese (Mestrado em Psicologia Clínica e de Saúde). Instituto Piaget Campus Universitário de Almada Instituto Superior de Estudos Interculturais e Transdisciplinares. Portugal, 2009. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/teses/textos/TE0002.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2014.
- FAGANELLO, P. L. F. **Operações de manutenção da paz da ONU: de que forma os direitos humanos revolucionaram a principal ferramenta internacional da paz**. Brasília: FUNAG, 2013.
- GALANTE, A. **Fragata ‘Constituição’ é a nova nau capitânia da UNIFIL**. Poder Naval. Disponível em: <<http://www.naval.com.br/blog/2014/08/18/fragata-constituicao-e-a-nova-nau-capitania-da-unifil/>>. Acesso em: 19 ago. 2014
- GOULART, F.R. **Motivação para o combate**. Military Review, v. maio-junho, p. 75-79, 2005.
- IRIBARRY, I. N. **Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe**. Psicologia Reflexão e Crítica., Porto Alegre, vol.16, n.3, p.483-490, 2003.
- LEITE, R. M. S. C. **Bandeirantes do mar: a identidade dos trabalhadores das plataformas de petróleo**. 1ª Ed. Niterói: Intertexto, 2009.
- LIMONGE-FRANÇA, A. C. **Qualidade de vida no trabalho – QVT: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial**. 2ª Ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Cecília (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994. p. 9-29.
- NOBRE, E. B. **Ser Militar**. Revista Psicologia em Destaque, 2011 Ano 01, no. 01, p. 58-63. Disponível em: <<http://www.mar.mil.br/sspm/pdf/artigo14.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2014.
- ROBBINS, S. TIMOTHY, A. JUDGE, F. S. **Comportamento Organizacional**. Tradução Rita de Cássia Gomes. 14ª Ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2010.
- SALLES, F. **Fragata União na UNIFIL: a maior cartada geopolítica do Brasil nas últimas décadas**. Base Militar Wrb Magazine. Disponível em: <<http://www.alide.com.br/joomla/component/content/article/75-extra/2708-fragata-uniao-na-unifil-a-maior-cartada-geopolitica-do-brasil-nas-ultimas-decadas>>. Acesso em: 17 ago. 2014.
- SCHINCARIOL, M. F. **Suporte psicossocial a familiares de militares durante operação de manutenção de paz**. *Psicologia: Teoria e Prática*, 2001, vol.3, no.2, p.37-45.
- SPECTOR, P. E. **Psicologia nas Organizações**. 2ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2005

TAMAYO, A. **Estresse e cultura organizacional**. 1ª Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo: All Books, 2008.

ONU. **Maritime Task Force**. UNIFIL – United Nations Interim Force in Lebanon. Disponível em: <<http://unifil.unmissions.org/Default.aspx?tabid=11584&language=en-US>>. Acesso em: 17 ago. 2014

ZANELLI, J. C. BORGES-ANDRADE, J. E. BASTOS, A. V. B. (Org.). **Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ZANELLI, J. C. SILVA, N. SOARES, D. H. P. **Orientação para aposentadoria nas organizações de trabalho**. Porto Alegre: Artmed, 2010

Pareceristas

Adriana Rosa Cruz Santos (CRP 05/20034)

Ariadna Patricia Estevez Alvarez (CRP 05/34967)

Ana Paula Correa e Silva (CRP 05/21403)

Ana Tereza Camasmie (CRP 05/16493)

Carlos Henrique Martins Teixeira (CRP 05/31417)

Crisostomo Lima do Nascimento (CRP 05/28878)

Gabriela Bastos Soares (CRP 05/21376)

Heloisa Helena Ferraz Ayres (CRP 05/4822)

João Delfim de Aguiar Nadaes (CRP 05/12202)

Jurema Barros Dantas (CRP 05/28879)

Lígia Cláudia Gomes de Souza (CRP 05/17704)

Marcia Cristina Estarque Pinheiro Da Silva (CRP 05/17721)

Marcia Oliveira Moraes

Maria Alice Lustosa de Abreu (CRP 05/1719)

Maria Cristina Fontes Urrutigaray (CRP 05/3893)

Maria Paula Cerqueira Gomes (CRP 05/14485)

Paula Land Curi (CRP 05/20409)

Paulo Eduardo Viana Vidal (CRP 05/9913)

Priscila Pires Alves (CRP 05/19967)

XIV Plenário do CRP-RJ

Ágnes Cristina da Silva Pala (CRP 05/32409) - Conselheira efetiva
Alexandre Nabor Mathias França (CRP 05/32345) - Conselheiro efetivo
Alexandre Trzan Ávila (CRP 05/35809) - Conselheiro efetivo
Analícia Martins de Souza (CRP 05/31168) - Conselheira efetiva de 27/09/2013 a 27/06/2014
André Souza Martins (CRP 05/33917) - Conselheiro suplente
Andris Cardoso Tiburcio (CRP 05/17427) - Conselheira suplente
Claudia Simões Carvalho (CRP 05/30182) - Conselheira efetiva
Cristiano Rodrigues de Freitas (CRP 05/30640) - Conselheiro efetivo de 27/09/2013 a 24/01/2014
Denise da Silva Gomes (CRP 05/41189) - Conselheira suplente
Fátima dos Santos Siqueira Pessanha (CRP 05/9138) - Conselheira suplente
Janaina Sant'Anna Barros da Silva (CRP 05/17875) - Conselheira efetiva
Janne Calhau Mourão (CRP 05/1608) - Conselheira efetiva
José Henrique Lobato Vianna (CRP 05/18767) - Conselheiro suplente
José Novaes (CRP 05/980) - Conselheiro efetivo
Juliana Gomes da Silva (CRP 05/41667) - Conselheira suplente
Juraci Brito da Silva (CRP 05/28409) - Conselheiro efetivo
Luciana Affonso Gonçalves (CRP 05/12614) - Conselheira suplente
Luciana Vanzan da Silva (CRP 05/ 35832) - Conselheira efetiva de 27/09/2013 a 27/03/2014
Marcia Ferreira Amendola (CRP 05/24729) - Conselheira efetiva
Maria da Conceição Nascimento (CRP 05/26929) - Conselheira efetiva
Maria Helena do Rego Monteiro De Abreu (CRP 05/24180) - Conselheira efetiva
Marilia Alvares Lessa (CRP 05/1773) - Conselheira efetiva
Maurílio Machado Marchi (CRP 05/7592) - Conselheiro efetivo de 27/09/2013 a 13/03/2015
Neide Regina Sampaio Ruffeil (CRP 05/26238) - Conselheira efetiva de 27/09/2013 a 27/02/2015
Patrick Sampaio Braga Alonso (CRP 05/32004) - Conselheira suplente
Priscila Gomes Bastos (CRP 05/33804) - Conselheira efetiva
Rodrigo Acioli Moura (CRP 05/33761) - Conselheiro efetivo
Simone Garcia da Silva (CRP 05/40084) - Conselheira efetiva
Vanda Vasconcelos Moreira (CRP 05/6065) - Conselheira suplente
Viviane Siqueira Martins (CRP 05/32170) - Conselheira suplente

**Rio de Janeiro
2015**



Conselho Regional de Psicologia
do Rio de Janeiro