

FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA

PRÁTICAS COMPROMETIDAS COM A COMUNIDADE

LUCIANA CARLA DOS SANTOS ELIAS
CLARISSA MENDONÇA CORRADI-WEBSTER
ERIKA ARANTES DE OLIVEIRA-CARDOSO
SYLVIA DOMINGOS BARRERA
MANOEL ANTONIO DOS SANTOS
(ORGANIZADORES)

SBP
SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA

FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA:

PRÁTICAS COMPROMETIDAS COM A COMUNIDADE



LUCIANA CARLA DOS SANTOS ELIAS
CLARISSA MENDONÇA CORRADI-WEBSTER
ERIKA ARANTES DE OLIVEIRA-CARDOSO
SYLVIA DOMINGOS BARRERA
MANOEL ANTONIO DOS SANTOS
(ORGANIZADORES)

SBP
SOCIEDADE BRASILEIRA DE
PSICOLOGIA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

CENTRO DE PESQUISA E PSICOLOGIA APLICADA – CPA

REITOR
Vahan Agopyan

VICE-REITOR
Antonio Carlos Hernandes

DIRETOR
Prof. Dr. Pietro Ciancaglini

VICE-DIRETOR
Prof. Dr. Marcelo Mulato

CHEFE DO DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
Prof. Dr. Sebastião de Sousa Almeida

VICE-CHEFE DO DEPARTAMENTO DE PSICOGIA
Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos

PRESIDENTE DO CPA
Profa. Dra. Luciana Carla dos Santos Elias

VICE-PRESIDENTE DO CPA
Profa. Dra. Clarissa Mendonça Corradi-Webster

MEMBROS DO CPA
Profa. Dra. Profa. Dra. Carmen Lucia Cardoso
Profa. Dra. Carla Guanaes-Lorenzi
Profa. Dra. Sylvia Domingos Barrera
Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos
Profa. Dra. Marina Greghi Sticca
Profa. Dra. Thais Zerbini
Psic. Dra. Érika Arantes de Oliveira-Cardoso
Psic. Dra. Fernanda Kimie Tavares Mishima-Gomes

COMISSÃO EDITORIAL
Associação Brasileira de Psicologia (SBP)

Presidente
Deisy das Graças de Souza
Vice-Presidente
Ricardo Gorayeb

Conselho Editorial
Andreia Schmidt (USP)
Brigido Vizeu Camargo (UFSC)
Deisy das Graças de Souza (UFSCar)
Ederaldo José Lopes (UFU)
Isaías Pessotti (USP)
João Cláudio Todorov (UnB)
José Aparecido da Silva (USP)
José Lino de Oliveira Bueno (USP)
Maria Martha Costa Hubner (USP)
Marilene Proença Rebello de Souza (USP)
Maycoln Leôni Martins Teodoro (UFMG)
Olavo de Faria Galvão (UFPA)
Paula Inez Cunha Gomide (Universidade Tuiuti)
Ricardo Gorayeb (USP)
Ronaldo Pilati (UnB)
Silvia Helena Koller (UFRGS)

DIAGRAMAÇÃO
Ronie Charles Ferreira de Andrade
Cristiana Nelise de Paula Araujo

FINALIZAÇÃO
Natália Feitosa de Oliveira

FICHA CATALOGRÁFICA

Formação profissional em psicologia: práticas comprometidas com a comunidade / Luciana Carla dos Santos Elias... [et al.] (organizadores). – Ribeirão Preto : Sociedade Brasileira de Psicologia, 2018.
E-book
ISBN: 978-85-61272-02-9
1. Psicologia : Aspectos profissionais. I. Elias, Luciana Carla dos Santos II. Corradi-Webster, Clarissa Mendonça. III. Barrera, Sylvia Domingos. IV. Oliveira-Cardoso, Érika Arantes de. V. Santos, Manoel Antônio dos. VI. Título: práticas comprometidas com a comunidade.
CDU 159.9

Sociedade Brasileira de Psicologia – SBP
Av. Prof. Dr. João Fiúsa, 1901, sala 710.
CEP 14024-250. Jd. Botânico - Ribeirão Preto – SP
www.sbponline.org.br

PARECERISTAS AD HOC

Carmem Virgínia Moraes da Silva / Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Carolina Leonidas / Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Emerson Fernando Rasera / Universidade Federal de Uberlândia
Fabíola Dantas Andrez Nobre Arantes de Carvalho / Faculdade Metropolitana
Fernando Figueiredo Balieiro / Universidade Federal de Santa Maria
Fraulein Vidigal de Paula / Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Gustavo Correa Matta / Fundação Oswaldo Cruz
Karin Aparecida Casarini / Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Lara Barros Martins / Faculdade Meridional
Luciana Maria da Silva / Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Marcela Mansur Alves / Universidade Federal de Minas Gerais
Maria Celia Lassance / Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Maria Luisa Casillo Jardim Maran / Centro Universitário Municipal de Franca
Mariana Araújo Noce / Universidade de Ribeirão Preto
Marina Candiani Meles / Centro Universitário Barão de Mauá
Marta Regina Gonçalves Correia / Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Mirian Tachibana / Universidade Federal de Uberlândia
Murilo dos Santos Moscheta / Universidade Estadual de Maringá
Patricia Rossi Carraro / Centro Universitário Estácio de Ribeirão Preto
Raquel Souza Lobo Guzzo / Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Renato Carpio de la Torre / Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa - Peru
Rodrigo Sanches Peres / Universidade Federal de Uberlândia
Tales Vilela Santeiro / Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Thaís Thomé Seni da Silva Oliveira / Pesquisadora Colaboradora do Dipartimento di Salute Mentale di Trieste - Itália

AGRADECIMENTOS















SUMÁRIO

Apresentação 01

Sobre a Formação Profissional em Psicologia

Formação profissional do psicólogo sob os auspícios do CPA: 50 anos de serviços e ações comprometidas com a transformação social 10

O papel do estágio supervisionado na formação do psicólogo 46

Processos Clínicos e Atenção em Saúde

Aconselhamento psicológico narrativo de sessão única 63

Assistência em transtornos alimentares como parte do itinerário formativo do aluno de psicologia: aprendizado em equipe interdisciplinar 82

Atenção a usuários de drogas em serviço comunitário: a Psicologia e a Clínica Ampliada 109

Atendimento a famílias e casais em contexto de saúde mental 131

Atendimento as dificuldades e distúrbios de aprendizagem 153

Avaliação neuropsicológica na formação profissional psicólogo: experiências do estágio no Hospital das Clínicas da FMRP/USP 178

LAPICC-USP: contribuições para a formação profissional de psicólogos no atendimento em Terapia cognitivo-comportamental com indivíduos e grupos 200

Psicologia da saúde em contexto hospitalar: atuação de estagiários em uma unidade de transplante de medula óssea 218

Psicopatologia e saúde mental: práticas psicológicas no contexto da saúde pública e da reforma psiquiátrica 246

Psicoterapia breve de orientação psicodinâmica: experiências de formação na clínica 269

Psicoterapia de orientação psicanalítica: 30 anos de um serviço e estágio profissionalizante inseridos no contexto da Clínica-Escola de Psicologia 288

Separando pessoas dos problemas: externalização em atendimento psicológico de sessão única 311

Triagem e atendimento infantil e familiar: um enfoque compreensivo e interventivo 327

Uma longa jornada: dando suporte psicológico às mulheres em tratamento para o câncer de mama 346

Processos e Práticas Psicossociais

Acompanhamento socioeducativo de adolescentes em conflito com a lei em um programa de liberdade assistida 378

A formação de psicólogos na atenção primária em saúde 403

Atuação em Psicologia Escolar/Educacional embasada em uma abordagem psicopedagógica 424

Co-gestão, autoria no processo de trabalho e cuidado: há lugar para a Psicologia! 437

Estágio supervisionado em gestão de pessoas 458

Inserção da diversidade sexual e de gênero no itinerário formativo de estudantes de psicologia: o trabalho do grupo VIDEVERSO 478

Grupo Comunitário de Saúde Mental: uma modalidade de cuidado e de formação profissional na estratégia de saúde da família 507

O serviço de orientação profissional da USP - Ribeirão Preto: formação do psicólogo e do orientador profissional 527

Práticas em Psicologia Social 558

Psicologia em território rural: formação de educadores e grupo de crianças em assentamento da reforma agrária 570

Psicologia escolar e práticas: ações de um estágio profissionalizante 590

Triagem e atendimento psicológico a crianças e pais em unidade básica de saúde 608

"Valorizando o que é nosso": promoção da apropriação do espaço em um núcleo da criança e do adolescente 626

Sobre os autores 646

Índice remissivo 666

APRESENTAÇÃO

. . . Caminhante, são tuas pegadas
o caminho e nada mais;
caminhante, não há caminho,
se faz caminho ao andar . . .
(Antonio Machado)

A ideia de organizar esse livro surgiu em reuniões do Conselho do Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada – CPA, órgão que gerencia os estágios profissionalizantes e os projetos de extensão do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. O livro foi motivado por memórias afetivas de ex-alunos que atualmente são docentes e supervisores de práticas profissionais e também pela percepção da riqueza e complexidade que envolve a Formação Profissional em Psicologia oferecida pelo Departamento. Não poderíamos deixar passar em branco os 50 anos de dedicação de diferentes atores à formação de futuros psicólogos, pautada na ética e no compromisso social.

Essa obra contempla diferentes frentes de formação profissional desenvolvidas por meio de atividades de estágio. A fim de oferecer uma formação comprometida com nossa comunidade, os estudantes são inseridos em diversos cenários de ensino aprendizagem onde desenvolvem habilidades e competências essenciais para a prática do trabalho do psicólogo. Assim, ao longo da existência do nosso Curso de Psicologia, foram construídas parcerias e convênios com instituições. Na saúde, por meio de parcerias municipais e estaduais, oferecemos formação nos três níveis de atenção, incluindo diferentes frentes que compõem as Redes de Atenção à Saúde, dentre eles hospitais gerais e psiquiátricos, serviços comunitários de saúde mental, de atenção básica, de atendimento domiciliar e práticas oferecidas no próprio Serviço-escola do CPA. Na educação, também foram estabelecidas parcerias municipais e estaduais e os

estagiários são inseridos em escolas da rede. Na área social temos cenários de ensino aprendizagem em unidades de atendimento a crianças e adolescentes em conflito com a lei, em movimentos sociais e em organizações não governamentais que trabalham com pessoas em situação de vulnerabilidade social. Na área organizacional e do trabalho, nossos estagiários estão inseridos em empresas públicas, privadas e empresas do terceiro setor, incluindo organizações não governamentais. Nestes contextos, são desenvolvidas uma vasta gama de atividades vinculadas à atuação do psicólogo tomando como base diferentes abordagens teórico-metodológicas. Buscamos oferecer aos alunos experiências que assegurem o envolvimento ativo destes com situações concretas do exercício profissional, procurando garantir integração entre teoria e prática. Além disto, são oferecidos estágios clínicos em nossa clínica-escola, em que o estagiário pode desenvolver competências e habilidades tanto teóricas como clínicas, voltadas a diferentes grupos, como crianças, adolescentes, adultos, idosos, casais, universitários, população LGBT, pessoas que sofrem discriminação racial, dentre outros.

O livro foi construído em três seções. Na primeira seção, temos um capítulo que apresenta a história da formação profissional em Psicologia, mapeia os serviços prestados nos últimos anos, descreve as características dos estágios que vem sendo desenvolvidos e apresenta as atividades de pesquisa e extensão associadas. Outro capítulo discute a importância dos estágios profissionalizantes para a formação de competências profissionais necessárias à atuação do psicólogo. Na segunda seção, apresentamos e discutimos os estágios atuais oferecidos sob a ênfase de formação do curso "Processos Clínicos e Atenção em Saúde". Na terceira seção, são apresentados e analisados os estágios que estão sob a ênfase "Processos e Práticas Psicossociais".

A ênfase "Processos Clínicos e Atenção em Saúde" busca promover competências para atuação do psicólogo na atenção à saúde e em práticas clínicas, a partir do desenvolvimento de ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação psicológica em

uma abordagem biopsicossocial. Nessa ênfase, são desenvolvidos os conhecimentos teóricos, práticos e éticos necessários para atuação do psicólogo em processos diagnósticos, aconselhamento, psicoterapia e outras estratégias clínicas, com respeito à diversidade de enquadres teóricos, visando o atendimento de demandas de natureza psicológica apresentadas por indivíduos, famílias, grupos e instituições, em diferentes contextos.

Nesta seção estão apresentados capítulos que ocorrem em nossa clínica-escola, visando capacitar o psicólogo para a atuação profissional, sob diferentes referenciais e formatos, ampliando a formação para contextos variados. Estão apresentados diferentes estágios como: (a) estágio de psicoterapia de orientação psicanalítica, que completa 30 anos de existência e que, nestes anos, tem marcado a formação de muitos psicólogos pelo modo como é proposto e pela formação sensível e aprofundada oferecida aos que nele atuam; (b) estágio de psicoterapia breve de orientação psicodinâmica, proposto pelos supervisores como formação importante para contextos institucionais, em que o referencial teórico e clínico da psicanálise é discutido e utilizado; (c) estágios baseados no referencial cognitivo-comportamental, tanto individuais como em grupo; (d) estágio sob o referencial construcionista social que apresenta as ferramentas para o atendimento em sessão única, no modo de aconselhamento, prática realizada por psicólogos em diferentes instituições; (e) estágio de Triagem e Atendimento Infantil e Familiar, que realiza triagem e acolhimento de crianças e famílias que buscam nossa clínica na vertente do Psicodiagnóstico Interventivo de Orientação Psicanalítica e; (f) estágio ao atendimento as queixas relacionadas à aprendizagem escolar em uma perspectiva sistêmica da Psicopatologia do Desenvolvimento.

Além destes estágios oferecidos dentro na clínica-escola, estão descritas outras opções de formação em contextos institucionais, que preparam o futuro psicólogo tanto com habilidades clínicas, como institucionais, de trabalho em equipe e com discussões sobre políticas públicas.

Neste cenário encontram-se capítulos que descrevem estágios como: (a) estágio em Centros de Atenção Psicossocial, baseado no paradigma do *recovery*, da reabilitação psicossocial e da saúde coletiva buscando formar o aluno para o trabalho com pessoas em sofrimento mental intenso em contexto institucional comunitário; (b) estágio realizado em hospital dia, de atendimento à família de pessoas em tratamento psiquiátrico, embasado na orientação construcionista social; (c) estágios que visam oferecer formação específica para o atendimento a queixas específicas em saúde mental, como o de assistência a pessoas com transtornos alimentares (em que o aluno tem a experiência de integrar uma equipe multiprofissional especializada no tratamento destes transtornos em um hospital universitário) e de atenção a usuários de drogas, realizado em um equipamento comunitário (onde os estudantes realizam diferentes modalidades de atividades terapêuticas); (d) estágio de avaliação neuropsicológica realizado em hospital universitário, voltado para o trabalho junto a pessoas com transtornos cognitivos e comportamentais associados ao envelhecimento e aos transtornos do funcionamento cerebral e; (f) estágio em uma unidade de transplante de medula óssea de hospital universitário, em que os estudantes trabalham junto ao paciente, a família e a equipe.

Na terceira e última parte do livro os estágios pertencentes a Ênfase Processos e Práticas Psicossociais são apresentados. Esta ênfase concentra competências para atuação do(a) psicólogo(a) em diversos contextos psicossociais de forma a realizar investigações, planejamento de ações e intervenções, a partir de pressupostos e abordagens teórico-metodológicas próprias, visando a promoção de qualidade de vida e o desenvolvimento humano. Nesta ênfase, são trabalhados os conhecimentos teóricos, práticos e éticos-políticos da Psicologia e de áreas fronteiriças – necessários para a análise de processos e dinâmicas relacionais e institucionais, comunitárias e organizacionais – que se articulam na produção e constituição das subjetividades. Dentro desse contexto encontramos a descrição de diferentes práticas.

Alguns capítulos contemplam áreas diversas como: (a) estágio desenvolvido junto a adolescentes em conflito com a lei, baseado em pressupostos da Teoria da Regulação Social e Pessoal da Conduta Delituosa na Adolescência e no Modelo Integrado de Intervenção Diferencial; (b) formação prática ancorada em referências teóricos e metodológicos relativos às questões do acolhimento à diversidade sexual descrita por meio do relato da trajetória de um Grupo de Ação e Pesquisa em Diversidade Sexual e de Gênero - VIDEVERSO e do estágio profissionalizante que nasceu no movimento de sua criação; (c) estágio fundamentado na teoria psicanalítica, objetivando a introdução do estagiário na escuta do inconsciente numa perspectiva além da clínica liberal; (d) formação profissional que articula saberes da Psicologia Ambiental, da Psicologia do Desenvolvimento e da Psicologia Comunitária, na promoção de processos formativos de educadores sociais, vinculados a movimentos sociais e a serviços de assistência social.

Outros capítulos desta ênfase trazem atividades desenvolvidas na área da saúde, tais como: (a) a descrição de práticas relacionadas à formação de psicólogos na atenção primária em saúde; (b) a modalidade de trabalho de promoção de saúde com grupo comunitário de saúde mental; (c) práticas junto a equipes em serviços de saúde pública, em atividades de facilitação de comunicação, rodas de conversa, com a finalidade de promover o compartilhamento de informações, crenças, valores e estratégias de trabalho; (d) um estágio em triagem e atendimento psicológico a crianças e pais em unidade básica de saúde com enfoque no trabalho multi e interdisciplinar.

Na área de Psicologia Escolar/Educacional estão contemplados três capítulos. Um primeiro estágio relacionado à atuação em Psicologia Escolar/Educacional embasada em uma abordagem psicopedagógica contribuindo para o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e competências para os alunos atuarem na área tanto em um caráter institucional

como clínico. Um segundo capítulo é apresentado, o qual descreve um estágio que objetiva oferecer ao aluno formação teórica e prática em Psicologia Escolar, a partir de teorias psicológicas que articulam as práticas escolares aos processos de ensino, de aprendizagem e da instituição escolar, considerando as diferenças socioculturais e focando os aspectos relacionais e institucionais. Finalmente tem-se a apresentação da formação do psicólogo em orientação profissional, vinculado a um Serviço de Orientação Profissional, que tem como objetivo auxiliar os alunos no desenvolvimento e aprimoramento da formação teórica, prática e ética no que compete às múltiplas demandas de atribuições do psicólogo que atua como orientador profissional.

Uma última área contemplada é a de Psicologia Organizacional e do Trabalho (POT). Nos capítulos estão apresentadas três diferentes possibilidades de formação. Um primeiro estágio denominado gestão de pessoas tem como objetivos gerais analisar, diagnosticar e implementar ações em um ambiente organizacional. O segundo estágio, denominado treinamento, desenvolvimento e educação de pessoas tem como foco os aspectos práticos relativos à aprendizagem humana nas organizações e no trabalho, sob a luz das teorias e conceitos da Psicologia Instrucional, Psicologia do Treinamento e POT. Finalmente um terceiro estágio denominado avaliação de ações educacionais objetiva analisar, planejar e desenvolver ações em um ambiente organizacional, bem como o desempenho dos professores e alunos, sob a luz das teorias e conceitos da POT e da Psicologia Instrucional.

Finalizamos salientando que esse livro apresenta algumas frentes de estágios profissionalizantes existentes atualmente junto ao curso de Psicologia. Tendo clareza da velocidade das mudanças sociais e demandas dela decorrentes, a formação em Psicologia deve acompanhá-las. Assim nesses 50 anos as frentes de atuação foram se remodelando e outras surgindo de forma a garantir uma formação generalista e comprometida com a comunidade. Unir

teoria e prática exige supervisores extremamente qualificados nas suas áreas de atuação e dispostos a atuar no ensino. É com imenso orgulho e felicidade que compartilhamos as considerações tecidas nesse livro.

Os organizadores

SOBRE A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA

FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO PSICÓLOGO SOB OS AUSPÍCIOS DO CPA: 50 ANOS DE SERVIÇOS E AÇÕES COMPROMETIDAS COM A TRANSFORMAÇÃO SOCIAL

Lucy Leal Melo-Silva
Manoel Antônio dos Santos
Érika Arantes de Oliveira-Cardoso

O curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de SãoPaulo (FFCLRP-USP) teve início em 1964. Durante as cinco décadas de formação profissional de psicólogas/os o Departamento de Psicologia desenvolveu atividades por meio de serviços organizadores dos estágios profissionalizantes. O primeiro foi criado em 1968, quando a primeira turma de alunos, ingressantes em 1964, começou a realizar estágios. Em 1971 o Departamento formalizou a instalação do Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada (CPA), um órgão complementar às atividades fins da formação profissional do psicólogo, que exerce a função de gerenciador dos estágios até o presente.

O passado, assim como o registro presente mostram gestões do CPA em sintonia com as demandas da sociedade e as necessidades de formação teórico-prática dos alunos, o que requer o enfrentamento dos inúmeros desafios que se colocam para os docentes e profissionais que se dedicam às atividades de formação profissionalizante do psicólogo. Revisitar o passado e refletir sobre o presente é um requisito imprescindível para se avaliar as possiblidades de transformação das práticas de estágio com vistas à preparação para o futuro exercício profissional. No cotidiano os supervisores atuam com psicólogos-estagiários na construção de suas carreiras, em situações diversificadas do *vir a ser* psicólogo. No contexto comemorativo dos 50 anos de práticas comprometidas com a formação do psicólogo para atuar em uma sociedade em transição, este capítulo objetiva revisitar a história da formação profissional viabilizada por meio dos estágios coordenados pelos serviços gerenciados pelo CPA. Para tal, foram organizadas as seguintes

subseções: (a) atribuições do psicólogo e competências requeridas para a formação; (b) origem, história e alcance do CPA; (c) objetivos do CPA; (d) atividades de ensino e os estágios; (2) atividades de pesquisa e os laboratórios; (g) atividades de extensão universitária; e (g) o 12º Encontro de Clínicas-Escola de Psicologia: marco histórico e seus desdobramentos.

Atribuições do Psicólogo e as Competências Requeridas para a Formação

Esta subseção tem por objetivo refletir sobre as competências requeridas do profissional de Psicologia a partir de três vertentes: (a) as atribuições legais do psicólogo, de acordo com a lei que dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo no Brasil; (b) a descrição da profissão com base no Catálogo Brasileiro de Profissões (CBO) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE); e (c) o perfil do psicólogo descrito no Projeto Político Pedagógico do Curso de Psicologia da FFCLRP-USP.

A Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, em seu Artigo 13, inciso primeiro, estabelece que: "Constitui função privativa do psicólogo a utilização de métodos e técnicas psicológicas com os seguintes objetivos: (a) diagnóstico psicológico; (b) orientação e seleção profissional; (c) orientação psicopedagógica; e (d) solução de problemas de ajustamento". (https://transparencia.cfp.org.br/wp-content/uploads/sites/15/2016/12/Lei-4119_1962.pdf e http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L4119.htm).

De acordo com Pereira e Pereira Neto (2003), a Psicologia se desenvolve no Brasil em período distintos: (a) pré-profissional (1833-1890), no campo da Medicina, quando a Psicologia não era uma prática regulamentada; e (b) de profissionalização (1890/1906-1975), quando a Psicologia se torna detentora de um determinado mercado de trabalho, compartilhado com a Medicina e a Educação. Mesmo sem regulamentação da Psicologia, cursos de graduação

começaram a ser criados. Em 1953 teve início o primeiro curso superior autônomo de Psicologia junto à Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), na então capital do país e, desde 1966, o primeiro curso de Mestrado em Psicologia. (http://www.psi.puc-rio.br/site/index.php/2015-03-29-11-14-38/quem-somos-psi-puc-rio).

No mesmo ano, 1953, em São Paulo a Congregação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, a partir de proposta elaborada por Annita de Castilho e Marcondes Cabral, aprovou a criação do Curso de Psicologia na Universidade de São Paulo. Anos depois, a Lei nº 3.862 de 26 de maio de 1957 criou o Curso de Psicologia, que iniciaria seu funcionamento na Faculdade de Filosofia da Universidade de São Paulo em 1958. (http://www.ip.usp.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=204%3Aapresentacao&catid=60%3Aipusp&Itemid=56&lang=pt). Após a promulgação da Lei 4.119/1962 foram criados mais cursos de graduação em Psicologia, entendida como ciência e profissão. Nesse contexto, em 1959 foi criada a FFCLRP-USP, que contemplava, entre outros, o curso de Psicologia. As atividades acadêmicas foram iniciadas em 1964.

No cenário nacional, em 1971 foi realizado o I Encontro Nacional de Psicologia, em São Paulo (Pereira & Pereira Neto, 2003). Também nesse ano foi promulgada a Lei nº 5.766, de 20 de dezembro de 1971, que criou os Conselhos Federal e Regionais de Psicologia (Soares, 2010). De acordo com Pereira e Pereira Neto (2003), "é possível constatar que a Psicologia conseguiu, em meados dos anos 1970, todos os requisitos necessários para ser considerada uma profissão: conhecimento pouco acessível e institucionalizado, mercado de trabalho formalmente assegurado e autorregulação, instituída em conselhos e códigos de ética" (p. 25). No cenário local, junto ao Departamento de Psicologia da FFCLRP foi criado, em 1971, o CPA, com foco na formação profissional. No mesmo ano os docentes do Departamento criaram a Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto (SPRP), um marco no cenário nacional da Psicologia, com foco no incremento da

formação científica e profissional. Essa associação, em 1991, ampliou seu escopo e se tornou Sociedade Brasileira de Psicologia (SBP).

A partir da década de 1970 a profissão passou, cada vez mais, a conquistar reconhecimento e novos espaços de atuação na sociedade brasileira. Enquanto prática profissional, a Psicologia coloca o conhecimento acumulado, e relacionado a outros saberes, a serviço de indivíduos, grupos e instituições. De acordo com o Catálogo Brasileiro de Profissões (CBO) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), a ocupação psicólogo pertence à Família 2515. O título da ocupação é "Psicólogos e psicanalistas". A descrição sumária da atividade ocupacional do psicólogo se expressa como descrita a seguir.

Estudam, pesquisam e avaliam o desenvolvimento emocional e os processos mentais e sociais de indivíduos, grupos e instituições, com a finalidade de análise, orientação e educação; diagnosticam e avaliam distúrbios emocionais e mentais e de adaptação social, elucidando conflitos e questões e acompanhando o(s) paciente(s) durante o processo de tratamento ou cura; investigam os fatores inconscientes do comportamento individual e grupal, tornando-os conscientes; desenvolvem pesquisas experimentais, teóricas e coordenam equipes e atividades da área e afins (http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/ pages/pesquisas/ BuscaPorTituloResultado. jsf).

O Departamento de Psicologia da FFCLRP/USP organiza a formação psicólogo a partir do Projeto Político Pedagógico (PPP) elaborado em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia (Resolução CNE/CES 08/2004). O atual PPP é fruto de um longo período de estudos e debates, que envolveu a participação ativa de docentes e discentes e que culminou com a reestruturação do curso em 2 de maio de 2017. Nele se estabeleceu o perfil profissional do psicólogo a ser formado pelo curso de Psicologia: "psicólogos com condições para uma atuação profissional competente, comprometida com a

transformação social e com uma atitude reflexiva acerca dos conhecimentos e práticas produzidos pela Psicologia, bem como da realidade que os cerca". Resumidamente, como aponta o PPP, o perfil pretendido com a formação centra-se nas seguintes habilidades e competências: (a) capacidade de leitura crítica da realidade social, de modo a compreender o contexto no qual projeta e desenvolve suas ações profissionais; (b) conhecimento embasado em sólida formação que possibilite uma atuação baseada no rigor científico; (c) habilidade para integrar teoria e prática, de modo a identificar problemas, planejar e executar projetos de intervenção; (d) habilidade para trabalhar em equipes multi e interdisciplinares; (e) profissional consciente da necessidade de atualização e formação permanente; e (f) profissional cuja atuação seja pautada por uma postura crítica, pelo respeito aos princípios éticos em geral e pelas normas éticas que regem a atuação profissional e de pesquisa. (https://www.ffclrp.usp.br/graduacoes/cursos.php?g=12)

Essa formação se dá no âmbito da Universidade de São Paulo, que por sua vez foi criada com a finalidade de:

> [...] promover a pesquisa e o progresso da ciência; transmitir pelo ensino conhecimentos que enriqueçam ou desenvolvam o espírito e que sejam úteis à vida; e formar especialistas em todos os ramos da cultura e em todas as profissões de base científica ou artística. A tônica da instituição é "Vencerás pela ciência". Está em seus objetivos desenvolver um ensino vivo, acompanhando as transformações na área do conhecimento e mantendo-se em permanente diálogo com a sociedade, numa produtiva integração entre o ensino, a pesquisa e a extensão. (www.usp.br)

Assim, docentes e funcionários do Departamento de Psicologia da FFCLRP compartilham dos mesmos objetivos propostos pela USP e trabalham tendo como horizonte a formação qualificada de psicólogas/os. No que se refere especificamente à formação

profissional, o Departamento criou uma estrutura para a viabilização de estágios e prestação de serviços à comunidade, em consonância com a Lei 4.119, em seu Artigo 16, como descrito a seguir.

> As Faculdades que mantiverem curso de Psicologia deverão organizar Serviços Clínicos e de aplicação à educação e ao trabalho orientados e dirigidos pelo Conselho dos Professores do curso abertos ao público, gratuitos ou remunerados. Parágrafo único. Os estágios e observações práticas dos alunos poderão ser realizados em outras instituições da localidade, a critério dos Professores do curso. (https://transparencia.cfp.org.br/wp-content/uploads/sites/15/2016/12/Lei-4119_1962.pdf)

No âmbito do Departamento de Psicologia a formação profissional de qualidade tem sido levada a cabo por meio de Serviços de Psicologia, como espaços institucionais que promovem a articulação entre a política pedagógica de formação do psicólogo e a de prestação de serviços à sociedade. Dessa forma, visando à sólida formação profissional dos alunos de graduação em Psicologia, que exige a prática profissional supervisionada, o Departamento de Psicologia criou em 1968 os Serviços de Psicologia e, em 1971, estabeleceu o Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada (CPA), órgão responsável pelo gerenciamento dos estágios até o momento.

Origem, História e Alcance do CPA

Em 1968, foi criado, por meio da portaria D8/68, o Serviço de Psicologia Clínica e de Psicologia Aplicada à Educação e ao Trabalho, também denominado Centro de Orientação Vocacional (COV). Esse serviço foi organizado a partir dos esforços empreendidos por alguns profissionais e docentes vinculados ao Departamento de Psicologia, que compreenderam a

importância da prática profissionalizante como instrumento relevante no ensino, estando tal posição em conformidade com o Artigo 16 da Lei 4.119/62, que dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia, como apontado anteriormente.

Em 16 de março de 1971, esse Serviço passou a denominar-se Centro de Psicologia Aplicada (CPA), constituindo um centro complementar do Departamento de Psicologia da FFCLRP-USP. Em 2005 sua denominação passou a ser Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada, mantendo-se a sigla CPA. A foto abaixo ilustra as instalações do CPA no Bloco 5.



Figura 1. Instalações do CPA no Bloco 5 da FFCLRP – USP. Fonte: Audiovisual FFCLRP

Para sua gestão, o CPA conta com a coordenação de um Conselho-Diretor, órgão colegiado formado por presidente, vice-presidente, supervisores representantes das diversas áreas de estágio, além de representação discente. Desde sua origem o CPA contou com uma funcionária administrativa (Anália Alves de Almeida da Silva), que exerceu a função de secretária por muitas décadas, até maio de 2018. A Tabela 1 mostra a relação de presidentes e vice-presidentes do Conselho-Diretor do CPA desde a constituição do Conselho.

Tabela 1
Presidentes e Vice-Presidentes do Conselho-Diretor do CPA

Mandato (período)	Presidente	Vice-Presidente
1973-1975	Profa. Dra. Maria Aparecida Xavier	–
1975-1977	Profa. Dra. Maria Aparecida Xavier	–
1977-1979	Profa. Dra. Maria Aparecida Xavier	–
1979-1981	Profa. Dra. Vera Lúcia Sobral Machado	–
1981-1984	Profa. Dra. Vera Lúcia Sobral Machado	–
1984-1986	Profa. Dra. Sonia S. V. Graminha	Prof. Dr. Marco A. de Castro Figueiredo
1986-1988	Profa. Dra. Marisa Japur	–
1988-1990	Profa. Dra. Ângela Inês S. Rozestraten	–
1990-1992	Prof. Dr. Marco A. de C. Figueiredo	Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos
1992-1994	Profa. Dra. Márcia R. B. Rubiano	Profa. Dra. Maria Lucimar Fortes Paiva
1994-1996	Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos	Profa. Dra. Quinha Luiza de Oliveira
1996-1998	Profa. Dra. Eucia Beatriz Lopes Petean	Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos
1998-2000	Prof. Dr. Antônio dos Santos Andrade	Profa. Dra. Marina Resende Bazon
2000-2002	Prof. Dra. Lucy Leal Melo-Silva	Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos
2002-2004	Prof. Dra. Lucy Leal Melo-Silva	Profa. Dra. Valéria Barbieri
2004-2006	Profa. Dra. Valéria Barbieri	Prof. Dr. Manoel Antônio do Santos
2006-2008	Profa. Dra. Valéria Barbieri	Profa. Dra. Carmen Lucia Cardoso
2008-2010	Profa. Dra. Carmen Lucia Cardoso	Profa. Dra. Valéria Barbieri
2010-2012	Profa. Dra. Carmen Lucia Cardoso	Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi
2012-2014	Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi	Profa. Dra. Luciana Carla dos Santos Elias
2014-2016	Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi	Profa. Dra. Luciana Carla dos Santos Elias
2016-2018	Profa. Dra. Luciana Carla dos S. Elias	Profa. Dra. Clarissa Mendonça Corradi Webster

Nos anos iniciais do curso de Psicologia, quando ainda não estava consolidada a estrutura e organização do CPA, as soluções encontradas para garantir a oferta de estágios para treinamento dos alunos e atendimento direto à comunidade consistiu em busca de espaços físicos no próprio USP, *campus* de Ribeirão Preto. A Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto emprestou salas. No âmbito da comunidade, alguns familiares de alunos conseguiram autorização para uso de um salão da Igreja Estigmatinus. Posteriormente, o antigo Anfiteatro E

do atual Bloco 5 foi transformado em salas de atendimento psicológico, local que até o presente funciona como sede do CPA. Com a necessidade de mais espaços para atendimento, em 1993 foi realizada a instalação da Clínica Psicológica à Rua Pedreira de Freitas, Casa 7 – Campus Universitário da USP Ribeirão Preto, como espaço adicional de extensão das atividades realizadas no Bloco 5, em espaço cedido à FFCLRP pela prefeitura do *campus*. Em 2004, em busca de melhores condições e, sobretudo, de proximidade com o Bloco 5, o atendimento da Casa 7 foi transferido para as Casas 34 e 35 da Rua Clóvis Vieira, no mesmo *campus* universitário. Todas estas modificações e ampliações de atividades visaram ao atendimento profissionalizante dos formandos, bem como ao acolhimento das contínuas demandas da comunidade local e da região por serviços psicológicos oferecidos sob supervisão direta dos docentes e da equipe de psicólogas do Departamento de Psicologia, como descrito em documentos do CPA e por Melo-Silva e Bosco (2014), em capítulo do livro comemorativo aos 50 anos da FFFCLRP-USP.



Figura 2. Extensão da Clínica Psicológica do CPA, situada à Rua Clóvis Vieira - Casa 34, campus da USP/Ribeirão Preto. Fonte: Audiovisual FFCLRP

O CPA funciona como um espaço privilegiado no qual o aluno, por meio das atividades de estágio, pode se desenvolver como profissional e pessoa. A importância deste Centro não se

deve somente à oportunidade que oferece de formação profissional dos alunos – sua finalidade primeira –, mas também de prestação de serviços qualificados à comunidade na promoção, prevenção e tratamento em questões do domínio da Psicologia, o que vem sendo realizado desde 1968, quando a primeira turma começou a fazer os estágios. Assim, ao longo de cinco décadas de atividades ininterruptas, o CPA e os serviços que o antecederam têm sido um centro gerenciador de estágios profissionalizantes e treinamento profissional dos alunos de graduação em Psicologia, graças ao atendimentos e serviços disponibilizados, sob a supervisão de docentes e psicólogos. Funciona, ainda, como espaço para realização de pesquisas nos diversos campos da Psicologia Aplicada, em parceria com os laboratórios de pesquisa e atividades de pós-graduação.

O CPA, além de ser um órgão complementar à formação, é gerenciador dos estágios realizados tanto no âmbito do Departamento por meio de sua Clínica Psicológica, quanto em outras unidades da USP e em contextos institucionais da sociedade ribeirão-pretana ou cidades vizinhas. A Clínica Psicológica é o *locus* no qual o atendimento é oferecido diretamente pelo Departamento de Psicologia à população constituída por crianças, adolescentes, adultos e pessoas da terceira idade que buscam assistência psicológica, de modo espontâneo ou mediante encaminhamento de outros profissionais e serviços de saúde e educacionais. Historicamente, o funcionamento da Clínica Psicológica obedece às normas e princípios éticos que regulam os serviços de Psicologia Aplicada no Brasil, estando sujeita à avaliação da Conselho Regional de Psicologia.

A constituição da Clínica Psicológica nasceu de um esforço do CPA no sentido de organizar as atividades de estágio e de prestação de serviços oferecidas no âmbito do Departamento de Psicologia na FFCLRP-USP, de modo a dotar o curso de graduação em Psicologia de um espaço institucional próprio com serviços de alto nível de qualificação técnica

direcionados ao atendimento psicológico da comunidade e, ao mesmo tempo, capazes de prover uma parte substancial das necessidades de capacitação profissional do aluno.

O CPA, tendo em vista a necessidade crescente de formar profissionais capazes de atuar nos mais diversos contextos sociais e institucionais, bem como a necessidade de favorecer o desenvolvimento no aluno de uma visão integrada e multiprofissional do atendimento prestado à comunidade, gerencia também estágios, oferecidos nos mais diversos cenários institucionais: clínica-escola, hospitais gerais e psiquiátricos, unidades básicas de saúde, serviços de reabilitação psicossocial, centros de atendimento a crianças e adolescentes vitimizados, programas de atendimento a populações especiais (população LGBT, crianças e adultos com câncer, pais e filhos adotivos, universitários), escolas da comunidade, creches municipais, asilos, instituições penitenciárias, unidades de atendimento ao adolescente infrator, estratégia saúde da família, entre outros programas e/ou organizações governamentais e não-governamentais.

Vale ressaltar que o CPA tem se configurado, nessas cinco décadas, como uma das condições indispensáveis para a viabilização do projeto do curso de Psicologia dentro de padrões de qualidade necessários. É nas atividades desenvolvidas no âmbito do CPA que o aluno deve encontrar o espaço para desenvolver habilidades e competências básicas para cada perfil previsto nas ênfases curriculares estabelecidas no PPP. Desse modo, os alunos são preparados para se tornarem capazes de olhar os desafios que a realidade lhes impõe, atuando de maneira crítica e ética na busca de superação dos problemas psicológicos e sociais com vistas à promoção da saúde mental.

São muitas as atividades de formação e de extensão universitária desenvolvidas pelo CPA, como mostram os registros do Anuário Estatístico da USP (https://uspdigital.usp.br/anuario/AnuarioControle), um instrumento de informação e de prestação de contas que oferece uma síntese das atividades desenvolvidas pelos docentes,

funcionários e alunos da USP para contemplar a missão da instituição. Para os propósitos deste capítulo, foram extraídas as informações relativas à extensão de serviços à comunidade desenvolvidas pelo CPA no período de uma década (2008-2017).

As atividades desenvolvidas no âmbito do CPA por meio da supervisão dos professores e psicólogos da área da Psicologia Aplicada, conforme dados disponibilizados pelo Anuário Estatístico da USP – período 2008-2017, relativos aos exercícios de 2007-2016, estão organizadas em quatro conjuntos, descritos a seguir.

1. *Atividades formativas/educacionais e de seleção e orientação profissional dirigidas a instituições, grupos e/ou profissionais/clientes*. Reúnem ações como consultoria, orientação familiar, orientação profissional, orientação de adolescentes, orientação de pais, orientação para outros profissionais, palestras e cursos, seleção profissional e treinamento/capacitação profissional. O número de pessoas, instituições e de procedimentos realizados são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2
Atividades Formativas/Educacionais e de Seleção/Orientação Profissional realizadas pelo CPA

Ano	Pessoas atendidas	Instituições atendidas	Número de atendimentos
2017	2274	108	2603
2016	1761	179	1053
2015	722	82	2935
2014	2630	108	3674
2013	2140	119	5167
2012	1374	40	2807
2011	1374	40	2807
2010	499	34	1064
2009	499	34	1064
2008	1065	114	3449
Total	14338	858	26623
Média	1433,8	85,8	2662,3

2. *Atividades de divulgação cultural, científica e tecnológica*. Reúnem ações como divulgação na mídia (jornais, TV, rádio), empréstimo de filmes e material audiovisual, exposição e mostras/promoções de eventos, materiais para consulta no acervo, seminários/colóquios, visita monitorada e visita técnica. Os números de pessoas, instituições e de procedimentos realizados são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3.
Atividades de Divulgação Cultural, Técnica e Tecnológica Realizadas pelo CPA

Ano	Pessoas atendidas	Instituições atendidas	Número de atendimentos
2017	3074	56	3518
2016	424	11	2410
2015	1217	27	2384
2014	168	7	2043
2013	546	12	158
2012	100612	15	3020
2011	100612	15	3020
2010	692	9	3274
2009	374	18	678
2008	124	9	4560
Total	207843	179	25065
Média	20784,3	17,9	2506,5

3. *Atividades diagnósticas e de encaminhamento clínico*. Reúnem ações como avaliação psicopedagógica, contato com outros profissionais/discussão de casos, elaboração de história clínica e psiquiátrica, elaboração e encaminhamento de relatório, encaminhamento a serviços especializados, entrevista individual de preparação para grupo, inscrição de clientes junto à clínica psicológica, psicodiagnóstico adulto, psicodiagnóstico infantil, seminário clínico, supervisões clínicas e triagem para atendimento psicológico. Os números de pessoas, instituições e de procedimentos realizados são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4.
Atividades Diagnósticas e de Encaminhamento Clínico Realizadas peloa CPA

Ano	Pessoas atendidas	Instituições atendidas	Número de atendimentos
2017	2042	130	5222
2016	1356	151	4152
2015	1687	194	4726
2014	2232	154	7514
2013	1216	198	5221
2012	1225	144	4346
2011	1225	144	4346
2010	1119	152	2671
2009	1119	152	2671
2008	1138	203	2722
Total	14359	1622	43591
Média	1435,9	162,2	4359,1

4. *Atividades terapêuticas*. Reúnem ações como aconselhamento psicológico, aconselhamento psicológico de adolescentes, apoio a grupos especiais, atendimento psicopedagógico, grupo de promoção de saúde, grupos institucionais, psicoterapia infantil, psicoterapia de adolescentes, psicoterapia de adulto, psicoterapia em grupo, supervisão de profissionais/psicoterapeutas, terapia familiar e de casal. Os números de pessoas, instituições e de procedimentos realizados são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5.
Atividades Terapêuticas Realizadas no CPA no Período de 2008 a 2017

Ano	Pessoas atendidas	Instituições atendidas	Número de atendimentos
2017	3260	86	9618
2016	2603	59	8177
2015	1745	77	12086
2014	1961	57	13193
2013	3141	63	10740
2012	2775	50	10058
2011	2775	50	10058
2010	461	40	6299
2009	461	50	6299
2008	863	36	9798
Total	20045	568	96326
Média	2004,5	56,8	9632,6

Os números de atendimentos realizados e instituições assistidas pelos serviços oferecidos à comunidade impressionam pelo potencial de impacto social. Em decorrência das atividades de extensão, o CPA/DP foi agraciado pela Pró-Reitoria de Cultura e Extensão com o *Destaque nas Atividades de Cultura e Extensão Universitária no ano de 2013*no âmbito da FFCLRP/USP. Além disso, os registros dos atendimentos têm gerado insumos contínuos para o ensino e a pesquisa, contribuindo para a articulação na produção do conhecimento na área da Psicologia e para a formação do psicólogo comprometida com as demandas sociais.

Objetivos do CPA

O CPA tem por finalidade gerenciar estágios profissionalizantes, que constituem atividades obrigatórias para as duas ênfases: (a) processos e práticas psicossociais, e (b) processos

clínicos e de atenção à saúde. Em todos os perfis de formação, o CPA procura assegurar a consolidação das competências estabelecidas, vinculadas a projetos de pesquisa e de extensão. As atividades de estágio supervisionado proporcionam treinamento profissional aos alunos do curso de graduação em Psicologia, com vistas a assegurar o contato do formando com situações, contextos e instituições, permitindo que conhecimentos, habilidades e atitudes se concretizem em ações profissionais, constituindo, assim, práticas integrativas voltadas para o desenvolvimento de habilidades e competências em situações de complexidade variada, representativas do exercício profissional.

Os estágios oferecidos pelo CPA, além de propiciarem condições para o desenvolvimento das competências e habilidades necessárias ao profissional da área de Psicologia, possibilitam que o aluno conheça várias perspectivas teórico-metodológicas no estudo dos fenômenos psicológicos e suas múltiplas interfaces com as ciências humanas, sociais e biológicas. Também propiciam a formação de um profissional crítico e com sólida formação, capaz de identificar problemas, planejar e executar projetos de intervenção e que seja capaz de elaborar uma análise crítica fundada sobre o conhecimento da realidade social, econômica, política e cultural, de modo a compreender o contexto onde irá projetar e desenvolver suas ações profissionais, assegurando o desenvolvimento, saúde, direitos sociais e qualidade de vida dos indivíduos, grupos e instituições. Os estágios também visam a promover o conhecimento e o manejo de técnicas e instrumentos de avaliação e diagnóstico para utilização apropriada em diferentes cenários e contextos, e com base em princípios éticos que norteiam a profissão, estimulando a reflexão permanente desses fundamentos.

O CPA tem por objetivo desenvolver no aluno um forte compromisso com uma perspectiva científica e com o exercício da cidadania, de modo a assegurar uma rigorosa postura ética, que garanta uma visão abrangente e integrada dos processos psicológicos, permitindo uma

leitura dos impactos sociais dos serviços prestados à sociedade. Também se almeja desenvolver um profissional detentor de uma postura ativa em relação ao seu contínuo processo de capacitação e aprimoramento. Dessa maneira, o CPA tem por objetivo básico articular o ensino, a pesquisa e a prestação de serviços à comunidade, integrando, assim, os três pilares que sustentam o ensino superior público, visando à sólida formação de seus alunos, instrumentalizando-os com as competências e habilidades básicas para o exercício profissional na área de Psicologia.

Atividades de Ensino e os Estágios

O PPP, entre outras questões, define a missão, as finalidades e os objetivos do curso. Destacam-se, para fins deste capítulo, a finalidade e os objetivos descritos a seguir.

> A finalidade do curso de Psicologia é criar condições objetivas e subjetivas, materiais e simbólicas, para uma formação solidamente fundamentada, apoiada no diálogo constante entre teoria e prática. O curso tem por objetivo formar profissionais capazes de atuar de forma criativa e autônoma em diferentes campos profissionais, que contribuam para o avanço do conhecimento e que se engajem em práticas socialmente relevantes. Este objetivo é buscado por meio do compromisso com uma formação que desenvolva uma rigorosa postura ética; que garanta o respeito a uma concepção abrangente e integrada dos processos psicológicos; que seja implicada na reflexão dos impactos sociais da atuação; que procure retornar à sociedade o investimento público na educação superior, por meio da pertinência e qualificação dos serviços que lhes são prestados; que promova uma postura proativa em relação ao contínuo processo de capacitação e aprimoramento pessoal e da própria Psicologia, enquanto área de conhecimento e de prática profissional. (https://www.ffclrp.usp.br/graduacoes/cursos.php?g=12)

Nesse eixo de atividades, a contribuição do CPA se afigura como fundamental, visto que a formação profissionalizante do futuro psicólogo compreende a oferta de estágios. Esses estágios são realizados nas dependências da própria Faculdade, em outras unidades do *campus* de Ribeirão Preto da USP ou em instituições e organizações da comunidade, tais como: hospital geral ou psiquiátrico, centros e postos de saúde, instituições educacionais, escolas da rede pública de ensino, instituições prisionais, empresas públicas e privadas, entre outras organizações.

Assim, do ponto de vista do ensino, a Clínica Psicológica do CPA representa o espaço onde o aprendizado anterior adquire pleno sentido, em uma nova construção do conhecimento e não na mera e gratuita aplicação de informações armazenadas; é onde se constitui a possibilidade de uma ampliação da autonomia e iniciativa do psicólogo-aprendiz (estagiário); é onde o aluno é confrontado com suas limitações e pode, juntamente com a lapidação de sua sensibilidade, fazer a junção entre a prática e o saber acumulado, alcançando a tão desejada *praxis*; é onde as lacunas que se estabelecem entre expectativas e experiência permitem uma maior flexibilidade de pensamento e um amadurecimento pessoal; é onde se promove o autoconhecimento quando, no encontro com a realidade do *outro* (o paciente), o aluno é estimulado a conhecer seus valores e crenças, seus pressupostos pessoais e parâmetros culturais. A propósito, estudo de Santos e Melo-Silva (2003) mostra a importância de avaliar a formação acadêmica em Psicologia na perspectiva do aluno.

Por tudo o que foi exposto até o momento, fica clara a necessidade e importância deste Centro para consolidar formação dos alunos de Psicologia. Os estágios são desenvolvidos nas duas ênfases definidas no PPP: (a) ênfases em processos clínicos e de atenção à saúde, como mostra a Tabela 6, e (b) ênfase em processos psicossociais, como mostra a Tabela 7.

Tabela 6.
Caracterização dos Estágios Oferecidos na Ênfase em Processos Clínicos e Atenção à Saúde

Estágio	Fundamentação teórica	Instituição	Vagas
Abordagem em grupos	Cognitivo-Comportamental	CPA	6
Aconselhamento psicológico	Construcionismo Social	CPA	6
Atenção a usuários de drogas	*Recovery*, redução de danos e saúde coletiva	CAPS-AD	3
Atendimento a crianças com bruxismo	Psicanálise winnicottiana	FORP-USP e CPA	2
Atendimento a famílias e casais	Construcionismo Social	HD-HCFMRP-USP	4
Atendimento em transtornos alimentares	Orientação psicodinâmica	HCFMRP-USP	4
Atendimento psicológico no contexto de doenças crônicas	Orientação psicodinâmica	Hemocentro	2
Avaliação neuropsicológica	Neuropsicologia	HCFMRP-USP	4
Consultas terapêuticas	Psicanálise winnicottiana	CPA	6
Diagnóstico, planejamento e intervenção terapêutica	*Recovery*, reabilitação psicossocial e saúde coletiva	CAPS III	3
Dificuldades na aprendizagem	Psicopedagogia Clínica. Teoria Bioecológica do Desenvolvimento	CPA	4
Intervenção individual em desenvolvimento de carreira	Clínico-Operativo	CPA	5
Intervenção psicológica no Transplante de Medula Óssea	Orientação psicodinâmica	HCFMRP-USP	2
Ludoterapia	Psicanálise klein-bioniana	CPA	6
Prática na abordagem cognitivo-comportamental	Cognitivo-Comportamental	CPA	6
Práticas psicológicas em psicopatologia	*Recovery*, reabilitação psicossocial e saúde coletiva	CAPS II	1
Problemas de saúde de funcionários	Cognitivo-Comportamental	HCFMRP-USP	3
Psicoterapia breve	Orientação psicodinâmica	CPA	4
Psicoterapia de adultos	Abordagem junguiana	CPA	4
Psicoterapia individual	Orientação psicanalítica	CPA	12
Psico-oncologia pediátrica	Abordagem Fenomenológico-Existencial	HCFMRP-USP	2
Terapia individual	Cognitivo-Comportamental	CPA	6
Triagem e atendimento infantil	Psicanálise winnicottiana	CPA	5

Nota. CAPS: Centro de Atenção Psicossocial da Secretaria Municipal da Saúde, Ribeirão Preto, SP; CAPS-AD: Centro de Atenção Psicossocial da Secretaria Municipal da Saúde – Álcool e Drogas, Ribeirão Preto, SP; CPA: Centro de Psicologia Aplicada - FFCLRP-USP; HCFMRP-USP: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP; HD-HCFMRP-USP: Hospital-Dia Psiquiátrico do Hospital das Clínicas - FMRP-USP; FORP: Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto - USP

Na *Ênfase em Processos Clínicos e Atenção à Saúde* são ofertados 23 estágios com 100 vagas. Os estágios são fundamentados em referenciais teórico-metodológicos diversificados, tais como: abordagem fenomenológico-existencial, cognitivo-comportamental, construcionismo social, psicanálise, orientação psicodinâmica, neuropsicologia, *recovery*, reabilitação psicossocial e saúde coletiva, psicopedagogia clínica, teoria bioecológica do desenvolvimento, clínico-operativo, e abordagem junguiana.

Tais estágios são desenvolvidos em diferentes contextos institucionais, em relativo equilíbrio no atendimento prestado diretamente pelo CPA, no âmbito do Departamento de Psicologia da FFCLRP (n = 12) e em outras unidades do *campus* da USP de Ribeirão Preto, a saber: FORP, HD, HC e Hemocentro (n = 7) e no âmbito do município, na rede CAPS (n = 3). Desse modo, são oferecidas amplas possibilidades de aprendizagem em diferentes contextos e cenários de atenção à saúde, áreas que majoritariamente disponibilizam vagas no mercado de trabalho para o futuro psicólogo, em clínicas, ambulatórios de saúde mental, serviços de saúde em geral e hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Tabela 7.
Caracterização dos Estágios Oferecidos na Ênfase em Processos Psicossociais

Estágio	Fundamentação teórica	Instituição	Vagas
Adolescentes em conflito com a lei	Teoria da Regulação Pessoal e Social da Conduta e MIID	Organizações / Fundação CASA	6
Apoio à cogestão	Processos de cogestão e humanização em saúde	Serviços de saúde	8
Reabilitação psicossocial de mulheres com câncer de mama	Abordagem Fenomenológico-Existencial	REMA-EERP-USP	4
Promoção da cidadania da população LGBT	Teoria *Queer*	Grupo de Ação e Pesquisa em Diversidade Sexual e de Gênero VIDEVERSO - CPA e AESH-HCFMRP-USP	4
Gestão de pessoas	Pressupostos teóricos de Psicologia Organizacional e do Trabalho	Empresas	5
Grupo de Orientação Profissional	Grupo Operativo	CPA	10
Grupo de Socialização para a Terceira Idade	Grupo Operativo	CPA	4
Instituições educacionais	Psicopedagogia Institucional	Instituições escolares	6
O psicólogo no Programa Saúde da Família (PSF)	Processos de cogestão e humanização em saúde	Centro de Saúde- Escola	6
Práticas em Psicologia Social	Etnopsicologia e Psicanálise	Comunidade, entidades do terceiro setor	8
Psicologia Escolar	Psicopedagogia Clínica e Institucional. Teoria Bioecológica do Desenvolvimento	Instituições escolares	8
Psicopedagogia	Psicopedagogia Clínica e Institucional	CPA	6
Saúde, Ergonomia, Trabalho	Psicodinâmica do trabalho e análise ergonômica do trabalho	INSS Ribeirão Preto	2
Suporte psicológico na adoção	Orientação psicanalítica	CPA	3
Triagem e Atendimento Psicológico a Crianças	Psicopedagoga. Perspectiva de Reuvem Feuerstein	CPA e Unidade Básica de Saúde	4

Nota. AESH: Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; INSS: Instituto Nacional do Seguro Social; LGBT: Lésbicas, *Gays*, Bissexuais, Travestis e Transexuais; MIID: Modelo Integrado de Intervenção Diferencial e Modelo Psicoeducativo; REMA: Núcleo de Ensino,

Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mulheres Mastectomizadas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Na *Ênfase em Processos Psicossociais* são oferecidos 15 estágios, que totalizam 84 vagas. Os estágios são fundamentados em referenciais teórico-metodológicos diversificados, tais como: Teoria da Regulação Pessoal e Social da Conduta e Modelo Integrado de Intervenção Diferencial e Modelo Psicoeducativo (MIID), Processos de cogestão e humanização em saúde, Abordagem Fenomenológico-Existencial, Teoria *Queer*, Pressupostos teóricos de Psicologia Organizacional e do Trabalho, Grupo Operativo, Psicopedagogia Institucional, Processos de cogestão e humanização em saúde, Etnopsicologia e Psicanálise, Psicopedagogia Clínica e Institucional, Teoria Bioecológica do Desenvolvimento, Psicodinâmica do Trabalho e análise ergonômica do trabalho, orientação psicanalítica e Psicopedagogia na perspectiva de Reuvem Feuerstein.

Tais estágios são desenvolvidos em diferentes contextos institucionais, com predomínio de atividades realizadas em instituições da comunidade (n = 9), como se espera pela natureza da ênfase e dos estágios, tais como unidades básicas, centros e serviços de saúde (n = 3). No âmbito do Departamento de Psicologia da FFCLRP são ofertados, via CPA, seis estágios. No âmbito de outras unidades do *campus* de Ribeirão Preto destaca-se o REMA, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, que acolhe um estágio desenvolvido em serviço de reabilitação de mulheres mastectomizadas. Em relação a outras instituições da comunidade destacam-se: escolas da rede pública (n = 2), Fundação Casa, INSS, empresas e instituições do terceiro setor, um em cada.

A natureza dos estágios oferecidos na *Ênfase Processos Psicossociais* tem por objetivo capacitar os futuros psicólogos para atuação em campos de trabalho inseridos em empresas, escolas, organizações não-governamentais, em programas como o Estratégia Saúde da Família, do Sistema Único de Saúde (SUS), e instituições de acolhimento a adolescentes em conflito com

a lei, e, principalmente, para o setor público-social no Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Uma das áreas de atuação inovadoras é a que lida com a diversidade de orientação sexual e identidade de gênero, representada pelo estágio "Formação em Psicologia para atuar na promoção da cidadania da população LGBT", oferecido no âmbito do CPA pelo Grupo de Ação e Pesquisa em Diversidade Sexual e de Gênero - VIDEVERSO, em parceira com um serviço especializado do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Em decorrência desse programa de estágio, em 2015 o Departamento de Psicologia da FFCLRP-USP foi agraciado pela Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária com o *Destaque nas Atividades de Cultura e Extensão Universitária no ano de 2014* no âmbito da FFCLRP-USP. Esse programa foi reconhecido no mérito por oferecer assistência psicológica a lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais, com vistas ao seu empoderamento para conquistar maior visibilidade social e assegurar o acesso a seus direitos de cidadania.

Atividades de Pesquisa e os Laboratórios

Do ponto de vista da pesquisa, a Clínica Psicológica do CPA constitui um contexto formativo onde, mais do que a execução de pesquisas formais, deve ser privilegiada uma atitude investigativa constante no contato com a prática, sendo o local onde se enfatiza o levantamento de questões. O exercício permanente da capacidade indagativa e reflexiva, provocada pelas práticas psicológicas institucionais, leva a repensar o conhecimento a partir da questão da diferença entre a certeza de um centro fixo (a teoria) e a experiência de uma direção incerta (a prática). Finalmente, é o contexto onde se podem desenhar novas formas de intervenção psicológica, que respondam mais eficazmente às necessidades da demanda assistida.

É à luz do cotidiano da prática que o futuro profissional de Psicologia avalia continuamente seu conhecimento e reconstrói novos saberes e fazeres, gerando uma prática contextualizada. É nesse constante intercâmbio que o conhecimento humano progride. Com o aguçamento da curiosidade e da atitude investigativa, o CPA promove em seus alunos o desenvolvimento de uma atitude de conhecimento, enfatizando uma postura crítica, questionadora e criativa que irá fomentar a pesquisa em um contexto de ação-reflexão-ação, viabilizando uma produção técnico-científica comprometida com as demandas sociais. O CPA contribui, assim, para o desenvolvimento do sentido de Universidade, contemplando a interdisciplinaridade e indissolubilidade entre ensino, pesquisa e extensão universitária. Essa tarefa exige o investimento ativo na interlocução entre os diversos saberes acadêmicos, de modo a promover a consolidação de práticas profissionais em conformidade com a realidade sócio-cultural, afinadas a uma concepção de Homem compreendido em sua integridade e na dinâmica de suas condições concretas de existência.

Esse conjunto de valores se afigura indispensável em face da velocidade com que os conhecimentos científicos se ampliam e os procedimentos profissionais se diferenciam. Esses princípios são fundamentais também para coibir a banalização, a superficialidade e o anticientificismo que frequentemente caracterizam a abordagem aos processos psicológicos em importantes espaços públicos, com claros reflexos no ambiente acadêmico. As atividades de estágios se vinculam aos laboratórios de pesquisa, uma vez que todos os supervisores também são orientadores no Programa de Pós-graduação em Psicologia. Os laboratórios são descritos a seguir.

1. Centro de Pesquisas em Psicodiagnóstico (CPP): coordenado pelas Profas. Sonia Regina Pasian e Lucy Leal Melo-Silva, agregando as Profas. Carmen Lúcia Cardoso e Valéria Barbieri. Foi criado pelo Prof. Dr. André Jacquemin em 1975. (http://www.sites.usp.br/cpp)

2. Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS): coordenado pelo Prof. Manoel Antônio dos Santos, Profa. Valéria Barbieri e Dra. Érika Arantes de Oliveira-Cardoso. (https://www.ffclrp.usp.br/departamentos/dp/lab/lab-lepps.php) Anexo ao LEPPS encontra-se o Grupo de Ação e Pesquisa em Diversidade Sexual e de Gênero - VIDEVERSO. (https://www.facebook.com/LEPPS.USP/)

3. Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicopatologia, Drogas e Sociedade (LePsis): Coordenado pela Profa. Clarissa Mendonça Corradi-Webster. (http://sites.usp.br/lepsis/)

4. Laboratório de Etnopsicologia – coordenado pelo Prof. José Francisco Miguel Henriques Bairrão. (http://sites.usp.br/etnopsicologia/)

5. Laboratório de Pesquisa e Estudos em Práticas Grupais (LaPEPG): Coordenado pela Profa. Carla Guanaes Lorenzi. (http://www.ffclrp.usp.br/departamentos/psicologia/laboratorios/laboratorio-lapepg.php)

6. Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental (LaPICC): Coordenador pela Profa. Carmem Beatriz Neufeld. (www.lapicc.com.br)

7. Laboratório de Pesquisa em Orientação Profissional e de Carreira: Coordenado pela Profa. Lucy Leal Melo-Silva.

8. Laboratório de Pesquisa em Práticas Dialógicas e Colaborativas – DIALOG: Coordenado pela Profa. Laura Vilela e Souza. (www.uspdialog.com.br)

9. Laboratório de Psicologia da Educação e Escolar (LAPEES): Coordenado pela Profa. Luciana Carla dos Santos Elias, conta também com a Profa. Sylvia Domingos Barrera e o Prof. Antônio dos Santos Andrade como membros.

10. Laboratório de Psicologia Organizacional e do Trabalho (LabPOT): Coordenado pelas Profas. Marina Greghi Sticca e Thaís Zerbini. (www.labpotusp.com/)

11. Laboratório de Psicologia Socioambiental e Práticas Educativas (LAPSAPE): Coordenado pela Profa. Ana Paula Soares da Silva. (http://sites.usp.br/lapsape/)

12. Laboratório do Grupo de Estudos e Pesquisa em Desenvolvimento e Intervenção Psicossocial (GEPDIP): Coordenado pela Profa. Marina Rezende Bazon.

13. Laboratório de Processos de Subjetivação em Saúde (LaProSUS): Coordenado pela Profa. Carmen Lúcia Cardoso

14. Laboratório de Pesquisa em Políticas Públicas em Saúde (LAPEPPS): Coordenado pela Profa. Marina Simões Flório Ferreira Bertagnoli

As atividades de pesquisa, ensino e extensão são planejadas de tal maneira que criem aberturas e possibilidades de ações conjuntas e integradas. Assim, podem ser desenvolvidas pesquisas sobre estratégias e instrumentais técnicos e sobre planejamento e desenvolvimento de estudos longitudinais desenvolvidos com a população que concluiu o atendimento psicológico, assim como com os clientes que descontinuaram o processo. São desenvolvidos projetos vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, ao Programa de Bacharelado em Pesquisa com as atividades de Iniciação Científica, e aos Laboratórios, como também projetos independentes coordenados pelos professores com a atuação das psicólogas do Departamento.

Travassos e Mourão (2018), em uma investigação sobre competências dos egressos dos cursos de Psicologia, apontam carência nas competências relativas a formular questões empíricas de investigação científica e a elaborar relatos científicos. Nas atividades do CPA vinculadas aos laboratórios, relacionados anteriormente, os estagiários desenvolvem habilidades de pesquisa científica. Tanto nos estágios como nas atividades de iniciação científica eles são estimulados a apresentarem trabalhos em congressos. Assim, as atividades de pesquisa relacionadas à formação resultam em ganhos tanto para a aprendizagem dos alunos quanto benefícios à sociedade que

recebe ações de extensão qualificadas.

Atividades de Extensão Universitária

O atendimento à comunidade constitui um aspecto importante para a formação profissional dos estudantes de Psicologia, pois as reais demandas que se apresentam possibilitam entrar em contato com a realidade da profissão. Sabe-se que os serviços oferecidos à comunidade têm se expandido nos cursos de Psicologia, seguindo as transformações do modelo de assistência em saúde mental (Santos & Melo-Silva, 2001).

Além disso, a profissão de psicólogo(a) ampliou-se nas últimas décadas, com aumento no número de graduados e, sobretudo, o crescimento da demanda no setor público-social, como apontam Travassos e Mourão (2018). Assim, nessas cinco décadas o CPA passou a conviver, de forma crescente, com novas modalidades de atendimento destinadas às demandas que vêm sendo configuradas na contemporaneidade. Observa-se, ainda que de modo empírico e não sistematizado, que a diversificação dos serviços vem acompanhando a diversificação da demanda. Assim, novas estratégias de acolhimento do sofrimento psíquico têm contribuído para proporcionar o contato do estudante de Psicologia com novas realidades.

No bojo dessas transformações recentes, também a noção de clínica-escola tem se modificado consideravelmente, passando por uma revisão dos pressupostos teóricos que a sustentam. Novos cenários e contextos de atuação do psicólogo têm emergido e essa realidade começa a se refletir nos cursos de graduação, em termos de novas demandas de estágio. Acompanhando esse contexto de transformações do *fazer psicológico*, o CPA disponibiliza um rol expressivo de estágios (apresentados anteriormente), que incluem atividades realizadas em serviços extramuros, aproximando o aluno-estagiário dos hospitais, unidades básicas de saúde e

ambulatórios da rede pública, além de instituições de reeducação, asilos, creches, empresas e organizações não-governamentais.

Desse modo, a extensão propicia ao aluno de Psicologia tomar contato com a pluralidade do ser psicólogo; criar instrumentos, delinear *settings* e modalidades de intervenção que sejam capazes de despertar a pluralidade de recursos que cada sujeito possui de ordenar suas habilidades psíquicas e suas práticas sociais de modo mais criativo; dimensionar a intervenção psicológica em equilíbrio com a intervenção no campo da interação entre os sujeitos com seus ambientes, valendo-se dos recursos disponíveis na comunidade com poder de contribuir para o bem-estar da pessoa, além de uma reflexão que leve em conta todas as interações do paciente com o seu entorno.

O psicólogo, dentro de suas atribuições profissionais, pode atuar no âmbito da educação, saúde, lazer, trabalho, segurança, justiça, comunidades e comunicação com o objetivo de promover, a partir de seu trabalho, o respeito à dignidade e integridade do ser humano. As atividades da Clínica-Escola se iniciam com o processo de inscrição e triagem infantil, adolescente e adulto (Santos & Oliveira, 2005). A inscrição infantil é realizada pelo preenchimento de uma ficha e os pacientes são chamados para a triagem interventiva. São oferecidas as seguintes modalidades interventivas: orientação de pais, psicopedagogia, psicoterapia individual (em diferentes abordagens) e atendimento infantil.

Em relação à triagem de adultos e adolescentes, as atividades foram realizadas até o ano de 2008 em um formato semelhante à triagem infantil. De 2009 a 2011 foi realizada por meio de grupos de acolhimento e em 2012 houve a implantação do Plantão Psicológico, com objetivo de acolher e encaminhar os pacientes para os diversos serviços existentes. Uma dificuldade encontrada foi o elevado número de pacientes que buscaram esse atendimento, sendo que em 2011 foram realizados 89 acolhimentos/triagens e em 2017 esse número foi superior a 600

intervenções, sendo atendidos 315 pacientes. Frente a esse contexto de elevada demanda por atendimento psicológico, e considerando a gravidade dos casos e as dificuldades de encaminhamento (o que acabou gerando uma considerável fila de espera para atendimento), optou-se pelo fechamento do Plantão Psicológico no ano de 2018. Uma nova modalidade de triagem para adolescentes e adultos está sendo discutida pelo Conselho-Diretor do CPA.

Depois de triados, os clientes adultos e adolescentes são atendidos nas modalidades: individuais (abordagem psicanalítica e cognitivo-comportamental), orientação de pais, psicopedagogia, aconselhamento psicológico e atendimento grupal para terceira idade. Além das atividades de atendimento direto à comunidade e da realização de estágios em outras instituições, como descrito anteriormente, merece destaque a realização do 12º Encontro de Clínicas-Escola de Psicologia realizado na FFCLRP-USP.

12º Encontro de Clínicas-Escola de Psicologia na FFCLRP-USP: Marco Histórico e seus Desdobramentos

Com vistas a fomentar o debate para além do âmbito estrito do Departamento de Psicologia, o Conselho-Diretor do CPA, na gestão 2002-2004, organizou em 2004 o *12º Encontro de Clínicas-Escola de Psicologia do Estado de São Paulo: trajetórias e paradigmas*. Esse encontro é organizado anualmente por algum curso de Psicologia do Estado de São Paulo, especificamente pela coordenação de suas Clínicas-Escola e Centros de Psicologia Aplicada, responsáveis pela formação prática dos profissionais da área. Esse evento, realizado desde 1991, tem por objetivo fomentar discussões sobre a produção e a transmissão de conhecimentos relacionados às novas práticas diagnósticas e interventivas em Psicologia, em diálogo com docentes de diferentes universidades.

O evento já foi realizado pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Universidade de Taubaté (UNITAU), Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP-Assis e UNESP-Bauru), Universidade Paulista (UNIP-SP), Universidade São Judas Tadeu (USFT), Universidade São Francisco (USF), Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP), Universidade Católica de Santos (UNISANTOS), Universidade Metodista de São Paulo (UNIMEP), Universidade Paulista (UNIP-São José dos Campos), entre outras.

O 12º Encontro foi promovido pelo Centro de Psicologia Aplicada (CPA) do então Departamento de Psicologia e Educação, como parte da Programação Comemorativa dos 33 anos do CPA, 40 anos da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP) e 70 anos da Universidade de São Paulo (Melo-Silva, Santos, Simon, Oliveira, & Barrera, 2004). O evento foi coordenado pela Profa. Lucy Leal Melo-Silva (Presidente, do CPA e do evento) e pelo Prof. Manoel Antônio dos Santos (Vice-Presidente do evento), tendo como secretárias executivas as psicólogas Cristina Paulin Simon e Érika Arantes de Oliveira-Cardoso, e contou com a parceria de cursos de Psicologia de universidades de Ribeirão Preto e região, como a Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), representada pela Profa. Luzia Del Vechio Bernardes; a Universidade Paulista (UNIP), representada pelo Prof. Mauro Campos Balieiro; e Universidade de Franca (UNIFRAN) representada pela Profa. Irene Rodrigues de Andrade.

Cabe uma reflexão sobre o objeto da Psicologia em conexão com o conceito polissêmico de clínica. O ser humano consiste no objeto de estudo da Psicologia. Historicamente, a Psicologia Clínica desenvolveu-se com base no modelo biomédico. Muitos psicólogos a compreendem como um *ramo* da Psicologia, um *campo de trabalho*, um *lugar de trabalho – as clínicas –* uma *tarefa* e um *método*. O termo "clínica" também é considerado sinônimo de *terapêutica*. Para Bohoslavsky (1971/1991), "a Psicologia Clínica caracteriza-se por uma estratégia de abordagem

do objeto de estudo, que é o comportamento dos seres humanos". A estratégia clínica "pode ser empregada para se estudar qualquer tipo de comportamento (sadio ou doente), em qualquer âmbito de trabalho (psicossocial, sócio-dinâmico, institucional, educacional, recreativo, ocupacional, entre outros) e de acordo com o propósito de quem empregue esta estratégia em relação à situação humana, quaisquer que sejam sua *modificação*, sua *compreensão* e sua *explicação* ou, ainda, a *prevenção* de dificuldades" (p. 33).

O conceito *clínica-escola*, que figurava no título dos Encontros, muitas vezes foi questionado. Nessa 12ª edição, ao ser discutido em plenária, o título do evento foi alterado para serviços-escola, como proposta da organização desse Encontro. Independentemente do construto *clínica-escola* ou *serviço-escola*, o objetivo do 12º Encontro, realizado na USP de Ribeirão Preto, foi o de discutir a prática dos estágios em três eixos temáticos: *o que fazemos* (trajetórias, saberes e fazeres nas diversas áreas de aplicação do conhecimento psicológico), *como fazemos* (os paradigmas, os métodos, procedimentos e técnicas que são ensinados no cotidiano dos estágios realizados em clínicas-escola, instituições e comunidade) e *para quem fazemos* (o aluno-estagiário e o usuário-cliente-destinatário de nossas ações e intervenções) (Melo-Silva et al., 2004).

No Encontro foram desenvolvidas as seguintes atividades: cinco *workshops*, três conferências, duas mesas-redondas, 14 sessões de comunicação oral, 13 sessões de painéis, grupos temáticos e plenária. Os trabalhos apresentados refletiram a diversidade de estratégias de intervenção e paradigmas expressos nas ações realizadas pelos supervisores, psicólogos e estagiários em diferentes âmbitos da comunidade. Participaram mais de 300 psicólogos, supervisores e alunos de cidades do Estado de São Paulo e de outros, tais como: Minas Gerais, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

As comunicações orais e painéis totalizaram 231 trabalhos, que destacaram a preocupação dos supervisores com a ampliação da inclusão, nos programas e serviços, de

pessoas que necessitam de atendimento psicológico. Procedimentos de intervenção qualificados e realizados em equipes multidisciplinares e interdisciplinares foram apresentados, assim como programas interinstitucionais, o que evidencia a importância de projetos coletivos. Os trabalhos se inseriram nas áreas: Clínica, Saúde, Orientação Profissional, Hospitalar, Escolar/Educacional, Formação Profissional, Gerenciamento de Serviços, Organizacional/Trabalho, Social, Desenvolvimento, Jurídica, Trânsito e Esporte. Os Painéis Institucionais apresentavam as informações sobre cada serviço-escola. Esses trabalhos retrataram a diversidade e as inúmeras possibilidades de ações da Psicologia e da extensão de serviços à comunidade, de modo a fortalecer o ensino superior, fornecendo subsídios para pesquisas que possam reverter na qualificação da formação de psicólogos e em benefício dos clientes.

A Comissão Organizadora do 12º Encontro estabeleceu a meta de promover um espaço de troca de experiências e de conhecimentos relacionados às práticas psicológicas, com reflexões à luz das *novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Psicologia*, cujo parecer tinha sido aprovado naquele ano (19/02/2004). Portanto, a organização do Encontro e a inserção na pauta das Diretrizes constituiu inovação e marcou o espírito de época. Os grupos temáticos e a plenária favoreceram a continuidade dos debates sobre a estrutura dos cursos em termos de núcleo comum e ênfases curriculares, e a organização dos estágios nos níveis: *básico* (desenvolvimento integrado das competências e habilidades previstas no núcleo comum) e *específicos* (desenvolvimento integrado de competências e habilidades que definem cada ênfase proposta pelo projeto de curso).

Na avaliação do Encontro, os participantes destacaram a estratégia inédita de parcerias entre cursos de diferentes universidades e pela iniciativa de promover reflexões sobre as Novas Diretrizes Curriculares em um momento especial da história da Psicologia brasileira. Diversos participantes eram oriundos de universidades e faculdades particulares com cursos em início de

implantação. As discussões variaram muito quando na audiência predominavam supervisores de escolas pública ou privada, curso novo ou curso consolidado. Em geral, pode-se afirmar que a preocupação maior focalizou a qualidade do ensino e da extensão integrados à pesquisa e articulados em redes, sem perder de vista que a definição de políticas públicas em saúde mental é de responsabilidade de toda a sociedade e a Universidade deve contribuir formando profissionais e definindo indicadores de qualificação.

Como desdobramento do evento foram organizados três livros densos sobre a formação profissionalizante, nas versões impressa e em CD, elencados a seguir.

1. Melo-Silva, L. L., Santos, M. A., & Simon, C. P. (Orgs.) (2005). *Formação em Psicologia: Serviços-escola em debate.* São Paulo: Vetor, 484 p.

2. Simon, C. P., Melo-Silva, L. L., & Santos, M. A. (Orgs.) (2005). *Formação em Psicologia: Desafios da diversidade na pesquisa e na prática.* São Paulo: Vetor, 489 p.

3. Santos, M. A., Simon, C. P., & Melo-Silva, L. L. (Orgs.) (2005). *Formação em Psicologia: Processos clínicos.* São Paulo: Vetor, 442 p.



Foto 3. Tríptico "Formação em Psicologia": *Serviços-escola em debate, Desafios da diversidade na pesquisa e na prática, Processos clínicos.* Livros organizados por Lucy Leal Melo-Silva, Manoel Antônio dos Santos e Cristiane Paulin Simon
Fonte: Editora Vetor

Considerações Finais

No ano em que se comemora o cinquentenário de criação do CPA, o retrospecto das cinco décadas evidencia claramente que seu papel na formação acadêmica em Psicologia extrapola sua função de órgão gerenciador das atividades de estágio. No que diz respeito à gestão das atividades, o CPA mostra que está plenamente sintonizado com a finalidade do curso de Psicologia da FFCLRP. Em outras palavras, está contribuindo com a finalidade definida pelo PPP de criar condições objetivas e subjetivas, materiais e simbólicas, para uma formação solidamente fundamentada e apoiada no diálogo constante entre teoria e prática.

Estudo de Santos e Kawakami (2003) evidencia que os itinerários formativos do psicólogo variam enormemente, mas há relativo consenso sobre a importância da formação acadêmica na delimitação dos contornos do exercício profissional futuro. O espaço estruturado pelo curso para que o aluno de Psicologia possa exercitar habilidades e competências práticas é, cada vez mais, considerado a espinha dorsal da formação. Por meio de atividades devidamente programadas e supervisionadas cultiva-se um modo de o aluno-estagiário entrar em contato com a pluralidade de saberes e fazeres que caracterizam o conhecimento psicológico.

Pensar na formação do psicólogo do futuro (Melo-Silva, Santos, & Simon, 2005) implica em reconhecer que a Psicologia, sempre vale lembrar, é conhecida como uma área de grande dispersão teórico-metodológica e, portanto, múltipla e multifacetada, o que solicita a criação permanente de instrumentais, *settings* e modalidades de intervenção dimensionadas para intervir na interação entre sujeito e ambiente.

Referências

Bohoslavsky, R. (1991). *Orientação vocacional: A estratégia clínica* (8. ed., J. M. V. Bogart, Trad.). São Paulo: Martins Fontes (Obra original publicada em 1971).

Melo-Silva, L. L., & Bosco, G. G. (2014). Cultura e extensão. In: F. L. M. Mantelatto, P. C., P. Ciancaglini, L. M. Abrahão, & D. A. G. Souza (Org.), *50 anos da FFCLRP-USP: Memórias de várias gerações* (pp. 145-164). Ribeirão Preto, SP: FFCLRP.

Melo-Silva, L. L., Santos, M. A., & Simon, C. P. (2005). Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto: Formando o psicólogo do futuro. In L. L. Melo-Silva, M. A. Santos, & C. P. Simon (Orgs.), *Formação em Psicologia: Serviços-escola em debate* (pp. 221-256). São Paulo: Vetor.

Melo-Silva, L. L., Santos, M. A., & Simon, C. P. (Orgs.) (2005). *Formação em Psicologia: Serviços-escola em debate*. São Paulo: Vetor.

Melo-Silva, L. L., Santos, M. A., Simon, C. P., Oliveira, E. A., & Barrera, S. (2004). *Programa e Resumos. 12º Encontro de Clínicas-Escola de Psicologia do Estado de São Paulo: Trajetórias e paradigmas*. São Paulo: Vetor.

Pereira, F. M., & Pereira Neto, A. (2003). O psicólogo no Brasil: notas sobre seu processo de profissionalização. *Psicologia em Estudo (Maringá), 8*(2), 19-27.

Santos, M. A., & Kawakami, E. A. (2003). Percursos do psicoterapeuta: da formação acadêmica ao exercício profissional. In R. A. Pacheco Filho, M. D. Rosa, N. Coelho Jr., A. C. LoBianco, P. Endo, & T. T. Carignato (Orgs.), *Novas contribuições metapsicológicas à clínica psicanalítica* (pp. 229-246). Taubaté, SP: Cabral.

Santos, M. A., & Melo-Silva, L. L. (2003). "Será que era isso o que eu queria?": A formação acadêmica em Psicologia na perspectiva do aluno. In L. L. Melo-Silva, M. A. Santos, J. T.

Simão, & M. C. Avi (Orgs.), *Arquitetura de uma ocupação: Orientação profissional: Orientação profissional: teoria e técnica, v. 1* (pp. 387-406). São Paulo: Vetor.

Santos, M. A., & Oliveira, E. A. (2005). Serviço de Triagem de Adultos e Adolescentes: Panorama histórico de uma clínica psicológica. In L. L. Melo-Silva, M. A. Santos, & C. P. Simon (Orgs.), *Formação em Psicologia: Serviços-escola em debate* (pp. 295-312). São Paulo: Vetor.

Santos, M. A., Simon, C. P., & Melo-Silva, L. L. (Orgs.) (2005). *Formação em Psicologia: Processos clínicos.* São Paulo: Vetor.

Santos, M. A., Pasian, S. R., Oliveira, E. A., Melo-Silva, L. L., & Garducci, P. C. (2005). A trajetória do cliente na clínica-escola: Articulação entre serviços na formação profissionalizante em Psicologia. In: L. L. Melo-Silva, M. A. Santos, & C. P. Simon (Orgs.), *Formação em Psicologia: Serviços-escola em debate* (p. 139-170). São Paulo: Vetor.

Simon, C. P., Melo-Silva, L. L., & Santos, M. A. (Orgs.) (2005). *Formação em Psicologia: Desafios da diversidade na pesquisa e na prática*. São Paulo: Vetor.

Soares, A. R. (2010). A Psicologia no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *30*(spe), 8-41.

Travassos, R., & Mourão, L. (2018). Lacunas de competências de egressos do curso Psicologia na visão dos docentes. *Psicologia: Ciência e Profissão, 38*(2), 233-248. https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703004472016

O PAPEL DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO NA FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO

Marina Greghi Sticca
Regina Helena Lima Caldana

Como um campo do saber que constituiu o mundo ocidental na modernidade, a Psicologia esteve presente no contexto brasileiro ao longo de toda nossa história. Embora já fosse incluída no meio acadêmico desde final do século XIX e início do XX, a oficialização da formação em Psicologia desenhou-se paulatinamente ao longo do século XX, culminando com a regulamentação da profissão e formação nos anos 60.

Inicialmente ligada à área médica e depois à da educação, primeiro com caráter de especialização, foi somente com a Lei n.° 4119, de 27 de agosto de 1962 (cuja regulamentação deu-se em 1964) que a Psicologia tornou-se objeto de formação superior específica (Soares, 2010), sendo este marco unanimemente considerado um divisor de águas em diferentes propostas de periodização para o estudo da história da profissão no país (Antunes et al., 2006; Silva Junior, Cantarini & Prudente, 2006; Rudá, Coutinho & Almeida Filho, 2015).

Para esta formação previa-se um currículo mínimo descrito no parecer de especialistas Parecer n. 403/62 do CFE, aprovado em 19/12/62 (Conselho Federal de Educação, 1962). Nele, discriminavam-se as disciplinas básicas da Psicologia (Psicologia Geral e Experimental, Psicologia do Personalidade, Psicologia Social e Psicopatologia Geral) e as instrumentais (Fisiologia e Estatística). A essas disciplinas, que constituíam o núcleo comum da formação, deveriam se somar duas disciplinas específicas da formação do psicólogo (Técnicas de Exame e Aconselhamento Psicológico e Ética Profissional) e outras três a serem escolhidas dentre uma lista definida por oito disciplinas (Psicologia do Excepcional, Dinâmica de Grupo e Relações Humanas, Pedagogia Terapêutica, Psicologia Escolar e Problemas da Aprendizagem, Teorias e

Técnicas Psicoterápicas, Seleção e Orientação Profissional e Psicologia da Indústria). Este currículo mínimo completava-se com a exigência de estágio supervisionado:

> Resta o estágio supervisionado. O trabalho do Psicólogo - é sempre, no fundo, uma tarefa de educação, ou reeducação que se vale de técnicas próprias cujo domínio é impossível sem o devido treinamento prático. Assim, tal como ocorre no ensino médico e agora se exige para qualquer modalidade, de licenciatura, a sua formação teórico experimental terá de completar-se com um estágio que se desenvolva em situação real ao longo de pelo menos 500 horas de atividades - e obedeça à imediata supervisão dos órgãos por ela responsáveis *(*Conselho Federal de Educação, 1962, p. 2).

É interessante, aqui, que o parecer, em 1962, antecipava uma concepção de estágio que só seria reconhecida em lei cinco anos mais tarde. A legislação então em vigor (datada de 1942) considerava o estágio como "um período de trabalho" sem atrelá-lo a uma função educativa; o caráter de formação profissional dos estágios apareceu legalmente em 1967, quando foi sancionada a Portaria nº 1.002 pelo Ministério do Trabalho e Previdência Social (Colombo & Ballão, 2014).

A exigência de um currículo mínimo vigorou até 2004, quando foram publicadas as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia (2004). Neste novo modelo, contemplava-se a flexibilidade na proposta de formação em cada curso, permitindo sua adequação às necessidades do contexto social em que se inseria. Se não havia mais um currículo mínimo, a formação deveria ser norteada pelo conjunto de competências e habilidades que deveriam ser desenvolvidas em cada curso (Campos, 2013), em estágios básicos e específicos.

No período em que vigorou o currículo mínimo, os estágios eram considerados "espaços de aplicação de conhecimentos oferecidos no contexto de sala de aula". Este entendimento foi paulatinamente reformulado em sucessivos documentos e nas diretrizes de 2004 o destaque é

colocado na:

> sua função de integrar competências, habilidades e conhecimentos. Ao serem colocados diante de situações concretas de atuação os estudantes são convocados a uma atividade que não pode ser plenamente atrelada a um conteúdo disciplinar específico. Pelo contrário, nessa situação, eles devem articular conhecimentos, competências e habilidades ao agir no enfrentamento de problemas concretos advindos do seu campo de atuação ou de investigação (Cury & Ferreira Neto, 2014, p. 509)

É inquestionável o papel central do estágio supervisionado na formação do psicólogo. Em relação a ele, no entanto, há debates e diferenças de concepção que nem sempre tem sido objeto de atenção (Cury & Ferreira Neto, 2014). Neste trabalho procuraremos: a) analisar o papel do estágio supervisionado no desenvolvimento de competências profissionais relevantes e necessárias ao processo de formação do psicólogo, tendo como base premissas da aprendizagem experiencial e b) fazer algumas reflexões sobre o processo de supervisão na dimensão da afetividade.

Competências e a Formação do Psicólogo

O estágio supervisionado é uma modalidade didático-pedagógica que se delineia a partir da participação direta dos estudantes em situações profissionais de dadas áreas, com o objetivo de estabelecer correlações entre teoria e prática (Silva Neto, Oliveira & Guzzo, 2017). Segundo as Diretrizes curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia (Resolução 5/2011), os estágios supervisionados são conjuntos de atividades de formação que procuram

assegurar a consolidação e a articulação das competências por meio do contato do formando com situações, contextos e instituições, permitindo que conhecimentos, habilidades e atitudes se concretizem em ações profissionais.

A partir destas definições parte-se da premissa de que o estágio supervisionado tem como objetivo preparar os estudantes para a inserção no mundo do trabalho por meio do desenvolvimento de competências próprias da atividade profissional. O termo competências apresenta diversas definições e sentidos, e vem sendo estudado principalmente pelas áreas de administração, psicologia e educação. O termo competência pode ser utilizado no ambiente da formação universitária, nos contextos de trabalho e no contexto acadêmico. As competências podem ser definidas como combinações sinérgicas de conhecimentos, habilidades e atitudes (CHAs), aplicadas ou demonstradas em seu local de trabalho (Brandão, Guimarães & Borges-Andrade, 2001).

Quanto a sua definição, é possível identificar a existência de três correntes com propostas diferentes no entendimento do conceito de competência.

a) a norte-americana, representada principalmente pelos autores McClelland (1972) e Boyatzis (1982). De acordo com esta corrente, competências podem ser descritas em termos de traços pessoais essenciais, habilidades, conhecimentos e motivações que leva a um desempenho superior.

b) a inglesa (funcional): os CHAs são identificados mediante análise funcional do desempenho e das responsabilidades assumidas pelo indivíduo, e as competências vinculadas aos objetivos organizacionais. Para esta corrente, competência refere-se a descrição de algo que uma pessoa deve ser capaz de fazer, ou uma descrição de uma ação, comportamento ou resultado que uma pessoa deve ser capaz de demonstrar.

c) a francesa, representada pelos trabalhos de Le Boterf (1999) e Zarifian (2003). Assume uma perspectiva mais desenvolvimentista da competência, definindo-a como a articulação de saberes e modos de agir que contribuem para o desempenho de tarefas. A combinação entre saberes e modos de agir estaria alicerçada em atitudes favoráveis à mobilização de recursos pessoais para o desempenho, com destaque para a busca ativa por novas aprendizagens, visando superar limitações das descrições das tarefas.

Carbone, Brandão, Leite & Vilhena (2009) propuseram a integração das contribuições dessas correntes. Segundo os autores, competência pode entendida não apenas como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes (CHAs) necessários para executar determinada atividade, mas também como o desempenho expresso pela pessoa, decorrente da mobilização destes CHAs, que agrega valor à pessoa (autodesenvolvimento) e às organizações (desenvolvimento organizacional). Parte-se da premissa de que as competências são construídas ao longo da vida do trabalhador, baseadas em capacidades cognitivas, afetivas e de mobilização de habilidades de adaptação e socialização (Cruz & Schultz, 2009).

Cruz (2016) propõe que o processo educativo, construído ao longo da formação profissional do psicólogo e em sua relação com o mundo do trabalho, deve promover a manifestação de competências científico-profissionais do psicólogo que possibilitem: a) identificar necessidades e compreendê-las, por meio de processos de investigação e/ou avaliação; b) intervir, considerando algum grau de conhecimento das necessidades e dos resultados dos processos de investigação e/ou avaliação; c) avaliar o que é necessário e suficiente para o atendimento das necessidades do usuário, tendo em vista o conhecimento produzido pelos processos de investigação/avaliação; d) comunicar o trabalho realizado, com base no conhecimento obtido, visando promover mudanças ou melhorias naquilo que foi demandado.

Neste sentido, o estágio supervisionado deve atingir o objetivo de preparar os alunos para inserção no mundo do trabalho e desenvolvimento de competências próprias da atividade profissional. Neste processo, existem elementos centrais, o saber e o fazer do docente e/ou supervisor, e a experiências dos estudantes (Silva Neto, Oliveira & Guzzo, 2017). No desenvolvimento do estágio supervisionado, verifica-se a necessidade de abarcar dimensões teóricas, metodológicas, técnicas, éticas e políticas, que precisam ser consideradas neste processo (Silva Neto, 2014).

A questão que se coloca: *de que forma este processo pode ser conduzido de forma a possibilitar o desenvolvimento de competências profissionais necessárias para atuação do psicólogo?* A seguir são apresentados os pressupostos da aprendizagem experiencial e suas contribuições para o estágio supervisionado e o desenvolvimento de competências.

Aprendizagem Experiencial: Bases Teóricas e Contribuições para o Contexto de Estágio

As teorias de aprendizagem mudaram durante a década de 80 e 90. Novas formas de pensar a aprendizagem e o conhecimento surgiram para questionar os tradicionais paradigmas sobre o que é aprendizagem e como as pessoas adquirem novos conhecimentos e habilidades. No entanto, as várias teorias não são necessariamente incompatíveis, elas fornecem diferentes perspectivas em relação ao complexo fenômeno da aprendizagem e, em geral, são relevantes para diferentes situações em que a aprendizagem ocorre (Shuel, 2001).

A teoria de aprendizagem experiencial proposta por Kolb (1984) propõe uma nova visão do processo de aprendizagem aplicada ao contexto de educação do nível superior (Kolb & Kolb, 2006). A aprendizagem é nomeada de experiencial devido a dois fatores: o primeiro deles é que

as bases da referida teoria encontram-se nos trabalhos de Dewey, Lewin e Piaget, e a segunda razão é o papel central que a experiência tem no processo de aprendizado.

Segundo os autores, o modelo proposto por Lewin (ano), a aprendizagem é facilitada por um modelo integrado que se inicia com uma experiência baseada no *aqui e agora*, seguida por coleta de dados e observações baseadas na experiência. A *experiência imediata do indivíduo* é o ponto focal da aprendizagem, atribuindo significado subjetivo individual para conceitos abstratos e, ao mesmo tempo, propiciando uma referência concreta para testar as implicações e validar as ideias criadas durante o processo de aprendizagem. O processo de retroalimentação por meio do *feedback* é a base para um processo contínuo de redirecionamento e avaliação das consequências destas ações.

O modelo de aprendizagem proposto por Dewey (ano) é similar ao de Lewin. No entanto, o autor deixa mais explícita a importância do conceito de *feedback* no processo de aprendizagem, sendo que a aprendizagem transforma os sentimentos e os desejos da experiência concreta em ações intencionais.

O processo de aprendizagem na visão de Piaget (ano) se assemelha aos modelos anteriores, sendo considerado como um ciclo de interação entre o indivíduo e o ambiente, sendo que a chave para o aprendizado está no processo de acomodação dos conceitos ou esquemas a partir da experiência no mundo, e o processo de assimilação de eventos e experiências do mundo para os conceitos e esquemas pré-existentes. O aprendizado ocorre na interação entre estes dois processos.

A aprendizagem experiencial tem características dos três modelos apresentados, sendo constituída pelas seguintes proposições:

Aprendizagem pode ser definida como um processo, e não como um mero produto: a aprendizagem é definida como um processo em que os conceitos são derivados da experiência, e são

continuamente modificados por ela.

Aprendizagem é um processo contínuo alicerçado na experiência: o conhecimento é gerado pela experiência e transformado por esta. Kolb (1984) propõe um ciclo de aprendizagem constituído por (Figura 1): 1. Experiência concreta (sentir), 2. Observação Reflexiva (observar), 3. Conceituação abstrata (pensar) e 4. Experimentação ativa (fazer).

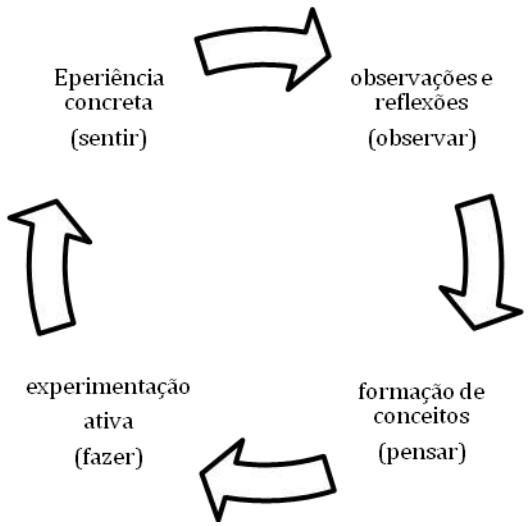


Figura 1. Ciclo de aprendizagem experiencial proposto por Kolb (1984) citado por Gondim, Abbad & Bendassolli (2018).

Aprendizagem é um processo de criar conhecimento: o conhecimento é resultado da interação entre conhecimento social e individual, que resulta em experiências objetivas e subjetivas em um processo chamado de aprendizagem. Aprendizagem é um processo em que o conhecimento é criado por meio da transformação de experiência. Primeiro, enfatiza aspectos que são valorizados pela aprendizagem experiencial, como o processo de adaptação e aprendizado em detrimento de resultados e/ou produtos. Em segundo, o conhecimento é considerado como um processo de transformação, sendo continuamente criado e recriado, não como uma entidade independente que precisa ser adquirida ou transmitida. Em terceiro, a aprendizagem transforma a experiência

em termos objetivos e subjetivos. Por fim, para entender aprendizagem devemos entender conhecimento e vice-versa. Os afetos, considerados como emoções, sentimentos e humores, ocupam papel relevante na aprendizagem experiencial (Gondim, Loiola & Borges-Andrade, 2015).

O ciclo de aprendizagem proposto por Kolb (1984) pode ser útil no planejamento de atividades de estágio supervisionado, uma vez que deve se assegurar ao aluno que o processo de aprendizagem será facilitado pelo docente e/ou supervisor, de forma a garantir a aprendizagem, neste caso, com foco em competências profissionais (Gondim, Abbad & Bandassolli, 2018). Por meio das atividades propostas no estágio supervisionado, o aluno tem possibilidade de "fazer" (experimentação ativa) e "sentir" (experiência concreta), e a partir de sua observação e reflexão, "pensar" (formar conceitos) que possibilitem a sua atuação em contextos profissionais.

Papel do Docente e/ou Supervisor Auxiliar no Ciclo: a Afetividade

É consensual a centralidade da experiência do estágio supervisionado na formação do psicólogo e por isso torna-se essencial voltar-se para o papel do supervisor neste processo. Há diversidade na forma de se entender o papel e a função da supervisão de estágio na formação do psicólogo (Silva Neto, Oliveira & Guzzo, 2017). Mas o período da formação superior é apontado como o de um conjunto de experiências acadêmicas e extra acadêmicas fundamentais para a constituição da identidade pessoal e profissional. Assim, se ingressar num curso superior traz um conjunto de experiências que levarão à redefinição da identidade, a conclusão do curso, na outra ponta do processo, tem o mesmo impacto (Melo-Silva, 1999). Ora, o estágio profissionalizante é a experiência que mais coloca em foco esta transição e, pela sua dimensão experiencial, o faz de forma particularmente intensa, envolvendo diretamente aspectos emocionais muito além dos

cognitivos e tradicionalmente considerados pertinentes ao universo acadêmico.

Leite (2012), apoiado na abordagem sócio histórica, mas referindo-se também a posições atuais nas neurociências, propõe a centralidade dos processos emocionais para a dimensão cognitiva. Jarvis (2006) propõe um modelo baseado na aprendizagem experiencial, existencial e humanística, que coloca a ação, cognição e emoção do aluno como aspectos centrais para o processo de aprendizagem. Neste modelo é acrescentada a possibilidade de aprender não apenas pela reflexão (cognição), mas também por meio da prática (ação) e emoção. Estes três elementos irão constantemente interagir para gerar o resultado final da aprendizagem. Segundo Gondim e Mutti (2011) a relação entre aspectos cognitivos e afetivos foi discutida por muitos autores, e parece consenso que a maioria dos estados afetivos é influenciada pela avaliação cognitiva que informa sobre a relação da situação para o bem-estar do indivíduo, e as regras da expressão emocional e experiência prévia associada com o contexto. Por outro lado, também se argumenta que o componente afetivo influencia a cognição, seja no processo de seleção do que será percebido e armazenado, quanto na avaliação da aprendizagem, tanto de experiências boas quanto ruins, agradáveis ou desagradáveis. Desse modo, o afeto seria tão relevante quanto a cognição e a ação, podendo transformar a experiência de aprendizagem.

Segundo Gondim, Loiola e Borges-Andrade (2015) muitos fatores pessoais podem influenciar as emoções dos alunos; no entanto, outras variáveis também podem explicar os afetos envolvidos na aprendizagem, como a família, a relação com os pares, os professores, o método e o tipo de tarefa. Estudos empíricos sinalizam que 33% dos episódios emocionais de forte intensidade e de grande frequência estão relacionados às interações com professores e 26%, aos assuntos focos de aprendizagem (Hascher, 2007).

Barros (2017), ao analisar aspectos do ensino superior, considera que o professor tem fundamentalmente um papel mediador no desenvolvimento da identidade profissional do aluno

e, como tal, embora sejam importantes suas escolhas em termos pedagógicos, é a sua figura como um todo que será modelo de identificação para o aluno, aproximando-o ou afastando-o de determinado campo profissional.

Se particularizarmos essa análise para o momento da supervisão, em que estão catalisados aspectos de definição de identidade profissional, podemos considerar que o trabalho a ser desenvolvido em supervisão requer um olhar atento do supervisor, que leve em conta a forma como se dá a relação entre ele e o estagiário, e ainda entre os membros de cada grupo de supervisão. Nesta perspectiva torna-se fundamental a ideia de que há um rompimento entre a dicotomia profissional e pessoal da formação (Melo-Silva, 1999). Ou seja, é a forma como se estabelecem as relações pessoais na supervisão que constituirá, de forma pouco explícita, aspectos da identidade profissional do estudante (Pires & Silva, 2012).

Eventos educacionais, como estágios profissionalizantes, planejados racionalmente sem levar em consideração os sentimentos que podem emergir e cujo ambiente não dê espaço para a expressão e reflexão sobre esses sentimentos, são mais propícios para o surgimento de estados afetivos desfavoráveis à aprendizagem; em contrapartida, um ambiente educacional previamente planejado para favorecer a expressão e a reflexão das emoções, favorece sua utilização a favor da aprendizagem (Gondim, Loiola & Borges-Andrade, 2015). Nesse caso, as emoções e os sentimentos tendem a contribuir para levar ao desenvolvimento mútuo do afeto, ao engajamento emocional, tendo um papel social que constrói ou quebra estruturas (Fineman, 1997).

Considerações Finais

As competências profissionais são construídas e aperfeiçoadas ao longo de todo o processo de formação do psicólogo, mas é inquestionável que o estágio supervisionado tem um

papel central nesse desenvolvimento e, como tal, demanda atenção e modelos que permitam uma melhor compreensão dos múltiplos aspectos nele envolvidos. A aprendizagem experiencial pode ser uma metodologia de desenvolvimento formativo em Psicologia particularmente interessante para se pensar o contexto formativo do estágio supervisionado pela multiplicidade de aspectos que contempla: tem como base a concepção de que o desenvolvimento profissional requer transformações contínuas e ao longo da vida no perfil de competências do indivíduo, nos âmbitos cognitivo, afetivo e comportamental.

Além disso, tendo como base o ciclo da aprendizagem experiencial, cabe ao professor e/ou supervisor a criação de um ambiente favorável de aprendizagem com base no conteúdo da aprendizagem, no afeto, na interação mediada, no contato imediato e nas reflexões decorrentes. A depender deste ambiente, o estágio supervisionado pode – ou não – realizar seu potencial formativo. Assim, atentar para este aspecto parece-nos uma tarefa central para o professor e/ou supervisor.

Referências

Antunes, M. A. M. & colaboradores (2006) *Psicologia da Educação*, 22, (pp. 79-94).

Barros, F. R. (2017). Impactos afetivos das práticas pedagógicas no ensino superior: o olhar dos alunos. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutora em Educação, na área de concentração de Educação, Conhecimento, Linguagem e Arte, São Paulo, Brasil.

Boyatzis, R. E. (1982). *The Competent Manager: A model for effective performance.* New York: Wiley.

Brandão, H. P., Guimarães, T., & Borges-Andrade, J. E. (2001). Competências profissionais relevantes à qualidade no atendimento bancário. *Revista de Administração Pública, 35*(6), 61-81.

Carbone, P. P., Brandão, H. P., Leite, J.B., & Vilhena, R. M. (2009). Gestão por competências e gestão do conhecimento. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.

Cury, B. M. & Ferreira Neto, J. L. (2014). Do Currículo Mínimo às Diretrizes Curriculares: os estágios na formação do psicólogo. *Psicologia em Revista*, *20*(3), 494-512.

Campos, E. B. V. (2013). Considerações sobre as implicações das diretrizes curriculares na formação do estagiário em psicologia. *Psicologia: ensino & formação, 4*(2), 100-118.

Colombo, I. M. & Ballão, C. M. (2014). *Histórico e aplicação da legislação de estágio no Brasil Educar em Revista, Curitiba, Brasil, n. 53,* 171-186. Editora UFPR.

Cruz, R. (2016). Competências Científicas e Profissionais e Exercício Profissional do Psicólogo. Editorial. *Psicologia: Ciência e Profissão, 36*(2), 251-254.

Cruz, R. M., & Schultz, V. (2009). Avaliação de competências profissionais e formação de psicólogos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, *61*(3), 117-127.

Fineman, S. (1997). Emotion and management learning. *Management Learning, 28*(1), 13-25.

Gondim, S. M. G., Abbad, G. S. & Bendassolli, P. (*no prelo*). Estágio como eixo central da articulação entre teoria, produção de conhecimento e prática profissional. In Gondim, S. M. G., Zerbini, T., Borges-Andrade, J. E., Abbad, G. S., & Peixoto, A. L. (2018). *Estágios e atividades práticas em psicologia organizacional e do trabalho: Manual de orientação para docentes-supervisores.* Porto Alegre, RS: Artmed.

Gondim, S. M., Loiola, E., & Borges-Andrade, J. E. (2015). Emoções e aprendizagem em contextos sociais: aspectos conceituais. In Gondim, S. M. G. & Loiola, E. Emoções,

Aprendizagem e comportamento Social: conhecendo para melhor educar nos contextos escolares e de trabalho. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Gondim, S. M. & Mutti, C. (2011). Affections in learning situations: a study of an entrepreneuship skills development course. *Journal of Workplace Learning*, *23*(3), 195-208.

Hascher, T. (2007) Exploring students' well-being by taking a variety of looks into the classroom. *Helenic Journal of Psychology, 4*, 331-349.

Jarvis, P. (2006). *Towards comprehensive of human learning*: Life long learning and the learning society, v.1. London, U.K.: Broutledge.

Kolb, D. A. (1984). *Experiential Learning*: Experience as the source of learning and development, Englewood Cliffs , N. J.: Prentice-Hall.

Kolb, A. Y., & Kolb, D. A. (2006). Learning styles and learning spaces: A review of the multidisciplinary application of experiential learning theory in higher education. In R. R. Sims, & S. J. Sims (Eds.), *Learning styles and learning*: A key to meeting the accountability demands in education (pp. 45–92). New York: Nova Science Publishers.

Leite, S. A. S. (2012). Afetividade nas práticas pedagógicas. *Temas em Psicologia*, *20*(2), 355 – 368.

Le Boterf, G. (1999). Competénce et navigation professionnelle. Paris: Éditions d'Organisation.

McClelland, D. C. (1972). A sociedade competitiva: realização e progresso social. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura.

Melo-Silva, L. L. (1999). Estágio profissionalizante em orientação profissional: experiência de supervisão em um curso de psicologia (I). *Revista da ABOP*, *3*(1), 119-135.

Parecer n. 403/62 do CFE. (1962, 19 de dezembro). Brasília: Ministério da Educação. Recuperado a partir de http://www.abepsi.org.br/portal/wpcontent/uploads/2011/07/1962-parecern403de19621.pdf.

Pires, V. F. & Sila, S. M. C. (2012). O Processo de Subjetivação Profissional Durante os Estágios Supervisionados em Psicologia. *PSICO*, *43*(3), 368-379.

Resolução nº 8, de 7 de maio de 2004. (2004, 18 maio). Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia. Diário Oficial da União, Seção 1, 16-17, 18 maio 2004. Recuperado a partir de http:// portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces08_04.pdf

Resolução nº 5, de 15 de março de 2001 (2011, 16 março). Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia. Diário Oficial da União, Seção 1, 19, 16 de março de 2011. Recuperado a partir de: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=7692-rces005-11-pdf&Itemid=30192

Rudá, C., Coutinho, D. & Almeida - Filho, N . (2015). Formação em psicologia no Brasil: o período do currículo mínimo (1962 - 2004) . Memorandum , 29 , 59 - 85 . Recuperado em 21 _ de _ agosto de 2018, de www.fafich.ufmg.br/memorandum/a 2 9 / rudacoutinhoalmeidafilho 01

Shuel, T. J. (2001). Learning theories and educational paradigms. In N. J. Smelser & B. Baltes (eds.). *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*. (pp. 8613-8619).

Silva Júnior, A., Cantarini, M. & Prudente, R.C.A.C. (2006) 1945-1962: os antecedentes da regulamentação da Psicologia como profissão no Brasil, *CES Revista*, 157-167.

Silva Neto, W.M.F., Oliveira, WA & Guzzo, R.S.L. (2017). Discutindo a formação em Psicologia: a atividade de supervisão e suas diversidades. *Psicologia Escolar e Educacional*, *21*(3), 573-582.

Soares, A. R. (2010). A Psicologia no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *30* (núm. esp.), 8-41.

Zarifian, P. (2003) O Modelo da competência. São Paulo: Editora Senac.

PROCESSOS CLÍNICOS E ATENÇÃO EM SAÚDE

ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO NARRATIVO DE SESSÃO ÚNICA

Laura Vilela e Souza
Camila Martins Lion
Ana Luiza Mendonça dos Santos
Mariana Rezende Figueira
Alessandra Alves Patrício
Letícia Cavalieri

Neste capítulo, contamos nossa história com o uso das práticas narrativas em um contexto de estágio de Aconselhamento Psicológico de Sessão Única no Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada (CPA) da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Iniciamos dando destaque aos contextos teóricos e sociais em que essas práticas foram desenvolvidas, a fim de possibilitar a compreensão da multiplicidade de ideias que as compõem e, assim, ampliar seu entendimento para além da noção técnica, visto que seus propósitos não se resumem ao oferecimento de ferramentas conversacionais, sendo um convite a uma nova forma de olhar para as histórias que as pessoas contam em situações terapêuticas. Em seguida, apresentamos os objetivos do estágio, as atividades desenvolvidas e o modelo de atendimento que seguimos. Na sequência, selecionamos um atendimento para ilustrar a/ao leitor/a nossa prática. Finalizamos com o compartilhamento de nossas impressões sobre essa experiência.

Breve Introdução Teórica

As práticas narrativas que norteiam nossa atuação foram desenvolvidas por Michael White e David Epston (1993) em um contexto de terapia familiar nos anos 80. Ao assumir a metáfora narrativa para guiar a sua prática, Michael White (2012), fez uso da analogia dos textos literários com as conversações terapêuticas. Inspirado por Jerome Bruner (1986), White entendeu que assim como os textos literários são compostos por histórias com lacunas que possibilitam a imaginação e a construção de novos sentidos, o contexto de terapia também pode convidar a pessoa a construir e ressignificar suas experiências ao contar e recontar histórias sobre si e sua vida. Para Michael White (2012), vivemos nossa vida por meio de histórias, ou seja, cada experiência vivida em nossas relações cotidianas vão sendo organizadas seguindo uma temporalidade que vai compondo os sentidos de quem somos.

Essas ideias são influenciadas por entendimentos oriundos de teóricos como Bateson (1972; 1979), que traz a noção de que as realidades não são objetivas, mas sim produtos de interpretações que vão sendo transformadas a cada experiência e que apresentam possíveis conhecimentos acerca daquela realidade e não possibilidades exclusivas de descrição. De Jacques Derrida temos o entendimento sobre as contradições que um texto pode revelar no sentido de que todo dito se remete a um não dito, ou seja, toda história narrada contempla sentidos que estão ausentes, mas implícitos alguma forma, e com isso privilegiamos determinadas "leituras" acerca da experiência vivida e deixamos outras fora das narrativas que produzimos (Grandesso, 2011). Derrida também contribui com a ideia de desconstrução atrelada à externalização de narrativas dominantes problemáticas, ao procurar por lacunas, significados escondidos ou histórias de exceção nas falas das pessoas (Besley, 2001).

Posto que os diferentes sentidos nos permitem expressar múltiplas ideias e discursos nos mais diversos contextos, as histórias que contamos fazem parte de nossa construção identitária; nos moldamos por meio de nossas próprias vozes e daquelas que são compostas em nossas relações com os outros, seja de maneira presencial ou virtual (Drewery & Winslade, 1997; Grandesso, 2011). Ao olhar para o nosso cotidiano, notamos que esses inúmeros discursos concorrem para serem ouvidos. Ora são discursos conflitantes com as ideias que temos de nós mesmos, ora mais consistentes com os padrões relacionais que construímos com o passar do tempo, endossando nossa forma de significar o mundo e as experiências (Drewery & Winslade, 1997). A força das palavras que usamos ao expressar saberes que relatam como as coisas devem ser no mundo nos dão uma pista do quanto a fala é uma ferramenta de poder social (Freedman & Combs, 1996).

Foucault (2012), teórico que também influenciou White, traz a noção de *saber* como um discurso produzido na sociedade por meio de relações de poder entre os indivíduos - não necessariamente de maneira verticalizada - e que é legitimado por essa mesma comunidade. Dessa forma, não há saber que, ao ser construído, esteja isento da influência produzida por essas mesmas relações (Foucault, 1996). As ideias foucaultianas mostram como as pessoas constroem suas vidas e ideias pautadas em discursos que são acolhidos dentro dessas relações de poder, por diversas vezes limitando as narrativas daquele sujeito que toma essas verdades como essenciais, ao mesmo tempo que legitima esses processos de produção do que é dito *verdadeiro* (Drewery & Winslade, 1997; Freedman & Combs 1996).

Assim, nosso mundo é moldado pela linguagem que utilizamos. O modo como falamos potencializa ou restringe determinadas realidades e com isso pode ir lhes concedendo o *status* de verdade. Nossa fala não é a representação dos nossos pensamentos e sentimentos; ela ativamente participa da produção das verdades que vivemos e assim influencia nossa forma de estar no

mundo. Essa ênfase na importância dos efeitos da linguagem na construção dos nossos mundos sociais ganhou destaque recentemente dentro da filosofia, das ciências humanas e sociais (Drewery & Winslade, 1997; Cruz, 2008). Gracia (2004) nomeia essa mudança como giro linguístico e entende esse movimento como sendo um processo em que a linguagem passou a ser percebida como um recurso a ser estudado, visto que é algo produzido nas interações sociais e não dada por si só.

Portanto, a ênfase dos estudos pós-modernos está em compreender os discursos que produzimos em relação com o outro. Essa noção questiona verdades estáticas e valoriza a compreensão de que os saberes são mutáveis (Drewery & Winslade, 1997; Cruz, 2008). Além disso, o entendimento de um *self* essencialista presente no discurso da modernidade que remete uma imutabilidade é contrastado com a versão pós-moderna de um *self* narrativo que é transformado a cada experiência vivida em suas relações cotidianas que colaboram na produção de narrativas que são organizadas para contar as histórias acerca dessas experiências. Deste modo, o *self* está sempre em um movimento de contar, recontar e editar as descrições sobre si mesmo (Anderson, 2009; Grandesso, 2017).

Considerando a metáfora narrativa e a contribuição dos teóricos citados, Michael White e David Epston (1993), passaram a compreender a vida das pessoas como sendo multi-historiadas e que a cada história contada são produzidas narrativas dominantes, as quais, podem estar saturadas por problemas e ocupar lugar de destaque na forma da pessoa ver a si mesma e sua vida. Por meio de diferentes recursos conversacionais - que utilizamos em nosso estágio de Aconselhamento Psicológico e que são descritos neste capítulo - esses teóricos propõem a exploração de narrativas subordinadas a essas narrativas dominantes. Nessa construção, o/a terapeuta ocupa um lugar em que atua política e socialmente e, justamente por estarmos engajados/as nessa atividade política, precisamos desafiar as ideias que perpetuam o *poder-saber*

usados de maneira opressiva. Ao enxergar o *poder* que exercemos como profissionais, podemos reconstruir nossa relação com o/a cliente, revisitando os pensamentos e modos de agir dominantes, além de refletir sobre quais narrativas estão sendo empoderadas durante o processo conversacional (Besley, 2001; Foucault, 1996; 2012).

Objetivo do Estágio

O estágio sobre o qual falamos neste capítulo tem como objetivo proporcionar aos alunos/as do quinto ano do Curso de Psicologia a prática supervisionada de atendimento em Aconselhamento Psicológico de adultos que buscam atendimento psicológico no Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada (CPA) da FFCLRP-USP. Para tanto, utilizamo-nos dos fundamentos teóricos, técnicos e éticos das propostas construcionistas sociais em Psicologia – com destaque para as práticas narrativas e para a modalidade de atendimento de sessão única.

Descrição das Atividades Desenvolvidas

O modelo de atendimento utilizado por Karen Young (2011) - que adapta o uso das práticas narrativas para atendimento de sessão única - é subsídio teórico e prático para a realização do nosso estágio. Esse modelo segue alguns passos, aqui descritos de forma bastante abreviada.

Primeiro, há a **construção da agenda da conversa** com o/a cliente, com o objetivo de compreender as expectativas das pessoas para a sessão. Estabelecer a agenda é importante para ter clareza do que as pessoas querem quando chegam e ajustar essas expectativas para o fato de ser uma conversa única. Segundo Young (2011), é comum as pessoas virem para a sessão sem

saberem ao certo que resultados terão. Este tópico é importante para ter noções imediatas sobre os pontos de entrada para as histórias subordinadas e como elas refletem as expectativas, preferências e valores dos/as clientes.

O segundo momento da sessão é marcado pelas **conversas de externalização do problema**, que consiste em ouvir do/a cliente sobre o problema buscando reconhecê-lo como separado de sua identidade. Quando as pessoas passam a ver os problemas como algo externo a elas, há uma abertura para uma construção menos deficitária sobre si que favorece o reconhecimento de que ela pode assumir uma posição ativa de agenciamento pessoal frente a influência que o problema tem sobre sua vida e a influência que ela tem sobre a história do problema. Essa é uma das ferramentas conversacionais que White (2012) oferece para ser utilizada em conversas terapêuticas. A externalização do problema permite uma abertura para os não ditos de cada história e, com isso, dar voz às narrativas subordinadas que diferentemente das dominantes, podem estar repletas de histórias de exceção em que a pessoa de alguma forma reagiu ao problema, bem como histórias que são repletas de habilidades, valores e recursos que ajudam a pessoa a responder aos efeitos dos problemas em sua vida.

Para facilitar a externalização, pode-se sugerir que a pessoa tente pensar em um nome para esse problema que faça sentido e/ou também para imaginar que se esse problema fosse um personagem, um animal, objeto, como seria. Pedir para a pessoa criar uma imagem concreta do problema ajuda a construí-lo como algo que não faz parte de sua personalidade ou essência. Algo que pode ser metaforizado como separado da pessoa permite sua exploração de forma distinta do que explicações dos problemas em termos de culpa, ansiedade, incompetência, frustração, etc. É uma tentativa de favorecer que diferenças na forma de falar do problema aconteçam. E são explorados os efeitos do problema na vida da pessoa, entendendo em que momentos ele aparece e que momentos ele se torna mais forte/fraco; quais são os contextos que ele está presente

(família, escola, trabalho, vida social...) e como ele age em cada um desses contextos, o que ele provoca. Para compreender o que o problema está exigindo da pessoa podemos estimulá-la a pensar as regras que o problema está exigindo dela, o que o problema faz ela fazer ou deixar de fazer e também de que jeito ele está influenciando às suas ações. Nesse momento, o/a terapeuta auxilia a pessoa a avaliar as operações e atividades do problema, bem como os principais efeitos em sua vida e justificar os motivos dessas avaliações.

O terceiro momento da sessão centraliza-se no **desenvolvimento de histórias subordinadas**, ou seja, os momentos de exceção dentro da narrativa dominante a qual o problema está relacionado. É olhar para as histórias e narrativas que ficam à sombra, ofuscadas pela narrativa dominante, e que carregam grande potencial de recursos possivelmente não explorados pelo/a cliente. É o que Michael White e David Epston (1993) chamam de *conversações de re-autoria*, possibilitando a reescrita dos entendimentos que a pessoa tem sobre si mesma e das experiências de sua vida. Essa forma de conversa pode contribuir para a construção de noções de identidade que contradizem às elaboradas pela história do problema. Nesta etapa, o/a terapeuta incentiva o/a cliente a contar histórias que escapam do problema dominante, e que geralmente são carregadas de valores, sonhos, habilidades e preferências de vida da pessoa. Assim, essas histórias são exploradas e engrossadas com elementos trazidos pelo/a cliente que estavam subjacentes as histórias não contadas, com o objetivo de fortalecer a capacidade de olhar e recontar a própria história por outros ângulos. Ao ouvir a/o cliente é preciso estar atento/a se em algum momento da narrativa surgem histórias alternativas que trazem aspectos diferentes do problema em si, em que o/a cliente, por exemplo, tenha agido de modo diferente do problema. Após identificar esse aspecto de exceção da história ou também de que o/a cliente mostra uma postura de iniciativa e menos passiva frente ao problema, é importante estimular que a pessoa descreva mais detalhadamente sobre isso. Para estimular essa descoberta, pode-se investigar por

meio de vários contextos da vida da pessoa (familiar, escolar, social...), tentando entender qual foram os efeitos desse acontecimento nesses diferentes contextos e para ela mesmo, além de compreender o que/quem contribuiu para isso e de que forma. Pode-se explorar como a pessoa conseguiu colaborar para que esse acontecimento acontecesse, buscar quais valores estão por detrás dessa história, tentando compreender como esses valores foram aprendidos e ensinados por quem.

Nesse momento da sessão, é possível utilizar as *conversações de remembrança,* que trazem a oportunidade de conhecer o *self* como sendo algo composto pelas diferentes vozes das pessoas com quem vamos interagindo ao longo da nossa vida e que acabam formando um *clube de pessoas* que cotidianamente nos ajuda a construir a ideia de quem somos e podemos ser. Esse clube pode se transformar constantemente com a entrada e saída de membros, bem como servir como um antídoto para as descrições de identidade que compactuam com a ideia de um ser isolado e imutável (White & Epston, 1993; White, 2012). Essa parte da conversa estimula o desenvolvimento de noções de identidade que enfatizam as contribuições que os outros trazem para nossas vidas e nossos entendimentos de *self*. Assim, nesse momento da sessão, é possível identificar quem são as pessoas/figuras significativas na vida da pessoa e tentar compreender o que essas pessoas/figuras ensinaram a/ao cliente; entender como essas figuras descreveriam o/a que cliente tem de habilidades para lidar com o problema e também se o/a cliente de alguma forma também ajuda essas pessoas.

O quarto momento da sessão se refere a **construção de possibilidades futuras**. É a busca do/a terapeuta por identificar e avaliar com a/o cliente a utilidade da conversa e o aprendizado de algo novo, e como esse aprendizado pode repercutir em sua vida daquele momento em diante. Nesse momento, já está se caminhando para o encerramento da conversa e algumas perguntas que podem servir de inspiração a/ao terapeuta são: Se você pudesse dar um

nome para o que percebeu sobre si mesmo/a com a nossa conversa, qual seria? Como isso que você percebeu na nossa conversa poderia te ajudar a se aproximar mais do que deseja? Se você fosse escrever uma carta para si mesmo/a para não esquecer dessa conversa, o que escreveria? Se você fosse contar para alguém sobre essa conversa, o que diria que foi útil?

O quinto e último momento da sessão é a exploração do/a terapeuta sobre o que pode garantir que o/a cliente permaneça conectado com o novo conhecimento produzido na conversa depois da sessão acabar. Algumas perguntas úteis para esse momento são: Quem seria importante você conversar para contar sobre isso tudo que descobrimos nessa conversa? O que ela/s/e/s pensariam? Como ela/s/e/s saberem disso te ajudaria nos próximos passos? Quem na sua vida seria um time de apoio para ajudar a desenvolver o que conversamos hoje?

Durante o atendimento, o/a terapeuta constrói com o/a cliente um documento colaborativo no qual são destacadas as narrativas subordinadas reconhecidas na conversa e uma cópia desse material é entregue a/ao cliente ao término da sessão.

Da forma como organizamos nosso estágio, as pessoas inscritas para atendimento no CPA-FFCLRP-USP são contatadas pelos/as estagiários/as por telefone para o agendamento do atendimento seguindo a ordem de procura pelo serviço. Buscamos agendar o atendimento o mais breve possível considerando-se o momento no qual a pessoa se inscreve. Neste telefonema, realizamos uma conversa sobre o funcionamento do atendimento reafirmando que ele é constituído de uma sessão única, com duração de até duas horas e um retorno após 15 dias. Na proposta de Young (2011) o atendimento não tem retorno, todavia, optamos por incluir esse momento em nossos atendimentos para que os/as clientes pudessem voltar e nos contar como foi a experiência, servindo como *feedback* sobre nosso trabalho.

Também incluímos o uso da **equipe reflexiva**, estratégia criada por Tom Andersen (2002) com o propósito de ampliar as possibilidades de produção de sentidos sobre as conversas

em uma sessão terapêutica. Da forma como a utilizamos, um/a ou dois/duas estagiários/as mais um/a supervisor/a ocupam o lugar de escuta da conversa sentados/as em cadeiras atrás do/a cliente, sendo convidados/as a falar pelo/a estagiário/a que conduz a sessão no momento que considerar pertinente, quando a equipe reflexiva tem a oportunidade de compartilhar seus entendimentos sobre a conversa, oferecendo novos sentidos a/ao cliente e a/ao terapeuta. A escuta e fala da equipe são norteadas por quatro focos: 1. *Foco no relato:* Estimula a equipe a identificar e falar sobre o que ouviu que mais lhe atraiu, o que lhe chamou mais atenção ou prendeu sua imaginação. Ficando atentos aos relatos do/da cliente que lhe deram uma sensação sobre o que ele/ela valoriza na vida. Podendo se perguntar: *O que chamou atenção em você em termos do que você gostou desse/dessa cliente? Quais conhecimentos, habilidades, valores você notou? 2. Foco na imagem:* Incentiva a equipe para perceber e descrever imagens que surgiram na sua mente enquanto escutava o diálogo entre cliente e terapeuta. Essas imagens podem tomar forma de metáforas relacionadas à vida da pessoa. Nesse momento, vale pensar o que essas imagens podem dizer sobre a vida e identidade dessa pessoa. 3. *Foco na ressonância pessoal:* Instiga a cada um da equipe para ficar atentos/as ao porque se sentiu atraído por determinadas expressões, momentos da conversa. É relevante que seja falado quais experiências de sua própria história se avivaram e vieram a memória em virtude desses relatos. Para tanto pode ajudar se perguntar: *Tem algo no que ouviu que te conecta com algo que é importante para você pessoalmente? 4. Foco no transporte:* Impulsiona a equipe para identificar de que forma aquele determinado momento da conversa tocou na sua própria história e o que muda na sua história depois dessas percepções. Pensando em que lugares que essa experiência de escuta te levou, aos quais não teria chegado se não estivesse participado do atendimento. Podendo em sua fala responder à essas perguntas: *O que testemunhar essa conversa significou para você? Como ela irá te afetar a partir de hoje? O que ela te ensinou? O que você se lembrará futuramente dessa pessoa?* De modo geral, ao oferecer a sua versão da história (fala) enquanto

membro da equipe, é importante responder em primeira pessoa, falando do seu entendimento de forma apreciativa e não impositiva, cuidando para que não sejam falas que remetem a conselhos, julgamentos, verdades absolutas, teorias, palestrar sobre o que foi falado, dar instruções e/ou reforçar comportamentos. A postura é de especulação, curiosidade, busca de aberturas e responder ao que efetivamente aconteceu na conversa.

Outra adaptação à proposta de Young é o uso da **cadeira vazia**, estratégia utilizada em contextos de formação, como a graduação em Psicologia, na qual uma cadeira é colocada ao lado do/a terapeuta para que o/a supervisor/a possa sair da posição de equipe reflexiva e entrar na conversa, durante o atendimento, conversando com o/a estagiário/a que está conduzindo a sessão sobre ideias de questões a serem feitas, possibilidade de rever caminhos que estão sendo percorridos e outros aspectos sobre a condução da sessão. O/a cliente é convidado/a a observar essas conversas e opinar sobre elas, experimentando um formato de atendimento no qual há transparência sobre seu processo, uma busca por horizontalidade na relação entre profissional e a pessoa que busca ajuda, e também na relação entre estagiário/a e supervisor/a, e uma ética da reflexividade, na qual as teorias e técnicas não conduzem a sessão como expressão de verdades sobre o que o/a cliente vive ou como ajudá-lo/a, mas como possibilidades de sentidos a serem refletidas em seus efeitos discursivos e negociados pelas pessoas na conversa.

No telefonema com o/a cliente, o/a estagiário também fala sobre essas características do *setting* de atendimento, explicando sobre a equipe reflexiva e sobre a cadeira vazia e sua função. Também se compartilha com o/a cliente a nossa postura de não especialista sobre ele/a e ressaltamos que os saberes sobre como lidar com os problemas trazidos na conversa serão construídos em conjunto, valorizando tudo que ele/a sabe sobre ele/a mesmo/a. Ainda durante o telefonema inicial, pedimos que caso o/a cliente não possa comparecer no dia agendado, que envie um e-mail nos avisando, pois assim conseguiríamos agendar outra pessoa da lista de espera

naquele horário. No dia do atendimento, o/a terapeuta retoma todas essas informações e apresenta os/as integrantes da equipe reflexiva ali presentes.

Ilustração das Atividades Desenvolvidas

Para exemplificar como temos realizado os atendimentos de Aconselhamento Psicológico Narrativo de Sessão Única, escolhemos contar sobre o atendimento de Joana. Joana é um nome fictício que escolhemos para uma das clientes que compartilhou suas histórias com a gente e autorizou o uso do material de sua sessão para publicação.

Joana iniciou a sessão afirmando que o que a trouxe para a conversa foram as dificuldades que vinha enfrentando em seu cotidiano como estudante de pós-graduação: "*Estou tendo problemas na pós-graduação e não estou sabendo lidar direito com isso*". As dificuldades descritas por Joana tinham relação com quebra de expectativa e falta de identidade com o trabalho que desenvolvia no laboratório de pesquisa, que se contrapunham ao objeto de estudo inicialmente desejado quando decidiu buscar a pós-graduação. Além disso, dificuldades na relação com seu orientador e certo nível de privação nas relações sociais e familiares questionavam a validade de todo o esforço despendido para viver o "sonho" da pós-graduação.

Com relação a essas dificuldades, a terapeuta-estagiária questionou o que poderia acontecer na sessão que a faria sentir que foi uma conversa útil e de sucesso. Joana respondeu que sua expectativa era a de encontrar "*alguma forma de sair dessa situação*". A terapeuta-estagiária iniciou suas anotações no documento colaborativo, repetindo alto para Joana o que estava escrevendo e checando com ela entendimentos: "*Joana gostaria de pensar em novas formas de olhar para coisas que estão acontecendo na pós*"; e seguiu no caminho de buscar entender como o problema agia

na vida da cliente. A primeira tentativa da terapeuta-estagiária de ajudar Joana a externalizar o problema que vivia deixou Joana pensativa:

> *Terapeuta-estagiária: Se pudesse imaginar pensar esse problema que está vivendo e dar para ele a imagem de uma criatura, ou pensar um desenho, ou um personagem, que personagem seria esse?*
> *Joana: Não sei...*

Na segunda tentativa de convite a Joana para concretizar o problema em algo fora dela, Joana trouxe a imagem de "*Uma nuvem escura que não me deixa pensar direito*". Ampliando e desenvolvendo o processo de externalização, na própria imagem da "*nuvem escura*", ela descreveu um efeito importante do problema em sua vida: "*a nuvem não me deixa pensar direito*". A terapeuta-estagiária, então, investigou o que o problema exigia dela, como ela avaliava os efeitos do problema em sua vida e como ela justificava essa avaliação, com perguntas do tipo: "*Como é estar com essa nuvem escura? Como ela atrapalha sua vida? Como isso te atrapalha? E aos amigos, o que faz a nuvem*?". Após descrever vários efeitos da "nuvem" na vida dela:

> *Joana*: *Me atrapalha, me sinto perdida, perco o controle das emoções, tive uma crise de ansiedade, comecei a chorar e não consegui chegar no laboratório... Acho que ela suga meu tempo e não deixa eu me dedicar para coisas que eu acho importante.*

A cliente sentiu dificuldade em responder "*O que a nuvem quer de você*?". Neste momento, a supervisora assumiu a função da cadeira vazia e sugeriu para a terapeuta-estagiária checar com a cliente, uma vez que ela afirmou que a nuvem a estava impedindo Joana de pensar: "*O que será que são essas coisas que ela está sendo impedida de pensar?*".

A cliente respondeu à colocação da cadeira vazia:

> *Joana: Não sei se a nuvem impede, mas têm características que eu tinha e perdi depois que vim pra cá. Eu ligava mais pra minha família, minha saúde, meus amigos e minha espiritualidade, minha ligação com Deus, que é muito importante.*

A terapeuta-estagiária aproveitou esse gancho para investigar o que acontecia antes do problema aparecer, quem ela "era" e como se sentia, buscando exceções ao problema e a exploração de momentos onde a nuvem não aparecia ou não gerava efeitos tão negativos, adentrando ao terreno das histórias subordinadas. A terapeuta-estagiária utilizou perguntas como: "*O que diminui a escuridão da nuvem? Consegue pensar numa maneira de enfrentar a nuvem? Tem alguma atividade que você faz que a nuvem fica fraca?"*. Para esta última pergunta, Joana respondeu que:

> *Joana: Indo pro laboratório ela tá ali, mas não tão forte quando tenho que escrever o projeto. Eu não tenho dificuldade de escrever.... Quando eu estou fazendo experimento, a nuvem vai embora, porque eu gosto e é o que quero pra mim. O esporte também me ajudava muito... Depois dessa crise de choro, voltei a pensar em Deus e nas coisas que eu acreditava antes e me ligar mais nisso, que é tudo passageiro.*

O resgate desses aspectos foi importante para ajudar Joana a enxergar capacidades, recursos e valores que já estiveram presentes ao enfrentar outros dilemas em sua vida. Perceber a utilidade dessas capacidades, que ficavam soterradas pelo problema, abriu caminhos para o resgate de uma Joana mais combativa e autônoma frente à questão. Após recorrermos novamente ao recurso da cadeira vazia, que contribuiu trazendo a vontade de conhecer um pouco mais a "Joana de antes", e o que ela diria para a "Joana de agora", a cliente relatou:

> *Joana: Costumava ser muito otimista, sempre acreditava que as coisas dependiam de mim, me esforçar para aprender, mesmo que demorasse mais que outras pessoas, eu conseguiria se focasse no meu esforço. A Joana de antes diria para a de agora uma mensagem de otimismo, pra pensar*

> *no futuro. Decidi que não quero fazer o doutorado aqui. Não me senti valorizada pelo meu orientador, não acho que teria espaço para crescer. Lá* [na sua cidade natal] *eu tinha uma zona de conforto, mas não tinha a linha de pesquisa que eu queria e isso era importante para mim.*

Ainda no processo de trazer mais densidade às histórias subordinadas de Joana, a terapeuta-estagiária aproveitou para trazer à luz os valores da cliente e ressaltar a importância de resgatar pessoas que foram importantes para ela e que contribuíram na construção de noções de identidades e entendimento de *self*, e acrescentou:

> *Terapeuta-estagiária: O que isso diz sobre o que é importante pra você? De buscar sempre o que você quer, na busca do melhor...?*
> *Joana: Importante que eu não me sinta acomodada...*
> *Terapeuta-estagiária: De onde vieram os valores da ética, da ajuda ao próximo?*
> *Joana: Meus pais foram sempre muito humildes e me ensinaram que era através do estudo que eu conseguiria ser uma pessoa melhor. Eles não queriam que eu fosse pra faculdade, por questões financeiras, e queriam que eu fizesse concurso público. Meus professores confiaram em mim, meus pais não tinham dinheiro pra pagar as inscrições dos vestibulares. Eu fui trabalhar para ganhar dinheiro e poder pagar essas coisas, eles achavam que eu era louca. Eu passei no concurso e na faculdade, e pensar em algo que fizesse sentido e acreditar em mim, me fez escolher ir pra faculdade. O centro espírita também me ajudou muito. Não é recompensa financeira que eu busco. Minha mãe não queria que eu viesse pra cá...*

Em seguida ao resgate dos recursos, valores e pessoas importantes para Joana, a terapeuta-estagiária conduziu o atendimento para a parte final. A terapeuta-estagiária perguntou a Joana se teve algo na conversa que ficou mais marcante e como foi:

> *Joana: O exercício de pensar em quem eu sou, o que eu quero, nos meus valores, vou tentar fazer esse exercício mais diariamente. Essa nuvem me ajudou a ver que aqui não é o meu lugar.*

Sempre vi o meu caminho com degraus, tudo tinha um prazo, não é pra sempre, se eu pensar em ir pra outro lugar pode ser melhor, posso me aproximar do meu objetivo, não me perder, não perder meu sonho, por status ou dinheiro. Isso é coisa que eu não quero.

Terapeuta: O que você não pode esquecer?

Joana: De mim, das coisas que me fazem bem... Notar mais a natureza ao redor. Mesmo que por telefone, entrar mais em contato com minha família, comer direito, voltar a fazer exercício físico, estudar mais o que eu gosto fora do meu projeto, que dava prazer... Também queria frequentar o centro espírita.

Ao final da conversa o documento colaborativo produzido na conversa com Joana foi entregue a ela como forma de lembrá-la das narrativas produzidas na sessão.

Considerações Finais

Em outros países como, por exemplo, o Canadá, a prática de sessão única tem sido utilizada de modo intenso nos serviços de saúde mental. No entanto, aqui no Brasil, ainda é pouco praticada, visto que a psicoterapia de médio e longo prazo ainda é a modalidade de oferta terapêutica mais legitimada em nossa sociedade como sendo a forma que pode conseguir auxiliar pessoas que se encontram em situações de sofrimento, bem como, é geralmente a modalidade mais ensinada na reta final dos cursos de graduação em Psicologia.

Adentrar neste contexto novo de sessão única que oferece um outro entendimento acerca da relação terapêutica, é novidade tanto para nós terapeutas como para os/as clientes, e foi uma experiência desafiadora ao mesmo tempo que possibilitou enriquecer o nosso olhar para o quanto uma única sessão pode sim ser potente e produzir transformações.

A cada sessão fomos experimentando os recursos conversacionais das práticas narrativas e reconhecendo as potencialidades do seu uso em uma única conversa. Os/as clientes nos encontros de *feedback* apontaram o quanto os recursos utilizados no processo da sessão foram

úteis, pois se ver como separados do problema ampliou suas possibilidades de ação perante o mesmo. Além disso, perceberam que o formato de sessão única favoreceu um panorama mais amplo do problema, bem como das formas de reação e exceção à ele. O uso do documento colaborativo foi apontado como uma ferramenta que possibilitou uma maior compreensão dos sentidos que aquele problema estava tendo por permitir que o/a cliente ouvisse e tivesse registrado aspectos marcantes da história contada acerca do problema e também oportunizou continuar refletindo no pós-sessão sobre os conteúdos construídos. A presença da equipe reflexiva a princípio gerou um certo estranhamento, mas aos poucos, tanto clientes como terapeutas foram notando o quanto trazer novas vozes ao processo potencializava os diálogos. Muitos/as clientes valorizaram os apontamentos trazidos pela equipe e perceberam que eles serviram para engrossar histórias alternativas e também para ampliar as narrativas.

Nos atendimentos apesar de termos em mãos um roteiro para inspirar nossa facilitação do diálogo com o/a cliente, o foco principal consistia no encontro com ele/ela e nas histórias que ele/ela contava acerca de si, de sua vida e do problema. Com isso, ao ouvirmos o/a cliente buscávamos encontrar aberturas para realizar perguntas que pudessem possibilitar a externalização do problema, bem como o engrossamento das histórias subordinadas a fim de favorecer o agenciamento pessoal. Esse processo era construído de maneira colaborativa, conectado às narrativas produzidas pelos/pelas clientes e sempre respeitando o ritmo de cada um/a. Deste modo, cada sessão literalmente foi única, não só no sentido de ser apenas um encontro, mas também por ter sido personalizada para as histórias e necessidades de cada cliente.

Referências

Andersen, T. (2002). *Processos Reflexivos* (2ª ed.). Tradução Rosa Maria Bergallo. Rio de Janeiro: Instituto NOOS.

Anderson, H (2009). *Conversação, Linguagem e Possibilidades*. São Paulo: Roca.

Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. Nova York: Ballantine Books.

Bateson, G. (1979). *Mind and nature: a necessary unity*. Nova York: Dutton.

Besley, T. (2001). Foucauldian Influences in narrative therapy: an approach for schools. *Journal of Education Enquiry, 2* (2), 72-93.

Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Cruz, H. M. (2008). Da linguística à política: o giro de Michael White. *Nova Perspectiva Sistêmica*, (31), 76-84.

Drewery, W., & Winslade, J. (1997). The theoretical story of narrative therapy. In G. Monk, J. Winslade, K. Crocket, & D. Epston (Eds.), *The Jossey-Bass psychology series. Narrative therapy in practice: The archaeology of hope* (pp. 32-52). San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.

Foucault, M. (1996) *A ordem do discurso.* São Paulo: Editora Loyola. p. 80.

Foucault, M. (2012). *A arqueologia do saber* (8ª ed.). São Paulo: Editora Gen Forense Universitária.

Freedman, J., & Combs, G. (1996). *Narrative therapy: the social construction of preferred realities*. New York: W. W. Norton and Company.

Grandesso, M. A. (2011). "Dizendo olá novamente": a presença de Michael White entre nós, terapeutas familiares. *Nova Perspectiva Sistêmica*, (41), 99-118.

Grandesso, M. A. (2017). Terapia como reconstrução de significados: um enfoque pós-moderno para a terapia. In: Grandesso, M. A. (Org.). *Práticas colaborativas e dialógicas em distintos contextos e populações: um diálogo entre teoria e práticas* (p. 167-181). Curitiba: CRV.

Gracia, T. I. (2004). O "giro" linguístico". Em L. Iñiguez (Org.), Manual de análise do discurso em ciências sociais (pp. 19-49). Petrópolis: Editora Vozes

White, M., & Epston, D. (1993). Medios narrativos para fines terapéuticos. (Trad. Ofelia Castillo, Mark Beyebach y Cristina Sánchez). Barcelona: Editorial Paidós.

White, M. (2012). *Mapas da prática narrativa*. Porto Alegre, RS: Pacartes.

Young, K. (2011). When All the Time You Have Is Now: Re-Visiting Practices and Narrative Therapy in a Walk-in Clinic. In Duvall, J. & Beres, L. *Innovations in Narrative Therapy: connecting practice, training, and research*. New York, N.Y.: W.W. Norton & Company.

Algumas Publicações dos Autores Relacionadas à Atividade de Estágio

1) Sobre Construcionismo Social:

http://www.uspdialog.com.br/publicacoes/livroDetalhes/59

2) Sobre Aconselhamento Psicológico e teorias pós-modernas:

http://www.scielo.br/pdf/pcp/v38n2/1982-3703-pcp-38-2-0262.pdf

3) Para saber mais sobre práticas narrativas:

http://www.revistanps.com.br/index.php/nps/article/view/27

ASSISTÊNCIA EM TRANSTORNOS ALIMENTARES COMO PARTE DO ITINERÁRIO FORMATIVO DO ALUNO DE PSICOLOGIA: APRENDIZADO EM EQUIPE INTERDISCIPLINAR

Érika Arantes de Oliveira-Cardoso
Élide Dezoti Valdanha-Ornelas
Carolina Leonidas
Rosane Pilot Pessa
José Ernesto dos Santos
Manoel Antônio dos Santos

Este capítulo tem por objetivo relatar uma experiência de quase duas décadas de inserção de alunos-estagiários de Psicologia junto a um serviço especializado de um hospital universitário, vivenciando semanalmente o contexto assistencial junto a uma equipe interdisciplinar que atua junto a pessoas com diagnóstico de transtornos alimentares (TAs). O pano de fundo desse relato se refere ao período de preparação profissional vivenciado no cotidiano de um estágio de Psicologia Clínica e da Saúde oferecido em um serviço-escola. O capítulo descreve as bases de funcionamento do estágio supervisionado "Atuação psicológica junto a um programa de atendimento interdisciplinar em anorexia e bulimia" e oferece uma visão panorâmica do serviço clínico ao qual ele se encontra vinculado, discorrendo sobre seus fundamentos teóricos e técnicos, objetivo do estágio, atividades desenvolvidas pelos estagiários e ilustração de um caso clínico.

Este relato é relevante por se tratar do único estágio, até onde conhecemos, oferecido no contexto da formação profissionalizante em Psicologia que está estruturado em um serviço de referência no tratamento dos TAs inserido em hospital universitário. É um estágio no qual

o aluno de Psicologia tem oportunidade de se inserir em atividades supervisionadas que estão em sintonia com outras ações executadas por uma equipe interdisciplinar (Kreling & Santos, 2005). Além disso, as atividades desenvolvidas são acompanhadas *in loco* pelos superivsores na rotina da assistência. Por conseguinte, há grande interesse por divulgar esse modelo de aprendizado em serviço clínico que já perdura por quase duas décadas de oferta ininterrupta desse estágio junto à grade curricular do curso de Psicologia. Esse interesse é plenamente justificável pela originalidade da proposta e pelo arrojo de sua concepção e condução.

Outro aspecto que inspira a presente reflexão é a necessidade de dar visibilidade à formação do psicólogo enquanto profissional de saúde, com vistas à sua futura atuação em equipes multi e interdisciplinares. Essa preocupação tem sido contemplada na trajetória formativa dos estudantes e pesquisadores vinculados ao Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS) da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Sob os auspícios do LEPPS estão sendo desenvolvidas ações que articulam ensino, pesquisa e extensão universitária, que compõem o célebre tripé que sustentam a universidade brasileira.

A tradição consolidada de pesquisa em Psicologia da Saúde, especialmente a que se insere no cenário hospitalar, tem sido alimentada por inúmeros estudos desenvolvidos sob os auspícios do LEPPS, com apoio regular das agências de fomento (FAPESP, CNPq e CAPES), em nível de iniciação científica, mestrado, doutorado e pós-doutorado. As pesquisas, ao longo do tempo, resultaram em um número substancial de dissertações de mestrado, teses de doutorado e publicações em periódicos científicos nacionais e internacionais de elevado padrão editorial, proporcionando um acervo de conhecimento sistematizado sobre a atuação do psicólogo no contexto dos TAs. Desse modo, acreditamos estar cumprindo à risca a missão da universidade pública em seu compromisso vital com a integração entre as atividades de ensino,

investigação científica e assistência à comunidade.

O conhecimento acumulado nesses quase 20 anos de atividades de estágio profissionalizante oferece subsídios valiosos que possibilitam repensar os saberes e práticas em Psicologia da Saúde, além de inspirar o planejamento e a gestão de políticas públicas de saúde nesse campo.

Fundamentos Teóricos e Técnicos

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 5ª edição - DSM-5, os transtornos alimentares (TAs) são quadros psicopatológicos caracterizados por graves perturbações no comportamento alimentar, nos quais se destaca a distorção da imagem corporal e o temor intenso do ganho de peso (*American Psychiatric Associatio*n, 2013). Esses transtornos podem resultar em prejuízos biológicos, psicológicos e sociais, que acarretam aumento da morbidade e mortalidade (Klump, Bulik, Kaye, Treasure, & Tyson, 2009), sendo a anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN) os dois tipos mais prevalentes.

A AN tem como critérios diagnósticos a recusa da pessoa em manter seu peso dentro da faixa considerada adequada para sua idade (no caso de adolescentes/crianças) e altura, temor intenso de ganho de peso e/ou gordura, e acentuada distorção da imagem corporal. São reconhecidos dois subtipos de AN: a) *restritivo*, no qual há restrição gradual de grupos alimentares, seguida de longos períodos de jejuns, resultando em rápida perda de peso e caquexia; b) *purgativo*, que envolve alternância entre períodos de jejum prolongado e episódios de compulsão alimentar, seguidos de comportamentos compensatórios como indução de vômitos, uso deliberado de laxantes e diuréticos, e prática de exercícios físicos em excesso. Vale ressaltar que, apesar das taxas de prevalência para AN na população serem consideradas baixas (0,5%), trata-se do transtorno mental com as maiores taxas de mortalidade (Treasure, Claudino, & Zucker, 2010).

O quadro de BN, por sua vez, é caracterizado por comportamentos periódicos de compulsão alimentar, em que o indivíduo ingere grandes quantidades de alimentos, em geral com alto teor calórico, em curto período de tempo (APA, 2013). Tais episódios são sequenciados por comportamentos compensatórios, como autoindução de vômitos e uso indevido de laxantes, jejuns e exercícios físicos excessivos. Esses momentos alternados de compulsão e purgação são sentidos pelas pacientes como manifestações do descontrole de seus impulsos, suscitando vivências de vergonha e humilhação (Abreu & Filho, 2004; Rosa & Santos, 2011). A literatura científica nacional e internacional aponta que os TAs têm etiopatogenia multifatorial, ou seja, diversos fatores podem concorrer para a produção dos sintomas e atuar como desencadeadores ou mantenedores do quadro psicopatológico, tais como o meio sociocultural, as relações familiares e determinadas características de personalidade (Karpowicz, Skärsäter, & Nevonen, 2009; Leonidas & Santos, 2012, 2013a, 2013b; Peres & Santos, 2006, 2011; Ruiz-Martínez et al., 2009). Alguns teóricos sustentam que se tratam de transtornos "em posição de cruzamento", considerando que aparecem primordialmente na puberdade (entre a infância e a adolescência), incidem entre o psíquico e o somático, e entre o individual e social (Benghozi, 2010; Jeamment, 2008). Essas dimensões colocam em destaque a complexidade desses quadros, que frequentemente causam perplexidade nas famílias e desafiam a competência técnica dos profissionais de saúde (Valdanha, Scorsolini-Comin, Peres, & Santos, 2013).

Na era contemporânea vivenciamos a extrema valorização do corpo magro, que passou a ser considerado padrão de beleza e de prestígio social na cultura ocidental. Esse novo padrão estético, que emergiu a partir do final dos anos 1960, na verdade é inatingível para a maior parte das pessoas (Maganto & Cruz, 2000; Santos, Garcia, & Liotino-Santos, 2015). As mulheres tendem a sofrer mais com a pressão social para se manterem magras, jovens e belas, sendo o alvo principal de revistas de beleza e propaganda de produtos e "tratamentos" estéticos, tornando-se assim mais suscetíveis a seguirem dietas restritivas com objetivo de perda de peso (Herrmann & Saddi, 2011). No entanto, quando surgem os sintomas de um TA, percebe-se que esse ideal de corpo há muito tempo já ultrapassou o limite compatível com a vida e que a paciente vive como se estivesse acima das leis biológicas e da pulsão de autoconservação (Santos, 2006).

Além da valorização cultural da magreza, outro fator de suma importância na etiologia dos TAs é a dinâmica familiar (Valdanha et al., 2013). Em geral, as famílias de pessoas com TAs apresentam padrões

de funcionamento muito específicos, marcados principalmente pela ausência generalizada de limites identitários entre os membros do grupo. Os papéis e funções se misturam com frequência, gerando uma sensação de diluição ou perda da identidade pessoal. As mães de pacientes com TAs são descritas na literatura como intrusivas, enquanto que os pais se mostram ausentes ou fragilizados (Cao, Miao & Tong, 2013; Leonidas & Santos, 2015a).

Desde a década de 1970 do século passado os estudos têm apontado para a necessidade de incluir a família como unidade de tratamento de pessoas diagnosticadas com TAs. Palazzoli (1974) preconizava o acolhimento à família nesse contexto, pois percebia o grupo familiar em intenso sofrimento emocional. Pais e mães se mostram em geral muito dedicados às atividades concretas de manutenção do lar (provimento financeiro, limpar, lavar e cozinhar), mas frequentemente vivenciam estados de tensão e são pouco empáticos com o sofrimento dos filhos acometidos. As famílias de jovens diagnosticados com TAs também tendem a rejeitar as propostas de tratamento que englobam os seus membros, ou a participação familiar nos serviços especializados quase sempre se restringe à mãe. Nota-se também que há uma tentativa de buscar cuidado apenas para a "filha-problema", em razão da dificuldade em aceitar as fragilidades emocionais do grupo familiar como um todo (Ramos, 2015). Nesse contexto, é comum ouvir, principalmente no início do tratamento, determinadas expressões que são utilizadas para desvalorizar os sintomas do membro familiar acometido, tais como: "isso é frescura", "é falta de corretivo, os pais têm que ter pulso firme" ou "isso é só uma fase, logo vai passar".

Via de regra a relação mãe-filha(o) se mostra muito intensa e ambivalente nos TAs. É possível identificar um padrão vincular fusional na díade, que oferece uma sensação ilusória de estar protegido, mas também evoca sentimentos disfóricos de invasão e abandono, decorrentes da sensação de perda de limites egóicos, levando à indiferenciação e diluição da própria identidade (Moura, Santos, & Ribeiro, 2015). Mãe e filha(o) são envoltos em uma atmosfera de hostilidade latente, que pode perdurar por toda a vida, tal a tenacidade com que uma se agarra à outra, evitando a todo custo qualquer movimento que promova a diferenciação (Brusset, 2008; Squires, 2003). Vale ressaltar que alguns pais (genitores do sexo masculino) nunca comparecem ao tratamento da filha, mesmo após inúmeras tentativas da equipe multidisciplinar durante anos de acompanhamento (Costa & Santos, 2016).

Considerando os aspectos individuais, percebe-se que a energia psíquica do paciente e o conteúdo de seus pensamentos e preocupações ficam excessivamente voltados para o corpo e a alimentação, evidenciando uma imagem corporal pobremente organizada e permeada por impulsos destrutivos e frustrações (Oliveira, & Santos, 2006; Oliveira-Cardoso, & Santos, 2012). No entanto, alguns aspectos importantes do funcionamento da personalidade se mantêm preservados. Por exemplo, normalmente essas/esses adolescentes acometidas(os) por um TA são capazes de manter um excelente desempenho escolar, mantendo intacta a função cognitiva, a despeito da gravidade dos seus sintomas indicativos de comportamento alimentar perturbado e caótico. Isso é favorecido por certas características de personalidade, como os traços obsessivos proeminentes. As jovens com AN tendem a ser perfeccionistas e, geralmente, são estimuladas pelos pais para se dedicarem intensamente aos estudos (Corcos, 2011/2005). O fato de serem introspectivas, terem dificuldades de sociabilidade e apresentarem prejuízos na gestão eficiente dos afetos também favorecem o uso exacerbado das funções cognitivas.

O tratamento para pessoas com TAs é considerado bastante desafiador, tanto para pacientes quanto para profissionais, considerando as peculiaridades do vínculo profissional-paciente no contexto assistencial (Souza & Santos, 2013a, 2013b, 2014, 2015). Aproximadamente 30% dos casos tendem a apresentar curso crônico do quadro clínico, mantendo-se em tratamento geralmente durante longos anos (Schmidt et al., 2013). Intervenções psicofarmacológicas têm pouca eficácia quando não são acompanhadas de assistência psicológica (National Institute for Care Excellence, 2017), sendo que estas últimas frequentemente envolvem elevadas taxas de abandono, resultando em poucos efeitos na melhora dos sintomas e da qualidade de vida da pessoa acometida (Oliveira-Cardoso, Von Zuben, & Santos, 2014; Watson & Bulik, 2013).

Ao considerar a complexidade de fatores envolvidos na gênese e manutenção dos sintomas, o tratamento mais indicado atualmente para essas intrincadas psicopatologias exige a abordagem multi/interdisciplinar, que geralmente só é disponibilizada em contexto institucional (Oliveira & Santos, 2006; Oliveira-Cardoso & Santos, 2012; Santos, 2006; Sicchieri, Santos, Santos, & Ribeiro, 2007; Valdanha-Ornelas & Santos, 2016a).

No Brasil os serviços de referência conhecidos estão inseridos em alguns poucos hospitais universitários (Sicchieri et al., 2007), o que representa um enorme desafio para a área da saúde mental. As abordagens terapêuticas empregadas são as mais variadas, almejando-se abranger os diversos aspectos multifatoriais que constituem o substrato dos quadros clínicos dos TAs. Desse modo, a assistência deve obrigatoriamente contar com um quadro de profissionais de diferentes especialidades, como psiquiatras, psicólogos, nutricionistas, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e nutrólogos, que devem atuar de forma coordenada seguindo um plano terapêutico consensuado pela equipe (Valdanha et al., 2014).

Objetivo do Estágio

O objetivo do estágio é possibilitar ao aluno a experiência de integrar uma equipe multiprofissional especializada no tratamento de TAs, mais especificamente AN e BN, proporcionando o contato com a atuação do psicólogo no âmbito de um programa de caráter interdisciplinar desenvolvido em serviço ambulatorial de alta complexidade.

Especificamente objetiva-se com o estágio:

a) familiarizar o aluno de psicologia com uma área de atuação profissional rica, desafiadora e ainda pouco explorada, evidenciando possibilidades de oferecer suporte psicológico aos pacientes e seus familiares.
b) oferecer ao aluno a oportunidade de aprender a atuar em equipe multidisciplinar centrada na tarefa de compartilhar saberes e fazeres no planejamento e execução de cuidados terapêuticos, refletindo criticamente sobre as ações de saúde implementadas.
c) proporcionar ao aluno a experiência de atuação em um contexto ambulatorial no cenário hospitalar, em uma lógica de cuidado muito diferente do que se vivencia habitualmente no contexto de consultório particular.

Descrição das Atividades Desenvolvidas

O estágio está inserido nas atividades regulares do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (GRATA – HC-FMRP-USP) (Sicchieri et al., 2007). O GRATA tem como foco primordial a assistência a pessoas diagnosticadas com TAs, predominantemente AN e BN, além do apoio sistemático aos seus familiares. Trata-se de um serviço ambulatorial especializado, organizado de acordo com os pressupostos assistenciais que norteiam o trabalho em equipe multi/interdisciplinar.

Esse serviço iniciou suas atividades em 1982, sendo considerado pioneiro no contexto brasileiro. O modelo assistencial aplicado fundamenta-se no pressuposto de que os TAs, por serem de etiopatogenia complexa e multifatorial, requerem um tratamento orientado por uma visão integral da pessoa acometida pelos sintomas, o que inclui os cuidados extensivos à sua organização familiar. São tratadas enfermidades crônicas que desafiam constantemente os saberes dos profissionais que se dispõem a enfrentá-las, uma vez que não respondem ao arsenal terapêutico tradicional do modelo biomédico. Outro paradigma de tratamento deve ser empregado, com uma visão mais ampla de tratamento direcionado às necessidades biopsicossociais dos pacientes e também de sua família e demais cuidadores (Santos, 2006). A gravidade e complexidade do quadro clínico apresentado via de regra envolve um desgaste emocional intenso do cuidador, já que os sintomas mobilizam e desestabilizam a organização familiar (Santos, Leonidas, & Costa, 2017).

As atividades do GRATA ocorrem semanalmente, às sextas-feiras, em regime ambulatorial. A equipe, conforme mencionado anteriormente, é composta por psicólogos, nutricionistas, nutrólogos, psiquiatra e terapeuta ocupacional. Por se tratar de um serviço-escola, também conta com a participação de estagiários e residentes de diferentes áreas da saúde. Atualmente, a equipe de Psicologia é formada por quatro psicólogas e quatro estagiárias(os) do curso de graduação em Psicologia. Na sequência é apresentada uma breve descrição das atividades desenvolvidas pelas(os) estagiárias(os) de Psicologia.

Caso Novo

Na recepção de um(a) novo(a) paciente ("Caso Novo") um representante de cada especialidade que compõe a equipe interdisciplinar realiza uma entrevista individual de admissão, focada em questões de sua área específica de atuação.

Na Psicologia essa tarefa é realizada pela(o) estagiária(o), que aplica um roteiro de entrevista semiestruturada com a finalidade de coletar informações sobre eventos marcantes da história de vida da(o) paciente, histórico de adoecimento (gênese e evolução dos sintomas), antecedentes de tratamento, relações familiares, rede de apoio social, estudo, trabalho, atividades de lazer, estado geral de saúde, motivação para o acompanhamento ambulatorial no GRATA, bem como perspectivas e expectativas em relação aos cuidados terapêuticos. Por fim, a(o) entrevistada(o) investiga os planos futuros.

Uma entrevista similar é realizada com os pais, visando a conhecer sua perspectiva acerca da(o) filha(o) adoecida(o). O roteiro de entrevista semiestruturado remete à compreensão que os pais e/ou outros familiares têm da situação atual e pregressa da(o) paciente, os significados atribuídos aos sintomas do membro acometido, relacionamentos, trabalho, atividades de lazer, estado geral de saúde, rede de apoio social e planos futuros, além de questões relativas ao cotidiano familiar e organização da rotina doméstica.

Após a aplicação das entrevistas de Caso Novo, o caso é discutido em reunião da equipe interdisciplinar. Nesse momento, a(o) estagiária(o) de Psicologia apresenta uma síntese dos conteúdos mais relevantes da entrevista realizada. Caso sejam preenchidos os critérios para tratamento no GRATA, é elaborado um plano de atendimento individual, que deve ser firmado pela(o) paciente e familiar responsável por seu acompanhamento. Esse plano estabelece as modalidades terapêuticas, características e objetivos, explicitando direitos e deveres que regulam a participação de ambos no tratamento. Uma vez admitidos no serviço, pacientes e familiares assumem o compromisso de participarem de todas as atividades propostas no plano de atendimento, comparecendo às datas e horários de retorno previamente

agendados. Os retornos são programados pela equipe de acordo com as necessidades identificadas em cada etapa do tratamento, a depender da evolução e da resposta ao plano terapêutico.

Grupo de Apoio Psicológico aos Pacientes

Dentre as modalidades de atendimento psicológico oferecidas pelo GRATA destaca-se o grupo de apoio aos pacientes, definido como atividade obrigatória no plano terapêutico individual. O grupo é aberto, com frequência semanal, composto pelas(os) pacientes que têm seu retorno agendado, totalizando entre quatro e seis pacientes de ambos os sexos, com predomínio de mulheres jovens e de camadas socioeconômicas diversificadas. Os encontros têm duração de uma hora (Santos, Scorsolini-Comin, & Gazignato, 2014).

Trata-se de um grupo sem atividades preestabelecidas, coordenado por uma psicóloga, com apoio de uma estagiária de Psicologia. Uma outra estagiária atua como observadora silente. Os estagiários se alternam no desempenho desses papéis no decorrer dos dois semestres de estágio. Os temas que animam o diálogo grupal emergem espontaneamente no momento do encontro, a partir das falas e demandas apresentadas livremente pelos participantes (Goulart & Santos, 2012; Santos, Silva, Oliveira, Ribeiro, & Santos, 2005).

Estudos mostram que o espaço terapêutico é vivenciado pelas pacientes como recurso para o manejo da livre expressão de sentimentos, intercâmbio de experiências e aquisição de *insights* sobre os padrões de relacionamento empobrecidos e estereotipados (Santos, 2006; Santos et al., 2005; Scorsolini-Comin, Souza, & Santos, 2010). A modalidade grupal proporciona continência e acolhimento do sofrimento psíquico, além de favorecer a formação de vínculos saudáveis (Goulart & Santos, 2012) e o fortalecimento de redes de apoio (Leonidas & Santos, 2014; Leonidas, Crepaldi, & Santos, 2013).

Para os estagiários, o manejo grupal é desafiador, uma vez que os encontros acontecem habitualmente em uma atmosfera de muita angústia, na qual os longos silêncios são a manifestação mais evidente da resistência. Os principais temas que emergem nos relatos das(os) pacientes são: dificuldade

em admitir o transtorno, recorrendo à racionalização de que os hábitos alimentares disfuncionais seriam fruto de uma escolha pessoal e consciente; aceitação/participação no tratamento; complicações decorrentes dos sintomas alimentares (restrição / compulsão / purgação), tais como desnutrição severa, necessidade de hospitalização para reposição de potássio, dificuldades em manter a funcionalidade (estudos e/ou trabalho).

A participação no grupo de apoio também é percebida como uma experiência mutativa para as/os pacientes, na medida em que encontram ali um espaço privilegiado para interagirem com pessoas que vivenciam as mesmas dificuldades (Scorsolini-Comin et al., 2010). Apesar das resistências encontradas, são comuns os relatos de que se sentem acolhidas(os) e aliviadas(os) ao perceberem que não são as únicas pessoas no mundo que sofrem intensamente com o próprio corpo. Em termos gerais, a modalidade grupal estimula a livre expressão de sentimentos, intercâmbio de experiências e reflexões sobre os padrões de relacionamento, empobrecidos e estereotipados, propiciando continência e acolhimento do sofrimento psíquico, além de favorecer a formação de vínculos saudáveis (Valdanha et al., 2014).

Grupo de Apoio Psicológico aos Familiares e/ou Acompanhantes

Já se encontra bem documentada na literatura a complexa implicação do contexto familiar no desencadeamento e perpetuação dos sintomas de TAs (Souza & Santos, 2010). Como mencionado anteriormente, padrões específicos da dinâmica familiar são identificados pela literatura como fator de influência na precipitação e manutenção dos sintomas de TAs. Entretanto, também se sabe que a família é a maior fonte de apoio social dos pacientes (Leonidas & Santos, 2015b), constituindo um importante recurso a ser potencializado durante todo o tratamento e no processo de reabilitação do membro acometido (Souza & Santos, 2007a, 2010). Nesse sentido, o grupo de apoio psicológico aos familiares tem como proposta acolher questões relativas à vivência do cuidador do pessoa acometida por TA (Santos, Oliveira, Moscheta, Ribeiro, & Santos, 2004).

Na elaboração do plano terapêutico individualizado é solicitado que as/os pacientes sejam acompanhadas(os) por, pelo menos, um familiar (ou pessoa que exerça um papel importante na vida do paciente) em todos os retornos ambulatoriais. Esse acompanhante é convidado a participar do grupo em questão, que acontece em horário concomitante ao grupo de apoio psicológico direcionado aos pacientes.

De forma análoga ao grupo de pacientes, o grupo de apoio psicológico oferecido aos familiares e/ou acompanhantes não tem atividades preestabelecidas e é coordenado por uma psicóloga, com apoio de uma estagiária de Psicologia, tendo ainda uma outra estagiária que atua como observadora silente. Os estagiários se alternam no desempenho dos papéis de co-coordenação e observação do grupo no decorrer dos dois semestres de estágio (Souza & Santos, 2007a, 2007b, 2009, 2010; Souza, Moura, Nascimento, Lauand, & Santos, 2013; Souza, Santos, Moura, Campos-Brustelo, & Saviolli, 2010).

Os temas que animam o diálogo grupal emergem no momento do encontro, suscitados pelas falas e demandas apresentadas livremente pelas(os) participantes. Os temas trabalhados no grupo não seguem uma agenda pré-estabelecida, mas são eleitos por demanda espontânea, ou seja, partem dos conteúdos, frequentemente ansiogênicos, que os familiares compartilham no grupo. Esses conteúdos foram descritos em pormenores em estudo anterior (Santos, Leonidas, & Costa, 2017). De maneira geral reportam vivências angustiantes relacionadas ao desconhecimento dos fatores precipitadores e mantenedores dos sintomas de TAs, sentimento de culpa devido à fantasia de ter "feito algo errado" na criação dos filhos (no caso de mães e pais), dificuldades de cuidar de si mesmos por se dedicarem completamente ao cuidado do membro acometido, desamparo por se sentirem sozinhos no cuidado, necessidade de orientação e apoio para fortalecimento psíquico, entre outros.

Também é relevante compreender as concepções da família sobre os TAs, pois as crenças compartilhadas pelos familiares podem influenciar sua participação e engajamento no tratamento (Souza, Santos, & Scorsolini-Comin, 2009). Aspectos relacionados à transmissão psíquica transgeracional parecem exercer influência significativa na manutenção de padrões disfuncionais de vínculos afetivos intra e extrafamiliares (Valdanha-Ornelas & Santos, 2016b; Valdanha, Scorsolini-Comin, & Santos, 2013).

Nota-se que os laços estabelecidos pelos familiares e acompanhantes no contexto grupal permitem que percebam suas potencialidades como cuidadores e valorizem a importância do papel que

desempenham. Assim, o grupo de apoio psicológico aos familiares e/ou acompanhantes pode funciona como um espaço valioso que contribui para a reflexão e construção de maneiras mais saudáveis de se relacionar entre os membros da família, fomentando mudanças positivas na dinâmica familiar (Santos, Leonidas, & Costa, 2017).

De modo análogo ao que ocorre no grupo de pacientes, as/os estagiárias(os) se revezam nos papéis de co-coordenação e observação silente. Também participam de uma atividade de supervisão após o término do encontro grupal. O espaço da supervisão também se constitui como um desafio, considerando que a maioria das/dos alunas(as), no início do estágio, ainda não tem domínio teórico-prático de coordenação de grupos. Porém, em função do clima emocional dos encontros, comumente mais ameno do que se observa no grupo de pacientes, o exercício do papel de co-coordenador do grupo é menos ansiogênico. Na atividade de supervisão as/os estagiárias(os) comunicam suas impressões a respeito do movimento grupal, compartilham sentimentos e sensações predominantes nos encontros, os desafios e dificuldades encontradas e refletem sobre sua própria atuação.

Apoio Psicológico Individual: Atendimento Breve De Acolhimento, Realizado no Dia do Retorno Ambulatorial

Além das consultas individuais descritas anteriormente, nos dias de retorno as/os pacientes também têm um momento para conversarem com um estagiário de Psicologia, em modalidade de atendimento breve de acolhimento. Esse atendimento sempre é oferecido para cada paciente pelo mesmo estagiário ao longo do ano, ou seja, evita-se o desconforto da rotatividade que caracteriza o modelo de aprendizagem em serviço dos hospitais universitários, favorecendo o fortalecimento do vínculo terapêutico. Para o aluno abre-se a possibilidade de um contato mais íntimo, ainda que breve, com um número maior de pacientes.

O dia de retorno ao ambulatório é quase sempre um evento mobilizador para as/os pacientes, pois implica em faltar de suas atividades rotineiras de estudo ou trabalho (assim como seu

acompanhante), mas principalmente porque a/o paciente precisa se pesar (o peso é um elemento importante para acompanhar a evolução do quadro clínico) e conversar com os profissionais sobre sua alimentação, aspectos que despertam muita angústia. Muitas vezes, no atendimento de apoio surgem assuntos que foram silenciados ou não abordados durante as consultas com os outros membros da equipe interdisciplinar. Os temas que emergem de forma recorrente são: dificuldades relacionadas ao corpo ou alimentação, tratamento e problemas relacionais (em especial no núcleo familiar).

Psicoterapia Individual

Ao considerar a forte vertente emocional dos TAs, a equipe de saúde do GRATA decidiu preconizar a obrigatoriedade da psicoterapia individual para as/os pacientes. Quando necessário, a equipe também orienta os pais a buscarem esse tipo de ajuda. Como muitos pacientes e familiares não são provenientes de Ribeirão Preto, a psicoterapia pode ser realizada com outros profissionais que não os psicólogos da equipe. Nesse contexto, a equipe de Psicologia entra em contato com esses profissionais para explicar como é o tratamento no GRATA e estabelecer uma parceria de trabalho.

Para pacientes e familiares provenientes do município ou cidades circunvizinhas é oferecida a opção de submeter-se à psicoterapia com estagiárias(os) de graduação em Psicologia na Clínica Psicológica do Centro de Psicologia Aplicada da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CPA-FFCLRP-USP). Na psicoterapia individual, a(o) estagiária(o) tem a oportunidade de acompanhar um mesmo paciente durante todo o ano, com frequência semanal. As supervisões são coordenadas pelas psicólogas da equipe e também ocorrem com frequência semanal. Assim, a/o estagiária(o) pode acompanhar um ou mais casos (dependendo das indicações da equipe) com mais intensidade e compreender em profundidade a dinâmica de funcionamento psíquico de pacientes com diagnóstico de TA.

A psicoterapia é comprovadamente um recurso efetivo para o tratamento dos TAs, especialmente quando combinada com outras estratégias, como reabilitação nutricional e abordagem psicofarmacológica

(Scorsolini-Comin, & Santos, 2012). A psicoterapia psicodinâmica oferece recursos teóricos e clínicos que permitem ultrapassar os limites estreitos das categorias classificatórias psicopatológicas, constituindo-se como um importante referencial para subsidiar a intervenção com indivíduos com TAs (Goulart & Santos, 2016). Essa modalidade de intervenção propõe-se a familiarizar a/o aluna(o) de Psicologia com técnicas psicoterápicas em uma abordagem psicodinâmica, fundamentada na compreensão do que está ocorrendo no "aqui e agora" e no fortalecimento da aliança terapêutica. Trabalha-se no sentido de expandir o nível de consciência da(o) paciente acerca de sua problemática, conduzindo-a(o) em direção à compreensão ampliada de sua própria situação emocional (*insight*). Para tanto, procura-se criar um *setting* terapêutico de escuta e acolhimento, que possibilite compartilhar experiências emocionais e sentimentos genuínos, com empatia, compaixão, cumplicidade, responsabilização e tolerância frente ao desconhecido (Gondim, 2002).

Participação em Reuniões de Equipe

As reuniões da equipe interdisciplinar ocorrem com frequência semanal, na manhã das sextas-feiras, dia consagrado aos atendimentos clínicos. É parte da rotina de funcionamento do serviço e têm por objetivo discutir os atendimentos em andamento, com vistas à definição de condutas e compartilhamento do processo de tomada de decisões clínicas entre todos os profissionais e estagiários.

Essa atividade tem duração de aproximadamente duas horas e é considerada o eixo estruturante que organiza o trabalho assistencial, permitindo articular o plano terapêutico de cada paciente em função dos resultados obtidos nas diferentes etapas do tratamento. Toda a equipe se reúne no formato de roda de conversa e a partir dos diálogos estabelecidos entre os profissionais das diferentes especialidades que compõem o atendimento multi e interdisciplinar são propostos ajustes no plano individual com vistas à maximização dos resultados terapêuticos.

Eventuais problemas de frequência e participações nas atividades oferecidas pelo serviço também são comunicados nessas reuniões para que os profissionais tomem as medidas necessárias em relação à

situação da(o) paciente e/ou familiar em questão. A participação do estagiário nessa atividade é fundamental para a compreensão da evolução dos casos clínicos. Essa participação configura-se como espaço de aprendizado, inclusive em relação ao papel que os demais profissionais desempenham junto à equipe, ampliando as possibilidades de aproximação com os demais integrantes do GRATA.

Caso Clínico

Para ilustrar as atividades desenvolvidas, optou-se pela apresentação de um caso clínico. O paciente em questão será designado neste capítulo como Ariel, nome fictício. Trata-se de um jovem de 17 anos com sintomas de AN, que fazia acompanhamento no GRATA e que estava sendo acompanhado em psicoterapia individual por uma estagiária de Psicologia, sob supervisão de um psicólogo da equipe interdisciplinar. (Para uma discussão detalhada sobre as peculiaridades do manejo dos sintomas de TAs em homens consultar o estudo de Andrade e Santos, 2009).

Os pais de Ariel procuraram tratamento para o filho no GRATA. Na entrevista do Caso Novo eles se mostraram muito preocupados com os sintomas do filho, que posteriormente seriam interpretados pela equipe como compatíveis com um quadro clínico de AN subtipo restritivo. O impacto psicológico inicial do diagnóstico sobre os pais foi considerável.

Na reunião para discussão do Caso Novo, os membros da equipe se mostraram reticentes e confusos em relação à identidade sexual do paciente. Observando seu comportamento e modo de se vestir, não sabiam dizer "se Ariel era menino ou menina", o que parecia muito estranho e irreal aos olhos de alguns profissionais. Em conformidade com as diretrizes do serviço foi realizada a "entrevista de Caso Novo" – que, como mencionado anteriormente, compreende um roteiro de anamnese com objetivo de colher e sistematizar informações a respeito do histórico do paciente, evolução dos sintomas e tratamentos anteriores.

No momento da admissão no serviço, Ariel apresentava as seguintes medidas antropométricas: 1,70m, 44,6 kg e índice de massa corporal (IMC) 15,4 kg/m², que caracteriza um quadro de desnutrição

grave. Sua voz era muito aguda, o tom baixo. Os cuidados com a aparência física traduziam sua meticulosidade. Ele chamava a atenção com seu modo de se vestir e andar, que o faziam parecer um personagem de desenho animado, na percepção da estagiária de Psicologia. Apesar do impacto inicial causado na equipe por sua presença singular, Ariel sempre mostrou ter um temperamento dócil e gentil e, por sua aparência vulnerável, despertava intenso desejo de acolhimento nos psicólogos e estagiários que o acompanhavam nas diferentes modalidades de assistência oferecidas pelo serviço.

Ariel recebeu indicação de psicoterapia com frequência de duas vezes por semana que, por conveniência (disponibilidade de espaço físico), foi realizada em um consultório da clínica-escola de Psicologia, em atendimento concomitante e complementar ao tratamento realizado pela equipe interdisciplinar do GRATA. No início, Ariel e os pais aceitaram a proposta de duas sessões por semana. Além disso, o paciente e seus pais compareciam com frequência semanal aos atendimentos disponibilizados pelo GRATA, mostrando compreensão a respeito da gravidade do quadro clínico do filho e os riscos a que ele estava exposto caso não fosse revertida a tendência de perda de peso.

No início do tratamento, Ariel falava muito de sua infância, sempre evocando com intenso sofrimento o fato de que fora "uma criança gordinha" e que sofrera *bullying*, em especial no período de transição entre a infância e adolescência. Além disso, Ariel relatou adotar uma série de comportamentos e rituais obsessivos desde a infância, principalmente em relação aos cuidados com o cabelo. Na adolescência, o foco de suas preocupações e cuidados obsessivos foi deslocado para o contorno corporal: tamanho do corpo (controle rigoroso do peso) e pele (tentativa de minimizar ao máximo o crescimento de pelos e espinhas).

De hábitos metódicos, Ariel seguia uma rotina rígida e monótona. Ele havia interrompido os estudos, alegando não conseguir mais ir à escola após os repetidos episódios de *bullying* que sofrera. Passava o dia todo em casa em companhia de sua mãe e preenchia sua ociosidade assistindo a novelas e outros programas de entretenimento da TV aberta. Frequentemente se queixava à psicoterapeuta de que os horários das sessões de psicoterapia "atrapalhavam" sua rotina.

Ariel não demonstrava ter consciência a respeito da gravidade de seu caso, alegando que não se via magro como os outros diziam que ele era. A distorção da imagem corporal era evidente.

Frequentemente se queixava de cansaço e dores no corpo. Diante disso, a psicoterapeuta pôde auxiliá-lo a se aproximar de sua condição real, no sentido de começar a adquirir consciência corporal, mostrando como seu mal-estar estava relacionado à privação crônica de nutrientes, que resultou em um quadro de desnutrição. Ariel pensava que todos sentiam o mesmo cansaço que ele, ou que sentiam dores nos ossos ao se sentarem em cadeiras de madeira como ele. Ele também se mostrava muito surpreso e feliz quando a psicoterapeuta exibia algum tipo de preocupação acerca de sua condição física e psicológica fragilizada.

O padrão de relacionamento estabelecido por Ariel com os pais se assemelhava ao que a literatura científica descreve como característico de jovens com anorexia (Costa & Santos, 2016; Moura et al., 2015). O pai era uma figura ausente da rotina familiar na maior parte do tempo, pois trabalhava fora do lar o dia todo. Já a mãe era a companhia constante do filho, com quem mantinha uma relação simbiótica e ambivalente, permeada por sentimentos de amor e ódio. Ao mesmo tempo em que ela "fazia tudo" para o filho, inclusive restringia ("cortava") sua comida no prato (ele alegava que não conseguia fazer isso por conta própria e que só comia quando ela preparava seu prato), muitas vezes se mostrava muito agressiva no contato com ele. Nesse sentido, a equipe travou vários diálogos com o casal parental e ofereceu orientações para ajudar os pais a refletirem sobre as consequências de alguns cuidados que eles ofereciam indiscriminadamente a Ariel.

O paciente permaneceu em tratamento por quatro anos, dois anos sendo atendido por estagiária do serviço, e outros dois pela mesma profissional, então como psicóloga voluntária do GRATA. Ao longo desse período, passou por duas hospitalizações em enfermaria psiquiátrica, a primeira com duração de três semanas e a segunda de três meses. As internações foram motivadas pela perda mais acentuada de peso e piora da distorção da imagem corporal, com risco de vida apreciável. No decorrer desses períodos foi mantida a psicoterapia no contexto hospitalar, que acontecia com frequência de uma ou duas vezes por semana, dependendo do momento de Ariel e de sua disponibilidade.

Em relação aos aspectos relacionados à funcionalidade, o paciente conseguiu concluir os estudos de Ensino Médio por meio de um programa supletivo, em que estudava em casa e fazia as provas na escola. Fez algumas tentativas de iniciar estudos no Ensino Superior, mas essas duraram poucos meses. Atualmente, ele consegue manter o peso mínimo saudável preconizado por sua nutricionista e obteve

melhoras significativas no vínculo estabelecido com os pais. Por outro lado, é possível perceber que ele teme intensamente a passagem para a vida de adulto, com suas exigências e responsabilidades em termos de estudo e subsistência econômica, mas tem feito algum progresso em suas tentativas de fortalecer sua autonomia e amadurecer os aspectos imaturos de sua personalidade.

Na avaliação da equipe cuidadora, mesmo que persistam ainda dificuldades importantes no que tange à autoimagem e funcionalidade, a evolução de Ariel foi considerada surpreendente. A experiência com pacientes com TAs nos mostra que é essencial valorizar pequenos ganhos diários, que muitas vezes acontecem a "passos de formiga". As intervenções da(o) psicoterapeuta devem ser oferecidas de modo não intrusivo, em doses homeopáticas. As melhoras, por mínimas que sejam e "em conta-gotas", devem ser celebradas e validadas para que o paciente possa retificar gradualmente sua percepção de si mesmo, redesenhando sua imagem corporal.

Considerações Finais

A atuação das(os) estagiárias(os) no contexto do TAs se configura como um verdadeiro desafio em função das inseguranças e fragilidades técnicas e emocionais próprias de um(a) psicoterapeuta iniciante e das características específicas do funcionamento psíquico de pacientes com psicopatologias do comportamento alimentar. Pessoas com anorexia e bulimia geralmente mostram resistências a aceitar o provimento de alimento emocional ou de metabolizar e aproveitar seus benefícios. As resistências geralmente se manifestam por diversas atitudes e comportamentos, que podem ser observados no *setting* clínico, como a dificuldade em aceitar o tratamento, em especial a intervenção psicológica, uma vez que não se percebem como pessoas que necessitam de ajuda, especialmente nas fases iniciais do transtorno. Além disso, pacientes com diagnóstico de TAs apresentam isolamento e um empobrecimento do repertório social, o que reforça as barreiras que enfrentam para se comunicar deliberadamente, estabelecer relações empáticas e se sentir confortáveis na presença do outro.

Por outro lado, persistir atuando profissionalmente nesse campo é uma rica oportunidade para psicólogas(os) aprimorarem suas habilidades clínicas em um cenário no qual se entrelaçam o sofrimento psíquico e orgânico, desenvolvendo competências, aumentando seu limiar de frustração e resiliência, e aperfeiçoando ferramentas que auxiliarão a(o) profissional em toda a sua prática psicológica.

Referências

Abreu, N., & Filho, R. C. (2004). Anorexia nervosa e bulimia nervosa: Abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. *Revista de Psiquiatria Clínica, 31*(4), 177-183.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of eating disorders* (5th ed.). Arlington, VA. American Psychiatric Publishing.

Andrade, T. F., & Santos, M. A. (2009). A experiência corporal de um adolescente com transtorno alimentar. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental, 12*(3), 454-468.

Benghozi, P. (2010). Imagem do corpo individual, corpo psíquico familiar e anorexia nervosa. In: Benghozi, P. *Malhagem, filiação e afiliação – Psicanálise dos vínculos: casal, família, grupo, instituição e campo social* (E. D. Galery, Trad.). São Paulo: Vetor.

Brusset, B. (2008). Anorexia mental e bulimia do ponto de vista de sua gênese nervosa (M. Seincman, Trad.). In: R. Urribari (Org.) *Anorexia e bulimia*. São Paulo: Escuta.

Cao, S., Miao, S., & Tong, J. (2013). A qualitative research on family relationships of patients with eating disorders. *Chinese Journal of Clinical Psychology, 21*(5), 703-705.

Corcos, M. (2011). *Le corps insoumis: psychopathologie des troubles des conduites alimentaires*. 2ª ed. Paris: Dunod. (Obra original publicada em 2005)

Costa, L. R. S., & Santos, M. A. (2016). Cuidado paterno e relações familiares no enfrentamento da anorexia e bulimia. In: D. Bartholomeu, J. M. Montiel, A. A. Machado, A. R. Gomes,

G. Couto, & V. Cassep-Borges (Orgs.), *Relações interpessoais: Concepções e contextos de intervenção e avaliação* (pp. 253-279). São Paulo: Vetor.

Gondim, M. F. N. (2007). Os sentidos dos vínculos na crise psíquica grave. *Tese de Doutorado.* Universidade Nacional de Brasília - UnB, Brasília, DF.

Goulart, D. M., & Santos, M. A. (2012). Corpo e palavra: grupo terapêutico para pessoas com transtornos alimentares. *Psicologia em Estudo (Maringá), 17*(4), 607-617.

Goulart, D. M., & Santos, M. A. (2016). Psicoterapia individual em um caso grave de anorexia nervosa: a construção da narrativa clínica. *Psicologia Clínica*, *27*(1), 201-227.

Herrman, L., & Saddi, l. (2011). A clínica psicanalítica e os problemas alimentares: O ponto de vista da Teoria dos Campos. In: C. A. N. B. Bruno (Org.), *Distúrbios alimentares: uma contribuição da psicanálise* (pp. 319-329). Rio de Janeiro: Imago.

Jeammet, P. (2008). Abordagem psicanalítica dos transtornos das condutas alimentares (M. Seincman, Trad.). In: R. Urribari (Org.), *Anorexia e bulimia*. São Paulo: Escuta.

Karpowicz, E., Skärsäter, I., & Nevonen, L. (2009). Self-esteem in patients treated for anorexia nervosa. *International Journal of Mental Health Nursing, 18*(5), 318-325.

Klump, K. L., Bulik, C. M., Kaye, W. H., Trasure, J., & Tyson, E. (2009). Academy for eating disorders position paper: Eating disorders are serious mental illnesses. *International Journal of Eating Disorders, 42*(1), 97-103.

Kreling, D. B., & Santos, M. A. (2005). Anorexia nervosa: um relato de atendimento clínico realizado em contexto multidisciplinar. In M. A. Santos, C. P. Simon, & L. L. Melo-Silva (Orgs.), *Formação em Psicologia: processos clínicos* (pp. 143-161). São Paulo: Vetor.

Leonidas, C., & Santos, M. A. (2012). Imagem corporal e hábitos alimentares na anorexia nervosa: uma revisão integrativa da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 23*(3), 550-558.

Leonidas, C., & Santos, M. A. (2013a). Redes sociais significativas de mulheres com transtornos alimentares. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 26*(3), 561-571.

Leonidas, C., & Santos, M. A. S. (2013b). Instrumentos de avaliação da imagem corporal e dos hábitos alimentares na anorexia nervosa: análise da produção científica. *Psicologia: Ciência e Profissão, 33*(4), 868-883.

Leonidas, C., & Santos, M. A. (2014). Social support networks and eating disorders: an integrative review of the literature. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 10*, 915-927. doi:10.2147/NDT.S60735

Leonidas, C., & Santos, M. A. (2015a). Family relations in eating disorders: the Genogram as instrument of assessment. *Ciência & Saúde Coletiva, 20*(5), 1435-1447.

Leonidas, C., & Santos, M. A. (2015b). Relacionamentos afetivo-familiares em mulheres com anorexia e bulimia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 31*(2), 181-191. DOI: 10.1590/0102-37722015021711181191

Leonidas, C., Crepaldi, M. A., & Santos, M. A. (2013). Bulimia nervosa: uma articulação entre aspectos emocionais e rede de apoio social. *Psicologia: Teoria e Prática, 15*(2), 62-75.

Maganto, C., & Cruz, S. (2000). La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de gênero. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 30*, 45-58. Moura, F. E. G. A., Santos, M. A., & Ribeiro, R. P. P. (2015). A constituição da relação mãe-filha e o desenvolvimento dos transtornos alimentares. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, *32*(2), 233-247. DOI:10.1590/0103-166X2015000200008

National Institute for Care and Clinical Excellence. (2017). Eating disorders: recognition and treatment. Available at: www.nice.org.uk/guidance/ng69

Oliveira, E. A., & Santos, M. A. (2006). Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do psicodiagnóstico. *Medicina (Ribeirão Preto)*, *39*(3), 353-360.

Oliveira-Cardoso, E. A., & Santos, M. A. (2012). Avaliação psicológica de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: Indicadores do método de Rorschach. *Fractal: Revista de Psicologia*, *24*(1), 159-174. DOI:10.1590/S1984-02922012000100011

Oliveira-Cardoso, E., Von Zuben, B. V., & Santos, M. A. (2014). Quality of life of patients with anorexia and bulimia nervosa. *Demetra: Food, Nutrition and Health, 9*(Supl. 1), 329-340.

Palazzoli, M. S. (1974). *Self-starvation: from individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. Londres: Jason Aronson.Peres, R. S., & Santos, M. A. (2006). Contribuições do Desenho da Figura Humana para a avaliação da imagem corporal na anorexia nervosa. *Medicina (Ribeirão Preto), 39*(3), 361-370.

Peres, R. S., & Santos, M. A. (2011). Técnicas projetivas na avaliação de aspectos psicopatológicos da anorexia e bulimia. *PsicoUSF, 16(*2), 185-192. doi:10.1590/S1413-82712011000200007

Rosa, B. P., & Santos, M. A. (2011). Comorbidade entre bulimia nervosa e transtorno de personalidade *borderline:* implicações para o tratamento. *Revista de Psicopatologia Fundamental, 14*(2), 268-282.

Ruiz-Martínez, A. O., Vázquez-Arévalo, R., Mancilla-Díaz, J. M., López-Aguilar, X., Álvarez-Rayón, G. L., & Tena-Suck, A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica, 9*(2), 447-455.

Santos, M. A. (2006). Sofrimento e esperança: grupo de pacientes com anorexia e bulimia nervosas. *Medicina (Ribeirão Preto)*, *39*(3), 386-402.

Santos, M. A., Garcia, R. W. D., & Liotino-Santos, M. (2015). A sujeição aos padrões corporais culturalmente construídos em mulheres de baixa renda. *Demetra, 10*(4), 761-774.

Santos, M. A., Leonidas, C., & Costa, L. S. (2017). Grupo multifamiliar no contexto dos transtornos alimentares: a experiência compartilhada. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 68*(3), 43-58.

Santos, M. A., Scorsolini-Comin, F., & Gazignato, E. C. S. (2014). Aconselhamento em saúde: fatores terapêuticos em grupo de apoio psicológico para transtornos alimentares. *Estudos de Psicologia (Campinas), 31*(3), 393-403.

Santos, M. A., Oliveira, E. A., Moscheta, M. S., Ribeiro, R. P. P., & Santos, J. E. (2004). Mulheres plenas de vazio: os aspectos familiares da anorexia nervosa. *Vínculo, 1*(*1*), 46-51.

Santos, M. A., Silva, L. M., Oliveira, E. A., Ribeiro, R. P. P., & Santos, J. E. (2005). Psicoterapia de apoio como instrumento auxiliar de atendimento a pacientes com anorexia nervosa. In M. A. Santos, C. P. Simon & L. L. Melo-Silva (Orgs.), *Formação em Psicologia: processos clínicos* (pp. 333-350). São Paulo: Vetor.

Schmidt, U. et al. (2013). The MOSAIC Study – Comparison of the Maudsley Model of Treatment for Adults with Anorexia Nervosa (MANTRA) with Specialist Supportive Clinical Management (SSCM) in outpatients with anorexia nervosa or eating disorders not otherwise specified, anorexia type: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials, 14*(1), 160-170.

Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2012). Psicoterapia como estratégia de tratamento dos transtornos alimentares: análise crítica do conhecimento produzido. *Estudos de Psicologia (Campinas), 29*(Supl.), 851-863.

Scorsolini-Comin, F., Souza, L. V. E., & Santos, M. A. (2010). A construção de si em um grupo de apoio para pessoas com transtornos alimentares. *Estudos de Psicologia (Campinas), 27*(4), 467-478.

Sicchieri, J. M. F., Santos, M. A., Santos, J. E., & Ribeiro, R. P. P. (2007). Avaliação nutricional de portadores de transtornos alimentares: Resultados após a alta hospitalar. *Ciência, Cuidado e Saúde*, *6*(1), 68-75.

Squires, C. (2003). Et si c'est une fille? In: J. André (Org.). *Mères et filles*. Presses Universitaires de France: Paris.Souza, L. V., & Santos, M. A. (2007a). A família e os transtornos alimentares. *Medicina (Ribeirão Preto), 39*(3), 403-409.

Souza, L. V., & Santos, M. A. (2007b). *Anorexia e bulimia: Conversando com as famílias*. São Paulo: Vetor.

Souza, L. V., & Santos, M. A. (2009). A construção social de um grupo multifamiliar no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 317-326.

Souza, L. V., & Santos, M. A. (2010). A participação da família no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia em Estudo (Maringá), 15*(2), 285-294. doi:10.1590/S1413-73722010000200007

Souza, L. V., & Santos, M. A. (2013a). Proximidade afetiva no relacionamento profissional-paciente no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia em Estudo (Maringá), 18*(3), 395-405.

Souza, L. V., & Santos, M. A. (2013b). Quem é o especialista? Lugares ocupados por profissionais e pacientes no tratamento dos transtornos alimentares. *Estudos de Psicologia (Natal), 18*(2), 259-267.

Souza, L. V. & Santos, M. A. (2014). Transtorno alimentar e construção de si no relacionamento profissional-usuário. *Psicologia & Sociedade, 26*(2), 506-516.

Souza, L. V., & Santos, M. A. (2015). Histórias de sucesso de profissionais da saúde no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia: Ciência e Profissão, 35*(2), 528-542.

Souza, L. V., Santos, M. A., & Scorsolini-Comin, F. (2009). Percepções da família sobre a anorexia e bulimia nervosa. *Vínculo: Revista do NESME, 6*(1), 26-38.

Souza, L. V., Moura, F. E. G. A., Nascimento, P. C. B. D., Lauand, C. B. A., & Santos, M. A. (2013). O atendimento à família no tratamento dos transtornos alimentares: um relato de experiência. *Nova Perspectiva Sistêmica, 22*(45), 47-57.

Souza, L. V., Santos, M. A., Moura, F. E. G. D. A., Campos-Brustelo, T. N., & Saviolli, C. M. G. (2010). Fatores terapêuticos em um grupo de apoio multifamiliar no tratamento da anorexia e bulimia. *Revista da SPAGESP*, *11*(2), 41-50.

Treasure, J., Claudino, A. M., & Zucker, N. (2010). Eating disorders. *Lancet, 375*(9714), 583-93. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)61748-7

Watson, H. J., & Bulik, C. M. (2013). Update on the treatment of anorexia nervosa: Review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychological Medicine, 43*(12), 2477-2500.

Valdanha, E. D., Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2013). Anorexia nervosa e transmissão psíquica transgeracional. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, *16*(1), 71-88.

Valdanha, E. D., Scorsolini-Comin, F., Peres, R. S., & Santos, M. A. (2013). Influência familiar na anorexia nervosa: em busca das melhores evidências científicas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 62*(3), 225-233.

Valdanha, E. D., Oliveira-Cardoso, E. A., Ribeiro, R. P. P., Miasso, A. I., Pillon, S. C., & Santos, M. A. (2014). A arte de nutrir vínculos: psicoterapia de grupo nos transtornos alimentares. *Revista da SPAGESP*, *15*(2), 94-108.

Valdanha-Ornelas, E. D., & Santos, M. A. (2016a). O percurso e seus percalços: itinerário terapêutico nos transtornos alimentares. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 32*(1), 169-179.

Valdanha-Ornelas, E. D., & Santos, M. A. (2016b). Family psychic transmission and Anorexia Nervosa. *Psico-USF, 21*(3), 635-649.

Algumas Publicações dos Autores Relacionadas à Atividade de Estágio

Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS-FFCLRP-USP/CNPq. Diretório do Grupo de Pesquisa CNPq. Disponível em: http://dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/2603512781293779

Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS, *homepage*. Disponível em: http://sites.usp.br/lepps/

Leonidas, C., & Santos, M. A. (2015). Relacionamentos Afetivo-Familiares em Mulheres com Anorexia e Bulimia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 31*(2), 181-191.

Valdanha, É. D., Oliveira-Cardoso, É. A., Ribeiro, R. P.P., Miasso, A. I., Pillon, S. C., & Santos, M. A. (2014). A arte de nutrir vínculos: psicoterapia de grupo nos transtornos alimentares. *Revista da SPAGESP, 15*(2), 94-108.

Santos, M. A., Leonidas, C., & Costa, L. R. S. (2016). Grupo multifamiliar no contexto dos Transtornos Alimentares: a experiência compartilhada. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 68*(3), 43-58.

Leonidas, C., Santos, M. A. (2017). Emotional Meanings Assigned to Eating Disorders: Narratives of Women with Anorexia and Bulimia Nervosa. *Universitas Psychologica , 16* (4), 1-19.

ATENÇÃO A USUÁRIOS DE DROGAS EM SERVIÇO COMUNITÁRIO: A PSICOLOGIA E A CLÍNICA AMPLIADA

Clarissa Mendonça Corradi-Webster
Natália Feitosa de Oliveira
Gisela Pires de Oliveira Marchini

O consumo de substâncias psicoativas está presente na humanidade há milhares de anos e se dá com diferentes finalidades e sempre sob regulação social, sendo esta condicionada a contextos socioculturais específicos, a partir de normas e convenções compartilhadas na comunidade. Dessa forma, o modo como cada sociedade lida com as diversas drogas é fator determinante do como elas são classificadas (Nery Filho, 2002; Alves, 2009) e, consequentemente, como seus usuários são posicionados (Corradi-Webster, 2013).

Problemas orgânicos, psicológicos e sociais relacionados ao uso de álcool e outras drogas exigem estratégias de atenção específicas com vistas à obtenção de resultados satisfatórios, uma vez que os problemas relacionados ao uso de substâncias têm em sua etiologia, além de fatores pessoais, múltiplas causas associadas à política, economia e questões socioculturais. Assim, o trabalho no cuidado em álcool e drogas demanda do profissional de saúde a observância dos sentidos produzidos pelos usuários acerca da complexidade interacional entre questões pessoais e estruturais da sociedade que colocam o sujeito em posições mais ou menos vulneráveis ao adoecimento psíquico (Corradi-Webster, 2013).

A partir do movimento de Reforma Psiquiátrica, passou-se a buscar a substituição de serviços e práticas assistenciais asilares por aparatos mais humanizados, que promovessem para os pacientes de saúde mental um maior exercício da cidadania e sua inserção na comunidade. São algumas das premissas da Reforma: construção de um modelo de cuidado em rede; articulação

em rede dos diversos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico; criação de um conjunto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental; emancipação dos usuários pela dissolução de preconceitos e estigmas associados à loucura; investimento na participação e organização das famílias dos usuários como fundamentais na proposta do cuidado; luta pelos direitos dos usuários (Amarante, 2007).

Em sentido oposto, é cada vez maior a pressão de alguns setores da sociedade na defesa do isolamento social dos usuários de drogas, a partir do paradigma asilar de tratamento da loucura, com internações compulsórias e involuntárias, evidenciando preocupantes rumos pelos quais tem tomado no Brasil as políticas de drogas e de direitos humanos (Assis, Barreiros e Conceição, 2013).

São duas as principais abordagens atuais relacionadas ao confronto com a questão das drogas: as políticas proibicionistas, às quais atuam na repressão e criminalização da produção, venda, porte e consumo de substâncias ilícitas, e as políticas de redução de danos, que disseminam intervenções concentradas na redução dos danos à saúde, sociais e econômicos relacionado ao uso, sem necessariamente reprimi-lo. Logo, as bases ideológicas, vantagens e desvantagens associadas às diferentes políticas públicas sobre drogas têm gerado grandes debates acerca do modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas (Alves, 2009).

Importante limitação indicada para o modelo de atenção baseado exclusivamente na abstinência é o fato de esta alta exigência se conformar como uma barreira ao acesso das pessoas que fazem uso problemático de substâncias às instituições de saúde, principalmente por censuras e recriminações aos episódios de recaída e reincidência ao uso, quando estes sujeitos são estigmatizados pelos próprios profissionais como fracos, vagabundos e imorais. Considerando que o uso de drogas sempre fez parte da história da humanidade e que, portanto, não é possível a existência de uma sociedade livre dessas substâncias, o enfoque da redução de danos é de baixa

exigência e confere maior racionalidade ao enfrentamento da questão das drogas, já que a abstinência não é um pré-requisito obrigatório (embora não se oponha à abstinência como um resultado ideal do tratamento) e o consumo é compreendido como uma questão de saúde pública. Neste sentido, em países cujo enfoque tem assumido esta posição, tem sido relevante a diversidade de intervenções possíveis na diminuição dos danos que o uso de drogas pode acarretar ao usuário, a sua família e a comunidade em que vive (Alves, 2009).

No Brasil, parte importante do cuidado em álcool e drogas tem se dado em serviços comunitários, que seguem preferencialmente o paradigma de redução de danos. Instituídos pela portaria nº 336/2002 do Ministério da Saúde, os Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) são definidos como serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (Ministério da Saúde, 2002). São partes essenciais do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Ministério da Saúde, 2011).

A Portaria GM/MS/nº336 de 2002, a partir da definição de complexidade e cobertura populacional, estabelece as modalidades CAPS I, CAPS II e CAPS III para os Centros de Atenção Psicossocial, sendo, porém, o CAPSad proposto apenas na modalidade II, para municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes (Ministério da Saúde, 2002). Com vistas à intensificação, ampliação e diversificação das ações públicas em prevenção, promoção de saúde e redução de riscos associados ao consumo de álcool e drogas, no ano de 2012, o Ministério da Saúde buscou por meio da Portaria GM/MS/nº 130/2012 expandir a atuação destes serviços. Assim, instituiu-se na RAPS os CAPSad III, direcionados a municípios que tenham de 200 a 300 mil habitantes, e cujas atribuições são significativamente ampliadas em

comparação ao modelo anterior, em decorrência da grande demanda deste tipo de cuidado nos centros urbanos (Ministério da Saúde, 2012). É previsto que o CAPSad II conte com uma equipe multiprofissional mínima formada por um médico psiquiatra, um médico clínico, um enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias como psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, e seis profissionais de nível médio, como técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (Ministério da Saúde, 2002).

O Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas II (CAPSad II) de Ribeirão Preto foi inaugurado em 1996, sendo na época denominado como NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial). É um serviço ambulatorial que trabalha na perspectiva de redução de danos e que oferece atendimento a pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, sendo o serviço de referência neste município. Funciona no período diurno e vespertino com "portas abertas", ou seja, não é preciso de encaminhamento para que o indivíduo seja atendido. Conta com uma equipe multidisciplinar e oferece diferentes tipos de atendimento, como consultas médicas e de enfermagem, atendimentos psicoterapêuticos individuais e grupais, acompanhamento terapêutico, oficinas terapêuticas e artesanais, visitas domiciliares, dentre outros. Ao procurar o serviço, o indivíduo passa por um atendimento de acolhimento/triagem onde se dá início à construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), realizado de acordo com as necessidades do usuário. Oferece três modalidades de atendimento: 1) atendimento intensivo, destinado às pessoas que, em função de seu quadro clínico ou do contexto social, precisam de acompanhamento diário por um determinado período; 2) atendimento semi-intensivo, para aqueles pessoas que precisam de um atendimento mais frequente, entretanto, não necessitam que este seja diário; 3) atendimento não intensivo, para aquelas pessoas que em função do quadro

clínico e das condições psicossociais, beneficiam-se em participar de apenas algumas atividades oferecidas no serviço. Além disso, conta com dois leitos para desintoxicação e repouso.

O CAPSad vem trabalhando de acordo com o paradigma da clínica ampliada, diretriz estabelecida pelo SUS que busca, a partir da transdisciplinaridade, a integração de diferentes abordagens, o manejo mais eficaz do trabalho em saúde pela descentralização e inclusão dos sujeitos atendidos no processo. Assim, amplia-se o objeto de trabalho, sendo este os sujeitos em si, enquanto pessoas em interação com seu meio, e não apenas o transtorno psiquiátrico. Compreende-se o processo saúde-doença de forma mais abrangente, incluindo novos instrumentos por arranjos e dispositivos de gestão que privilegiem a comunicação transversal na equipe e entre equipes, considerando a rede assistencial, além da construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas como forma de potencializar a resolubilidade das questões pelo trabalho multiprofissional (Ministério da Saúde, 2010).

Neste contexto, a valorização do psicólogo se dá enquanto profissional capacitado com um conjunto de saberes necessários ao rompimento da concepção tradicional de saúde mental e das práticas assistenciais asilares e na identificação e intervenção em situações de risco para transtornos mentais. A presença do psicólogo no contexto da saúde pública proporciona uma aproximação da profissão com realidades diversas daquelas classicamente conhecidas, como a da clínica particular, alvo de críticas pela pouca abrangência social. Neste sentido, a inserção do psicólogo em tal contexto vem acompanhada da necessidade de reinvenção de práticas e de o profissional caracterizar-se enquanto ator que analisa a própria atuação. O encontro com populações de baixa renda, as principais atendidas pelo SUS, e que não raro vivem sem infraestrutura adequada e em situações de vulnerabilidade social, é relevante neste questionamento para a avaliação da sua efetividade de atuação nas equipes multidisciplinares,

possibilitando a reflexão sobre novas formas de intervenção adequadas à realidade dos sujeitos que procuram por auxílio na rede pública (Dimenstein e Macedo, 2012).

Uma vez que o psicólogo ocupa papel importante nos diferentes equipamentos de saúde mental, torna-se essencial que o aluno de graduação em Psicologia desenvolva habilidades para o trabalho nestas instituições, oferecendo atendimento de qualidade aos seus usuários. Dentre as razões pelas quais se torna imprescindível a existência de estágios em serviços como o CAPSad, destacam-se aqui as seguintes: o contato com diferentes quadros clínicos, o qual possibilita o aprendizado da clínica no contexto de um serviço público de saúde mental dentro das diretrizes e princípios do SUS; a consideração das complexas questões psicossociais envolvidas no uso problemático de álcool e drogas; e a oportunidade de imersão na complexidade de aspectos macro e micro políticos envolvidos na assistência à saúde, para além de técnicas e teorias psicológicas.

Especificidades no Cuidado de Mulheres Usuárias de Álcool e Drogas

A importância da consideração do gênero no cuidado em saúde implica no reconhecimento das influências que as construções sociais de masculino e feminino têm sobre as relações de poder que se estabelecem entre os sujeitos, uma vez que, baseadas nestes conceitos, tais relações podem conduzir a situações de vulnerabilidade, sobretudo quando associadas a questões como classe social e etnia. Neste sentido, a literatura pontua diferenças no tratamento entre homens e mulheres usuárias, evidenciando ainda a necessidade de que se conheça melhor as diferenças entre os grupos de mulheres, dado que estes não são homogêneos (Brasiliano & Hochgraf, 2006a). Assim, mulheres usuárias de álcool e drogas sofrem com um duplo estigma tanto pelo consumo da droga, quanto por não cumprirem com os papéis sociais femininos, nos

quais cabem à mulher desempenhar bem os papéis de mãe, esposa e de cuidados da casa (Corradi-Webster, 2009; Esper, Corradi-Webster, Carvalho, & Furtado, 2013; Oliveira, Paiva, & Valente, 2006), além de uma obrigação moral de manter-se bonita.

Os estereótipos mais comumente associados a tais estigmas são os de maior agressividade, tendência à promiscuidade e falhas no cumprimento do papel familiar (Brasiliano & Hochgraf, 2006b). Como consequência da internalização de estigmas, uma vez que se vê pertencente a uma categoria socialmente desvalorizada, o sujeito percebe tanto a desvalorização quanto a discriminação antes de sua efetiva ocorrência, o que fortalece sentimentos de vergonha, levando-o a rever suas concepções acerca de si. Observa-se, então, um ciclo vicioso no qual a internalização de um estigma diminui a autoestima, prejudica relacionamentos e aumenta o isolamento social (Felicíssimo, Ferreira, Soares, Silveira, & Ronzani, 2013)

Assim, as barreiras encontradas entre elas para o acesso ao cuidado podem ser internas ou externas. As primeiras estão muito relacionadas ao medo em diversos aspectos: de não serem bem recebidas; da vergonha por serem criticadas pelos profissionais de saúde; e da perda da guarda dos filhos para familiares ou para a adoção. Ao contrário do que acredita o imaginário popular, há nessas mulheres a valorização e preocupação com a questão da maternidade e na forma como o uso de substâncias pode afetar os filhos, de modo que há um aumento no padrão de consumo de substâncias quando as mães usuárias são separadas de forma violenta dos filhos (Melo & Corradi-Webster, 2016). Já as barreiras externas remetem à falta de dinheiro para transporte, dificuldades de dividir o cuidado dos filhos durante o período de atendimento e difícil acesso à localização do serviço (Albuquerque & Nóbrega, 2016; Copeland, 1996).

Pais que fazem uso de drogas apresentam altos níveis de estresse psicológico e estresse pela parentalidade, o que pode afetar a qualidade da relação pais-crianças e o desenvolvimento dos filhos (Patterson, Barlow, Mockford, Klimes, Pyper & Stewart-Brown, 2002). Para as mães

usuárias de drogas, em especial, percebe-se que muitas narram marcas identitárias bastante negativas sobre a inabilidade de cuidar de si mesmas e de seus filhos devido aos comportamentos "aditivos", sendo estes sentidos socialmente construídos por meio de discursos morais e de uma forte divisão nos papéis de gênero quanto à parentalidade. Apesar do estigma e das cobranças subjacentes, a maioria das mulheres são motivadas a buscar tratamento pela preocupação que apresentam em relação aos filhos, apontando recursos positivos que podem despertar nessas mães o desejo pela redução ou interrupção do uso de drogas (Melo & Corradi-Webster, 2016).

Considerando-se tais questões e o que é preconizado pelo paradigma da Clínica Ampliada em relação às particularidades do atendimento de mulheres usuárias de álcool e drogas, é fundamental que os profissionais de saúde, ao abordarem essa clientela, se abstenham de atitudes de julgamento e pensem no desenvolvimento de programas de intervenções parentais, uma vez que estes podem apresentar efeitos benéficos não só para as mães, mas também na saúde mental e no comportamento das crianças, uma vez que propõe a abertura de um espaço no serviço para a construção de outros posicionamentos para a mulher, indo além do posicionamento comum de usuária de drogas (Semple, Strathdee, Zians, & Patterson, 2011).

Objetivo do Estágio

Incluído na área de Saúde Mental/ Clínica, a disciplina-estágio "Drogas: clínica e sociedade" tem como objetivo geral o desenvolvimento de habilidades que sustentem o trabalho do psicólogo junto a pessoas com problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas em tratamento em serviço comunitário. Especificamente, tem como objetivos o reconhecimento da instituição CAPSad em sua dinâmica de trabalho, população atendida, equipe, prontuários e inserção na rede; o desenvolvimento de habilidades para comunicação e

vínculo com população atendida no serviço; realização de acolhimento e entrevistas clínicas de avaliação com pessoas que buscam o atendimento no serviço; realização de revisões de prontuários a fim de conhecer e refletir sobre a história clínica de usuários; condução de atividade psicoterapêutica grupal; realização de oficinas para inserção psicossocial; desenvolvimento de habilidades para a condução de atendimentos psicoterapêuticos individuais com pessoas que fazem um consumo problemático de substâncias psicoativas; compreensão da atuação dos diferentes profissionais no plano terapêutico; preparação e apresentação de estudos de caso, considerando o diálogo com diferentes vozes (paciente, familiares, prontuários, equipe do serviço, grupo de trabalho, literatura); posicionamento ético junto a pessoas em sofrimento emocional e junto à equipe multidisciplinar.

Descrição das Atividades Desenvolvidas

No estágio o aluno é inserido na instituição, participando de seu cotidiano e desenvolvendo atividades junto à equipe e aos usuários. A população atendida no CAPSad é de adultos com problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas. São pessoas de ambos os sexos, moradores do município de Ribeirão Preto - SP. Muitos usuários são tratados com problemas comórbidos, como psicoses, transtornos do humor e de ansiedade.

O estágio tem duração de aproximadamente 11 meses, com início em fevereiro e término em meados de dezembro. Todos os estagiários permanecem na mesma instituição por todo o período. A carga horária semanal é de aproximadamente 10 horas.

No início do estágio, é priorizada a **vivência institucional**, em que o estagiário faz o reconhecimento da dinâmica do trabalho por meio da observação da instituição, da população atendida, da equipe, dos prontuários e da inserção desta na rede. Nesta etapa o aluno participa de

reuniões de equipe e acompanha os profissionais do CAPSad em consultas de acolhimento, grupos terapêuticos e oficinas. Também é estimulado a ficar no CAPSad sem atividades estruturadas, apenas conversando com o público atendido, familiarizando-se e criando vínculos. Participa ativamente das consultas de **acolhimento, avaliação e triagem**. Estas consultas são realizadas por toda equipe, que se reveza durante os períodos da semana. A participação inicial do estagiário é como observador, acompanhando os membros da equipe e, com isto, podendo ter diferentes modelos de como realizar o atendimento. Ao final das consultas, os profissionais do CAPSad fazem uma discussão de caso com os estagiários, auxiliando-os na reflexão sobre o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Com o decorrer do estágio, os alunos vão ganhando **mais autonomia**. Começam a conduzir a consulta, acompanhados pelos profissionais. Depois de um tempo, passam a realizar as consultas sozinhos e, ao final destas, pedem licença aos usuários, saem da sala para discutir o caso com os profissionais e voltam em seguida para finalizar o PTS. Com a participação nestas consultas os estagiários têm a oportunidade de conhecer um número grande de usuários, identificando suas características e queixas. Para a **construção do Projeto Terapêutico Singular** precisam estabelecer vínculo com eles, conhecer suas histórias de vida e de consumo de substâncias, identificar suas demandas e desejos, levantar o histórico de tratamento, realizar o exame do estado mental e conhecer bem o serviço e a rede, a fim de fazer orientações adequadas. Percebe-se que diferentes habilidades e competências são construídas com esta atividade.

Os estagiários também participam do **planejamento e condução de atividades psicoterapêuticas grupais**. Dentre estas atividades destacamos o Grupo de Acolhimento Geral, o Grupo de Família, o Grupo de Mulheres e o Grupo de Maternagem, que será detalhado a seguir. Realizam também a **psicoterapia individual** durante todo o ano do estágio. A **psicoterapia é supervisionada** semanalmente por uma psicóloga externa ao serviço,

colaboradora e voluntária. Além desta supervisão, também realizam **duas apresentações semestrais dos casos** que vem acompanhando, uma na disciplina com a docente responsável e outra no serviço, com a equipe. Nestas ocasiões é realizada uma **discussão do caso e dos atendimentos**, visando ampliar o olhar para a relação terapêutica, buscando construir novos sentidos sobre as problemáticas lidadas na psicoterapia, trocar informações com outros profissionais que acompanham o paciente e refletir sobre o PTS.

Durante o estágio os alunos também **participam de oficinas** realizadas no serviço, havendo abertura para selecionarem a atividade de acordo com seus horários e habilidades. Assim, destacamos aqui algumas oficinas que já participaram: oficina de música, oficina de poesias e oficina de embelezamento.

Participam de **reuniões semanais** com a docente responsável para **discussão de literatura da área**, apresentação de casos, apresentação de sessões grupais e planejamento de atividades. São também estimulados a **participarem de eventos da área** e a apresentarem trabalho nestes eventos. Em parceria com a equipe do serviço sistematizam trabalhos para serem apresentados em evento organizado pela Secretaria Municipal de Saúde, o Exposaúde, que tem como objetivo dar visibilidade às experiências bem-sucedidas no SUS.

Este estágio só é possível de acontecer com tamanha troca de experiências e aprendizados devido à parceria com o CAPSad. A **participação dos profissionais do serviço no estágio é fundamental** para a formação dos alunos. Participam, junto com a docente, desde a seleção dos estagiários até a divisão de tarefas de supervisão. Acompanham de perto os estagiários no dia a dia do serviço, auxiliando-os na organização de atividades, supervisionando as atividades clínicas, sugerindo textos para leituras, ensinando-os sobre o funcionamento do serviço e da rede. Realizam um curso para os estagiários, em que os diferentes membros da equipe preparam **aulas sobre temáticas do estágio**, como funcionamento do CAPS, trabalhos

com famílias, tipos e efeitos de drogas, dentre outros. Os psicólogos do serviço também funcionam como modelos para os futuros psicólogos.

Descrição das Atividades Desenvolvidas

Grupo de Maternagem

Uma das modalidades de cuidado nos CAPS são os grupos psicoterapêuticos. Sendo assim, desde 2005 o CAPSad de Ribeirão Preto vem oferecendo o Grupo de Acolhimento para Mulheres (GAM), voltado exclusivamente para as usuárias que procuram o serviço. Este grupo surgiu da observação feita pela equipe de que, em grupos de acolhimento mistos, as mulheres demonstram uma tendência de se sentirem inibidas, não expressando seus sentimentos e conflitos, evidenciando a necessidade de um espaço onde elas pudessem se sentir mais seguras para a reflexão e elaboração de conteúdos internos relacionados ao feminino e à sua condição de mulher na sociedade. Portanto, este grupo foi organizado por uma psicóloga do serviço (3ª autora) e atualmente conta com a participação de estagiárias.

Ao longo dos anos, dentre as diversas demandas observadas durante as reuniões neste grupo, tornaram-se evidentes queixas de baixa autoestima e ansiedade em decorrência de dificuldades advindas do exercício da maternidade e de pressões geradoras de sofrimento psíquico relacionadas aos discursos correntes de gênero. Observou-se também um crescente número de mulheres encaminhadas pelo setor judiciário ao CAPSad para a realização de tratamento em relação ao uso de substâncias como condição de permanência dos filhos que estão em acolhimento provisório.

Dessa forma, identificou-se a necessidade de se oferecer maior atenção a essas mulheres, enquanto mães, como uma forma de intervenção nos processos de recaídas no uso problemático de substâncias e como forma fortalecer as relações mãe e filho e assim, atuar de modo preventivo no processo de desenvolvimento de seus filhos. Sendo o papel do CAPSad o cuidado psicossocial do sujeito atendido, entende-se que a realização desta atividade na forma de acolhimento e cuidado se apresenta como uma questão de saúde mental para estas mulheres. Logo, iniciou-se o desenvolvimento de um projeto de Grupo de Maternagem como parceria entre o LePsis e os profissionais do serviço envolvidos com a temática.

Assim, o Grupo de Maternagem nasceu da demanda em se trabalhar a temática da maternagem, a qual envolve a questão da escolha, do afeto e do cuidado, sendo esta última não necessariamente relacionada à mãe biológica, uma vez que afeto e cuidado podem ser realizados por outras pessoas (Gradvohl, Osis, & Makuch, 2014). A proposta deste projeto foi o desenvolvimento de um programa específico para mulheres no tocante ao atendimento destas necessidades, implementando estratégias específicas do gênero e envolvendo toda a rede de atendimento (saúde, assistência social, educação e poder judiciário).

O Grupo não visa propor uma maneira específica de ser mãe, ao qual o próprio discurso social atribui uma estigmatização da mulher que realiza uso nocivo de substâncias. Em relação ao cuidado dos filhos, não é também o intuito do trabalho oferecer um "conjunto de boas maneiras", mas sim realizar coletivamente uma discussão a respeito da maternidade e da maternagem, da forma como isso se dá no cotidiano dessas mulheres, considerando seu contexto social, e proporcionar outras vivências em relação aos filhos, construindo e fortalecendo os vínculos.

Para a realização do projeto, contou-se inicialmente com a coordenação do grupo com a assistente social do serviço, uma psicóloga voluntária (anteriormente estagiária do LePsis e com

experiência na coordenação do GAM) e uma estagiária de psicologia do LePsis. A supervisão foi feita pela docente responsável pelo estágio e pela psicóloga do serviço responsável pelo GAM. Neste sentido, optou-se pela não participação desta última nas reuniões do grupo para que, embora relacionado, o Grupo de Maternagem fosse diferenciado do GAM e para que esta profissional não se tornasse a única referência para as mulheres no serviço.

Dessa forma, realizou-se inicialmente uma busca ativa das possíveis participantes do grupo, sendo apresentada a proposta de trabalho conjuntamente com o convite para as atividades. Foram então contatadas mães usuárias e companheiras de homens usuários do serviço e filhos que tinham filhos de zero a 18 anos. O projeto, com previsão de realização semanal, contou com um piloto de três encontros, de caráter exploratório, para o levantamento junto às mulheres participantes de suas narrativas sobre a maternidade e a maternagem, assim como suas demandas, dificuldades e dúvidas. Também foram investigadas suas expectativas em relação ao grupo, e assim, elas foram chamadas a traçarem conjuntamente com as coordenadoras, um planejamento das atividades a serem desenvolvidas.

Apesar de o foco inicial ter sido agir a partir das expectativas das mulheres em relação ao grupo, algumas propostas de trabalho foram também previamente pensadas pelas coordenadoras, como discussões a respeito do desenvolvimento infantil, habilidades parentais, ampliação da rede de apoio social, dentre outras. Estas foram adicionalmente apresentadas às mães e/ou cuidadoras para que avaliassem se tais iriam ao encontro de suas necessidades. Assim, as atividades elencadas serviram como estruturas para garantir a coparticipação dinâmica das cuidadoras. Quanto à forma de abordagem, pensou-se em formas mais interativas que incluísse *role-plays*, ensaios de técnicas, utilização de vídeos e demais recursos audiovisuais, assim como discussões em grupo e tarefas práticas para serem levadas para casa. Tinham como objetivo

contribuir de maneira prática e terapêutica para (re)pensar a maternagem e as implicações dessas mulheres com os filhos e o tratamento de drogas (seu ou dos maridos).

Como resultados, no primeiro encontro foi promovido um café da manhã com as mães, enquanto estratégia de um convite mais atrativo, e muitas das mulheres convidadas compareceram, mas apenas usuárias do serviço, sem contar com a presença de companheiras de usuários. Já acostumadas às temáticas tratadas no GAM, mais abrangentes sobre a própria vida e muito relacionadas ao consumo de substâncias, as coordenadoras usaram parte importante do primeiro encontro posicionando as mulheres enquanto mães, e incentivando conversas relacionadas a esta temática. Pensando na proposta interativa do grupo, no segundo encontro utilizou-se como disparador de conversa um trecho do filme "Procurando Nemo", o qual tratava sobre preocupações dos pais quanto à abertura dos filhos ao mundo e às novas experiências, o que promoveu a abertura ao debate de seus próprios medos enquanto mães. A partir do 3º encontro optou-se por não trazer um disparador, mas trabalhar com questões trazidas pelas mães. Observou-se o surgimento de temáticas como o trato de questões relacionadas à educação sexual com os filhos, sobretudo nos casos das mães que têm filhas entrando na adolescência, fator que abriu caminho para inúmeras discussões nas quais cada uma delas compartilhou seus próprios questionamentos, concepções a respeito do papel da mulher na sociedade e consequências destas na própria identidade de mãe e na educação dos filhos. Houve também relatos de dificuldades e de tentativas de superação para manutenção e criação de vínculos com os filhos após um longo período de ausência materna. Tema muito presente foi a culpa que sentiam em relação aos filhos por serem usuárias e avaliarem que não haviam sido boas mães. Associado a isto, foi frequente o relato de dificuldades em estabelecer limites e dúvidas sobre como educar as crianças. Enquanto algumas mães diziam bater nos filhos e deixá-los de castigo, outras falavam em castigos ou diálogos abertos sobre os comportamentos em questão.

Nesta discussão trabalhou-se a investigação de quais eram as potencialidades e limites sentidos pelas mães, bem como as possibilidades de atuação dentro de seu próprio contexto de vida e onde poderiam buscar apoio para lidar com cada dificuldade relatada. Incentivou-se a interação grupal e o compartilhamento de vivências, resultando na observância de contrapontos e de que não há apenas um modo de ser mãe. Foi possível a estas mulheres a compreensão de que muitas das dificuldades relatadas são inerentes à condição de mãe, apenas, e não necessariamente que estas se dão por conta do uso problemático de drogas, suavizando o peso de alguns estigmas.

Dentre os obstáculos observados na implantação da proposta, pode-se citar o desemprego como uma barreira financeira que as mulheres enfrentam para a compra de passes de ônibus para vir ao serviço, a falta de alguém para ajudar a cuidar dos filhos no período de participação do grupo e o medo de que o relato de suas dificuldades fosse repassado ao setor judiciário de forma negativa. Assim, houve uma mobilização conjunta da equipe para o maior oferecimento possível de passes de ônibus provenientes do setor de assistência social da rede e a realização do Grupo de Maternagem foi encaixada no mesmo dia em que o GAM, evitando deslocamentos adicionais durante a semana. A falta de alguém com quem as mulheres pudessem deixar os filhos durante o grupo foi contornada a partir do revezamento entre as coordenadoras do grupo no cuidado das crianças no próprio CAPSad, que atualmente conta com uma pequena sala lúdica, a qual possui dois berços e alguns brinquedos doados, justamente em decorrência da constatação desta barreira que as mulheres enfrentam. Por último, o medo de que os processos judiciais enfrentados pelas mães que perderam a guarda dos filhos fossem prejudicados pela revelação de suas angústias e dificuldades parentais foi trabalhado no sentido de acolhimento de suas inseguranças, reafirmação da ética profissional envolvida no sigilo de informações e explicação minuciosa de como aquele contexto poderia ser útil para o seu desenvolvimento

enquanto mães e que, ao contrário do imaginado, isto poderia auxiliá-las no resgate da relação e da guarda dos filhos.

Assim, fica claro a partir da literatura e deste relato de experiência, a necessidade de expansão da reflexão sobre a multidimensionalidade do tratamento para mulheres usuárias de drogas, considerando não apenas o consumo de substâncias, mas também os fatores sociais e estruturais envolvidos, especificamente os relacionados à questão de gênero e suas particularidades.

No ano de 2018, o grupo de maternagem foi reorganizado para ser oferecido mensalmente. Vem contando com a colaboração da psicanalista winnicottiana Cecília Barreto Dias, que vem dando suporte para a formação das estagiárias, na discussão de materiais bibliográficos e participando mensalmente do grupo.

Observa-se que o grupo de maternagem vem sendo construído ano a ano com as estagiárias, profissionais do serviço, mães atendidas no CAPSad e profissionais colaboradores. Diferentes técnicas de manejo foram sendo exploradas, entretanto, vem mantendo seus princípios: (1) posicionar as mulheres como mães, privilegiando dialogar mais com o *self* mãe do que com o *self* usuária de drogas (Corradi-Webster, 2014); (2) exploração dos potenciais e recursos das mães, incentivando as histórias de cuidados com os filhos e as histórias de desejo de cuidar; (3) auxílio na construção de rede de cooperação entre as mulheres e na reflexão sobre possibilidades de ampliação da rede de apoio.

Considera-se que o nascente Grupo de Maternagem do CAPSad de Ribeirão Preto apresenta grande potencial terapêutico, lidando com temática delicada dentro do contexto do cuidado a usuárias de drogas e sendo prática inédita no país. Além disso, esta se configura como enriquecedora oportunidade de aprendizagem de uma prática crítica do psicólogo na área de saúde mental, levando em consideração propostas do movimento de reforma psiquiátrica e

diretrizes do SUS, no sentido de oferecimento de assistência integral e preservação da autonomia dos sujeitos envolvidos.

Considerações Finais

Os psicólogos têm sido cada vez mais procurados para o cuidado às pessoas que fazem uso problemático de drogas. Esta formação raramente é encontrada nos cursos de psicologia. Deste modo, a disciplina-estágio "Drogas: clínica e sociedade" cumpre o papel de oferecer formação para o cuidado psicológico na área de drogas, além de inserir o aluno em um serviço comunitário com funcionamento multidisciplinar.

Ao final do estágio os alunos têm um conhecimento aprofundado sobre a dinâmica do CAPSad e conhecem sua inserção e diálogo com a rede, aprenderam a realizar o acolhimento e triagem, têm familiaridade com a construção do Projeto Terapêutico Singular, identificam as principais características e queixas de usuários do CAPSad, conseguem estabelecer vínculos com a população atendida no serviço, desenvolveram habilidades para propor e conduzir atividades psicoterapêuticas individuais e grupais com esta população. Além disto, conhecem e estão atentos às políticas na área de álcool e outras drogas, aos discursos dominantes sobre drogas e sobre usuários e aos diferentes paradigmas que constroem sentidos e práticas na área.

Referências

Albuquerque, C. S., & Nóbrega, M. P. S. S. (2016). Barriers and amenities for seeking specialized treatment encountered by women who use psychoactive substances. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas, 12*(1), 22-29.

Alves, V. S. (2009). Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, *25*(11), 2309-2319.

Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (3. ed.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Assis, J. T., Barreiros, G. B., & Conceição, M. I. G. (2013). A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 16*(4), 584-596.

Brasiliano, S., & Hochgraf, P. B. (2006a). A influência da comorbidade com transtornos alimentares na apresentação de mulheres dependentes de substâncias psicoativas. *Archives of Clinical Psychiatry, 33*(3), 134-144.

Brasiliano, S., & Hochgraf, P. B. (2006b.) Drogadicção feminina: a experiência de um percurso. In D. X. Silveira & F. G. Moreira (Orgs), *Panorama Atual de drogas e dependências* (pp. 289-295). Rio de Janeiro, RJ: Editora Atheneu.

Corradi-Webster, C. M. (2009). *Consumo problemático de bebidas alcoólicas por mulheres: discursos e histórias* (Tese de Doutorado). Disponível em http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-03062011-142952/en.php

Corradi-Webster, C. M. (2013). Consumo de drogas: considerações sobre a clínica no contexto do SUS. *Saúde & Transformação Social, 4,* 10-20.

Corradi-Webster, C. M. (2014). Ferramentas teórico-conceituais do discurso construcionista. In C. Guanaes-Lorenzi, M. Moscheta, C. M. Corradi-Webster, & L. Vilela-Souza (Org.). *Construcionismo social: discurso, práticas e produção do conhecimento (*pp. 73-87). Rio de Janeiro, RJ: Editora do Instituto Noos.

Copeland, J.C. (1997). A qualitative study of barriers to formal treatment among women who self-managed change in addictive behaviours. *Journal of Substance Abuse Treatment, 14*(2), 183-190.

Dimenstein, M., & Macedo, J. P. (2012). Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *32*, 232-245.

Esper, L. H., Corradi-Webster, C. M., Carvalho, A. M. P., & Furtado, E. F. (2013). Mulheres em tratamento ambulatorial por abuso de álcool: características sociodemográficas e clínicas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *34*(2), 93-101. https://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000200012

Felicíssimo, F. B., Ferreira, G. C. L., Soares, R. G., Silveira, P. S., & Ronzani, T. M. (2013). Estigma internalizado e autoestima: uma revisão sistemática de literatura. *Psicologia: teoria e prática*, *15*(1), 116-129.

Gradvohl, S. M. O., Osis, M. J. D., & Makuch, M. Y. (2014). Maternidade e formas de maternagem desde a idade média à atualidade. *Pensando Familias, 18*(1), 55-62.

Melo, M. C., & Corradi-Webster, C. M. (2016). Meanings about mothering by women in treatment for drug use. *Estudos de Psicologia, 33*(4), 699-709.

Ministério da Saúde. (2002). *Portaria GM/nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002*. Define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental. Brasília, DF.

Ministério da Saúde. (2010). *Clínica ampliada e compartilhada.* Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília, DF.

Ministério da Saúde. (2011). *Portaria n° 3.088 de 23 de Dezembro de 2011.* Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades

decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF.

Ministério da Saúde (BR) (2012). *Portaria nº 130, de 26 de Janeiro de 2012*. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília, DF.

Nery Filho, A. (2002). Drogas: isso lhe interessa? Confira aqui. Salvador, BA: CETAD/UFBA/PMV.

Oliveira, J.F., Paiva, M.S., & Valente, C.L.M, (2006). Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva, 11*(2), p. 473-481.

Patterson, J., Barlow, J., Mockford, C., Klimes, I., Pyper, C., & Stewart-Brown, S., (2002). Improving mental health through parenting programmes: block randomised controlled trial. *Archives of Disease in Childhood*, *87*(6), 472-477.

Semple, S. J., Strathdee, S. A., Zians, J., & Patterson, T. L. (2011). Methamphetamine-using parents: the relationship between parental role strain and depressive symptoms. *Journal of studies on alcohol and drugs, 72*(6), 954-964.

Algumas Publicações dos Autores Relacionadas à Atividade de Estágio

Melo, M. C., & Corradi-Webster, C.M. (2016). Meanings about mothering by women in treatment for drug use. *Estudos de Psicologia, 33*, 699-709. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2016000400699

Corradi-Webster, C.M. (2013). Consumo de drogas: considerações sobre a clínica no contexto do SUS. Saúde & Transformação Social, 10-20.
http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/2242/2627

Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicopatologia, Drogas e Sociedade (LePsis) – USP
http://sites.usp.br/lepsis/

ATENDIMENTO A FAMÍLIAS E CASAIS EM CONTEXTO DE SAÚDE MENTAL

Carla Guanaes-Lorenzi
Pedro Pablo Sampaio Martins
Marcus Vinicius Santos

Com o advento da reforma psiquiátrica e a valorização de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, pensar a participação das famílias no cuidado em saúde mental tem sido uma necessidade. O trabalho próximo às famílias nesse contexto tem sido reconhecido por pesquisadores e profissionais como forma de contribuir com a construção de uma relação de parceria e suporte emocional, de maneira que a família possa encontrar, nos serviços de saúde mental, também respostas às suas dúvidas e necessidades.

Neste capítulo, apresentaremos o trabalho que vimos desenvolvendo com famílias, focalizando especificamente as atividades desenvolvidas como parte do estágio *"Atendimento a famílias e casais em contextos de saúde mental"*. Este estágio existe desde 2012 no Hospital-Dia de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. Este serviço se insere na rede pública de atendimento à saúde mental de Ribeirão Preto, funcionando de acordo com os preceitos da Reforma Psiquiátrica e do processo de desinstitucionalização e substituição do modelo asilar por serviços alternativos, pautados num modelo psicossocial e interdisciplinar de cuidado em saúde mental. O estágio visa oferecer assistência a pacientes em semi-internação e seus familiares, auxiliando-os no enfrentamento das dificuldades decorrentes do adoecimento mental para a vivência em família.

Primeiramente, faremos uma apresentação sobre os fundamentos de nossa prática, em que situamos tanto o contexto mais amplo da reforma psiquiátrica, como as contribuições do construcionismo social ao trabalho com famílias. Em seguida, apresentaremos os objetivos do

estágio e uma descrição detalhada das atividades desenvolvidas pelos estagiários. Ao longo de todo o nosso texto, inseriremos depoimentos de alguns estagiários, os quais se dispuseram a revistar sua experiência respondendo à pergunta: "*Na sua opinião, como ter cursado o estágio 'Atendimento a famílias em contextos de saúde mental' contribuiu para sua formação como psicólogo?"*. Com a introdução destes depoimentos, buscaremos tanto ilustrar o trabalho prático que desenvolvemos, como dar visibilidade para como este trabalho é vivenciado por alguns alunos em sua formação.

Breve Introdução Teórica

> *Durante os grupos e os atendimentos familiares pude começar e entender a amplitude da saúde mental, que não deve se resumir ao tratamento da pessoa em sofrimento, mas que deve se estender à família, que também é protagonista do tratamento. Família esta que deve dar conta dos cuidados, muitas vezes, mesmo sem ter muitos recursos, e que deve também ser cuidada e considerada (Ana Maria Cancian de Souza, estagiária no ano de 2015).*

A Reforma Psiquiátrica é um movimento nos âmbitos político, social e científico que prevê a transformação dos modos de lidar com o sofrimento mental. Baseia-se em um modelo psicossocial e de base comunitária, valorizando as possibilidades de recuperação das pessoas inseridas em suas redes familiares e sociais (Brasil, 2005). Dentro dessa lógica de cuidado, a família tem um lugar de destaque, uma vez que passa a assumir, em parceria com os serviços substitutivos em saúde mental, a responsabilidade por cuidar de seu familiar preservando suas relações sociais (Mello, 2005; Dimenstein et.al, 2010).

Considerando a centralidade da família no cuidado em saúde mental, pesquisas ressaltam a necessidade de apoio e suporte a esta (Covelo & Badaró-Moreira, 2015). A literatura aponta a sobrecarga financeira, do cuidado, física e emocional presente na família (Borba, Schwartz &

Kantorski, 2008) e a necessidade de espaços de escuta e diálogo voltados ao seu fortalecimento (Colvero, Ide & Rolim, 2004; Martins & Guanaes-Lorenzi, 2016). Ressalta-se, ainda, a importância de formação adequada dos profissionais de saúde mental para o trabalho com famílias, de forma a atuarem com clareza de seus objetivos e de maneira alinhada aos princípios da reforma psiquiátrica (Campos, 2001; Silva, 2017), evitando discursos de culpabilização (Pinho, Hernandez & Kartoshi, 2010).

É nesta direção que temos tentado desenvolver nossa prática com famílias, buscando contribuir com a formação teórica, técnica e ética do estudante de Psicologia em pelo menos três vertentes: a) como um defensor dos princípios da reforma psiquiátrica e do modelo psicossocial de atenção em saúde mental; b) como um profissional sensível às necessidades de cuidado das famílias, favorecendo processos conversacionais que valorizem seus conhecimentos e recursos, em uma perspectiva não patologizante; e c) como um profissional capaz de atuar em equipe, articulando seu saber ao de outras especialidades, em uma perspectiva colaborativa e horizontal.

Temos encontrado apoio teórico para este trabalho nas contribuições do *movimento construcionista social em Psicologia* (Gergen, 1985), que, entendido como uma teoria prática sobre a construção relacional do significado, tem nos permitido trabalhar com as famílias privilegiando a ampliação de suas narrativas de vida. A seguir, apresentamos brevemente as premissas dessa orientação teórica e suas contribuições para a prática.

Construcionismo Social como Teoria Prática

> *Lembro e conto pra muitos amigos (até hoje) o que você me disse uma vez, quando eu estava em crise com algumas coisas que ouvíamos nas aulas: ´Gi, não dá pra tentarmos fazer a vida caber dentro da Psicologia, é o contrário. Porque a vida é maior que a Psicologia`. Foi como voltar a respirar(Giovanna Ottoni, estagiária no ano de 2014).*

Conforme Gergen (1985), o construcionismo social surge como um movimento crítico em ciência, que busca dar visibilidade à nossa participação na construção do mundo em que vivemos. O discurso construcionista social se articula em torno de algumas premissas sobre o processo de produção de conhecimento: a) aquilo que consideramos como experiência do mundo não determina os termos em que o mundo é compreendido; b) os termos que usamos para compreensão do mundo resultam de processos de intercâmbio social, situados histórica e culturalmente; c) aquilo que conta como conhecimento válido depende das comunidades linguísticas em que estes conhecimentos são legitimados como verdadeiros; e d) descrições de mundo devem ser consideradas formas de ação social.

Tais premissas fomentam o entendimento de que nosso conhecimento sobre o mundo e sobre as pessoas encontra-se entrelaçado às nossas possibilidades narrativas. Descrever o mundo e as pessoas de determinadas maneiras sustenta determinadas formas de vida – portanto, é fundamental refletirmos sobre nossa participação na construção do mundo em que vivemos. Para além deste viés crítico, tais premissas criam possibilidades promissoras, pautadas na exploração do potencial generativo do diálogo. Se construímos, juntos e em linguagem, nossas realidades sociais, também podemos reconstruí-las.

Para a Psicologia, tais premissas sustentam questionamentos importantes acerca da natureza de nossos *selves*. Abandonamos a tendência de compreender "quem somos" a partir de explicações essencialistas ou universais, para compreendermos como determinadas explicações sobre quem somos são criadas em nossas práticas discursivas, e pensarmos seus efeitos na configuração de determinados modos de vida (Guanaes & Japur, 2003). Com isso, buscamos nos posicionar de maneira reflexiva acerca da própria psicologia como ciência e sobre quê mundos e pessoas são criadas em nossas teorizações. Nas palavras de John Shotter, a Psicologia deve ser pensada como uma ciência moral da ação (Guanaes-Lorenzi et.al, 2016). Não se trata, portanto,

de avaliarmos as teorias psicológicas como sendo incorretas, mas de pensarmos os efeitos de seu uso para construção de pessoas e práticas sociais.

Aplicado ao trabalho em saúde mental, este entendimento permite explorar os diferentes sentidos de doença mental e as implicações práticas destes sentidos para a vida das pessoas. Isso favorece a ampliação de narrativas sobre o que está sendo descrito pela família como "problema". Além do discurso da doença mental, que outras descrições de si podem ser úteis para uma família? Quais as implicações (positivas ou negativas) do uso do discurso da doença mental em determinadas situações e, especialmente, no cotidiano de uma família? Propostas por Guanaes-Lorenzi et.al (2012), tais perguntas podem servir como bússola na busca por descrições mais sensíveis ao cotidiano de cada família e pela relação singular que cada família estabelece com a situação de adoecimento.

Para McNamee (2004), o construcionismo social não deve ser compreendido como uma teoria que propõe técnicas e métodos específicos para prática, mas como uma prática relacional, isto é, um modo de dar sentido ao mundo ou de nos engajarmos no mundo que convida outros para o diálogo. Na visão da autora, o construcionismo social nada mais é do que uma teoria sobre a origem *relacional* do significado. Portanto, o foco no próprio processo conversacional ou processo de produção de sentidos orienta nossa prática.

> *Neste estágio foi possível fazer a transição e entrelaçamento entre teoria e prática, principalmente aprofundar meu conhecimento acerca da teoria construcionista social, bem como suas práticas envolvendo grupos e famílias. Este aprofundamento era um dos meus objetivos ao escolher este desafio. A vivência na prática de conteúdos acadêmicos proporcionou, desta forma, a aquisição de novas percepções e atitudes relacionadas à profissão de psicólogo (Tomaz Ciani, estagiário no ano de 2016).*

Além desta compreensão de construcionismo social como uma teoria prática (McNamee, 2004), fundamentamos nosso trabalho com famílias em três propostas que, comumente, vem sendo associadas à lógica construcionista social ou pós-moderna: as práticas narrativas (White & Epston, 1990; White, 2012); as práticas colaborativas (Anderson, 2009); e os processos reflexivos (Andersen, 2002). De cada uma destas práticas, extraímos algumas contribuições relevantes, as quais nos permitem tecer determinadas leituras sobre os diálogos que desenvolvemos com as famílias no contexto de saúde mental.

Das práticas narrativas extraímos, sobretudo, a compreensão de que, ao narrarem suas vidas, as pessoas fazem alguns recortes de sua experiência. As experiências vividas são muito mais amplas do que as pessoas podem narrar. As pessoas contam sobre si mesmas e sobre os acontecimentos de sua vida *para/com* alguém, em um determinado contexto e história relacional. A cada interação, uma determinada versão de *self* emerge como possibilidade. Porém, quando pessoas vivenciam problemas para os quais não parecem encontrar alternativas, é comum que suas narrativas passem a se organizarem em torno do problema, caracterizando o que White e Epston (1990) nomearam como "narrativas saturadas pelo problema". Nestes casos, é comum que a pessoa e a família vivenciem um sentimento de falta de agenciamento e controle sobre suas vidas, como se suas identidades se confundissem com o problema vivido. Um recurso útil para expandir o diálogo nestas situações é a "externalização do problema", que permite a exploração minuciosa da influência do problema na vida da pessoa e também da influência da pessoa e da família na vida do problema. A busca por acontecimentos singulares, em que a pessoa e a família conseguem se perceber como tendo uma existência distinta do problema pode contribuir com a construção de novas posições e narrativas (White, 2012; Grandesso, 2011).

Das práticas colaborativas extraímos, sobretudo, seu posicionamento filosófico, voltado à compreensão de que construímos entendimento *com* as pessoas, e não sobre elas, nos

relacionamentos que estabelecemos em terapia (Anderson, 2012; Shotter, 2009). Escutar as pessoas a partir de uma "posição de não saber" é um posicionamento ético, que leva o profissional a ouvir a pessoa em seus próprios termos (Anderson, 2009). Trata-se de tarefa complexa a se perseguir, uma vez que, como profissionais da área *psi,* fomos treinados a desenvolver um amplo repertório teórico e técnico, rico em explicações sobre as pessoas e seus problemas. Alternativamente, Anderson (2009) nos convida a compreendermos as pessoas como especialistas em suas próprias vidas, e nos percebermos como especialistas do processo conversacional. Ou seja, voltamos nossa atenção para como nossas ações, no diálogo com nossos clientes, se desenvolvem, e para os efeitos de nossas intervenções para a continuidade da conversa. Nesse sentido, como sintetiza Guanaes-Lorenzi (2017), a postura colaborativa traz um compromisso ético precisamente por ter na responsividade (entre pessoas e entre elas e seu meio circundante) seu principal fator terapêutico.

> *Tentei sempre ter uma postura de abertura para as demandas da família e com uma escuta atenta para tentar ajudá-los em suas necessidades e entendi que nem toda sessão será de fácil acesso aos sentimentos e dores dos pacientes ou que o trabalho vai evoluir conforme nossas expectativas, mas que ainda assim há um movimento e continuar ali inteiro com o paciente é de grande importância (Tomaz Ciani, estagiário no ano de 2016).*

Por fim, dos processos reflexivos extraímos outras ênfases: a valorização da polissemia, marcada na compreensão de que observadores diferentes fazem distinções diferentes dos mesmos acontecimentos; a horizontalização do processo conversacional, marcada pela democratização e ampliação das vozes participantes na conversa; e, de maneira mais pragmática, a própria maneira de estruturar os intercâmbios entre equipe e sistema terapêutico ao longo das *reuniões familiares*. Estruturamos as reuniões familiares no Hospital-Dia, sempre que possível, com a participação da "equipe reflexiva", tal como proposta por Andersen (1999). Deste modo,

criamos nos atendimentos dois sistemas paralelos: o sistema terapêutico – constituído por uma dupla de profissionais de campo e pela família atendida; e a equipe reflexiva – que observa o atendimento no mesmo cenário em que este se desenvolve. Em um determinado momento, a troca de posições entre estes sistemas permite à equipe conversar sobre a conversa desenvolvida anteriormente pela família e pela dupla de profissionais que, então, passa a atuar como observadora. Novo turno de diálogo se estabelece, em que as reflexões trazidas pela equipe podem ser levadas em consideração, criando aberturas para novas possibilidades de significação.

> *Quando fazíamos o atendimento reflexivo, os grupos reflexivos, era impressionante o efeito de "trocar de papéis", de oferecer às famílias aquele lugar de "escuta da nossa escuta" em relação ao processo conversacional. De trazer algo de positivo, de bonito, de gratidão pelo que acabávamos de ouvir. Pra mim era uma tensão cheia de ternura poder escutar, trazer depois na conversa com o outro terapeuta. E era de uma potência imensa retomar com eles como havia sido. Sou muito grata por ter conhecido essa técnica, por aprender a coordenar os grupos, a dialogar com os outros profissionais.(...) Eu poderia escrever um livro sobre tudo... Sobre as experiências de ter levado poemas nos atendimentos, de ter compartilhado músicas, de ter construído com aqueles rostos que eu ainda guardo comigo, uma história nova (Giovanna Ottoni, estagiária no ano de 2014).*

Na leitura teórico-prática que fazemos destas propostas buscamos atuar de maneira que as famílias sejam sempre valorizadas e respeitadas; nunca culpabilizadas. Portanto, a família deve ser ativamente posicionada como uma família em sofrimento, que precisa ser escutada e valorizada em seus próprios termos. Devemos buscar conversar *com* as famílias sobre suas demandas, e não *sobre* elas (Shotter, 2009). Assim, com cada família, poderemos construir um jeito único de se trabalhar.

Objetivo do Estágio

O estágio "Atendimento a famílias em contexto de saúde mental" tem como objetivo proporcionar ao aluno experiência em atendimento a famílias, considerando as contribuições das abordagens pós-modernas ou construcionistas sociais e as particularidades do contexto de saúde mental. Especificamente, o estágio visa capacitar o aluno para: a) fazer uso de recursos conversacionais no diálogo com as famílias, com base nas ideias propostas pelas práticas narrativas, pelas práticas colaborativas e pelos processos reflexivos; b) atuar como membro de "equipe reflexiva" no atendimento a famílias; c) coordenar grupos multifamiliares; e d) atuar em equipe interdisciplinar. Trata-se de um estágio com carga horária máxima de 240 horas, distribuídas em dois semestres letivos, o qual pode ser desenvolvido por até 4 alunos selecionados, no 9º e 10º semestres do Curso de Psicologia.

Descrição das Atividades Desenvolvidas

As atividades relacionadas ao estágio envolvem uma etapa de preparação e atividades estritamente relacionadas ao estágio. Uma condição para inscrição no estágio é que os alunos tenham cursado **a disciplina optativa *"Recursos teóricos e técnicos para o trabalho com grupos, famílias e casais"*** (código: 5940188). Esta disciplina é oferecida na grade curricular para alunos matriculados no oitavo semestre do curso de graduação em Psicologia da FFCLRP-USP, e tem como objetivo geral apresentar ao estudante recursos oriundos das propostas sistêmicas e construcionistas sociais para o trabalho com grupos, famílias e casais. Espera-se que, ao final da disciplina, o estudante esteja apto a: a) compreender teoricamente a virada paradigmática no campo da terapia familiar e a emergência do discurso construcionista social

nesse campo; b) desenvolver conhecimentos sobre estrutura, dinâmica e desenvolvimento familiar; c) aprender sobre o movimento construcionista social em Psicologia e algumas propostas práticas para atuação nesse campo, dentre as quais estão as práticas colaborativas, as práticas narrativas e os processos reflexivos.

Esta disciplina é oferecida para um máximo de 20 alunos. Entre os diferentes métodos de ensino utilizados, destaca-se o uso de *role-playings,* com a simulação de atendimentos para treino dos recursos conversacionais apresentados na disciplina. O que significa, na prática, valorizarmos o processo relacional de construção de significado? Como exercitar o não saber? O que perguntar do lugar de equipe reflexiva? Como ampliar narrativas saturadas pelo problema? A ênfase no desenvolvimento prático dos alunos é, certamente, um diferencial da disciplina, e serve para que eles tenham mais clareza sobre seu interesse no referencial teórico e desejo de atuar nesse campo. É importante, no entanto, compreender "desenvolvimento prático" como algo distinto de um aprendizado meramente técnico. As perguntas acima sugerem a aprendizagem de processos conversacionais. Concordamos com Shotter (2010) que, ainda que possamos nos "preparar" para o desenvolvimento de conversas dialógicas (por treino, prática, estudo, etc), nunca conseguimos nos "planejar" para estar em uma conversa dialógica. O momento interativo é único e demanda de nós abertura para sermos responsivo à alteridade (Shotter, 2010; Guanaes-Lorenzi, 2017).

> *Também sempre me lembro, na disciplina optativa, quando a gente começou a encenar os atendimentos. (...). Então os "atores", nossos colegas, começaram simulando uma briga, discutindo, usando xingamentos mútuos. Os "atores" terapeutas não sabiam o que fazer, apenas olhavam, revezando a atenção em quem falava. Você logo nos cortou, chamou atenção e disse: "Mas vocês não vão fazer nada!? Estão achando que é programa de televisão e vão ficar assistindo?". Eu morri de rir, mas nunca esqueço porque era verdade que a nossa presença não podia ser indiferente, que aquele lugar, aquele espaço, exigia um respeito, tinha um objetivo, precisava ser cuidado e afirmado. Durante o estágio, eu comecei a aprender esse "lugar terapêutico", que era diferente quando estava*

> *apenas o marido da paciente, ou se estava ela e a filha, ou ela e a mãe. E você nos fazia pensar quais convites de conversa queríamos fazer. Quais convites de pessoas e com quais objetivos. Comecei a entender o valor desses detalhes, o valor do tempo, a possibilidade de dialogar com quem estivesse ali comigo atendendo (Giovanna Ottoni, estagiária no ano de 2014).*

No que tange especificamente ao estágio, este envolve uma série de atividades articuladas, a maior parte delas desenvolvidas em conjunto com a equipe multiprofissional: participação de reuniões de preparação de atendimento com a equipe profissional; co-coordenação de grupos multifamiliares; realização de entrevistas iniciais com as famílias; realização de reuniões familiares; participação como membro de equipe reflexiva; reunião de discussão das reuniões familiares com a equipe multiprofissional; e supervisão. Apresentaremos a seguir cada uma delas.

> *Tive a grande oportunidade de poder participar do estágio de "atendimento terapêutico a famílias em contexto de saúde mental" em 2015. O estágio durou o ano todo e, neste período pude conhecer e acompanhar a rotina do Hospital Dia às quartas feiras de manhã. Éramos uma dupla de estagiárias e participávamos do grupo de família, da discussão do grupo junto com a equipe multidisciplinar e dos atendimentos familiares. Além destas atividades, toda semana tínhamos supervisão, que era um momento de aprendizado e reflexão sobre a prática, baseada na teoria. Através da experiência neste estágio, pude começar a tomar contato com a Saúde Mental para além das descrições do DSM. Pude conhecer mais de perto como funciona o tratamento em saúde mental, como são as pessoas que estão diante do sofrimento e pude, pela primeira vez, trabalhar com uma equipe multidisciplinar. Essa experiência me ensinou muito. Me proporcionou reflexões sobre os papéis dos diversos saberes na construção de um projeto terapêutico de um ser humano, que é complexo e que dificilmente pode ser resumido a um diagnóstico específico (Ana Maria Cancian de Souza, estagiária no ano de 2015).*

Todas as atividades de atendimento e discussão de família acontecem às quartas feiras pela manhã. As atividades se iniciam com o desenvolvimento de **grupos multifamiliares,** os quais visam oferecer apoio e suporte emocional às famílias, fomentando a troca de experiências e

conhecimentos nas relações entre as diferentes famílias. Os estagiários participam dos grupos ora como observadores, ora como co-coordenadores, em conjunto com outros profissionais da equipe. Espera-se que, nesse contexto, os estagiários possam desenvolver habilidades para facilitação de grupo, e que possam compreender um pouco mais sobre o funcionamento de grupos de apoio e sobre as principais demandas trazidas pelas famílias, como necessidade de aprender sobre a doença mental e suas causas, dificuldades de convivência familiar, sobrecarga e preconceito.

Seguem-se aos grupos, breves reuniões da equipe para preparação para as reuniões familiares. Neste momento, é feita a identificação das famílias presentes e de possíveis necessidades de cuidado, as quais são antecipadas considerando a participação dos familiares no grupo e questões já apresentadas pelo paciente em outros espaços do serviço. Além disso, neste momento, avalia-se a possibilidade de formação de duplas de profissionais, de especialidades distintas, para realização das reuniões familiares, bem como a possibilidade de formação de equipes reflexivas para os atendimentos que, a princípio, mostram potencial para se beneficiar desse tipo de recurso. A supervisora do estágio (primeira autora deste capítulo) sempre participa de uma das reuniões familiares como membro da equipe reflexiva. Com isto, busca tanto contribuir com o atendimento da família, como auxiliar os profissionais no manejo dos atendimentos. Isto permite à supervisora acompanhar alguns atendimentos de seus estagiários, o que contribui com a supervisão.

Geralmente, na primeira reunião familiar, é feita uma **entrevista inicial com a família,** com dois objetivos principais: primeiro, construir com a família o entendimento de que, quando um familiar adoece, a família também sofre, vivenciando dúvidas, questionamentos e emoções – os quais podem ser melhor elaborados com a participação da família nos grupos multifamiliares e nas reuniões familiares, oferecidas pelo serviço; segundo, construir, com a família, um espaço de

escuta sobre suas necessidades de cuidado no momento. Busca-se, assim, compreender se há algum pedido específico da família para a equipe de saúde mental e alguma demanda específica para as reuniões familiares, referentes às dificuldades de comunicação da família e sobre eventuais dificuldades relacionadas ao convívio com o adoecimento mental no cotidiano.

Para as famílias que apresentam esta necessidade, são oferecidas as **reuniões familiares,** isto é, um espaço conversacional constituído por uma dupla de profissionais de saúde mental, geralmente de especialidades distintas, o paciente em semi-internação no HD e as pessoas que ele descreve como sua família (pessoas para ele mais significativas e que se relacionam diretamente com o problema apresentado). Os atendimentos são oferecidos utilizando-se, sempre que possível, o recurso da Equipe Reflexiva (Andersen, 2002), o qual tem sido adaptado às possibilidades físicas e de recursos humanos dessa instituição.

As reuniões familiares visam favorecer a comunicação da família em torno da vivência do adoecimento, estimulando trocas e pedidos para fortalecer os vínculos já existentes e ampliação dos conhecimentos e recursos que a família já possui, bem como a ampliação do diálogo com a equipe de saúde mental, para construção efetiva de uma parceria no processo de cuidado (Guanaes-Lorenzi et.al, 2012). Este é o cenário de prática em que os estagiários podem, mais amplamente, usar os recursos teóricos e técnicos estudados na disciplina preparatória, podendo atuar como facilitadores do processo conversacional. Quando não estão envolvidos nos atendimentos como profissionais de campo, os estagiários participam como membros de equipe reflexiva em atendimentos desenvolvidos por outros estagiários ou profissionais da instituição.

Concordamos com Gosnell et al. (2017) que definem que o campo de estudos sobre "família" e "terapia" passaram por mudanças importantes, que ampliam nossos horizontes em direção a novos compromissos relacionais, focados na busca por relações dialógicas e colaborativas com as famílias, em detrimento ao foco em uma linguagem de "diagnóstico" e

"tratamento familiar". Assim, focadas na riqueza do processo de construção de significados, as reuniões familiares almejam construir relações dialógicas com as famílias, nas quais os significados produzidos colaborativamente nestes encontros possam ajudá-las a construir narrativas preferíveis, avaliadas como tais dentro de seus próprios quadros de referência.

> *Sempre tive comigo a ideia de que só existimos nas relações (...). Quando me vi como estagiária no Hospital Dia sabia que aprenderia muito sobre saúde mental e atendimento de família, mas não tinha a dimensão do quanto seria tocada pela beleza e profundidade dos contatos. Vi que não tem como cuidar de um indivíduo sem cuidar de quem o cerca. Notei que a melhora, o desenvolvimento (porque não quero falar de cura), está no diálogo, não na palavra sozinha, mas na troca delas. Não tenho dúvidas de que esse foi o melhor estágio que tive o prazer de carregar nas minhas experiências. Acredito que olhar o sofrimento e todo seu entorno garante ao futuro psicólogo muito material para reflexão acerca dos limites e das (inúmeras) possibilidades da nossa atuação (Bruna Smirne de Mattos, estagiária no ano de 2016).*

Após as reuniões familiares, acontece a **discussão das reuniões familiares** com a equipe multiprofissional. Este é um espaço importante de diálogo e de formação continuada, uma vez que os recursos teóricos e técnicos que orientam o trabalho com famílias nesse contexto são retomados. Estas reuniões são coordenadas pela supervisora do estágio (primeira autora desse capítulo), que, como apontado anteriormente, também participa das reuniões familiares como membro da equipe reflexiva.

Adicionalmente, os estagiários participam de **reuniões de supervisão,** em que discutem os atendimentos de uma maneira mais detalhada e, especialmente, a sua postura como psicólogos, visando promover um momento de reflexão pessoal e desenvolvimento profissional. São atividades subsidiárias ao estágio: transcrição de atendimentos para reunião de supervisão, leituras de textos indicados sobre as temáticas trabalhadas e produção de relatórios dos casos atendidos, com articulação teórica.

> *Na supervisão você fazia um percurso tão humano com a gente.... Suas perguntas, suas propostas, a forma como você valorizava tudo, eram sempre uma abertura, uma ajuda a estar livre para construir com qualquer um (qualquer um!!) esse espaço de acolhimento, de produção de novos sentidos para nós e para as famílias. Era como poder começar uma história nova a cada encontro, uma história que não apagava a anterior, mas abraçava e renovava.(...) Tenho gratidão pelos processos que vivemos nas supervisões, pelo espaço livre para nos colocarmos, para perguntar, para crescer dentro de uma companhia cheia de afeto e humanidade (Giovanna Ottoni, estagiária em 2014).*

Em seu conjunto, as atividades desse estágio buscam favorecer que os alunos desenvolvam conhecimentos e competências para a construção de uma prática ética e interdisciplinar no cuidado com as famílias em saúde mental. Assim, os alunos têm a oportunidade de articular conhecimentos de seu núcleo de competência/especialidade, ao campo comum de competência e responsabilidade dos profissionais de saúde mental, o qual envolve conhecimentos gerais sobre família, saúde mental, processo saúde-doença, atenção psicossocial, interdisciplinaridade e clínica ampliada (Campos, 2001).

> *Também foi a primeira vez em que experimentei uma relação de atendimento com mais de uma pessoa, bem como ainda não tinha integrado uma equipe multidisciplinar. A configuração do atendimento com profissionais de formações distintas permite uma integração e uma complementariedade de visões, conhecimentos e habilidades o que favorece a ampliação das possibilidades de intervenção. Além de ter participado dos atendimentos como terapeuta, um diferencial do estágio no Hospital Dia é a oportunidade de entender e vivenciar na prática o funcionamento da equipe reflexiva. Foi um período em que emergiram dúvidas, incertezas, angústias, ansiedades e questionamento do próprio saber, consequentemente, um ano de grande aprendizado (Tomaz Ciani, estagiário no ano de 2016)*

Ilustrações de Atividades Desenvolvidas

Na articulação que temos conseguido fazer entre pesquisa, ensino e extensão, temos investido na produção de materiais que possam dar visibilidade para este trabalho. Historiamos nosso trabalho interdisciplinar de construção de um programa de atendimento familiar em um Hospital-Dia (Guanaes-Lorenzi, et.al, 2012); apresentamos os significados que familiares atribuem a sua participação no cuidado em saúde mental (Martins & Guanaes-Lorenzi, 2016); refletimos sobre como construímos participação com as famílias nos atendimentos (Martins, Santos & Guanaes-Lorenzi, 2016; Martins & Guanaes-Lorenzi, 2018); discutimos a necessidade de superação do discurso do déficit no trabalho com famílias em saúde mental (Guanaes-Lorenzi, Palacio, Aoki & Tofoli, 2015); e apresentamos alguns recursos conversacionais usados nas reuniões familiares (Martins & Guanaes-Lorenzi, 2017; Martins, McNamee & Guanaes-Lorenzi, 2017). São textos publicados em livros ou revistas indexadas, de fácil acesso.

Além disso, acreditamos que a apresentação detalhada feita neste capítulo sobre as atividades desenvolvidas pelos estagiários, entrelaçada às suas narrativas pessoais sobre seu envolvimento nestas atividades, serve como uma ilustração do trabalho que desenvolvemos.

Considerações Finais

> *Hoje em dia trabalho em um Caps II e todo esse aprendizado colaborou muito na minha formação como Psicóloga, principalmente no que se refere à atuação na Saúde Mental, prática que é repleta de desafios. E, se me propus a trabalhar nessa área, devo muito a essas vivências, que puderam me ajudar a enfrentar alguns preconceitos e ressignificar muitas ideias. No que se refere ao atendimento familiar em Saúde Mental, graças a este estágio, tenho conhecimento teórico e prático para, juntamente com a equipe do Caps, iniciar o atendimento familiar neste serviço, algo que foi perdido*

há algum tempo, mas que está novamente se firmando como prática essencial (Ana Maria Cancian de Souza, estagiária no ano de 2015).

Temos defendido que o trabalho com famílias é algo fundamental em saúde mental, e demanda a construção, no cotidiano, de uma relação de parceria e colaboração com o serviço de saúde. É fundamental que a família encontre espaços de escuta e acolhimento, para que possa falar de suas dificuldades, dúvidas e necessidades. O trabalho com famílias em saúde mental exige uma série de conhecimentos teóricos, técnicos e relacionais. Investir na formação do profissional de saúde mental para o desenvolvimento de conversas dialógicas com o paciente e sua família é algo importante. Esperamos ter demonstrado, nesse texto, que a inserção de estudantes de Psicologia nesse contexto cria possibilidades para formação de profissionais comprometidos com os ideais da reforma psiquiátrica, e que sabem fazer uso de recursos conversacionais para construir, junto com os pacientes e suas famílias, conversas generativas, pautadas na ampliação de narrativas de recursos e potencialidades.

Saber que alguns de nossos estagiários têm levado estes aprendizados para outros contextos nos estimula a dar continuidade a este trabalho. Afinal, como escreveu uma de nossas estagiárias, boas conversas com as famílias trazem o potencial de construir novas narrativas, novas histórias.

Referências

Andersen, T. (2002). *Processos Reflexivos* (2ª ed.). Tradução Rosa Maria Bergallo. Rio de Janeiro: Instituto Noos.

Anderson, H. (2009). *Conversação, Linguagem e Possibilidades*. São Paulo: Roca.

Anderson, H. (2012). Collaborative Relationships and Dialogic Conversations: Ideas for a Relationally Responsive Practice. *Family Process*, *51*(1), 8-24.

Borba, L. O., Schwartz, E. & Kantorski, L. P. (2008). A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paulista de Enfermagen, 21*(4), 588-594.

Brasil. (2005). *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*. Brasília: OPAS.

Campos, R. O. (2001). Clínica: a palavra negada – Sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em debate*, 25(58), 98-111.

Colvero, L. A., Ide, C. A. C. & Rolim, M. A. (2004). Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 38*(2), 197-205.

Covelo, B. S. R, & Badaró-Moreira, M.I. (2015). Laços entre família e serviços de Saúde Mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 19*(55), 1133-1144.

Dimenstein, M., Sales, A. L., Galvão, E. & Severo, A. K. (2010). Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, *20*(4), 1209-1226.

Gergen, K. J. (1985). The Social Constructionist Movement In Modern Psychology. *American Psychologist, 40*(3), 266-275.

Gosnell, F., Mckergow, M., Moore, B., Mudry, T., & Tomm, K. (2017). A Gavelston Declaration. *Journal of Systemic Therapies, 36*(3), 20–26.

Grandesso, M. A. (2011). "Dizendo olá novamente": a presença de Michael White entre nós, terapeutas familiares. *Nova Perspectiva Sistêmica, 41*, 99-118.

Guanaes, C., & Japur, M. (2003). Construcionismo social e metapsicologia: um diálogo sobre o conceito de self. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 19(*2), 135-143.

Guanaes-Lorenzi, C., Santos, M. V., Brunini, F. S., Ishara, S., Tofoli, S. M. C. & Real, E. M. (2012). A construção de um programa de assistência familiar em um hospital-dia psiquiátrico: desafios e potencialidades. *Nova Perspectiva Sistêmica*, *43*, 54-72.

Guanaes-Lorenzi, C., Martins, P. P. S., Corradi-Webster, C. M., Amorim, K. S., Rasera, E. F., & Moscheta, M. S. (2013). Envisioning a participatory democracy: An interview with John Shotter. *Psicologia em Estudo*, *18*(3), 561-569.

Guanaes-Lorenzi, C., Palacio, M. B., Aoki, F. C. O. S., & Tofoli, S. M. C. (2015). Superando o discurso do déficit no trabalho com famílias em contextos de saúde mental. In: R. M. S. Macedo. (Org.). *Expandindo horizontes da terapia familiar* (1ed) (pp. 13-38).Curitiba: CRV.

Guanaes-Lorenzi, C. (2017). Comunicação dialógica: ecos e movimento. *Nova Perspectiva Sistêmica, 58* (1), 117-120.

Martins, P. P. S., & Guanaes-Lorenzi, C. (2016). Participação da Família no Tratamento em Saúde Mental como Prática no Cotidiano do Serviço. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 32*(4) 1-9.

Martins, P. P. S., & Guanaes-Lorenzi, C. (2017). Autorrevelação como recurso conversacional em terapia. In: E F. Rasera, K. Taviernes; O. Vilches-Álvarez. (Org.). *Construccionismo social en accion*: Prácticas inspiradoras en diferentes contextos (pp. 391-418). Chagrin Falls, Ohio: Taos Institute Publication.

Martins, P. P. S., & Guanaes-Lorenzi, C. (2018). "Hoje, ele está dentro da história": construindo espaços de participação em conversas com famílias. In M. A. Grandesso. (Org.). *Colaboração e diálogo: aportes teóricos e possibilidades práticas* (pp. 341-359). Curitiba: CRV.

Martins, P. P. S, McNamee, S., & Guanaes-Lorenzi, C. (2017). Conversational Resources for Clinical Practice with Families: Social Construction in Action. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 38*, 433-445.

Martins, P. P. S., Santos, M. V., & Guanaes-Lorenzi, C. (2014). Participação da família no tratamento em saúde mental: histórias sobre diálogo e inclusão. In C. Guanaes-Lorenzi, C., M. S. Moscheta, C. M. Corradi-Webster, L.V. Souza (Orgs.). *Construcionismo social:* discurso, prática e produção de conhecimento (pp. 153-170). Rio de Janeiro: Editora Noos.

McNamee, S. (2004). Social construction as practical theory: lessons for practice and reflection in psychotherapy. In D. Paré & G. Larner (Orgs.), *Collaborative practice in psychology and therapy* (pp. 9-21). Nova York: Haworth.

Mello, R. (2005). A construção do cuidado à família e a consolidação da Reforma Psiquiátrica. *Rev Enferm UERJ*, 13, 390-395.

Pinho, L. B., Hernández, A. M. B. & Kantorski, L. P. (2010). Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a "parceria" da família: o discurso do distanciamento. *Interface - Comunicação, Saúde e Edu*cação*, 14* (32), 103-113.

Shotter, J. (2009). Moments of common reference in dialogical comunication: a basis for unconfused collaboration in unique contexts. *International Journal of Collaborative Practices, 1*(1), 2009, 31-39.

Shotter (2010). *Social construction on the edge: 'Withness thinking' & Embodiment.* Chagrin Falls, OH: Taos Institute Publications.

Silva, G. M. (2017). *A educação permanente em saúde na formação para o cuidado às famílias em saúde mental.* Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

White, M. (2012). *Mapas da prática narrativa.* Porto Alegre, RS: Pacartes.

White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends.* New York: Norton.

Algumas Publicações dos Autores Relacionadas à Atividade de Estágio

Martins, P. P. S. (2017). *Recursos conversacionais para a clínica ampliada com famílias em saúde mental.* Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. doi:10.11606/T.59.2017.tde-23052017-090038. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-17072013-103034/pt-br.php

Silva, G. M. (2017). *A educação permanente em saúde na formação para o cuidado às famílias em saúde mental.* Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. doi:10.11606/T.59.2018.tde-18122017-101524. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59141/tde-18122017-101524/pt-br.php

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Sérgio Ishara, Diretor Clínico do Hospital Dia de Psiquiatria da FMRP-USP, à Prof. Dra. Sônia Regina Loreiro, docente do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da FMRP-USP, pelo apoio e incentivo para desenvolvimento deste estágio.

A todos os profissionais da equipe fixa do Hospital Dia que participam ou participaram, direta ou indiretamente, das atividades aqui descritas; e a todos os profissionais da equipe móvel (estagiários e aprimorandos de saúde mental, e residentes de psiquiatria). Obrigada por estes anos de parceria.

A todos os pacientes e seus familiares que participaram das reuniões familiares e que, nos apresentando suas histórias, ampliaram nossa compreensão sobre família e saúde mental.

A todos/as os/as estagiários/as de Psicologia que escolheram participar desse estágio. Especialmente aos psicólogos/as: Tomaz Ciani, Bruna Smirne Mattos, Ana Maria Cancian de Souza e Giovanna Ottoni, por enriquecerem este capítulo com suas narrativas.

ATENDIMENTO ÀS DIFICULDADES E DISTÚRBIOS DE APRENDIZAGEM

Luciana Carla dos Santos Elias

Isabela Pizzarro Rebessi

"Já podaram seus momentos
Desviaram seu destino
Seu sorriso de menino
Quantas vezes se escondeu
Mas renova-se a esperança
Nova aurora a cada dia
E há que se cuidar do broto
Pra que a vida nos dê
Flor, flor e fruto"

(Milton Nascimento)

O atendimento em uma clínica-escola de psicologia é local privilegiado de formação supervisionada de alunos e de transposição de conhecimentos científicos para a comunidade. Espera-se que o aluno em formação seja no futuro um agente multiplicador, que levará de forma ética e crítica as práticas desenvolvidas para a comunidade em que vier a atuar.

O presente capítulo espera contribuir para a reflexão de alunos e supervisores em estágios clínicos que atuam com crianças que apresentam queixas relacionadas à aprendizagem escolar. Inicialmente serão apresentadas brevemente questões teóricas e na sequência os objetivos do estágio que está sendo desenvolvido; descrição e ilustração de atividades desenvolvidas, contemplando dificuldades no processo e resultados e considerações finais.

Quanto ao embasamento teórico, a atuação está pautada na perspectiva sistêmica da Psicopatologia do Desenvolvimento (Rutter & Sroufe, 2000), na qual o desenvolvimento normal e o atípico ocupam dois pólos de um contínuo; a perspectiva sistêmica dessa abordagem

considera a regulação mútua pessoa-contexto e a representação que a pessoa faz a respeito da sua experiência no contexto (Sameroff, 2010), assim as dificuldades apresentadas pelo indivíduo são pensadas a partir das interações que esse estabelece com os contextos de desenvolvimento que participa, não o culpabilizando; o desenvolvimento é visto como resultado de influências transacionais, seja entre domínios adaptativos intrapessoais, seja entre o indivíduo e o meio (Bronfenbrenner & Morris 2006).

Dentro desse contexto sistêmico outros pressupostos teóricos merecem destaque, como o conceito de tarefa de desenvolvimento, fatores de risco e proteção, vulnerabilidade e resiliência (Marturano, 2002; Elias & Marturano, 2005). Entende-se o conceito de tarefas do desenvolvimento como sendo atividades que espera-se que o indivíduo cumpra em cada fase do ciclo vital, a depender da cultura e momento sócio-histórico (Masten & Coastworth, 1998); assim ao se pensar na demanda de pacientes atendidos (em nosso serviço) com queixas escolares devemos dar destaque as tarefas do desenvolvimento da meninice. As tarefas centrais na meninice são bom desempenho escolar, a capacidade de se dar bem com os companheiros e a adesão às regras da sociedade para comportamento moral e conduta pró-social (Marturano, Elias, & Campos, 2004; Bornstein, Hahn, & Haynes, 2010; Masten & Coastworth, 1998). Tem-se que dificuldades em tarefas de uma fase podem acarretar dificuldades na próxima, assim ao pensarmos nas queixas escolares relacionadas com o não aprender de indivíduos na meninice (não superadas nessa fase), isso os coloca em situação de maior vulnerabilidade na fase seguinte adolescência. Quanto aos fatores de risco e de proteção, quer estáticos ou dinâmicos (estáveis ou rapidamente mutáveis), devem ser considerados ao se pensar no papel do contexto relacionado à probabilidade de comportamentos disfuncionais (Serin, Chadwick & Lloyd, 2016).

A partir da perspectiva teórica apresentada, as dificuldades e distúrbios de aprendizagem são vistos como um evento adverso que põe a criança em risco de desadaptação psicossocial por

interferir diretamente na consecução de uma das principais tarefas de desenvolvimento da meninice (realização acadêmica), que quando não superada aumenta a vulnerabilidade do indivíduo na fase seguinte, a adolescência. Diante desse contexto, considera-se que a entrada da criança no ensino fundamental constitui um período de transição em sua vida no qual ocorrem várias mudanças, como: convivência em diferentes contextos, maiores exigências do meio social (mais regras e mais complexas), menor tolerância à dependência e o suporte familiar menos disponível (Del Prette & Del Prette, 2005; Marturano, Toller & Elias, 2005; Marturano & Elias, 2016). Então, o que são as dificuldades ou distúrbios de aprendizagem que, na maioria das vezes, são observados no momento de ingresso no ensino fundamental?

As dificuldades de aprendizagem ou dificuldades na aprendizagem (são considerados sinônimos) são pensadas como dificuldades apresentadas pelo indivíduo no aprender sobretudo escolar, que são decorrentes de uma possibilidade imensa de fatores (internos e/ou externos) ao mesmo. Considera-se fatores de ordem pessoal, familiar, social, pedagógica entre outros; ressalta-se que o foco não está apenas nas dificuldades, mas sobretudo nas interações que se estabelecem e seus sentidos (Santos & Marturano, 1999; Marturano & Elias, 2006; Fonseca, 1995).

Quanto aos distúrbios de aprendizagem, segundo o National Joint Committee on Learning Disabilities *(Hammill, 1990)*, são definidos como:

> Distúrbios de aprendizagem é um termo genérico que se refere a um grupo heterogéneo de distúrbios manifestados por dificuldades significativas na aquisição e uso da audição, fala, leitura, escrita, raciocínio geral ou habilidades matemáticas. Essas dificuldades são intrínsecas ao indivíduo, presumivelmente resultantes de disfunções no sistema nervoso central, podendo perdurar por toda a vida. Problemas na auto-regulação comportamental, percepção social e interação social podem co-ocorrer com os distúrbios de aprendizagem mas não são em si mesmos distúrbios de aprendizagem. Embora os distúrbios de aprendizagem possam ocorrer

> concomitantemente com outras condições desvantajosas (por exemplo, deficiência sensorial, retardo mental, distúrbios emocionais severos) ou com influências extrínsecas (como diferenças culturais e método pedagógico inadequado), elas não são o resultado dessas condições ou influências. (p.77)

Outra fonte de classificação para os distúrbios de aprendizagem pode ser dada pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (DSM-5), segundo o qual o indivíduo para ser diagnosticado como tendo distúrbio de aprendizagem deve apresentar um de seis sintomas possíveis: leitura de palavra de forma imprecisa (lenta ou com esforço); dificuldade de compreender o sentido do que é lido; dificuldades para ortografar ou escrever ortograficamente; dificuldades com a expressão escrita; dificuldades para dominar o senso numérico, fatos numéricos ou cálculo e; dificuldades no raciocínio. Deve-se considerar ainda que presença de ao menos um dos sintomas tenha persistido por no mínimo 6 meses, apesar do indivíduo ter recebido intervenções dirigidas a essas dificuldades. Ressalta-se ainda que os distúrbios não podem ser decorrentes de deficiências intelectuais, visual, auditiva, transtornos mentais ou neurológicos e adversidade psicossocial. A prevalência é de 5 a 15% na população infantil e em adultos 4%.

Já no que tange às dificuldades de aprendizagem, elas são a queixa mais frequente nos serviços de psicologia, sendo a taxa de meninos maior e associação com outros problemas como comportamentos externalizantes (Marturano, Elias & Leme, 2014). A clareza das diferenças entre as definições dificuldades de aprendizagem (visão psicossocial) ou de distúrbios de aprendizagem (visão organicista) se faz necessária, contudo o que mais importa é o indivíduo que as apresenta e o sofrimento que lhe é peculiar.

Ao se pensar em auxílio aos indivíduos que apresentem dificuldades ou distúrbios de aprendizagem, deve-se ter claro que as consequências funcionais como o baixo desempenho

acadêmico ultrapassam o momento das dificuldades e parecem associadas a consequências funcionais em médio e longo prazo como evasão escolar, menores taxas no ensino superior, níveis altos de sofrimento psicológico e dificuldades de adaptação no trabalho (subemprego). Diante desse contexto o atendimento clínico oferecido a essa população foca no desenvolvimento de habilidades específicas e no fortalecimento de recursos que possam atuar como fatores de proteção ao desenvolvimento.

Uma questão importante a ser tratada diz respeito às comorbidades ou outras dificuldades que podem estar presentes nos indivíduos, quer com dificuldades ou distúrbios de aprendizagem, que acabam dificultando, muitas vezes, o diagnóstico preciso. Nesse sentido a avaliação merece grande atenção, pois além dos recursos da avaliação que cabe ao psicólogo, é necessária a clareza das limitações existentes e a formação de parcerias com outros profissionais.

Uma dificuldade frequente são os problemas de comportamento. A partir de uma definição funcional, considera-se problemas de comportamento como déficits ou excessos comportamentais que prejudicam a interação da criança com pares e adultos de sua convivência (Bolsoni-Silva, 2003). Dentro da literatura de psicopatologia do desenvolvimento, Hinshaw (1992) e Pacheco et al. (2005) ressaltam que problemas de comportamento externalizantes (expressados predominantemente em relação a outras pessoas) são mais frequentes em transtornos que envolvem agressividade física ou verbal, comportamentos opositores ou desafiadores, condutas antissociais (mentir e roubar) e comportamentos de risco (como uso de substâncias psicoativas); já os problemas de comportamento internalizantes (expressados predominantemente em relação ao próprio indivíduo) são mais prontamente identificáveis em transtornos como depressão, isolamento social, ansiedade, fobia social e doenças psicossomáticas (Del Prette& Del Prette, 2005; Gresham& Elliott, 1990; Hinshaw, 1992; Patterson, Reid, &Dishion, 2002). Destaca-se os problemas de comportamento pois a associação com

dificuldades ou distúrbios de aprendizagem é frequente, apontando para um prognóstico mais lento na superação das dificuldades e sinalizando uma maior vulnerabilidade dos indivíduos.

Dentro do cenário das dificuldades ou distúrbios de aprendizagem consideramos o microssistema escola central. Sabemos que a maioria das crianças se adapta relativamente bem ao modelo escolar tradicional, conseguindo aprender os conteúdos e desenvolver-se conforme o esperado para a idade. Existe, porém, a parcela de crianças que não corresponde às expectativas do sistema escolar e da sociedade, que são frequentemente as que apresentam dificuldades ou distúrbios na aprendizagem ou outro tipo de dificuldade que necessite de um trabalho de inclusão escolar. Como essa parcela é a minoria dos alunos em números absolutos, por muito tempo a escola (entendemos aqui como o sistema educacional maior), excluía através de seus mecanismos ou nem mesmo aceitava esses alunos. Atualmente com a difusão dos conhecimentos, políticas públicas e leis que visam proteger as necessidades de cada aluno (inclusive dessa minoria), a escola tem o papel de incluir todos os alunos nas atividades acadêmicas e culturais ali propostas (Nepomuceno & Bridi, 2010).

É na escola onde na grande parte dos casos as dificuldades apresentadas pela criança começam a ser notadas, pois eles são os que não se adaptam ao modelo esperado, são como pássaros que não seguem o bando em um momento necessário à sobrevivência. Isso parece óbvio, visto que tanto as dificuldades como os distúrbios dizem respeito ao aprender acadêmico; contudo, muitas vezes, essas crianças já davam sinais em outros ambientes de suas dificuldades, mas essas não eram valorizadas por inúmeras razões. Assim, a escola ocupa um papel central nos casos de dificuldades ou distúrbios de aprendizagem dado que ela os deflagra e deve auxiliar na sua superação. É nela que diariamente a criança ou adolescente vivencia sua experiência de não cumprir o que é socialmente esperado.

Além da aprendizagem de conteúdos e disciplinas que a escola oferece, ela possui um importante papel social na vida de seus alunos que, em sua maioria, passam pelo menos um terço de seu dia no ambiente escolar. Embora seja um ambiente repleto de regras e prazos a serem seguidos, a escola deve prezar pelo desenvolvimento e formação integral de seu aluno, colocando em prática ações que visem criar cidadãos conscientes e responsáveis e também melhorar a vida da comunidade no entorno da instituição; a escola não só cumpre sua importante função educacional como também social (Pereira & Carloto, 2016). Por mais que a escola tenha evoluído no sentido da inclusão desses alunos que por algum motivo não se enquadram em suas normativas, na prática ainda faltam muitas transformações para que, de fato, os alunos sejam respeitados em sua subjetividade.

Nesse cenário busca-se firmar parcerias com a escola de cada um dos pacientes atendidos, realizando com esta o mesmo trabalho realizado com os pais, um processo de escuta e orientação. Esse contato muitas veze, é difícil por diferentes razões (culturais, institucionais, relacionais entre família e escola, histórica entre escola e psicologia entre outras), assim a parceria com a escola é o maior desafio nos casos de dificuldades ou distúrbios de aprendizagem; o desafio não é maior só por esses motivos, mas sobretudo pois é nela que o aluno deve se sentir aceito, respeitado e produtivo.

Finalmente um último ponto que merece destaque ao se pensar no assunto abordado no presente texto é a família. A família tem forte influência sobre as dificuldades ou distúrbios de aprendizagem da criança ou do adolescente, podendo contribuir atenuando (fatores de proteção) ou potencializando tais dificuldades (fatores de risco). Dentro desse contexto a família tem papel fundamental no atendimento de crianças e adolescentes com dificuldades ou distúrbios de aprendizagem. Ela não é só informante da queixa mas também parte integrante do atendimento. Conhecê-la e compreendê-la é essencial no processo de ajuda, assim é necessário dar foco na

dinâmica familiar, crenças e experiências escolares, práticas educativas, expectativas, entre outros, de forma a ter clareza nas relações proximais que se estabelecem entre essa e o paciente.

As considerações teóricas postas até aqui guiam as avaliações e intervenções realizadas com a clientela atendida por alunos do estágio de formação profissional em " Atendimento as dificuldades de Aprendizagem".

Objetivos do Estágio

Esse estágio tem como objetivo geral oferecer ao aluno formação teórica e prática na área da Psicologia Clínica, a partir de uma proposta de avaliação e planejamento de intervenção, no auxílio de crianças que apresentam como queixa principal dificuldades ou distúrbios de aprendizagem e também de suas famílias. Como objetivos específicos espera-se levar os alunos a: conhecer concepções centrais do processo de avaliação da crianças e conhecimento dos microssistemas dos quais participa (família e escola), no que tange potencialidades e dificuldades apresentadas pelo indivíduo e o contexto no qual está inserido; treinar a escolha e utilização de diferentes instrumentos, materiais e técnicas na avaliação das dificuldades apresentadas; desenvolver planejamento de intervenção pertinente à situação avaliada; realizar devolutiva com pais/responsáveis e com a escola, de forma a reduzir situações adversas e aumentar os recursos de proteção; orientar professores quanto às dificuldades na aprendizagem do indivíduo e possíveis formas de suporte dentro da instituição educacional e; estimular o desenvolvimento de atitudes que considerem aspectos éticos como: a relação com a clientela atendida; o arquivo da documentação; a relação com equipe de supervisão; os preceitos de ética profissional.

Em resumo espera-se que os alunos compreendam que as dificuldades ou distúrbios são respostas inadequadas dos alunos a uma exigência da escola e/ou sociedade. Essas podem vir de

diferentes ordens como sociais, afetivas e neurológicas e que seja qual for a ordem se manifesta produzindo o não aprender e todas as suas consequências. Cabe ao psicólogo diagnosticar a origem e a dinâmica das dificuldades e assim planejar sua intervenção, tendo empatia para acolher crianças que, ao chegarem ao serviço, trazem consigo uma história de fracasso e sentimentos de menos valia (baixa auto-estima, baixa auto eficácia), isso tudo traduzido em um sofrimento manifesto em diferentes tipos de comportamentos. Também é importante lembrar que junto com as crianças chegam suas famílias, também em sofrimento, cansadas, muitas vezes, de perambularem por serviços à procura de uma ajuda e, acima de tudo, de uma explicação para as dificuldades apresentadas pelas crianças.

Descrição das Atividades Desenvolvidas

As atividades desenvolvidas têm como meta ativar os recursos da criança e instrumentalizá-la com estratégias de enfrentamento para superação da dificuldade e retomada do curso de seu desenvolvimento acadêmico. Para alcançar a meta, o apoio psicopedagógico se pauta no conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal de Vygotsky (Vygotsky, 2000). As atividades são sequenciadas em ordem crescente de dificuldade, de modo que cada nova tarefa represente um desafio estimulante e possa ser realizada pela criança com mediação apropriada do adulto (Mentis, 1997). A mediação é entendida como processo de interação entre uma pessoa em desenvolvimento e outra, mais proficiente, que de forma intencional seleciona e organiza experiências de aprendizagem. Nessa interação, os domínios cognitivo e afetivo devem ser trabalhados de forma integrada, o que coloca em relevo os aspectos relacionais do trabalho psicopedagógico (Linhares, 1998).

As técnicas psicopedagógicas para o desenvolvimento das habilidades e suporte afetivo são diversificadas e envolvem atividades de escrita e leitura, jogos de regras, técnicas expressivas, atividades psicomotoras, projetos, uso do computador. Para a seleção e preparo de atividades alguns princípios são considerados: interesses da criança; faixa etária e sexo; contexto cultural e significativo; necessidades específicas; trabalho e materiais diversificados; qualidade do produto final.

A literatura no que tange aos estudos em psicologia escolar tem apontado a necessidade de trabalhos diretamente no ambiente escolar como forma de redução aos encaminhamentos das crianças por queixa escolar, na maioria das vezes, por dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento (Neto et al., 2015). Isso remete à importância do contato com a escola e da avaliação que essa faz da criança encaminhada ao serviço. Assim, o contato com a escola vai desde conversas por telefone a visitas mensais para orientação a depender da abertura dessa.

No estágio de Atendimento às Dificuldades de Aprendizagem, um protocolo é seguido compreendendo diferentes passos.

1- Como o paciente chegou ao serviço?

Buscando compreender o motivo da consulta, é primordial saber se a família chegou até o serviço encaminhada por algum outro profissional da saúde ou espontaneamente. Isso já sinaliza um pouco de como a família enxerga e assimila a dificuldade da criança e a necessidade de intervenção e o quanto já perambulou por serviços e profissionais buscando resposta para o não aprender de seu filho.

2- Encontro com a família.

O primeiro passo é fazer uma entrevista com a família sobre o motivo da consulta e da busca pelo atendimento. A entrevista é feita preferencialmente com ambos os pais ou cuidadores do paciente. Essa entrevista é extensa, abarcando além de todos os tópicos de uma entrevista

clássica de anamnese, um aprofundamento nas questões escolares. São checadas informações sobre o desempenho escolar da criança desde seu primeiro contato com instituição educacional (creches e educação infantil), sua adaptação e desenvolvimento; possíveis acontecimentos adversos na escola ou que tangenciaram a entrada na escola; falhas pedagógicas; mudanças de escolas e de professores; relacionamentos com professores e colegas de classe; oportunidades de aprendizagem e recursos disponíveis para a criança aprender; como ocorre a lição de casa; disciplinas que tem mais dificuldade e facilidade; percepção do paciente de suas dificuldades; comportamentos do paciente e da família frente as dificuldades; como se dão outras aprendizagens; quais ajudas já foram oferecidas e; quais as expectativas da família quanto a escolarização. Busca-se compreender a dinâmica da família e paciente frente as dificuldades e escolarização. Essa entrevista pode durar uma sessão ou quantas forem necessárias, geralmente em no máximo três, o estagiário a finaliza.

3- Sessão Lúdica com o paciente

A primeira sessão lúdica com a criança tem por objetivo maior iniciar a construção do vínculo com o paciente e observar clinicamente aspectos cognitivos, afetivos, motores e comportamentais. Inicia-se a sessão com as apresentações e perguntando para o paciente se ele sabe o porquê de estar ali. A partir da resposta dada é estabelecido um pequeno rapport dizendo que, como ele, outras pessoas que também têm dificuldades na escola vem ao serviço. A depender das falas do paciente sobre o que lhe disseram que viria fazer no serviço e o que compreender por estar ali, é feita uma analogia que o mesmo consiga entender, por exemplo:

Psicólogo: Quando você está com gripe forte vai aonde?
Paciente: No médico (com frequência respondem ou no postinho).
Psicólogo: Quando tem dor de dente?
Paciente: No dentista.
Psicólogo: Então quando temos dificuldades em aprender na escola vamos na psicóloga que ajuda para resolver essas dificuldades.

Essa conversa geralmente auxilia muito o paciente a entender minimamente o que será tratado e o acolhe dizendo que outros também passam pelas mesmas dificuldades. Por vezes, já nessa primeira sessão os pacientes trazem suas angústias e crenças sobre o não aprender, falas como *"Tenho problema de cabeça", " Sou burro", " Sou hiperativo", " Não sirvo para a escola"* e *" Minha mãe acha que eu sou vagabundo"*, são frequentes. Qualquer que seja a fala é feito um acolhimento pontuando que é realmente difícil, e que a sessão é um lugar de ajuda.

Em seguida o paciente é convidado para jogar algum jogo. Geralmente são levados dois jogos que foram escolhidos previamente a partir das informações coletadas nas entrevistas iniciais com pais ou responsáveis legais.

4- Sessões de avaliação

Quando a criança vem encaminhada de um outro profissional para o serviço, geralmente ela já tem um laudo com uma hipótese diagnóstica ou, pelo menos, algumas avaliações feitas. A par dessas informações, somadas com as entrevistas com os pais e sessão inicial com o paciente começa-se a desenhar a avaliação. É importante escolher materiais e métodos que tragam a tona recursos e dificuldades do paciente. Aqui não existe um protocolo fixo e sim áreas que devemos explorar, como: cognitiva (Raven, WISC, Bender e avaliação assistida); afetiva (jogos, dinâmicas e testes); psicolinguística (analise do material escolar, atividades lúdicas que envolvem compreensão, leitura, escrita e matemática, jogos, testes padronizados e outros mais próximos a

realidade dos pacientes como Provinha Brasi); comportamental (jogos e escalas utilizadas com os pacientes, pais e professores) e; avaliação psicomotora (testes e atividades lúdicas).

Em todas as áreas avaliadas são utilizadas técnicas e instrumentos típicos da psicologia como psicopedagogia, buscando escolhê-los de forma a considerar as dificuldades apresentadas pelo paciente.

5- Conversas com a escola

As atividades com a escola consistem em conversas iniciais solicitando relatórios descritivos do desempenho e comportamentos dos pacientes (por vezes esses já chegam com relatório da escola), conversas iniciais por telefone com professores ou coordenadores, conversas presenciais na escola (professores, coordenadores e diretores).

6- Devolutiva com paciente e pais ou responsáveis legais

Após a avaliação, a interpretação dos dados é realizada e é feita uma devolutiva com o paciente e pais ou responsáveis legais ressaltando recursos e dificuldades. Nesse momento também é refeito o contrato de trabalho apontando o planejamento de intervenção e orientações aos pais ou responsáveis legais quando necessário.

7- Intervenção com o paciente

A intervenção é planejada de forma a potencializar recursos existentes no paciente e desenvolver outros necessários para o desenvolvimento das habilidades de leitura e escrita e comportamentais. As atividades são na sua maioria lúdicas mas com propósitos bem definidos e pontuados ao paciente sempre que necessário. Não existe um número fixo de sessões semanais, mas é proposto à família duas sessões visto que acredita-se ser mais adequado para o desenvolvimento do paciente. Contudo, a população atendida neste serviço mostra-se

impossibilitada devido a questões econômicas; assim, na maioria das vezes, os casos são atendidos uma vez por semana. Sabe-se que a redução no número de sessões semanais torna a intervenção mais lenta mas esse caminho é escolhido para poder auxiliar o paciente em seu desenvolvimento.

8- Contatos com a escola

O trabalho em parceria com a escola é central e são feitas tentativas sempre no intuito de se adequar à abertura que essa fornece. São realizadas diversas formas de contato, como orientações presenciais ou via email a professores e coordenadores; elaboração conjunta de plano individualizado de ensino; participação em hora de trabalho pedagógico da escola; participação em reunião de pais e; comparecimento em atividades festivas. Tenta-se ao máximo estabelecer parcerias que servem para suporte ao paciente, mas também funcionam como modelo possível a outros alunos.

É importante destacar que o contato com a escola é sempre realizado, mas nem sempre mostra-se frutífero. As escolas por vezes mostram-se resistentes e reticentes para estabelecer parceria, por diversas razões (que não serão aqui discutidas), as quais são consideradas legítimas, embora, por vezes, não sejam legais (um exemplo, *"não tenho como dar atenção só para ele porque tem dislexia, tenho que alfabetizar todos e nem sei o que fazer"*, o relato é legítimo quanto as dificuldades na sala de aula, mas não é legal pois existem leis que primam pela atenção aos alunos de inclusão). As dificuldades da professora as cobranças que sofre são compreensíveis, mas não é possível deixar de ter clareza das necessidades do aluno e do quanto precisa da escola e de sua ajuda. Assim, cabe ao psicólogo em sua atuação persistir e tentar desconstruir essas resistências, mostrando os ganhos possíveis com a parceria. É pensado que todo professor quer ensinar, quer que seu aluno aprenda, e que sofre quando isso não ocorre. Nas intervenções objetiva-se escutar as demandas do professor em relação ao aluno (paciente do serviço) e deixar claras as

necessidades do aluno em relação ao professor. O trabalho é árduo mas profundamente positivo para todos quando é possível realizar essa soma de esforços.

9- Orientações de pais ou responsáveis legais

As orientações são focais voltadas as questões de aprendizagem, desenvolvimento e comportamentos das crianças ou adolescentes e interações familiares. É importante ressaltar que nos atendimentos de adolescentes é conversado com os mesmos sobre as orientações com os pais, como ocorrem e seu objetivo. Esse procedimento simples auxilia na questão do vínculo com o adolescente. Caso o adolescente manifeste algum desconforto é colocado a ele a possibilidade de participação da sessão com os pais. Na maioria dos casos os adolescentes fazem a opção por não estar junto nas orientações dos pais e parecem bem tranquilos quanto a situação, falas como *"Eles também tem que pensar", "Ela também precisa", "Ela têm que aprender a me compreender",* são comuns. Observa-se que, embora seja nomeado de orientação de pais, na maioria das vezes são as mães ou responsáveis legais como avó e tia que comparecem.

Quanto aos adolescentes que optam por estar junto durante as orientações de pais, tem sido observado que são casos nos quais as interações familiares estão em dois extremos: ou muito positivas, ou negativas. Nesses casos o foco da orientação não é alterado, mas as interações que ocorrem na sessão sim, visto que o adolescente manifesta suas percepções, exigindo assim uma maior habilidade no manejo clínico por parte do estagiário. As diferentes possibilidades de interação com a família são primordiais para uma compreensão precisa e evolução positiva do caso, afinal o sofrimento com o não aprender é compartilhado por todos no dia-dia.

10- Alta Clínica

A alta clínica é dada quando avaliamos com o paciente, família e escola que as habilidades que nos propusemos a desenvolver foram alcançadas. Isso não significa que todo paciente recebe alta quando está acompanhando a série que cursa. Alguns sim passam a acompanhar, já outros sabemos que a distância entre os recursos que desenvolveu e o que a escola espera embora tenha diminuído continua existindo e continuará por questões legais entre outras. É nesse ponto que a escola é central pois ela passa a ser a grande protagonista da inclusão desse indivíduo.

Ilustrações de Atividades Desenvolvidas

A seguir é ilustrado brevemente o resumo (informações que consideramos relevantes) de um caso atendido no serviço, como forma de ilustrar as atividades desenvolvidas.

Na inscrição de triagem diz que Marcelo* é uma criança de 7 anos que chega ao serviço por procura espontânea da mãe (um primeiro ponto a ser observado), visto que a mãe relata posteriormente vários encaminhamentos não efetivados por resistência dela e da família.

Na entrevista a mãe relata ser casada e ter mais uma filha, Joana, de 3 anos. Tanto a família paterna como a materna possuem bons recursos econômicos e boa formação acadêmica. A mãe trabalhava em uma grande empresa e teve que deixar o cargo para cuidar dos filhos. O pai trabalha sendo bem sucedido profissionalmente. A mãe revela grande sofrimento por parte da família em aceitar a condição de Marcelo, já que *"toda a família é formada por profissionais extremamente bem sucedidos"*. Marcelo já havia passado por várias escolas, que aconselharam a mãe a procurar a psicopedagogia e a fonoaudiologia, mas sem sucesso. Marcelo, segundo a mãe, não era alfabetizado e mal reconhecia as letras; apresentava problemas na fala, dificuldade psicomotora e restrição alimentar. Apresentava também dificuldade de socialização com seus

colegas na escola e fazia muitas birras em casa. O relacionamento familiar é descrito como bom, mas a mãe revela dificuldades de colocar limites nos filhos, o pai mostra-se ausente e as famílias maternas e paternas parecem ter grande influência nas práticas educativas parentais. Não foram relatados problemas na gestação, parto ou desenvolvimento. A criança mostra-se dependente nas atividades de vida diária (mãe o trata como um bebê) e diz que o faz porque a criança tem muita dificuldade e é atrapalhada. Não existem antecedentes de problemas de saúde na família ou de dificuldades ou distúrbios de aprendizagem. A criança frequenta escola particular que já havia sinalizado a mãe a ajuda psicológica e fonoaudiológica. Na escola a criança não acompanha nem uma das atividades, tem dificuldades na coordenação motora fina, esquece-se facilmente dos conteúdos e não tem boa interação com os pares, com frequência é passado para trás, o que percebe e o deixa triste. A família costuma fazer aos finais de semana atividades junta como passeios na casa dos avós e no shopping. A mãe traz como recursos da criança ser afetiva e companheira. Marcelo faz aulas de judô e natação; nessas atividades se dá bem, não apresentando diferenças em relação as outras crianças. Explorando mais questões relacionadas a escola a mãe ressalta que o filho gosta de ir a escola embora reclame com frequência de um garoto que bate nele; quanto as lições de casa costuma ser momento de tortura pois Marcelo mostra-se resistente e sempre saem brigas e mãe e criança acabem estressados. O pai não participa da lição pois fica o dia inteiro fora no trabalho. A criança passa por reforço na escola mas segundo a mãe esse não é efetivo pois nele as crianças fazem a mesma lição que na sala e Marcelo não acompanha. A criança foi para a creche quando com um ano, depois para a educação infantil e na sequência ingressou no primeiro ano do Ensino Fundamental, cada etapa em uma instituição diferente e todas elas particulares. A mãe esclareceu que já na educação infantil solicitaram que procurasse fonoaudióloga porque Marcelo falava com dificuldade e muitas trocas e no primeiro ano solicitaram uma psicóloga pois ele não conseguia acompanhar. Atualmente também não

acompanha e a mãe disse estar insatisfeita com a escola porque eles não colaboram dando atividades mais fáceis para a criança. Quanto sua dificuldade de interação se dá mais porque os outros garotos o fazem de bobo, no judô e natação tem amigos e se dá bem. A mãe leva e busca a criança na escola e o irmão na escola. O processo de entrevista durou duas sessões.

Na avaliação com a criança foi constatado que Marcelo possuía inteligência dentro da média esperada para sua idade, com noções de conservação de massa e líquido. Sua motricidade grossa e fina mostraram-se prejudicadas, estando aquém do esperado para sua idade (dificuldade na apreensão motora, equilíbrio e localização do corpo no espaço). Na parte psicolinguística sinalizou reconhecer apenas algumas vogais, vocabulário reduzido, trocas de letras na fala, cópia de palavras muito lenta, escrita espelhada, contagem com recursos concretos até dez mas sem reconhecimento gráfico dos números, reconhecimento de cores e atenção e memória preservadas. Na parte afetiva sinalizou contato com a realidade, percepção de suas dificuldades, sentimentos de menos valia e resistência frente a conteúdos escolares, forte oposição frente a regras e labilidade emocional. Como recursos observou-se que a criança mostrou boa capacidade de atenção e criatividade, com interesse em atividades ligadas a artes e mídias eletrônicas. É importante informar que nas duas primeiras sessões a mãe teve que entrar junto durante os primeiros dez minutos. A avaliação durou quatro sessões.

Após a análise dos dados, foi realizada a devolutiva com os pais e criança confirmando as dificuldades e realçando os recursos. Foi apresentada a hipótese diagnóstica de um distúrbio de aprendizagem e solicitada a avaliação de uma fonoaudióloga, de um neurologista e de uma psicóloga clínica (por considerar os comportamentos de oposição muito marcantes e da necessidade de ser realizada uma orientação de pais mais voltado a práticas educativas). Salientou-se a importância do trabalho multi e interdisciplinar, a mãe mostrou-se disposta a procurar por ajuda e foi feita a proposta dos atendimentos serem duas vezes na semana. A mãe

inicialmente não aceitou alegando dificuldades de horário mas depois de dois meses de atendimento frente a insistência acabou por concordar.

O plano de intervenção foi realizado tendo como objetivos o desenvolvimento motor, pré-habilidades necessárias ao processo de alfabetização, valorização da criatividade, necessidade de parceria com a escola e considerando os resultados das avaliações dos profissionais solicitados redefinição de estratégias e objetivos.

Quanto a intervenção, já na primeira sessão, Marcelo mostrou grande resistência para entrar na sala. Fez birra, ameaçou se jogar no chão e choramingou; a mãe, então, entrou junto e trouxe junto filha mais nova. A garota começou a se interessar pelos brinquedos que estavam na sala, o que também despertou a atenção de Marcelo, que começou a brincar. Sinalizou dificuldades ao manusear as peças, não conseguiu formar quebra-cabeças e só reconheceu números de 1 a 5 (o que não havia sinalizado na avaliação). Nessa primeira sessão foi necessário que a mãe e a irmã permanecessem na sala de atendimento; terminado o horário, Marcelo não queria ir embora e fez muita birra para sair. A mãe, dirigindo-se a ele de forma extremamente infantil, com fala e gestos infantilizados, conseguiu convencê-lo a partir.

Nas sessões seguintes, a terapeuta teve grande dificuldade em estabelecer vínculo com Marcelo. Somente quando o vínculo foi avaliado como bom deu-se início ao trabalho com atividades relacionadas à alfabetização. Até então trabalhou-se com exercícios motores através de atividades lúdicas como confecção de cartões, pinturas de quadros, construção de alfabeto com sucatas, exercícios com bola, massinha de modelar, confecção de painéis com grãos de milho e arroz (para estimulação sensorial), desenhos com diversos materiais e exercícios psicomotores específicos.

Assim que Marcelo apresentou progressos na condição psicomotora, melhora no vínculo e menor resistência as questões de alfabetização, passamos a investir na aprendizagem de letras

através de atividades e jogos contextualizados com os interesses que fomos observando no decorrer das sessões. Marcelo foi muito resistente; por vezes, ficava calado mais de 30 minutos da sessão porque se recusava a fazer qualquer atividade ou a prestar atenção. Nessas situações era sinalizado a ele o quanto isso parecia o irritar, contudo, fazia parte do combinado de melhorar com as coisas de ler e escrever o que lhe daria condições de fazer muitas coisas na escola e outros lugares como em jogos com outras crianças. Outras vezes, a criança se recusava a entrar na sala mas acabava cedendo frente insistência da mãe. Pode-se perceber claramente que a medida que foi aprendendo as letras, tornou-se menos resistente e colaborador nas sessões.

Após cerca de 6 meses de intervenção, Marcelo havia aprendido as letras e iniciou-se atividades lúdicas com sílabas. Foi um ano de trabalho intenso para que apreendesse sílabas simples, sendo capaz de reconhece-las, nomeá-las e escrevê-las. Durante as sessões além de jogos e brincadeiras foram utilizados diferentes materiais que estimulavam a parte motora e davam abertura a criatividade da criança e interesse por artes. Também foi utilizado computador recurso para o trabalho na alfabetização.

Durante esse ano o contato com a escola foi estabelecido, foram realizadas várias reuniões com coordenadores e professores. Em algumas a mãe participou e outras não. A escola mostrou-se sempre aberta e disposta a colaborar, contudo, não tinha, clareza de como ajudar e flexibilizar seu programa para auxiliar a criança. Por vezes, a escola culpabilizou a família dizendo que haviam desde o início solicitado ajuda. Do outro lado a família dizia que a escola não fazia a parte dela fazendo a inclusão da criança. O que buscamos fazer foi estabelecer um diálogo entre as partes deixando claro que o foco era auxiliar a criança independente das falhas cometidas. A escola apesar de parecer disposta a colaborar apresentou grande dificuldade em acolher as necessidades da criança. Não foi possível criar um plano pedagógico individualizado para a

criança em parceria com a escola mas aos poucos foram se tornando mais assertivos com Marcelo.

Ao final de um ano e meio de atendimento, Marcelo tornou-se menos resistente às sessões, participando bem mais. Durante esse período iniciou o tratamento fonoaudiológico, o que auxiliou enormemente no processo de alfabetização e; passou por acompanhamento terapêutico na abordagem cognitivo comportamental o que também contribuiu com o comportamento opositor e orientação de pais quanto as práticas educativas. A avaliação neurológica confirmou um possível distúrbio de aprendizagem referendando as intervenções que vinham ocorrendo.

A criança passou por intervenção durante mais um ano e recebeu alta clínica. Quando da alta estava alfabetizada, lendo e escrevendo palavras com sílabas e complexas, realizando operações matemáticas simples, mostrando-se mais adaptada à escola e com alguns amigos. A criança também recebeu alta clínica da fonoaudióloga e continuou com o atendimento terapêutico.

Quando em entrevista de seguimento um ano depois estava acompanhando a escola, continuava em terapia e passava por avaliação psiquiátrica visto que o comportamento opositor em diferentes situações mostrava presente e apesar dos esforços familiares e da escola.

O atendimento ao distúrbio de aprendizagem foi bem sucedido e o seguimento é realizado apenas após um ano de alta, assim orienta-se a família para que, frente a qualquer nova dificuldade relacionada a aprendizagem, procurar novamente auxílio junto a um profissional especializado ou voltar a procurar este serviço.

Considerações Finais

O estágio de formação profissionalizante no atendimento às dificuldades ou distúrbios de aprendizagem mostra-se efetivo no auxílio de formação do psicólogo, pois o instrumentaliza para a atuação junto a uma população frequente nas clínicas de psicologia. A formação desenvolve habilidades e competências técnicas no atendimento à população com esse tipo de queixa e no trabalho junto as escolas que são parte central na vida dessas crianças.

Trata-se de um estágio que exige do aluno de psicologia além das habilidades esperadas ao psicólogo como assertividade, empatia, conhecimento teórico específico da área, uma compreensão dos microssistemas – família e escola e crítica ao macrossistema educacional brasileiro.

Referências

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais*, 5a ed. Porto Alegre: Artmed.

Bolsoni-Silva, A. T. (2003). *Habilidades sociais educativas, variáveis contextuais e problemas de comportamento: Comparando pais e mães de pré-escolares* (Tese de Doutorado não publicada), Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

Bornstein, M. H., Hahn, C. S., & Haynes, O. M. (2010). Social competence, externalizing, and internalizing behavioral adjustment from early childhood through early adolescence: Developmental cascades. *Development and Psychopathology*, *22*(4), 717-735.

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The Bioecological Model of Human Development. In R. M. Lerner & W. Damon (Eds.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (pp. 793-828). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.

Del Prette, A., & Del Prette, Z. (2005). *Psicologia das habilidades sociais na infância: Teoria e prática*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Elias, L.C.S., & Marturano, E.M. (2005). Oficinas de linguagem: proposta de atendimento psicopedagógico para crianças com queixas escolares. *Estudos de Psicologia (Natal), 10*, 53-61.

Fonseca, V. (1995) *Introdução às dificuldades de aprendizagem*. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Gresham, F. M., & Elliott, S. N. (1990). *Social skills rating system: Manual.* Circle Pines, MN: American Guidance Service.

Hammill, D. D. (1990). On Defining Learning Disabilities: an Emerging Consensus. *Journal of Learning Disabilities, 23*(2), 74-84.

Hinshaw, S. (1992). Externalizing behavior problems and academic underachievement in childhood and adolescence: Causal relationships and underlying mechanisms. *Psychological Bulletin, 111*, 127-155.

Linhares, M. B. M. (1998). Atendimento psicopedagógico de crianças em serviço especializado de psicologia infantil na área da Saúde – uma perspectiva desenvolvimentista. *Psicopedagogia*, *17,* 30-36.

Marturano, E.M. (2002). Resiliência em crianças com problemas de aprendizagem. *Doxa, 8*, 7-29.

Marturano, E. M.; Elias, L. C. S. (2016). Família, dificuldades no aprendizado e problemas de comportamento em escolares. *Educar em Revista, 59,* 123-139.

Marturano, E. M., & Elias, L. C. S. (2006). O atendimento psicológico a crianças com dificuldades escolares. In: Silvares, E. F. M. (org.) *Atendimento psicológico em clínicas-escola*. Campinas: Alínea, p. 75-90.

Marturano, E.M, Elias, L.C.S., & Campos, M.A.S. (2004). O percurso entre a meninice e a adolescência: mecanismos de vulnerabilidade e proteção. In: Marturano, E.M, Linhares, M.B.M., Loureiro SR (org.) *Vulnerabilidade e proteção: indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar.* São Paulo: Casa do Psicólogo/FAPESP, p.251-288.

Marturano, E. M.; Elias, L. C. S. & Leme, V. B. R. (2014). Comportamentos agressivos e habilidades sociais em uma perspectiva de desenvolvimento. Em: Borsa, J. C. B.; Bandeira, D. R. (Orgs.), *Comportamento agressivo na infância: da teoria à prática*. Casa do Psicólogo: São Paulo.

Marturano, E.M., Toller, G.P., & Elias, L.C.S. (2005). Gênero, adversidade e problemas sócio-emocionais associados à queixa escolar. *Estudos de Psicologia*, *22,* 371-80.

Masten, A. S. & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments. *American Psychologist*, 53(2), 205-22.

Mentis, M. (1997) *Aprendizagem mediada dentro e fora da sala de aula.* São Paulo: Instituto Pieron de Psicologia Aplicada.

Nepomuceno, C. P., & Bridi, J. C. A. (2010). O papel da escola e dos professores na educação de crianças que apresentam dificuldade de aprendizagem. *Revista Eletrônica de Ciências da Educação, 9*(1), 1-14.

Neto, F. F., Cardoso, A. C., Kaihami, H. N., Osternack, K., Stump, G. V., Petlik, M. E. I., & Barbieri, C. L. A. (2015). Criança com dificuldade de aprendizagem: o processo de construção de uma guia de encaminhamento de alunos com queixas escolares a serviços de saúde. *Revista Psicopedagogia, 32*(98), 158-167.

Pacheco, J., Alvarenga, P., Reppold, C., Piccinini, C., & Hutz, C. (2005). Estabilidade do comportamento anti-social na transição da infância para a adolescência: Uma perspectiva desenvolvimentista. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *18*, 55-61.

Patterson, G., Reid, J., & Dishion, T. (2002). *Antisocial boys: Comportamento anti-social*. Santo André, SP: Esetec.

Pereira, C. M. R. B., & Carloto, D. R. (2016). Reflexões sobre o papel social da escola. *Revista de Estudos e Pesquisas em Ensino de Geografia, 3*(4), 1-9.

Rutter, M, & Sroufe, A. (2000) Developmental psychopathology. Concepts and challenges. *Development and Psychopathology,12,* 265-296.

Sameroff, A.J. (2010). A unified theory of development: a dialectic integration of nature and nurture. *Child Development, 81*, 6-22.

Santos, L. C., & Marturano, E. M. (1999). Crianças com dificuldade de aprendizagem: um estudo de seguimento. *Psicologia Reflexão e Crítica*, *12*(2),377-394.

Serin, R. C, Chadwick, N. & Lloyd, C. D. (2016) Dynamic risk and protective factors. *Psychology, Crime & Law, 22*(1-2), 151-170.

Vygotsky, L.S. (2000). *A formação social da mente.* 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes.

AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL PSICÓLOGO: EXPERIÊNCIAS DO ESTÁGIO NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMRP/USP

Maria Paula Foss
Sonia Regina Pasian

O interesse pelas relações entre cérebro e comportamento é antigo, com escritos identificados em 500 a.c. entre egípcios e gregos. Entretanto, o termo Neuropsicologia foi utilizado pela primeira vez por Sir William Osler em 1913, passando a fazer parte do vocabulário da Psicologia em 1936 com Karl Lashley, firmando-se na década de 1940 (Lezak, 1995; Mader, 1996). No Brasil, a Neuropsicologia foi regulamentada como especialidade pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em 2004 (Resolução 002/2004). Trata-se de ramo científico relativamente novo e que muito se desenvolveu nos EUA com base na Psicologia Experimental, pautando-se por estudos de psicofísica, técnicas estatísticas e casuísticas de grupos. Em paralelo, estudos desenvolvidos na Rússia, sob a liderança do pesquisador Alexander Luria, impulsionaram também a área, tendo por base observações clínicas de pacientes com desordens cerebrais, técnicas mais qualitativas de análise e estudos de caso. O desenvolvimento dos conhecimentos da Neuropsicologia promoveu essa visão atual do campo que considera informações de natureza quantitativa, obtidas por instrumentos de exame psicológico, associados a elementos qualitativos que advêm de observações do comportamento, buscando avaliar a singularidade de cada indivíduo.

A Neuropsicologia clínica é uma ciência que focaliza a expressão, no comportamento, de uma disfunção no cérebro, presumida ou verificada. Logo, seu campo de conhecimento e atuação é referente às relações entre cérebro e comportamento (Lezak, Howieson & Loring,

2004). Nessa abordagem o comportamento engloba três sistemas funcionais, a saber: a) cognitivo que representa a maneira como são processadas as informações do ambiente circundante; b) emocional constituído por sentimentos e motivações; c) funcionamento executivo que abarca prioritariamente a regulação do comportamento humano. A cognição envolve a manipulação das informações, contendo funções receptivas de seleção, aquisição, classificação e integração desses dados; memória e aprendizagem referente ao armazenamento e integração dessas informações; pensamento que organiza e reorganiza os estímulos mentais; funções de execução representadas pela comunicação ou informação colocada em prática, expressa num comportamento.

Na concepção de pesquisadores da área, a Neuropsicologia se especializou no estudo da cognição porque é o aspecto mais proeminente nos quadros de disfunção cerebral, além de mais tradicionalmente quantificado e correlacionando com localizações anatômicas (Lezak, 1995). No entanto, os quadros de lesão cerebral, presumida ou verificada, devem abranger também os aspectos emocionais e do funcionamento executivo. Assim, condições clínicas como a Psicose de Korsakoff que está associada ao alcoolismo crônico e intenso, geralmente é reconhecida pelo quadro de amnésia anterógrada, desorientação temporal e confabulações. Contudo, esses indivíduos tendem a exibir alterações acentuadas no afeto e nas funções executivas, de modo que se apresentam emocionalmente "vazios e monótonos". Dificilmente conseguem ter iniciativa para atividades e, quando o fazem, tendem a ineficiência diante de objetivos complexos. Esses sintomas podem ser mais incapacitantes do que os sinais cognitivos ou podem acentuar mais ainda as dificuldades apresentadas.

Do outro lado dessa equação existem os avanços no conhecimento sobre o cérebro, abandonando a visão simplista de causa e efeito, que considerava que a lesão de uma área iria ocasionar determinada disfunção comportamental. Reconhece-se hoje a existência de centros funcionais que trabalham de forma integrada para produzir determinado comportamento. Assim,

a lesão em qualquer um desses centros pode comprometer o produto final, ilustrando a complexidade envolvida na interpretação dos achados da avaliação neuropsicológica, corroborando dessa forma a necessidade desse tipo de avaliação. As técnicas de imagens cerebrais vão apontar com precisão a localização das lesões, porém não respondem a questões sobre o comportamento daquele indivíduo, sendo necessária a integração com os recursos sistematizados da avaliação neuropsicológica.

Os processos de avaliação neuropsicológica envolvem o uso de diferentes instrumentos avaliativos, com ampla diversidade técnica, desde testes psicológicos, escalas, inventários, questionários e roteiros/formulários avaliativos e observacionais do comportamento. Também envolvem entrevistas com paciente e familiares, bem como requer a observação do comportamento durante a avaliação. Os motivos para o encaminhamento clínico à avaliação neuropsicológica são variados, mas muito frequentemente se aplicam ao contexto do envelhecimento e suspeita de quadros demenciais. Assim, as questões diagnósticas geralmente se referem a identificação precoce de alterações cognitivas nessa faixa etária, abrangendo desde o comprometimento cognitivo leve até as demências (Yassuda & Porto, 2012). Além disso, pode-se propor o acompanhamento longitudinal dos casos por avaliações recorrentes que irão monitorar o funcionamento cognitivo para identificar eventual declínio e o diagnóstico de possíveis patologias associadas ao envelhecimento.

Nesse contexto é que se encontra a proposta de formação profissionalizante planejada pelo estágio em Avaliação Neuropsicológica realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP/USP). O enfoque teórico e prático é voltado a avaliação neuropsicológica de transtornos neurocognitivos associados ao envelhecimento, considerando os conceitos atuais da Neuropsicologia. As atividades são

desenvolvidas no Ambulatório de Neurologia Comportamental, Ambulatório de Geriatria e Demências e Enfermaria de Neurologia (adulto e geral) do HC-FMRP/USP.

Objetivos do Estágio em Avaliação Neuropsicológica

O estágio em Avaliação Neuropsicológica é oferecido desde 2006 numa parceria entre o Hospital das Clínicas FMRP/USP (primeira autora desse capítulo) e o Curso de Psicologia da FFCLRP/USP (segunda autora do capítulo). Inicialmente o estágio acontecia exclusivamente no Ambulatório de Neurologia Comportamental, mas posteriormente abrangeu a Geriatria (Ambulatório de Demências) e Enfermaria de Neurologia (Geral) do HC-FMRP/USP. Atualmente, o estágio contempla apenas o atendimento ambulatorial no Ambulatório de Neurologia Comportamental e Geriatria Demências, visto que a Enfermaria está em reformulações e a complexidade dos casos requer maior treinamento prévio dos estudantes, ainda não efetivado durante sua graduação em Psicologia.

O estágio sempre ofereceu duas vagas de treinamento profissionalizante para alunos do quinto ano do Curso de Psicologia da FFCLRP/USP, sendo mais recentemente incorporados estagiários do quarto ano desse curso. Nos últimos anos da graduação os discentes teriam mais domínio da prática clínica, o que facilitaria sua inserção e prática numa área especializada, como a da Neuropsicologia, e sua entrada em um hospital terciário como o HC-FMRP/USP.

Esse estágio tem como objetivo geral oferecer e estimular conhecimentos em uma área especializada em Psicologia Clínica e Hospitalar, dentro da clínica neurológica, enfocando o estudo de transtornos cognitivos e comportamentais associados ao envelhecimento e aos transtornos do funcionamento cerebral. Paralelo a isso, o estágio possibilita o acompanhamento e estimula a compreensão do funcionamento de uma equipe multiprofissional da clínica

neurológica e geriátrica em um hospital universitário de nível terciário na rede de Saúde Pública. O estágio almeja ainda introduzir os discentes na teoria e prática da Neuropsicologia, priorizando o conhecimento das técnicas de avaliação das funções cognitivas e do comportamento de pacientes da clínica neurológica e geriátrica desse hospital-escola.

Os objetivos específicos voltam-se à formação teórica e à prática profissionalizante, pautados por princípios éticos. Em termos teóricos são oferecidos conhecimentos básicos em neuroanatomia aplicada e funcional referente às funções cognitivas, diagnóstico das demências e transtornos cognitivos associados ao envelhecimento normal e patológico, e outros quadros de alteração cognitiva, secundários a lesão cerebral. Por fim, são propostas atividades de treinamento teórico sobre os procedimentos de avaliação psicológica na área de Neuropsicologia.

Em relação à formação prática, o estágio oferece treinamento profissionalizante em processos de avaliação neuropsicológica, incluindo diferentes procedimentos, incluindo entrevistas, planejamento e seleção de instrumentos de avaliação neuropsicológica. Também se almeja aplicar, avaliar e interpretar os resultados de avaliações neuropsicológicas com pacientes do ambulatório e da enfermaria de Neurologia, além de pacientes do ambulatório de geriatria, culminando na elaboração de relatórios de avaliação psicológica.

No que tange à formação ética, objetiva-se estimular análise e reflexão sobre questões técnico-científicas envolvidas na escolha e interpretação de instrumentos psicológicos da Neuropsicologia, considerando a escassez de padronizações brasileiras. Ainda assim, deve-se enfatizar a importância do uso de instrumentos psicológicos sistematizados como medidas mais sensíveis e seguras para compreensão dos casos, sempre complexos, que chegam para avaliação neuropsicológica. Adicionalmente, busca-se oferecer subsídios teóricos e técnicos para favorecer os cuidados na avaliação psicológica de populações específicas com disfunções sensoriais e físicas. Para concluir o estágio deverá estimular a análise crítica e reflexiva sobre procedimentos

técnicos na prática profissional da Psicologia, com ênfase nos procedimentos e nos contínuos avanços da área de Neuropsicologia.

Atividades Desenvolvidas no Estágio em Avaliação Neuropsicológica

Para se alcançar esses objetivos o estagiário deverá dispor de 10 horas semanais distribuídas em atividades de avaliação dos pacientes nos ambulatórios de Neurologia Comportamental (ANCP) e Geriatria Demências (GEDEM) do HC-FMRP/USP. Os estagiários realizam processos de avaliação neuropsicológica em protocolos abreviados e completos, com supervisão local do psicólogo contratado.

Nos protocolos abreviados, a avaliação inicia-se no encaminhamento do paciente ao serviço de Neuropsicologia, quando o médico solicitante transmite a história do paciente, examinando-se suas questões técnicas e dúvidas, bem como limites e possibilidades dessa avaliação que irá se iniciar. Nesse momento, também se buscam esclarecimentos com o médico sobre os exames do paciente e outros dados médicos, de difícil entendimento para o psicólogo e que poderão contribuir para o esclarecimento do quadro clínico em foco.

A seguir se estabelece o contrato de trabalho com o paciente, explicando os objetivos da avaliação e método empregados. Também é trabalhado o *rapport* com esse paciente para que a avaliação possa dar continuidade. Depois da proposta de avaliação neuropsicológica ter sido aceita pelo paciente e seu responsável, inicia-se o processo a partir de formulário com dados de identificação, como data de nascimento, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, língua de origem e dominância manual. Também se questiona endereço, procedência, naturalidade, telefone para contato e data dessa avaliação, com o intuito de investigar orientação e memória autobiográfica. Informações sobre o seu atendimento também são solicitadas, perguntando por

ambulatórios e médicos que acompanham o seu problema e medicações utilizadas, de modo a verificar o quanto o paciente participa e tem conhecimento sobre seu tratamento.

A partir daí inicia-se a aplicação dos testes e técnicas de exame psicológico e neuropsicológico apropriadas à população idosa de baixa escolaridade. Nesses protocolos de avaliação estão incluídas medidas de funcionamento cognitivo global e técnicas específicas abrangendo a avaliação da atenção, funções executivas, linguagem, percepção viso espacial, habilidade viso construtiva, memória, abstração e raciocínio. Além da cognição, esse protocolo abreviado conta com escalas de avaliação da funcionalidade e de sintomas depressivos. Esses resultados são sistematizados conforme respectivos manuais técnicos de seus instrumentos, com posterior discussão dos achados com a equipe médica em até uma semana da finalização do caso, trabalhando-se de maneira integrada com os demais profissionais do caso. Também são feitas recomendações, orientações e sugestões de encaminhamento para o paciente. A conclusão desse processo é o relatório de avaliação neuropsicológica arquivado no prontuário eletrônico do paciente. O número de protocolos abreviados de avaliação neuropsicológica, realizados pelo estagiário, varia de acordo com as solicitações da equipe de cada ambulatório, mas não ultrapassa um caso por semana.

Esse protocolo abreviado de avaliação neuropsicológica foi elaborado na tentativa de se otimizar a vinda do paciente ao hospital, aproveitando-se os dados médicos, evitando-se repetição de autorrelato da histórica clínica. Além disso, o serviço não fica saturado com pedidos de avaliação neuropsicológica que nunca podem ser respondidos na mesma velocidade em que são solicitados. Para o estagiário, o ganho é direto por ser incluído numa discussão integrada do caso por diferentes profissionais, vivenciando um trabalho em equipe em hospital público terciário.

Contudo, há casos que exigem avaliações neuropsicológicas mais completas. Nessa perspectiva, inicialmente, o estagiário observa a avaliação neuropsicológica completa realizada pela neuropsicóloga do serviço. Além disso, ele faz a sistematização dos resultados das técnicas e inicia a redação do relatório de avaliação psicológica. Num segundo momento, o estagiário irá realizar sua primeira avaliação neuropsicológica, acompanhado pela referida profissional. Assim, eventuais deslizes técnicos ocorridos durante a avaliação podem ser imediatamente corrigidos, bem como orientações podem ser feitas na maneira com que o estagiário conduz a avaliação.

Nesse protocolo detalhado, a avaliação neuropsicológica tem início na análise do encaminhamento do caso, discutindo-se os motivadores do pedido da avaliação, de modo a planejar as atividades necessárias pelo estagiário em conjunto com a psicóloga do serviço. Feito isso, parte-se para a revisão do prontuário eletrônico do paciente e entrevista clínica com paciente e familiares. A particularidade da entrevista neuropsicológica é a presença necessária dos acompanhantes, visto que muitas vezes o paciente não é um bom informante, seja pelas dificuldades cognitivas, de perda de julgamento ou de comportamento. Procura-se recomendar a realização de entrevista com paciente e acompanhante em separado, para se evitar constrangimentos ou confrontos diretos entre os familiares, porém às vezes isso não é viável.

A entrevista neuropsicológica proposta segue um formato semiestruturado e flexível, contendo tópicos referentes aos dados de identificação, desenvolvimento, história social incluindo nível educacional, ocupação, relacionamento familiar e pessoal, bem como conflitos judiciais (Strauss, Sherman & Spreen, 2006). Também deverá ser questionada a história médica pregressa que abrangerá uso de álcool, drogas e medicamentos prescritos, assim como a exposição a toxinas, e história familiar relevante. A história médica atual deverá incluir o início dos sintomas, duração, mudanças físicas, intelectuais, emocionais e de comportamento, além de medicamentos, planos e adesão aos tratamentos. Por fim, devem ser feitas questões sobre o

efeito dos sintomas neuropsicológicos sobre a rotina diária, aspirações e relacionamentos pessoais (Strauss, Sherman & Spreen, 2006).

Com base nessas informações, testes e técnicas de exame neuropsicológico podem ser selecionados para as necessidades do caso, baseando-se principalmente no motivo do encaminhamento. Nesse processo de seleção dos instrumentos também são consideradas suas qualidades psicométricas, principais e secundárias (Alchieri & Cruz, 2003): padronização, dados normativos, fidedignidade, validade, sensibilidade e especificidade, além da simplicidade e economia da técnica, rapidez, facilidade de aplicação e interpretação dos resultados, além de interesse despertado pela atividade proposta. Esses critérios de seleção dos instrumentos e técnicas avaliativos são discutidos com o estagiário para se estruturar a bateria de avaliação neuropsicológica, o que certamente contribui para o seu futuro profissional.

A seguir esses instrumentos são organizados em baterias que podem ser fixas ou flexíveis (Cunha, 2000). As baterias fixas implicam na aplicação de um elenco de testes pré-selecionados para todos os indivíduos, o que tende a ser adequado em contextos de investigação científica. Contudo, essas baterias demandam longos períodos de tempo na sua aplicação e muitos dos dados podem não ter relevância para a questão diagnóstica daquele indivíduo. Assim, as baterias flexíveis são as mais utilizadas pelo neuropsicólogo e são compostas por uma bateria nuclear ou básica e complementada com testes específicos, adequados aos motivos do encaminhamento, as queixas e observação do paciente, bem como a sua história atual e pregressa. Os estagiários vão aprendendo a estruturar tais baterias avaliativas, considerando as questões técnicas e individuais de cada paciente.

As avaliações neuropsicológicas abrangem, geralmente, as funções intelectuais, atenção e funções executivas, habilidades viso perceptivas e construtivas, linguagem, memória (Miotto, 2007; Chaves et al., 2011). A avaliação neuropsicológica se inicia tipicamente com uma medida

das funções intelectuais, representada por testes de avaliação de inteligência, como a Escala de Inteligência Wechsler para Adultos (WAIS III; Nascimento, 2004) e Escala de Inteligência Wechsler Abreviada (WASI; Trentini et al., 2014), bem como testes não verbais de inteligência, como as Matrizes Progressivas de Raven (Coloridas ou Escala Geral). Podem ser incluídos também nessa etapa da avaliação testes de rastreio cognitivo e baterias multifuncionais (Chaves et al, 2011), como o Mini Exame do Estado Mental (MEEM; Brucki et al., 2003) e a Escala de Avaliação para Demência de Mattis (MDRS; Porto et al., 2003), respectivamente. Essa etapa da avaliação tem como objetivo identificar possível declínio no funcionamento comparado a estimativas do padrão pré-mórbido, além de prover amplo perfil do funcionamento cognitivo do indivíduo que poderá servir de guia para o restante da avaliação, discriminando as áreas que devem ser mais investigadas. O estagiário irá conhecer todos esses instrumentos e terá a experiência de aplicação, cotação e interpretação da maioria desses, com exceção do MEEM que é muito aplicado pela equipe médica.

Adicionalmente, testes de habilidades específicas são empregados na avaliação da atenção e funções executivas, dada sua fundamental importância, visto que frequentemente são prejudicadas nos quadros de disfunção cerebral, afetando a maioria dos domínios cognitivos avaliados. A atenção refere-se à capacidade de selecionar e manter controle sobre a entrada de informações, bloqueando a inundação de informações que inviabilizaria qualquer atividade mental. No Brasil, temos várias opções de testes de atenção, muitas vezes idealizados para a Psicologia do Trânsito. Destas opções, os mais utilizados nos protocolos na área da Neuropsicologia são o Teste dos Cinco Dígitos (FDT; de Paula, 2015) e subteste de Dígitos da WAIS III ou Números da MDRS. As funções executivas, por sua vez, representam "como" determinado comportamento se apresenta e requer a formulação de objetivos e de conceitos, iniciativa, planejamento, detecção e resolução de problemas, inibição, flexibilidade mental e

capacidade de memória operacional (Miotto, 2007). Os instrumentos indicados para avaliação desse domínio cognitivo são o Teste Winconsin de Classificação de Cartas-versão para idosos (WCST; Trentini et al., 2010) e subtestes da MDRS, que inclui padrões alternados gráficos e motores de Luria, fluência verbal semântica e questões de semelhanças entre objetos concretos.

As habilidades viso perceptivas e construtivas são difíceis de serem dissociadas e, por isso, muitas vezes são avaliadas em conjunto na investigação de casos de suspeita de transtorno neurocognitivo relacionado ao envelhecimento. As habilidades viso perceptivas podem ser estimadas por atividades que requerem a identificação de objetos associados com processos visuais primários de acuidade visual, discriminação de forma, cor, movimento e posição, bem como por processos aperceptivos que integram as informações desse processamento primário, tornando a percepção num todo coerente e passível de significado (Miotto, 2007). A habilidade viso construtiva, por sua vez, envolve uma atividade perceptual motora complexa que supõe a integração das funções associadas ao lobo occipital, parietal e frontal, o que justifica a avaliação integrada dessas funções. No estágio avalia-se esse domínio pelo subteste de Raciocínio Matricial da WASI, itens de cópia de figuras simples da MDRS, teste do Desenho do Relógio e a cópia de uma figura complexa (Figuras Complexas de Rey; Oliveira & Rigoni, 2014).

A linguagem tem correlatos anátomo-clínicos bem definidos, tendo o hemisfério esquerdo como dominante para linguagem em destros e áreas bem conhecidas de processamento da linguagem no lobo frontal (área de Broca) e temporal esquerdo (área de Wernicke). A avaliação da linguagem geralmente requer a apreciação da fala espontânea para análise da fluência do discurso, compreensão auditiva, nomeação, leitura e escrita. Na prática clínica utilizamos de rotina técnicas complementares de exame neuropsicológico de fluência verbal fonológica (Machado et al., 2009) e semântica (Esteves et al., 2015) e o teste de nomeação de Boston (Miotto et al., 2010). A definição lexical também é investigada pelo subteste de Vocabulário da

WASI, enquanto avaliações mais qualitativas são feitas para estimar habilidades acadêmicas de leitura (leitura em voz alta de frases e parágrafos, acompanhada pela sua compreensão) e escrita (espontânea, por ditado e cópia).

A avaliação da memória é uma das partes mais importantes da avaliação neuropsicológica porque geralmente se encontra alterada em quadros de disfunção cerebral e tende a ser a queixa mais frequente nos consultórios médicos e psicológicos que atendem adultos e idosos. A partir do estudo clínico de pacientes (Scoville & Milner, 1957) pôde-se constatar que a memória não se constitui num sistema unitário e pode ser classificada de acordo com: o tempo (memória de curta e longa duração); o material verbal ou viso espacial; e o conteúdo da informação a ser processada (memória declarativa/explícita ou memória não declarativa/implícita). A memória declarativa ou explícita pode ser dividida em fatos ou semântica ou voltada a eventos ou episódica, enquanto a não declarativa ou implícita engloba habilidades e hábitos, pré-ativação, condicionamento clássico e aprendizagem não associativa (Squire, 2004, 2009). Essa avaliação também deve abranger os processos de aquisição, retenção e evocação da memória. No estágio em Avaliação Neuropsicológica, as técnicas e testes para avaliação da memória são: Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey (RAVLT; de Paula & Malloy-Diniz, 2018), Figuras Complexas de Rey (Oliveira & Rigoni, 2014) e técnicas complementares da Wechsler Memory Scale IV que inclui o subteste de Memória Lógica e Reprodução Visual (Spedo et al., 2013). Há que destacar que todas essas técnicas avaliam mais a memória episódica de longa duração.

A avaliação de idosos com suspeita de transtornos neurocognitivos deve envolver diferentes instrumentos e técnicas, incluindo escalas, inventários e questionários de avaliação da funcionalidade e do comportamento. Na avaliação do comportamento busca-se, primeiramente, investigar sintomas depressivos para excluir quadros depressivos ou, então, fazer o diagnóstico diferencial entre quadros neurocognitivos e depressão, questões que são comuns ao

neuropsicólogo. Para tanto, utilizamos para alguns casos a Escala de Depressão de Beck (BDI, Gorenstein et al., 2011) que pode ser aplicada a uma ampla faixa etária, mas tem como desvantagem não ser construída para idosos. Assim, utilizamos como técnica complementar a Escala de Depressão Geriátrica (GDS, Paradela et al., 2005) que é mais adequada para essa faixa etária. Contudo, essa investigação não deve se limitar às alterações no humor, incluindo também as alterações comportamentais e psicológicas, bem como outros aspectos do humor que são comuns aos quadros com suspeita de lesão cerebral. O Inventário Neuropsiquiátrico (INP; Camozzato et al., 2008) é uma opção, pois avalia 12 domínios comportamentais comuns aos quadros de suspeita de lesão cerebral. Esse inventário não é aplicado com frequência pelos estagiários porque há a equipe de Psiquiatria que faz uma avaliação especializada dessas alterações.

A avaliação da funcionalidade do indivíduo deve abranger as atividades de vida diária, tanto básicas (alimentar-se, uso do banheiro, vestimenta, higiene pessoal, tomar banho, andar e transferir-se) quanto instrumentais (preparo das refeições, gerenciamento das finanças, compras, manejo das medicações, uso do telefone, manutenção das tarefas domésticas e da casa). Trata-se de parte importante da avaliação neuropsicológica porque ajuda a realizar diagnóstico diferencial de quadros demenciais, além de indicar o quanto alterações cognitivas podem prejudicar as atividades de vida diária do indivíduo. A avaliação funcional pode ser feita durante a entrevista com paciente e familiar, o que permite investigar melhor as dificuldades apresentadas pelo indivíduo, diferenciando os prejuízos secundários de alterações motoras e sensoriais daquelas resultantes do comprometimento cognitivo. No entanto, questionários e escalas irão estruturar melhor a investigação e fornecer uma pontuação que pode ser comparada com dados normativos. Assim, o melhor seria utilizar esses questionários e escalas junto com uma investigação posterior que vise compreender melhor suas dificuldades de vida na prática

cotidiana. No Brasil, existem vários estudos sobre essas escalas (Chaves et al., 2011) e uma opção prática seria o questionário de atividades funcionais de *Pfeffer* (Sanches, Correa & Lourenço, 2011) que avalia as atividades instrumentais de vida diária.

Em síntese, os protocolos completos de avaliação neuropsicológica ocorrem após treinamento básico (com observação em um processo) e uma avaliação diretamente supervisionada. Assim, o estagiário será responsável pela realização de dois (ou mais) processos completos de avaliação neuropsicológica de adultos dos referidos serviços clínicos, em cada semestre letivo do estágio.

Ilustrações das Atividades Desenvolvidas

As atividades desenvolvidas serão ilustradas por um estudo de caso que foi discutido com equipe profissional da Neurologia do Comportamento, integrando a avaliação neuropsicológica com o atendimento médico. Deve-se considerar que essa discussão contribuiu para o diagnóstico e para propostas de tratamento para essa paciente. Ilustra-se, nesse estudo de caso, o quanto o estágio pode contribuir para o desenvolvimento do futuro psicólogo.

Trata-se de senhora de 55 anos, com escolaridade de nível superior, que compareceu à avaliação com queixa de esquecimento para fatos recentes que iniciaram há quatro anos e evoluem com piora progressiva. Referiu ainda que nos último quatro anos teve um incidente no trabalho que desencadeou um episódio depressivo. Ela procurou atendimento com médico psiquiatra em outra cidade, mas não deu andamento aos exames solicitados. Posteriormente, perdeu o emprego por causa dos esquecimentos. Os familiares verificaram que não tinha condições de morar sozinha e, no fim de 2016, passou a residir em uma casa ao lado da residência de sua irmã. Ambas referiram episódios de desorientação espacial e dívida no banco

por causa das dificuldades cognitivas. Em 2016 iniciou acompanhamento com neurologista e psiquiatra, com hipótese diagnóstica de esclerose múltipla que acabou descartada.

Denotou cooperação e motivação durante a avaliação, realizando todas as atividades requeridas com empenho. Durante a avaliação ela repete, como se fosse inédita, a história sobre a morte do seu animal de estimação. Ela também apresentou muita dúvida e preocupação quanto ao seu diagnóstico. Seu afeto se mostrou adequado para conseguir completar as atividades propostas nessa avaliação.

Sobre antecedentes pessoais negou problemas de saúde e tratamentos médicos atuais. Também não referiram problemas durante nascimento, dificuldade de aprendizagem ou repetências.

A paciente fez avaliação neuropsicológica completa em duas sessões de aproximadamente 120 minutos. Interagiu adequadamente com a examinadora, apresentando-se higienizada e com vestes próprias a idade. Compareceu aos atendimentos acompanhada por sua irmã, sendo que relatou sua história em conjunto com a mesma, a partir de entrevista semiestruturada.

Os resultados da avaliação neuropsicológica atual indicaram comprometimentos específicos, principalmente da memória episódica, com alterações na atenção, funcionamento executivo, memória episódica, linguagem (nomeação) e habilidade viso construtiva. Sinalizou, em menor grau, dificuldades de abstração e raciocínio. Tais alterações cognitivas interferem de maneira significativa nas atividades de vida diária, principalmente nas instrumentais.

Na esfera de humor e comportamento, ela ficou triste e chorou quando relatou a morte do seu animal de estimação, mas isso não se manteve ao longo da avaliação. Na investigação dos sintomas depressivos, referiu sintomas moderados sugestivos de episódio depressivo atual.

Portanto, os dados de sua história de vida, a observação do comportamento apresentado durante a avaliação e o perfil neuropsicológico levaram à hipótese diagnóstica de F00.0 do CID-10. Faz-se, no entanto, a ressalva de que a avaliação neuropsicológica é um exame complementar nos cuidados à saúde integral do paciente, sendo que o diagnóstico precisa ser complementado com dados médicos, de imagem e laboratoriais. Como recomendação técnica ao caso foi sugerido encaminhamento para terapia ocupacional, visando à reabilitação cognitiva.

Esse estudo de caso mostra a integração de dados quantitativos de instrumentos de avaliação neuropsicológica, com história de vida e observação do comportamento apresentado durante as atividades investigativas. Também ilustra o papel do psicólogo na sua contribuição para o esclarecimento diagnóstico num quadro demencial atípico pelo início pré-senil. Esses resultados também deverão nortear o tratamento e o direcionamento de intervenções a essa paciente. Essa contribuição é especialmente necessária em casos de demência pré-senil como o explicitado acima.

Considerações Finais

O maior desafio do estágio é o de oferecer uma atividade prática a um aluno de graduação numa área em que a formação acontece na pós-graduação em cursos de especialização em Neuropsicologia. O interessante é observar que o aluno do curso de Psicologia tem a formação sobre os fundamentos da avaliação psicológica, conhecendo alguns instrumentos utilizados na avaliação neuropsicológica, além de conhecimentos em neuroanatomia, neurofisiologia e psicopatologia, mas falta-lhe a integração dessas informações que constituem a base da formação do neuropsicólogo.

Portanto, apesar do estágio de focalizar a prática clínica, deve incluir discussões teóricas que visem essa integração com a prática. Essas discussões ocorrem na forma de grupo de estudo, em que são vistos temas pertinentes à área e revisados conceitos já adquiridos durante a graduação. Assim, atinge-se um dos objetivos do estágio de introduzir o aluno na teoria e prática da Neuropsicologia, enfocando o estudo de transtornos cognitivos e comportamentais associados ao envelhecimento e aos transtornos do funcionamento cerebral.

No que se refere a prática clínica, no estágio o aluno aprenderá a conduzir uma avaliação neuropsicológica, treinando todo o processo desde o encaminhamento, entrevista, aplicação de técnicas e testes, redação de relatórios e entrevista devolutiva. Ainda terá oportunidade de trabalhar com testes e técnicas psicológicos/neuropsicológicos que cada vez mais estão sendo adaptados para o Brasil e, muitas vezes, não são vistos durante a graduação. Com isso, busca-se o desenvolvimento de habilidades profissionalizantes que possam favorecer a sua inserção no mercado de trabalho.

Por fim, o aluno também pode conhecer um dos campos de atuação do psicólogo num hospital universitário. Ele poderá participar de um trabalho numa equipe multiprofissional, entendendo o papel do psicólogo e como ele pode ser integrado com outras áreas de conhecimento e profissionais, buscando melhorar o atendimento ao paciente numa clínica neurológica e geriátrica com suspeita de lesão cerebral.

Com base no exposto, procurou-se registrar uma proposta de formação profissionalizante no campo da Avaliação Neuropsicológica vinculada ao curso de Psicologia da FFCLRP/USP. Essa área tem recebido demanda crescente, sobretudo diante das expectativas de vida e do envelhecimento da população, exigindo do profissional de Psicologia condições técnicas e científicas para fazer frente a esses cuidados no campo da Saúde, nem sempre possíveis de serem adequadamente treinados se não forem vivenciados num contexto hospitalar,

como o fornecido pela riqueza das experiências do hospital-escola de nível terciário em questão (HC-FMRP/USP).

Referências

Alchieri, J.C. & Cruz, R.M. (2003) *Avaliação Psicológica: Conceito, Métodos e Instrumentos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Brucki, S.M.; Nitrini, R.; Caramelli, P.; Bertolucci, P.h., & Okamoto, I.H. (2003) Sugestões para o Uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. [Suggestions for utilization of the mini -mental state examination in Brazil]. *Arquivos Neuropsiquiatria*, *61*, 777-781. http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014

Camozzato, A.; Kochhann, R.; Simeoni, C.; Konrath, C.A.; Pedro Franz, A.; Carvalho, A., & Chaves, M.L. (2008) Reliability of the Brazilian Portuguese version of the Neuropsychiatric Inventory (NPI) for patients with Alzheimer's disease and their caregivers. *International Psychogeriatrics, 20*, 383-393. Doi: 10.1017/S1041610207006254

Chaves, M.L.F.; Godinho, C.C.; Porto, C.S.; Mansur, L.; Carthery-Goulart, M.T.; Yassuda, M.S., & Beato, R. (2011) Cognitive, functional and behavioral assessment Alzheimer's disease. *Dementia & Neuropsychologia*, *5*(3), 153-166. Doi: 10.1590/S1980-57642011DN05030003

Cunha, J.A. (2000) O ABC da avaliação neuropsicológica. In: Cunha, J.A. (2000) *Psicodiagnóstico V*. São Paulo (SP): Artmed.

De Paula, J.J. & Malloy-Diniz, L.F. (2015) Adaptação, validação e normatização do Teste dos Cinco Dígitos para uma amostra brasileira. In: Sedó, M. (2015) *Five Digit Test (FDT): manual*. São Paulo (SP): Hogrefe.

Esteves, C.S.; Oliveira, C.R.; Moret-Tatay, C.; Navarro-Pardo, E.; Carli, G.A. de; Silva, I.G.; Irigaray, T.Q., & Argimon, I.I.L. (2015). Phonemic and Semantic Verbal Fluency Tasks: Normative Data for Elderly Brazilians. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *28*(2), 350-355, https://dx.doi.org/10.1590/1678-7153.201528215

Gorenstein, C.; Pang, W.Y., Argimon, I.L., Werlang, B.S.G. (2011) Inventário de Depressão de Beck (BDI- II) Adaptação Brasileira. In: Beck, A.T.; Steer, R.A.; Brown, G.K., & Nascimento, E. *Inventário de Depressão de Beck II: Manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lezak, M.D. (1995). *Neuropsychological Assessment*. England: Oxford University Press.

Lezak, M.D.; Howieson, D.B.; Loring, D.W.; Hannay, H.J., & Fischer, J.S. (2004). *Neuropsychological assessment* (4th ed.). New York, NY, US: Oxford University Press.

Machado, T.H.; Fichman, H.C.; Santos, E.L. Carvalho, V.A.; Fialho, P.P. Koenig, A.M. Fernandes, C.S.; Lourenço, R.A.; Paradela, E.M.P., & Caramelli, P. (2009) Normative data for healthy elderly on the phonemic verbal fluency task – FAS. *Dementia & Neuropsychologia, 3*(1), 55-60. http://dx.doi.org/10.1590/S1980-57642009DN30100011

Mäder, M. J. (1996). *Avaliação neuropsicológica: aspectos históricos e situação atual*. Revista Psicologia: Ciência e Profissão, 16(3), 12-18. https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931996000300003

Miotto, E.C.; Sato, J.; Lúcia, M.C.S.; Camargo, C.H.P., & Scaff, M. (2010) Development of an adapted version of the Boston Naming Test for Portuguese speakers. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *32*(3), 279- 282. http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010005000006

Miotto, E.C. (2007). Neuropsicologia: conceitos fundamentais. In: Miotto, E.C.; Lúcia, M.C.S, & Scaff, M. *Neuropsicologia e as Interfaces com as Neurociênci*as. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Nascimento, E. (2004). Adaptação, validação e normatização do WAIS III para uma amostra brasileira. In: Wechsler, D. *WAIS III: manual para administração e avaliação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Oliveira, M.S. & Rigoni, M.S. (2014) Figuras Complexas de Rey - Manual da Adaptação Brasileira. In: Rey, A. *Figuras Complexas de Rey*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Paradela, E.M.P.; Lourenço, R.A., & Veras, R.P. (2005) Validation of geriatric depression scale in a general outpatient clinic. *Revista de Saúde Pública, 39*(6), 1-5. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000600008

Porto, C.S.; Fichman, H.C.; Caramelli, P.; Bahia, V.S., & Nitrini R. (2003) Brazilian Version of the Mattis Dementia Rating Scale. Diagnosis of mild dementia in Alzheimer's Disease. *Arquivos de Neuropsiquiatria, 61,* 339-345. http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2003000300004

Sanchez, M.A.S.; Correa, P.C.R., & Lourenço, R.A. (2011) Cross-cultural adaptation of the "Functional Activities Questionnaire- FAQ" for use in Brasil. *Dementia & Neuropsychologia,* *5*(4), 322-327. http://www.demneuropsy.com.br/detalhe_artigo.asp?id=310

Scoville, W.B. & Milner, B. (1957). Loss of recent memory after bilateral hippocampal lesions. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 20*(1), 11-21. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC497229/pdf/jnnpsyc00285-0015.pdf

Spedo, C.T.; Foss, M.P., & Barreira, A.A. (2013) Cross-Cultural Adaptation of Visual Reproduction Subtest of Wechsler Memory Scale Fourth Edition (WMS-IV) to a Brazilian Context. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatments Evaluation*, *10*, 111-119.

Squire, L.R. (2004). Memory systems of the brain: a brief history and current perspective. *Neurobiology of Learning and Memory*, *82*(3), 171-177. DOI: 10.1016/j.nlm.2004.06.005

Squire, L.R. (2009) Memory and brain systems: 1969-2009. *The journal of Neuroscience*, *29*(4), 12711-12716. Doi: https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.3575-09.2009

Strauss, E.; Sherman, E.M.S., & Spreen, O. (2004) *A Compendium of Neuropsychological Tests*. New York: Oxford University Press.

Trentini, C.M.; Yates, D.B., & Heck, V.S. (2014) Adaptação, validação e normatização do WASI para uma amostra brasileira. In: Wechsler, D. *WAIS III: manual para administração e avaliação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Trentini, C.M.; Argimon, I.I.L.; Oliveira, M.S., & Werlang, B.S.G. (2010) *Adaptação e Padronização Brasileira do Teste Winconsin de Classificação de Cartas – versão para idosos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Yassuda, M.S. & Porto, C.S. (2012) Avaliação Neuropsicológica. In: Teixeira, A.L. & Caramelli, P. *Neurologia Cognitiva e do Comportamento*. Rio de Janeiro: Revinter.

Algumas Publicações dos Autores Relacionados à Atividade de Estágio

https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13854046.2015.1093173

http://www.scielo.br/pdf/anp/v73n8/0004-282X-anp-73-8-0676.pdf

http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/6728/art_PASIAN_Teste_Wisconsin_de_classificacao_de_cartas_uma_2011.pdf?sequence=1

Agradecimentos

Agradecemos a psicóloga Mariana R. Maniglia que conduziu a avaliação desse paciente, incluindo sistematização dos resultados e redação do relatório de Avaliação Neuropsicológica, em parceria com a primeira autora desse capítulo.

LAPICC-USP: CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE PSICÓLOGOS NO ATENDIMENTO EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COM INDIVÍDUOS E GRUPOS

Carmem Beatriz Neufeld
Suzana Peron
Priscila de Camargo Palma
Isabela Maria Freitas Ferreira
Juliana Maltoni
Isabela Scotton
Thaís Benedetti
Ana Irene Fonseca Mendes

Segundo o Artigo 16, da Lei nº 4.119, de 1962 as faculdades que oferecessem cursos de Psicologia deveriam organizar serviços clínicos e de aplicação à educação e aos trabalhos orientados e dirigidos pelo Conselho dos Professores do curso, abertos ao público, gratuitos ou remunerados (Brasil, 1962). Desta forma, foram instituídas as clínicas-escola ou serviços-escola de psicologia, onde os alunos de graduação têm a oportunidade de estagiar e aplicar os conhecimentos aprendidos, assim como locais de prestação de serviços, gratuitos ou semigratuitos, de atendimento psicológico à comunidade (Güntert et al., 2000).

A rotina dos serviços-escola é complexa e envolve diversos segmentos e atividades, como práticas de disciplinas e estágios supervisionados, que visam servir a objetivos diferentes e interdependentes. Nestes serviços, é preciso que as três vertentes - ensino, pesquisa e extensão - se articulem em um mesmo local, uma vez que os interesses e necessidades da população, assim como a disponibilização e estruturação de dados que possam ser utilizados para pesquisas, coexistam e possam ser atendidos (Perfeito & Melo, 2004).

Neste sentido, o Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada (CPA), da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, foi criado em 1971, e disponibiliza acompanhamentos nas categorias infantil, adolescente, adulto e para instituições, dentro de critérios estabelecidos como apropriados ao ensino e à pesquisa. Ainda, desempenha atividades de: oferecimento de estágios; pesquisas em diversos campos da Psicologia Aplicada; atendimento à comunidade; diagnóstico; psicoterapia; ensino; assessoria psicológica,; aconselhamento; seleção e treinamento de pessoal. Desta forma, os estágios de atendimentos clínico e grupal realizados pelo Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental (LaPICC-USP) estão inseridos dentro deste serviço.

O LAPICC-USP

Levando em consideração a indissociabilidade de conhecimentos teóricos e práticos para uma aprendizagem significativa, as atividades realizadas pelo laboratório visam à formação do psicólogo, à produção de conhecimento científico, assim como geram retorno deste conhecimento para a sociedade, por meio de intervenções voltadas para a melhoria da qualidade de vida da população (Neufeld et. al., 2011).

Considerando o histórico e o desenvolvimento do serviço ofertado para a comunidade, o Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental (LaPICC-USP) existe desde outubro de 2008, fundado e coordenado pela Prof. Dra. Carmem Beatriz Neufeld, ao assumir o cargo de Professor Doutor em Regime de Dedicação Integral à Docência e Pesquisa, na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP. O principal objetivo do laboratório pode ser descrito como a busca pela integração entre a pesquisa, a formação de

terapeutas e supervisores e a oferta de um serviço de qualidade para a população (Neufeld & Cols., 2014; Neufeld, Mendes, Pavan & Gorayeb, 2011).

No ano de 2009 foram ofertadas as primeiras vagas para estágio em Terapia Cognitivo-Comportamental Individual para adultos, contando com vagas para estagiários e para formação em supervisão. No mês de agosto do mesmo ano, os estágios em Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos (TCCG) e de Terapia Analítico Comportamental (TAC) tiveram início (Neufeld et. al., 2011). Atualmente, o estágio de TCCG conta com várias possibilidades de atuação que serão descritas a seguir: 1. Programa Cognitivo-Comportamental de Habilidades de Vida para Crianças e Adolescentes (PRAHVIDA), que visa a promoção de saúde nestes grupos distintos; 2. Programa Cognitivo-Comportamental de Educação Alimentar em Grupo (PROMETA), que tem como objetivo o manejo das questões psicológicas que envolvem o excesso de peso e a educação alimentar de pacientes com sobrepeso e com obesidade; 3. Programa Cognitivo-Comportamentais de Orientação de Pais em Contexto de Atendimento Clínico (PROPAIS), que consiste em um programa de orientação de pais, que ocorre concomitantemente ao atendimento da criança ou do adolescente pelo serviço; 4. Grupo de Manejo de Ansiedade, que propõe aos pacientes com diagnóstico de ansiedade estratégias para o manejo da ansiedade e técnicas cognitivo-comportamentais para o enfrentamento desta (Neufeld & Cols., 2014).

Ainda, no ano seguinte, 2010, ocorreu a expansão na oferta de tipos de atendimentos, quando foi proposto o estágio de TCC em Hospital Geral, no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Com atuação no Ambulatório Interdisciplinar de Manejo de Cólon do Serviço de Cirurgia Pediátrica, o serviço atende pacientes com idades entre 0 e 18 anos que apresentam constipação intestinal crônica e malformações anorretais com consequente incontinência ou constipação, sendo coordenado e supervisionado pela Dra. Renata Panico

Gorayeb, Psicóloga Hospitalar junto aos Serviços de Cirurgia Pediátrica, Urologia Infantil e Medicina Fetal HCFMRP – USP. Este estágio foi encerrado no ano de 2017. Adicionalmente, o estágio de atendimento individual passou a realizar, também, o atendimento infantil, sob a supervisão da Dra. Ana Irene Fonseca Mendes, Psicóloga junto ao HCFMRP – USP (Neufeld et. al., 2011).

Em 2011, foi firmada uma parceria entre a Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – USP e o LaPICC-USP a fim de auxiliar na Avaliação e Intervenção em pacientes de cirurgia ortognática da residência em cirurgia buco-maxilo-facial sob a responsabilidade dos professores Prof. Dr. Cássio Edvard Sverzut e Prof. Dr. Alexandre Elias Trivellato (Neufeld et. al., 2011). Este estágio apresentou curta duração e também não está mais disponível na grade para os alunos.

Atualmente, os estagiários são alunos dos últimos três anos de graduação, contudo, a participação de alunos dos anos anteriores é possível por meio da inserção no laboratório como alunos de iniciação científica, que passam a exercer a função de observadores nos grupos de intervenção. Os alunos de graduação têm a oportunidade de encontrar no laboratório atividades voltadas para sua formação profissional dentro dos estágios já citados, possuindo treinamento como terapeuta individual, com foco no atendimento de crianças, adolescentes, adultos e idosos; ou como terapeuta de grupo, passando por todos os diferentes papéis terapêuticos (sucessivamente: observador, co-terapeuta e terapeuta).

Quanto aos supervisores, estes são psicólogos que atuam nas vertentes de pesquisa e de prática clínica, podendo ser, ao mesmo tempo, colaboradores de pesquisa em estágio probatório para seleção de mestrado ou mestrandos/doutorandos em fase inicial de aquisição de habilidades clínicas. Eles iniciam suas experiências como observadores/assistentes de supervisores mais experientes, para desenvolver cada vez mais autonomia e as habilidades para exercer esta

atividade de maneira adequada, a partir de um modelo de níveis de aprofundamento e experiências (Neufeld et. al., 2011).

A formação em pesquisa também é destaque no LaPICC-USP, oferecendo aos graduandos a oportunidade de ter contado com a pesquisa a partir da Iniciação Científica ou da Monografia de Graduação. Os profissionais já formados podem se inserir neste campo por meio do papel de colaborador de pesquisa, ou como pós-graduandos, nos níveis de mestrado ou de doutorado (Neufeld e Cols., 2014). Ainda, o LaPICC-USP procura atender à demanda de divulgação de conhecimentos produzidos na área, em âmbito nacional e internacional, através da organização de eventos científicos, podendo-se destacar a Jornada de Terapias Cognitivo-Comportamentais (JoTCC) de frequência bienal (Neufeld e Cols., 2014; Neufeld et. al., 2011).

A Terapia Cognitivo-Comportamental

A perspectiva teórica adotada para os atendimentos realizados no LaPICC-USP consiste na Abordagem Cognitivo-Comportamental, tanto para as intervenções voltadas para os atendimentos individuais quanto para os grupos. A seguir, serão descritos os fundamentos e pressupostos desta abordagem.

A Terapia Cognitiva teve seu início na década de 1960, com as formulações de Aaron Beck e seus colaboradores. Por meio de estudos, estes reformularam o entendimento acerca da depressão, passando a considera-la um transtorno caracterizado por uma tendência negativa, representada pelas expectativas de resultados negativos, e uma visão negativa de self, contexto e objetivos (Beck & Alford, 2000), com influência de várias abordagens importante para a fundamentação teórica da terapia cognitiva (Falcone, 2004).

A TCC pode ser descrita como uma abordagem estruturada, diretiva, ativa, de prazo limitado, com enfoque no presente, esta teoria parte do pressuposto de que as emoções e o comportamento são em grande parte determinados pelo modo como é percebida a realidade, por meio dos pensamentos e cognições do indivíduo (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997). Para esta perspectiva, os transtornos psiquiátricos são decorrentes de um modo distorcido e disfuncional de perceber os acontecimentos a volta do indivíduo (Beck, 2013).

É importante ressaltar que, para a terapia cognitiva, a cognição é a chave para os transtornos psicológicos, sendo definida como função a qual envolve deduções sobre as experiências e sobre a ocorrência e controle de eventos futuros. Na clínica, é incluído nessa definição o processo de identificação e previsão das relações complexas entre eventos, de forma a possibilitar a adaptação aos ambientes (Beck & Alford, 2000). Neste sentido, diversos estudos têm evidenciado sua alta eficiência no tratamento de vários transtornos psiquiátricos, tais como: transtornos de ansiedade, transtornos alimentares, abuso de substâncias, problemas conjugais, depressão, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno do pânico, fobia social, transtorno de estresse pós-traumático, transtornos de personalidade, dor crônica e esquizofrenia (Falcone, 2004; Beck, et al., 1997, Beck, 2013).

Dentre os seus fundamentos teóricos, esta teoria pressupõem a existência de três níveis específicos de pensamentos identificados pela terapia cognitiva: os pensamentos automáticos, as crenças intermediárias e as crenças centrais. Os pensamentos automáticos são pensamentos espontâneos, não decorrentes de deliberações e raciocínio, são avaliativos, e surgem de forma rápida e breve, estes costumam ser frequentes nos transtornos psicológicos e apresentam distorções cognitivas. A crenças intermediárias consistem em regras e suposições (se...então), que refletem ideias ou entendimentos mais profundos, sendo mais resistentes do que os pensamentos automáticos. E, as crenças centrais, que constituem o terceiro nível de pensamento, sendo

compostas por ideias absolutistas, rígidas e globais sobre o próprio indivíduo, outras pessoas e seu mundo; são entendimentos profundos, os quais as próprias pessoas normalmente não têm consciência, se desenvolvendo ao longo da infância, a partir de suas experiências e tornam-se convincentes na vida adulta (Falcone, 2004; Beck, 2013).

Há ainda o conceito de Tríade Cognitiva, que diz respeito aos três padrões cognitivos maiores que induzem a considerar a si mesmo, seu futuro e suas experiências de uma forma idiossincrática. O primeiro componente foca na visão negativa do indivíduo sobre si mesmo; o segundo componente consiste na tendência de a pessoa interpretar suas experiências com os outros/mundo de forma negativa; e o terceiro, aponta pra uma visão negativa do futuro (Beck, et al., 1997).

A TCC apresenta como objetivo produzir mudanças no pensamento e no sistema de crenças com o propósito de promover modificações emocionais e comportamentais duradouras, e para que isso possa ser feito, há princípios que caracterizam esse procedimento clínico. Sendo eles: 1. O caráter colaborativo, onde paciente e terapeuta trabalham juntos com o objetivo de identificar pensamentos disfuncionais que provocam as emoções, as variáveis que influenciam na percepção das situações e formulando hipóteses para compreender a queixa; 2. O estabelecimento de uma aliança terapêutica segura; 3. A participação ativa de terapeuta e paciente; 4. A estruturação da terapia a partir de metas e foco nos problemas; 5. O foco no presente; 6. O caráter educativo das sessões, apresentando meios para que o paciente se torne seu próprio terapeuta; 7. O tempo limitado das sessões, o qual depende da natureza e da quantidade de problemas apresentados, além da motivação e disponibilidade do cliente para o tratamento; 8. A estruturação das sessões; 9. O ensino para o paciente da identificação e intervenção em pensamentos disfuncionais; e 10. O uso de técnicas para alterar pensamentos, humor e comportamento (J. Beck, 1997).

O Estágio de Atendimento Individual

As atividades do estágio de Terapia Cognitivo-Comportamental I e II compreendem o atendimento individual na abordagem Cognitivo-Comportamental, de pacientes inscritos no Serviço de Psicologia, sendo dois adultos e uma criança, no mínimo, atendidos simultaneamente pelo estagiário, por um período de um ano, em média. Os atendimentos ocorrem com frequência semanal e duração média de 50 minutos, sendo que no caso das crianças são realizados, também, atendimentos com os pais e visitas às escolas. Todas as atividades ocorrem no Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada (CPA) da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP).

Os estagiários são supervisionados semanalmente a partir de duas supervisões distintas: uma para os casos de adultos e outra para o caso da criança. As supervisões ocorrem em formato grupal com uma duração de 2 horas cada uma. Atualmente este estágio mantém como média a seleção de seis estagiários.

As atividades subsidiárias desenvolvidas durante este estágio incluem leituras específicas da abordagem de Terapia Cognitivo-Comportamental, relacionadas ao processo terapêutico desenvolvido pela abordagem e sobre questões específicas à demanda de cada caso. Também são incluídas nessas atividades: o preparo de cada atendimento; relatos de cada sessão; aplicação de testagens específicas de avaliação e evolução dos casos nos prontuários.

Atendimento de Adultos

Durante esta parte do estágio são realizados atendimentos a adultos e idosos, na modalidade individual. Os pacientes são encaminhados para o estágio por meio do serviço de

triagem a partir da queixa apresentada durante entrevista no serviço e disponibilidade de atendimento.

A partir do momento em que o paciente chega para atendimento no estágio, é realizado o contato telefônico pelo estagiário e verificada a disponibilidade de dia e horário para o agendamento da sessão. Em seguida, é realizada uma supervisão para discutir as informações e queixas para preparo do estagiário para o primeiro atendimento. O passo seguinte- é o agendamento do encontro entre aluno e paciente, realizando-se a anamnese, no qual o estagiário se apresenta, investiga a queixa, descreve a abordagem teórica, o funcionamento do estágio e realiza o contrato terapêutico.

Segue-se nova supervisão, quando o supervisor com conhecimento do relato da sessão, procura esclarecer as dúvidas e orientar o aluno para o próximo atendimento, e, também iniciar o planejamento da intervenção a longo prazo. A medida que as sessões vão acontecendo, a estrutura do plano de atendimento fica mais formalizada e as intervenções necessárias são realizadas. Os atendimentos sempre são intercalados pelas supervisões, sendo que a medida em que as metas são estabelecidas, indicam-se leituras específicas para auxiliar o estagiário a compreender melhor o caso, e elaborar a conceitualização cognitiva, assim como preparar as sessões, escolhendo as técnicas mais adequadas e o melhor momento para aplicá-las, visando a evolução do paciente.

Ainda, uma vez por mês há uma reunião de estudo de caso, com a presença de toda a equipe. Um aluno apresenta um dos casos que está atendendo para os colegas, seguido de discussão de aspectos tanto teóricos quando práticos em relação àquele caso e conduta do estagiário. Neste dia, o aluno também apresenta suas dificuldades e percepções sobre o caso, neste momento, há a troca de ideias e experiências com o objetivo de auxiliar e esclarecer aspectos importantes sobre aquele caso.

A intenção do estágio é que o aluno se torne mais autônomo no decorrer do ano para realizar os planejamentos e intervenções para cada um de seus pacientes. As habilidades e competências necessárias para isso são trabalhadas ao longo de todo o estágio pelas supervisoras, e são aprimoradas a medida em que os casos evoluem juntamente com o estagiário.

Atendimento Infantil

Quanto às crianças, o procedimento se dá de maneira um pouco diferente. Por conta da idade, o primeiro contato é realizado com os pais ou responsáveis, e além de verificar a disponibilidade para o atendimento da criança, é necessário checar a possibilidade de participação dos pais no grupo de pais (PROPAIS – discutido em detalhes no tópico de grupos), uma vez que esta é requisito para o atendimento da criança.

A primeira sessão é realizada com os pais, após supervisão de preparo, sendo feita uma entrevista inicial com o objetivo de descrição mais detalhada da queixa e investigação de aspectos relativos ao desenvolvimento e de história da criança. Então, novamente, há a supervisão do estagiário para o planejamento da próxima sessão e discussão do caso. O atendimento segue sempre a alternância entre as sessões e a supervisão, nos mesmos moldes do atendimento dos adultos, à exceção de que é seguido um protocolo fechado de atendimento infantil, sendo este estruturado e descrevendo atividades especificas para cada sessão.

Os atendimentos infantis, nos últimos três anos, são realizados especificamente com crianças com demandas relacionadas a problemáticas referentes ao humor e à ansiedade. O protocolo utilizado é a Terapia de Reciclagem Infantil (TRI), que tem como objetivo trabalhar as emoções, reciclar os pensamentos e inovar os comportamentos da criança. Para isso, utiliza-se respectivamente da regulação emocional, da reestruturação cognitiva e do trabalho com os comportamentos e a regulação fisiológica (Caminha & Caminha, 2013).

Então, além das leituras específicas para o atendimento de crianças, também é necessário o estudo do protocolo e preparo prévio de todo o material utilizado em cada uma das sessões. O TRI também envolve o trabalho contínuo com os pais, ao final de cada atendimento da criança, como sessões especificamente voltadas para eles ao início de cada nova etapa. Assim, o estagiário além de aprender a manejar o atendimento com as crianças, que exigem cuidados e preparos específicos, também precisam trabalhar com os pais, suas expectativas sobre o atendimento dos filhos, e suas próprias demandas na relação.

Os Estágios de Atendimento em Grupos

O estágio de Abordagem Cognitivo-Comportamental em Grupos I e II possui como objetivo o atendimento em modalidade de grupo, envolvendo a participação de populações de diferentes faixas etárias e diferentes demandas clínicas. As sessões acontecem uma vez por semana, com duração de 1 hora aproximadamente. A atuação do estagiário ocorre como terapeuta e como co-terapeuta em dois grupos ao longo do estágio, sendo que em cada semestre exerce uma das funções em cada grupo. As supervisões ocorrem semanalmente perfazendo um total de 4h. Atualmente, o número de estagiários tem sido em torno de dez. O local de cada uma das sessões varia de acordo com o grupo, uma vez que alguns ocorrem dentro do CPA, na própria universidade, ou dentro de outras instituições.

As atividades subsidiárias desenvolvidas durante este estágio incluem leituras específicas da abordagem de Terapia Cognitivo-Comportamental e de Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos, leituras relacionadas aos temas referentes a cada um dos grupos e sobre o processo grupal dentro da abordagem teórica. Ainda, nas atividades ligadas diretamente aos grupos especificamente, há a realização de processos de avaliação dos participantes dos grupos, que envolveram a aplicação e correção dos testes utilizados, seleção de participantes, reuniões de

equipe e contato com locais e instituições envolvidos. Outro ponto importante deste estágio são as reuniões de estudo de caso onde toda a equipe se reúne para discutir o andamento dos grupos.

É importante ressaltar que os estagiários são envolvidos e possuem responsabilidades em todas as etapas do processo de grupo, envolvendo: divulgação das intervenções; seleção e avaliação dos participantes; planejamento das sessões; adaptações de atividades e de cronogramas (quando necessário); relatos de sessão, evolução e relatórios; participação de reuniões de equipe, e, condução das sessões. Todos os passos são sempre supervisionados e discutidos em supervisão, mas a execução é sempre realizada pelos estagiários. Cada grupo de estagiários atende pelo menos dois grupos distintos por semestre.

Além destes estágios, o LaPICC-USP conta com um estágio de Introdução à Terapia Cognitivo-Comportamental I e II que oportuniza aos alunos de terceiro ano acompanhar todo o trabalho do estágio de grupos como terapeutas observadores. O objetivo deste estágio é favorecer o contato inicial com a teoria e a modalidade de intervenção grupal em TCC.

A seguir, serão apresentados detalhes sobre cada um dos grupos disponíveis no estágio do LaPICC-USP, para ilustração:

PROPAIS

O PROPAIS I consiste em um programa de orientação de pais aliado ao atendimento psicoterapêutico de crianças e de adolescentes na abordagem cognitivo-comportamental (Neufeld & Godoi, 2014). A participação do grupo é oferecida aos pais das crianças que estão em atendimento no estágio individual, sendo que o atendimento dos filhos fica vinculado à participação dos pais no grupo de pais.

Sua estrutura conta com 11 sessões de 50 minutos cada, de frequência semanal. Cada sessão trabalha com um tópico específico: Apresentação e coesão grupal; regras, limites e noções

de comunicação; noções de desenvolvimento infantil e psicoeducação sobre as leis do comportamento; consequências para comportamentos adequados e reforço; consequências para comportamentos inadequados, punição e estilos parentais; relacionamento afetivo e envolvimento; psicoeducação sobre o modelo cognitivo; distorções cognitivas; resolução de problemas; treino e manejo de emoções e apresentação de técnicas de relaxamento; retomada de conceitos aprendidos e dúvidas. Antes do início e após o final, são realizadas sessões voltadas para avaliação dos participantes (Neufeld et al, no prelo).

Manejo de Ansiedade

O grupo de Manejo de Ansiedade possui como objetivo a orientação e o treinamento para manejo de ansiedade com enfoque na abordagem Cognitivo-Comportamental. Contudo, a depender da sintomatologia apresentada pelos participantes, ele pode ser apresentado de maneira especifica para sintomas relacionados ao Transtorno de Ansiedade Social. Será descrito a seguir o protocolo para ansiedade em geral.

O programa ocorre em oito sessões realizadas no CPA, com duração de uma hora semanal. Os conteúdos trabalhados em cada sessão respectivamente são: Apresentação e psicoeducação sobre ansiedade; psicoeducação sobre o modelo cognitivo, psicoeducação sobre as crenças relacionadas à ansiedade; distorções cognitivas; identificação de pensamentos distorcidos; estratégias de enfrentamento (acalme-se); estratégias de enfrentamento (Técnicas de respiração e relaxamento); prevenção de recaída; prevenção de recaída e feedbacks.

PRO-META

O Programa Cognitivo-Comportamental de Educação Alimentar em Grupos (PRO-META), possui como objetivo a reestruturação cognitivo-comportamental de crenças disfuncionais ligadas ao excesso de peso e à educação alimentar, voltado para pacientes com obesidade, podendo também ser benéfico para paciente com sobrepeso (Neufeld, Affonso & Moreno, 2014).

O PRO-META é um programa estruturado, composto por 12 sessões com uma hora de duração cada, de frequência semanal. Antes do início do grupo e após o seu encerramento são realizadas sessões de avaliação, nas quais são aplicados instrumentos e uma entrevista semiestruturada, com o objetivo de avaliação e seleção dos participantes. O número de indivíduos participantes do grupo pode variar entre 12 e 18, a depender do semestre de aplicação do grupo. O conteúdo das sessões envolve: psicoeducação do modelo cognitivo, conceitualização cognitiva, a partir do levantamento e agrupamento de pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças centrais; distorções cognitivas; intervenções especificas para as crenças centrais; habilidades sociais e prevenção de recaída (Neufeld, Affonso & Moreno, 2014).

PRHAVIDA

O Programa Cognitivo-Comportamental de Habilidades de Vida para Crianças e Adolescentes (PRHAVIDA), apresenta como objetivo a promoção de saúde de crianças e adolescentes por meio do treinamento de habilidades de vida e habilidades sociais (Neufeld, et al., 2014).

O PRHAVIDA possui dois formatos muito semelhantes, um voltado para crianças (7-9 anos) e outro para adolescentes (12-14 anos). O programa é estruturado em 11 sessões, possuindo ainda uma sessão anterior e uma posterior à intervenção, voltadas para testagem e avaliação dos participantes, ocorrendo em ambiente escolar. Os conteúdos trabalhados são referentes à apresentação e identidade do grupo; estabelecimento de regras; psicoeducação de habilidades sociais e de vida; direitos humanos e civilidade; treinamento de empatia e de assertividades; psiceducação sobre emoções e expressividade emocioanal; manejo de emoções desagradáveis e auto-controle; psicoeducação do modelo cognitivo; resolução de problemas; distorções cognitivas e pensamentos alternativos (Neufeld, et al., 2014).

Considerações Finais

A partir do exposto neste capítulo, procurou-se demonstrar possibilidades de atendimentos especializados e de qualidade oferecidos para a população de maneira geral, assim como no preparo dos estagiários que iniciam a prática profissional. Neste sentido, se faz necessário o investimento em diversas frentes. Primeiramente, na formação dos estagiários, com treinamentos envolvendo aspectos teóricos e práticos referentes às intervenções que estes poderão aplicar de acordo com a demanda trazida. Em segundo lugar, no emprego contínuo de supervisões, para auxiliar o aluno com o planejamento e aplicação das intervenções, sendo este um espaço para tirar dúvidas, discutir os casos e enriquecer o repertório clínico do futuro profissional.

É essencial ressaltar a necessidade e a importância do preparo técnico e teórico dos estagiários uma vez que intervenções pautadas em referencias teóricos específicos, envolvendo diferentes formas e populações, exige dedicação e suporte adequados. Por este motivo, estes aspectos são cuidadosamente trabalhados com todos os estagiários em todos os estágios

oferecidos pelo LaPICC-USP, por meio de treinamentos realizados antes mesmo do ano letivo ter início e aprimorados durante as supervisões clínicas e nas reuniões de estudo de caso.

Os objetivos destes momentos é justamente dar suporte ao estagiário para que ele consiga desenvolver de maneira satisfatória as habilidades e as competências necessárias para ser um bom terapeuta cognitivo-comportamental, seja ele individual ou grupal. Para isso, as supervisões se apresentam indispensáveis para a retomada e aprofundamento de conteúdos teóricos, assim como em questões práticas da clínica, como no auxilio com o manejo dos pacientes e grupos; no preparo e estruturação das sessões; no momento de esclarecimento de dúvidas; no compartilhamento de frustrações e de dificuldades, tão comuns no início da prática clínica, e, também, na comemoração de resultados obtidos e encaminhamentos que se façam necessários.

As supervisões em grupo também possuem a função de compartilhamento de informações e experiências pelos estagiários. No caso do estágio de atendimento individual, os estagiários podem ter contato com demandas e intervenções diferentes daquelas que eles estão atendendo e aplicando, a partir do relato do colega, e desta forma conseguir enriquecer seu arsenal de técnicas e de manejo para utilizar em situações futuras. Quanto ao estágio em grupo, como os estagiários se revezam nos papéis a cada semestre, compartilham experiências de cada um, em momentos distintos, contribuindo para o aprendizado e preparo para a fase seguinte do estágio.

Referências

Beck, J. S. (2013). *Terapia Cognitiva: Teoria e prática.* Porto Alegre: Artmed.

Beck, A. T. & Alford, B. A. (2000). *O poder integrador da terapia cognitiva.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Beck, J. S. (1997). *Terapia Cognitiva: Teoria e prática.* Porto Alegre: Artmed.

Beck, A. T., Emery, G., Rush, J.A. & Shaw, B.F. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Brasil (27 de agosto de 1962). Lei nº 4.119, que dispõe sobre a formação em Psicologia e regulamenta a profissão de Psicólogo. Capítulo IV (Artigo 16, p.3). Acessado em 14 de julho de 2018, disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/lei_1962_4119.pdf

Caminha, R. M. & Caminha, M. G., (2013). Combo TRI. Novo Hamburgo: Sinopsys.

Falcone, E (2004). Psicoterapia Cognitiva. In Knapp, P. *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica* (pp.50-60). Porto Alegre: Artmed.

Güntert, A. E. V. A., Camargo, C., Fabriani, C. B., Silva, S. M., Conti, J., Dias, C. C., Zanetti, F., & Silva, T. C. (2000). As variáveis determinantes na aderência à psicoterapia: uma investigação em clínica-escola. *Psico USF, 5* (2),13-23.

Neufeld, C. B. & Cols. (2014). Intervenções e Pesquisas em Terapia Cognitivo-Comportamental com indivíduos e grupos. Novo Hamburgo: Sinopsys.

Neufeld, C. B., Affonso, G., & Moreno, A. L. (2014). PRO-META: Programa Cognitivo-Comportamental de Educação Alimentar em Grupo. In C. B. Neufeld, *Intervenções e Pesquisas em Terapia Cognitivo-Comportamental com indivíduos e grupos* (pp. 44-79). Novo Hamburgo: Sinopsys.

Neufeld, C. B. Daolio, C. C., Cassiano, M., Rosseto, C. P. F., & Cavenage, C. C. (2014). PRHAVIDA – Programa Cognitivo-Comprotamental de Habilidades de Vida para

Crianças e Adolescentes. In C. B. Neufeld, *Intervenções e Pesquisas em Terapia Cognitivo-Comportamental com indivíduos e grupos* (pp. 80-115). Novo Hamburgo: Sinopsys.

Neufeld, C. B., & Godoi, K., (2014). PROPAIS I – Tópicos Cognitivo-Comportamentais de Orientação de Pais em Contexto de Atendimento Clínico. In C. B. Neufeld, *Intervenções e Pesquisas em Terapia Cognitivo-Comportamental com indivíduos e grupos* (pp. 116-147). Novo Hamburgo: Sinopsys.

Neufeld, C. B., Godoi, K., Rebessi, I. P., Maehara, N. P., & Mendes, A. I. F. (no prelo). Programa de Orientação de Pais em Grupo: Um estudo exploratório na abordagem Cognitivo-Comportamental. Revista Psicologia em Pesquisa

Neufeld, C. B., Mendes, A. I. F., Pavan, C. C., Gorayeb, R. P. (2011). Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental (LaPICC-USP): Ensino-pesquisa-extensão no dia a dia da formação de psicólogos. *Revista Brasileira de Psicoterapia, 13(3*), 50-62.

Perfeito, H. C. C. S. & Melo, S. A. (2004). Evolução dos Processos de Triagem Psicológica em uma Clínica-Escola. *Estudos de Psicologia, 21(1*), 33-42.

Algumas Publicações dos Autores Relacionadas à Atividade de Estágio

Neufeld, C. B., & Cavenage, C. C. (2010). Conceitualização cognitiva de caso: uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6(*2*), 3-35.

Neufeld, C. B., Mendes, A. I. F., Pavan, C. C., Gorayeb, R. P. (2011). Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental (LaPICC): ensino-pesquisa-extensão no dia a dia da formação de psicólogos. *Revista Brasileira de Psicoterapias*, 13(*30*), 50-62.

PSICOLOGIA DA SAÚDE EM CONTEXTO HOSPITALAR: ATUAÇÃO DE ESTAGIÁRIOS EM UMA UNIDADE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

Érika Arantes de Oliveira-Cardoso
Lucas dos Santos Lotério
Juliana Tomé Garcia-Mareze
Ana Luísa Carvalho Guimarães
Breno César de Almeida da Silva
Manoel Antônio dos Santos

Neste capítulo apresenta-se uma visão panorâmica da estrutura e funcionamento institucional da disciplina-estágio *Psicoterapia Hospitalar*. Com uma história de 15 anos de existência, esse estágio tem contribuído para enriquecer a formação profissionalizante do estudante de Psicologia, por meio do aprimoramento de habilidades e competências que servem de subsídios para a atuação em Psicologia da Saúde no contexto hospitalar. Privilegia-se a formação *situada* no cenário de um serviço-escola, no qual se desenvolvem inúmeros programas de profissionalização e aprimoramento das diversas categorias de profissionais da área de saúde.

Com a inserção do aluno em um macro-hospital universitário de elevada complexidade, objetiva-se proporcionar-lhe uma experiência de imersão em ambiente comumente reconhecido como *locus* de dor e sofrimento humano, mas que na verdade é um lugar de acolhimento, aprendizado, cuidado e proteção à dignidade de pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade. Almeja-se contribuir com reflexões alimentadas pelo conhecimento acumulado na articulação entre ensino, pesquisa e extensão universitária, de modo a contribuir para ampliar o repertório de saberes e fazeres do futuro profissional de Psicologia, por meio do desenvolvimento de seus recursos de sensibilidade, empatia e reflexão crítica.

Fundamentos Teóricos e Técnicos

Pensar no futuro e fazer planos são experiências corriqueiras na vida das pessoas, que facilmente se envolvem na elaboração de projetos a curto ou longo prazo. No curto prazo pode-se pensar no que se vai poder realizar hoje no final do expediente, quando sair do trabalho. No médio prazo, podem ser planejadas as próximas férias. No longo prazo pode-se cogitar em como se vai financiar um imóvel, ou delinear os próximos passos de uma carreira profissional, ou realizar um projeto de existência na qual se assegure ter uma vida afetiva satisfatória, relações familiares e sociais que promovam o bem-estar psicológico e desenvolvimento pessoal.

Contudo, quando se recebe um diagnóstico de uma doença com prognóstico tão reservado como alguns tipos de câncer, o indivíduo acometido e sua família tendem a vivenciá-lo, muitas vezes, como uma interrupção da linha de continuidade da saúde. Por saúde entende-se um estado completo de bem-estar físico, mental e social, podendo causar sofrimento psíquico. Esse sofrimento está associado a perdas de sonhos e planos para o futuro, assim como o rompimento da crença ou mito de que doenças fatais só acontecem com os outros (Cardoso, & Santos, 2013).

O diagnóstico de uma doença neoplásica é um evento perturbador que aciona uma série de mecanismos de defesa, como negação, repressão, isolamento e racionalização. Ao receberem as más notícias, os familiares necessitam absorver e tentar superar pelo menos parte das emoções negativas que foram mobilizadas, reunindo suas forças restauradoras para reorganizar seu cotidiano e estabelecer maneiras diferentes de conduzir suas vidas dali por diante. Isso inclui ter disponibilidade para apreender novas habilidades e competências, assimilar conhecimentos médicos, desenvolver novas estratégias de enfrentamento e aprender a conviver com as

limitações infligidas pela doença que acomete o ente querido (Oliveira-Cardoso, Santos, Mastropietro, & Voltarelli, 2010).

A ameaça de separação ou morte pode, por si só, desencadear reações de luto. Segundo Fonseca (2014), uma família na qual um de seus integrantes recebe o diagnóstico de uma doença crônica ou terminal, vivencia diversos processos de lutos: o luto pessoal de cada indivíduo, o luto pela mudança na dinâmica familiar, o luto social, o luto religioso e o luto pela futura perda concreta. Tanto o indivíduo, como a sua família e seus vínculos sociais, vivenciam o sofrimento desencadeado pela notícia (comunicação do diagnóstico) e pela dor decorrente da percepção da perda iminente. Nesse momento impactante da vida familiar inicia-se o processo de perda do ente querido (*luto antecipatório*), pois o diagnóstico da doença maligna involucra o medo da finitude e induz reflexões sobre a brevidade da vida. Para muitas famílias o diagnóstico é convertido em uma autêntica "sentença de morte", e a antecipação da perda do familiar já começa a ser vivenciada nesse momento, assim como nos momentos delicados durante o período de internação (Cardoso, & Santos, 2013).

O luto antecipatório pode ser vivenciado tanto por familiares quanto pelo próprio paciente (nesse caso, é conceituado como *luto preparatório*), que passa por um processo muito particular de repensar a vida, permeado pela desestruturação promovida pelo diagnóstico e acompanhado de sentimento profundo de tristeza, quadros de intensa dor e alterações de humor (Strada, 2009).

Esse período, que abrange desde a suspeita e a descoberta dos primeiros sinais e sintomas da doença, que se segue com a confirmação diagnóstica e, posteriormente, o acompanhamento do paciente ao longo do tratamento, certamente impõe um conjunto de vivências altamente estressantes, que deixam os cuidadores familiares expostos e suscetíveis à elevada ansiedade. Durante o tratamento, o peso das rotinas rígidas estabelecidas por protocolos

que ignoram as particularidades de cada indivíduo, o tempo prolongado de confinamento e a necessidade de isolamento em um sistema diferenciado de internação colaboram para agravar esse sofrimento, sem contar as constantes previsões acerca de reações e efeitos colaterais que podem vir a ocorrer. As pressões físicas e psicológicas que os pacientes se veem obrigados a suportar acabam por colocar toda a sua trajetória de vida em perspectiva. Por outro lado, ao estresse e sofrimento persistentes se contrapõe a promessa de que tudo pode melhorar a partir do tratamento (Freitas, Oliveira-Cardoso, & Santos, 2017).

Na atualidade, a medicina dispõe de procedimentos arrojados para o tratamento de doenças onco-hematológicas (leucemias, anemias e linfomas) e autoimunes (escleroses, lúpus eritematoso, diabetes mellitus) como o Transplante de Medula Óssea (TMO), mais conhecido contemporaneamente como Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH). O objetivo do TCTH é curar doenças hematológicas malignas e benignas por meio da completa destruição da medula óssea, utilizando-se quimioterapia em altas doses e/ou radioterapia para, então, realizar a infusão de novas células-tronco de um doador (Beattie, & Lebel, 2011).

O procedimento é constituído por três fases ou estágios: (1) *Fase Pré-TCTH*: caracterizada pelo período de avaliação, objetiva confirmar a indicação dessa terapêutica e verificar a capacidade de o paciente suportar o procedimento; (2) *Fase do TCTH propriamente dito*: caracterizada pela internação do paciente na enfermaria para a realização do transplante. Essa etapa compreende as quimioterapias, a infusão da medula óssea e a recuperação da função hematopoética, período em que se espera que haja a "pega" (sucesso da infusão) da medula do doador no paciente. A quimioterapia faz com que o indivíduo fique imunossuprimido, necessitando de um quarto com isolamento de contato e respiratório a fim de prevenir infecções que poderiam eventualmente levá-lo à morte. (3) *Fase Pós-TCTH:* caracterizada pelo período de pós-internação, quando o paciente deve ficar próximo às redondezas do hospital por,

aproximadamente, 100 dias, para se submeter a consultas e exames necessários e ficar em observação, caso haja alguma emergência médica; após esse período, pode voltar para casa, mantendo retornos ambulatoriais cada vez mais espaçados para o acompanhamento regular da equipe (Oliveira-Cardoso et al., 2010).

O Pré-TCTH, estágio crucial do tratamento, caracteriza-se por ser o momento no qual todos os aspectos, positivos e negativos, do procedimento são discutidos por meio de entrevista que a equipe de saúde realiza com pacientes e familiares. Cuida-se para que eles estejam cientes dos riscos e benefícios, para que possam tomar a decisão de aceitar ou não a indicação de se submeterem ao TCTH (Crovador, Oliveira-Cardoso, Mastropietro, & Santos, 2013). É uma decisão complexa devido ao grau de incerteza que está envolvido nesse tipo de situação e às peculiaridades inerentes à complexidade da terapêutica, percebida de forma ambivalente tanto pelo paciente como pelos familiares, como um tratamento potencialmente salvador e, ao mesmo tempo, ameaçador da continuidade da vida do paciente em decorrência dos inúmeros riscos que comporta.

Tanto para o paciente, como para os familiares, o TCTH acena com uma perspectiva promissora de cura após a experiência crítica de receber o diagnóstico de uma doença de prognóstico reservado. Por outro lado, envolve riscos consideráveis, inclusive de morte iminente em decorrência das graves complicações que podem advir. Esse balanço entre eventuais benefícios e potenciais riscos precisa ser devidamente ponderado no processo de tomada de decisão (Matias, Oliveira-Cardoso, Mastropietro, Voltarelli, & Santos, 2011; Oliveira-Cardoso et al., 2010; Santos, Silva, Oliveira-Cardoso, Mastropietro, & Voltarelli, 2011). Considerando-se que a necessidade de tomada de decisão pelo TCTH acontece, muitas vezes, logo após o recebimento da comunicação do diagnóstico de uma doença potencialmente fatal, é esperado nesse período que pacientes e familiares vivenciem diversos lutos pelas perdas sucessivas, o que gera acúmulo

de sobressaltos e agravamento do sofrimento. As perdas variam desde as mais concretas e imediatas até as mais indeléveis e simbólicas, como o afastamento do cotidiano, o comprometimento das condições de saúde de que se desfrutava antes do acometimento, a perda de funcionalidade e capacidade laboral, os papéis sociais e os ataques à autoestima, sem contar a necessidade de abrir mão de sonhos, projetos e planos futuros.

Alguns dos fatores de risco associados ao TCTH são: longos períodos de acompanhamento médico, incluindo internações hospitalares periódicas, exposição recorrente a procedimentos médicos invasivos como quimioterapia e radioterapia, que desencadeiam efeitos colaterais debilitantes para os pacientes e estresse familiar, interrupção das atividades escolares e/ou ocupacionais, restrições de atividades de lazer, entre outras limitações que comprometem a qualidade de vida e o equilíbrio psicológico do indivíduo. Além disso, o paciente que será submetido ao tratamento está exposto a diversas alterações psicológicas e psiquiátricas, como sintomas de ansiedade, depressão, irritabilidade, medo de morrer, perda da motivação, além de alterações físicas decorrentes da própria toxicidade do tratamento, como alterações da função sexual, alopecia (perda de cabelos e pelos do corpo), desfiguramento, dor, escurecimento da pele, emagrecimento e edemaciamento.

Podem ocorrer ainda prejuízos cognitivos, acompanhados por flutuações no nível de consciência e percepção, comprometimento da capacidade de manter a atenção e concentração, desorientação, lapsos e falhas na memória, sintomas que podem ser desencadeados ou agravados pelo processo de internação, toxicidade medicamentosa e afastamento das atividades diárias (Guimarães, Oliveira-Cardoso, Mastropietro, Voltarelli, & Santos, 2010).

Frente às inúmeras situações adversas a que estão expostos, os pacientes frequentemente experimentam reações emocionais negativas, tais como: medo da ocorrência de recidiva, sensação de perda de controle sobre o que acontece em seu corpo, percepção da capacidade

física debilitada em decorrência do aumento da sensação de vulnerabilidade e o receio de investir em relacionamentos afetivos duradouros, por conta da incerteza quanto ao futuro e da evitação do desconforto de pensar na possibilidade de esterilidade adquirida como sequela do tratamento (Beattie, & Lebel, 2011).

Acompanhado o avanço do conhecimento sobre o processo saúde-doença-cuidado, a Psicologia se fortaleceu como importante ferramenta de intervenção nesse contexto conflagrado por emoções densas e contraditórias (Gimenez, Carvalho-Magui, & Carvalho, 2006), buscando compreender a rede complexa de interações entre o físico e o emocional, o adoecimento, o tratamento e as diferentes esferas da vida psíquica do indivíduo. Baseada no modelo biopsicossocial, a Psicologia utiliza os conhecimentos produzidos pelas ciências biomédicas e os seus próprios saberes voltados para a promoção e educação para a saúde, objetivando intervir com a população que se encontra em situação de extrema vulnerabilidade física e psicossocial, de modo a prevenir a exposição a riscos e, portanto, atuando antes que algum problema se instale.

Nesse contexto de rearranjos da vida cotidiana, que se tornam necessários para que se possa seguir adiante, o psicólogo se insere na equipe interdisciplinar como um profissional da escuta qualificada, cujo função é atenuar as dificuldades, prover necessidades e contribuir para a resolução de problemas de ajustamento apresentados pelo paciente e família, considerados como unidade de tratamento. Isso pode ser protetivo, seja facilitando o enfrentamento da doença, seja encorajando a melhor convivência possível com suas limitações ou, ainda, melhorando o estado psicológico, concorrendo para que ganhos possam ocorrer a nível orgânico, auxiliando assim o enfrentamento, recuperação e, quando for possível, cura; quando não for viável deter o processo de deterioração das condições clínicas, que se possa apoiar o paciente na realização dos seus últimos desejos e resolução de pendências, assegurando seu acesso aos cuidados de fim de vida para que tenha uma morte digna (Gimenez et al., 2006).

Objetivo do Estágio

O objetivo geral do estágio é propiciar ao estagiário a oportunidade de entrar em contato com a atuação profissional do psicólogo como integrante de uma equipe interdisciplinar de profissionais de saúde, no contexto de uma intervenção altamente especializada como o TCTH.

Pretende-se alcançar os seguintes objetivos específicos:

a) Apresentar ao aluno de Psicologia as possibilidades e limites de uma área ainda pouco explorada de atuação profissional, evidenciando a necessidade, bem como a possibilidade de oferecer suporte psicológico ao paciente e seus familiares nos diferentes estágios do transplante.
b) Oferecer ao aluno a oportunidade de aprender a atuar em equipe multidisciplinar, para que possa compartilhar saberes e fazeres, refletindo criticamente sobre as ações de saúde implementadas.
c) Proporcionar ao aluno a experiência de atuação em um contexto ambulatorial e hospitalar, muito diferente do habitual contexto de consultório.
d) Proporcionar a experiência de atuação junto aos pacientes: no momento em que são admitidos no serviço, antes do transplante (pré-TCTH), no período da internação na enfermaria para a realização do procedimento (TCTH propriamente dito) e nos retornos no Hospital-Dia (pós-TMO Imediato) e no ambulatório (Pós-TCTH tardio), com o propósito de atenuar a carga de limitações impostas pela doença em cada etapa do desenvolvimento do paciente.
e) Oferecer a oportunidade de atuação junto aos familiares dos pacientes: orientando, informando, apoiando o acompanhante e os doadores de medula, em geral irmãos do paciente.

f) Possibilitar oportunidade de vivenciar a atuação em diferentes contextos, por meio de entrevistas de avaliação, intervenções individuais e grupais, reuniões familiares e discussão dos casos, semanalmente, com a equipe.

Descrição das Atividades

O estágio de Psicologia Hospitalar é oferecido na Unidade de Transplante de Medula Óssea do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP), considerado um serviço de referência no cenário nacional. As atividades são desenvolvidas nos espaços do hospital, ambulatório Pré e Pós-TCTH, enfermaria e na Casa Dr. Júlio César Voltarelli, do Grupo de Apoio ao Transplantado de Medula Óssea (GATMO). As atividades são desenvolvidas nas modalidades individual e grupal e contemplam objetivos terapêuticos, informativos e lúdicos. Todas as intervenções dos estagiários são amparadas por dois tipos de supervisão, uma oferecida imediatamente após a realização da atividade e a cargo do supervisor do hospital, e uma realizada semanalmente com a supervisora vinculada à FFCLRP-USP.

Tabela 1.
Atividades Desenvolvidas pelos Estagiários de Psicologia nos Diferentes Espaços e Estágios do TCTH

Local	Atividades
Ambulatório: Pré-TCTH	1) Casos novos 2) Grupo de sala de espera 3) Avaliação do doador 4) Discussão clínica com a equipe 5) Grupo de Educação para Morte
Enfermaria: TCTH	6) Atendimento no leito 7) Reuniões de equipe 8) Grupos de acompanhantes 9) Musicalização 10) Projeto Dodói 11) Contação de histórias 12) Apoio na terminalidade 13) Participação em grupo reflexivo
Ambulatório: Pós-TCTH	14) Atendimentos individuais
Casa do GATMO: Pós-TCTH	15) Oficinas de atividades 16) Oficina de fotografia 17) Cine GATMO

Ilustração das Atividades

Ambulatório: Pré-TCTH

1) Casos Novos

A inserção dos estagiários do curso de Psicologia inicia-se com a admissão do paciente na unidade e a realização do chamado Caso Novo. A primeira entrevista com o paciente aborda questões relativas à história de vida e à trajetória de adoecimento e tratamento, sendo avaliado seu conhecimento e motivação para a realização do TCTH. Essa avaliação preliminar possibilitará a elaboração de um plano de intervenção psicológica que visa a auxiliar no enfrentamento das vivências emocionais e das alterações (físicas, relacionais, funcionais, ocupacionais e afetivas) que o paciente sofrerá em decorrência do procedimento. Uma entrevista similar é realizada com os familiares, com vistas a conhecer sua visão a respeito do ente querido adoecido e dos riscos e benefícios do TCTH. O roteiro abarca perguntas referentes ao modo como está estruturado o cotidiano, relacionamentos, trabalho, saúde, lazer, estado geral de saúde e planos futuros. Além disso, investiga-se a história de adoecimento e o papel do cuidador familiar no percurso de tratamento da pessoa acometida.

2) Grupo de Sala de Espera

Privilegiando-se a modalidade grupal, essa estratégia de atendimento é oferecida aos pacientes que estão chegando no serviço. O grupo de apoio psicológico acontece em uma sala apropriada do ambulatório, com frequência semanal e duração de 50 minutos. Coordenado por uma equipe formada por psicólogos e estagiários de Psicologia, o grupo é aberto e composto pelos pacientes disponíveis no momento. Constitui-se como um espaço para a expressão das

reações do luto antecipatório, como as manifestações de vivências iniciais de choque, passando pela negação, ambivalência, momentos de revolta e posterior barganha, fases de depressão e enfim aceitação e adaptação da situação que não se pode modificar. A experiência acumulada até o presente mostra que o espaço grupal se configura como um dispositivo privilegiado no cuidado emocional de pacientes que vivenciam sofrimento desencadeado pelo diagnóstico de uma doença potencialmente fatal (Oliveira-Cardoso et al., 2009).

3) Avaliação do Doador de Medula Óssea

Para a realização dos transplantes alogênicos há necessidade de um doador de medula. Em geral esse papel é atribuído ao irmão do paciente. Sobre os ombros desse irmão pesa a responsabilidade de assumir um papel central na possível recuperação do paciente. Estudo realizado na Unidade concluiu que, para os doadores relacionados, consistem em eventos estressores tanto o adoecimento como o tratamento do irmão acometido e a responsabilidade de doar a medula (Oliveira-Cardoso et al., 2010). Nesse contexto, os estagiários acolhem o paciente e realizam entrevistas para avaliar o nível de informação, motivação e estado emocional do doador, identificando suas necessidades e oferecendo apoio emocional para aqueles que mostrarem vulnerabilidade acentuada.

4) Discussão com a Equipe

Uma vez que a equipe define que o paciente tem indicação e apresenta condição clínica necessária para a realização do TCTH, a equipe se reúne para traçar o plano terapêutico. Nesse momento, consolida-se a escolha do acompanhante familiar e do doador de medula óssea (Oliveira-Cardoso et al., 2009). A inclusão dos estagiários nessa atividade tem o propósito de possibilitar o contato com saberes e práticas relacionadas ao processo de tomada de decisão por

uma equipe formada por médico, enfermeiro, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, psiquiatria interconsultor e psicólogo.

5) Participação em Grupo de Educação para Morte

A oferta do Grupo de Educação para Morte tem sido uma tentativa de preencher uma lacuna importante da formação acadêmica na área da saúde, trazendo à tona temas que geralmente são negligenciados, como o processo de morrer, atitudes frente à morte, cuidados paliativos, luto do profissional, dentre outros (Oliveira-Cardoso, & Santos, 2017). Os estagiários participam de encontros semanais, juntamente com outros alunos que desenvolvem atividades em outros contextos da instituição hospitalar. É coordenado pela supervisora responsável pelo estágio, com o apoio dos demais supervisores locais. As atividades incluem: aulas expositivas, discussão de casos clínicos e atividades vivenciais. Os grupos acontecem durante todo o período de realização do estágio, em uma sala de aula no espaço do próprio hospital.

Enfermaria: TCTH

6) Atendimento no Leito

Essa modalidade de acompanhamento psicológico é oferecida pelos estagiários a pacientes internados na Unidade de TMO e ocorre dentro do quarto da enfermaria, uma vez que o adoecido se encontra em situação de isolamento respiratório devido à imunidade deficiente provocada pelo tratamento. Tem uma frequência variada, de uma a cinco vezes por semana, conforme a demanda. O tempo também varia de acordo com a necessidade do paciente e pode se estender até uma hora. Cada estagiário fica responsável pelo atendimento de, no mínimo, dois pacientes. O atendimento na enfermaria tem por objetivos, segundo Oliveira-Cardoso et al.

(2009): auxiliar na assimilação do universo próprio da doença e do tratamento, promover o reconhecimento dos sentimentos despertados pelo tratamento, ressignificar o sentido de vida e a transformação de projetos; elaboração de estratégias pessoais e sociais para o enfrentamento da atual experiência.

7) Reuniões Clínicas com a Equipe Interdisciplinar

Em um contexto no qual se trabalha em uma unidade de elevado estresse e sujeita a considerável mortalidade de pacientes, a sinergia e entrosamento dos membros da equipe configura-se como uma necessidade indispensável (Oliveira-Cardoso, & Santos, 2017). Em um ambiente no qual o agravamento clínico e a morte do paciente são vivências rotineiras, o exercício da conversação diária ajuda a evitar as chamadas de silenciamento, que se configuram como lacunas na comunicação profissional-paciente, profissional-família e entre os próprios profissionais (Penello & Magalhães, 2010). Dessa forma, instituiu-se uma reunião diária da equipe interdisciplinar com duração de duas horas, para discussão de condutas e o compartilhamento de tomada de decisões clínicas.

8) Grupo de Acompanhantes

Trata-se de um espaço de apoio emocional disponibilizado a todos os acompanhantes (familiares ou cuidadores) de pacientes que estão internados em uma das duas Unidades de TMO da instituição hospitalar. Ocorre semanalmente, com duração de 50 minutos, e é coordenado pelas duas psicólogas do serviço juntamente com os dois estagiários, em uma sala própria do serviço de Psicologia do TMO. Essa modalidade de atendimento se mostra relevante, uma vez que os participantes podem experimentar catarse, compartilhar experiências e sentimentos com outras pessoas que estão vivenciando a mesma situação, sentem-se compreendidos e amparados

por alguém da equipe, demonstrando modificação no cuidado do paciente e renovação do sentimento de esperança. O fato de os acompanhantes se sentirem acolhidos aumenta sua sensibilidade às necessidades emocionais dos pacientes, favorecendo o desempenho da tarefa do cuidar e acolher, contribuindo assim para o reforço de atitudes firmes (não ambíguas) e de uma postura mais empática face ao sofrimento alheio (Oliveira-Cardoso et al., 2003).

9) Musicalização

A intervenção musical na área da saúde não tem sido uma prática utilizada apenas por musicoterapeutas. Outros profissionais (da saúde e músicos) utilizam a música, respectivamente, como mais um recurso em suas práticas profissionais e apresentações musicais nos hospitais (Silva Júnior, 2012). Nessa proposta de finalidade humanizadora, a música destaca-se como meio para a melhoria da qualidade de vida do paciente internado no hospital, assim, o paciente passa a possuir um papel ativo na busca de sua melhora e alta hospitalar. Atividades como cantar, tocar um instrumento e ouvir música podem exercer um papel terapêutico e melhoria da qualidade de vida do indivíduo (Dóro et al., 2015).

A musicalização é oferecida pelos estagiários no TCTH para adolescentes e adultos que estão em vias de serem submetidos ao transplante. Após cada intervenção o aluno redige um diário de campo, que é levado para a supervisão. Nesse momento a atividade implementada é avaliada e programada a próxima. O encerramento do projeto é selado simbolicamente pela entrega de um CD, que contém as gravações das músicas que foram cantadas na enfermaria.

10) Projeto Dodói

Há uma demanda crescente de crianças com indicação para o TCTH no HC-FMMRP-USP e considerável possibilidade de melhora emocional e cognitiva devido à estimulação do

brincar no hospital. Por esses motivos, os estagiários participam do "Projeto Dodói", que nasceu da união do Instituto Maurício de Sousa e Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALE. O projeto tem por objetivo alcançar crianças hospitalizadas com câncer, em situações nas quais o tratamento atravessa longas etapas de internação, em uma tentativa de amenizar o sofrimento e integrar a criança e seus familiares ao tratamento (Cardoso, Mastropietro, Voltarelli, & Santos, 2009). O material do Programa Dodói consiste em um *kit* que inclui um boneco (Mônica ou Cebolinha), gibi, revista de atividades, jogo da memória e de trilha, cartões de sensações e sentimentos, escala de dor e cartazes. Esses recursos contribuem para a execução do trabalho dos profissionais de saúde, auxiliando-os na vivência do lúdico (Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia - ABRALE, 2014).



Figura 1. Material do Projeto Dodói (Fonte: ABRALE)

11) Contação de Histórias

O contato com histórias no ambiente hospitalar pode funcionar como mediador entre as crianças e seus conflitos. São recursos ludo-terapêuticos utilizados para que as crianças lidem melhor com as adversidades, uma vez que entram em contato com outro mundo, utilizam a sua imaginação para sair do hospital e ir muito além. Dessa forma, a criança aceita e percebe o que

está acontecendo consigo, compartilha suas dores, alegrias, conhecimentos e repensa sua condição de vida e estadia no hospital, tornando-a mais feliz e agradável, contribuindo, ainda, para a criação de um ambiente hospitalar mais humanizado, fazendo da criança o foco de atenção e não apenas sua enfermidade (Costa, Cadore, Lewis, & Perrone, 2013).

No projeto de Contação de Histórias, os estagiários trabalham com contos clássicos e também com histórias modernas, sempre com o auxílio do livro e de um material complementar (dedoches, fantoches, bonecos e marionetes), de fácil manuseio e higienização, uma vez que foram confeccionados, preferencialmente, em E. V. A., pela contadora de histórias. Durante as contações, as atividades desenvolvidas são avaliadas por meio do diálogo e da reflexão diante de cada fato ocorrido, como aquilo de que a criança mais gostou ou menos gostou, quais os personagens preferidos e quais alterações faria nas histórias.



Figura 2. Boneca confeccionada após a leitura do livro Selou&Maya

12) Apoio na Terminalidade

Essa modalidade se refere à assistência psicológica oferecida no processo de morrer e suas implicações para a definição de estratégias que auxiliem o paciente a enfrentar a paisagem desoladora e elaborar experiências emocionais intensas e inusitadas, vivenciadas no estágio anterior à morte (Oliveira, Santos, & Mastropietro, 2010). São intervenções realizadas junto ao paciente e ao seu familiar/acompanhante durante o agravamento da condição clínica, quando se

torna clara a limitação das possibilidades terapêuticas. Os estagiários também realizam atendimentos pós-morte, dando suporte ao familiar no momento em que o luto se instaura. Essa é sem dúvida a atividade do estágio que mais exige do terapeuta iniciante, tanto do ponto de vista técnico como emocional, e nesse contexto o já referido Grupo de Educação para Morte é um recurso fundamental para assegurar a qualidade do trabalho e a manutenção da saúde mental dos estagiários.

13) Participação em Grupos Reflexivos

Trata-se de um grupo voltado para acolhimento de toda a equipe interdisciplinar, coordenado por um psiquiatra interconsultor, que busca auxiliar na adaptação ao estresse contínuo inerente ao trabalho na Unidade de TMO, melhorar a coesão da equipe, educar os profissionais em relação aos aspectos psicodinâmicos dos pacientes e discutir os conflitos internos da equipe. Os grupos acontecem semanalmente na própria enfermaria da Unidade, e os estagiários participam dessas atividades desde o início do estágio (Oliveira et al., 2009). Para os alunos, esse espaço se configura como instrumento privilegiado para expressão e elaboração dos afetos, bem como fortalecer a coesão e melhorar a comunicação com o restante da equipe.

Ambulatório: Pós-TCTH

14) Atendimentos Individuais no Ambulatório

Quando o paciente recebe alta da enfermaria inicia um período de visitas diárias ao ambulatório, em uma frequência que pode variar de uma a sete vezes por semana, conforme a necessidade de cada um. Essa etapa se estende até 100 dias após o transplante. O atendimento psicológico no ambulatório é oferecido pelos estagiários a pacientes e acompanhantes e acontece

tanto na sala de espera como em consultório privado no ambulatório. Esse é um momento em que o paciente ainda apresenta importante fragilidade física e emocional, podendo se beneficiar do acompanhamento psicológico que busca compreender e auxiliar no reconhecimento de sentimentos após a realização do TMO, identificar as mudanças ocorridas, tanto concretas como subjetivas, e promover estratégias de reabilitação psicossocial (Cardoso et al., 2009).

Casa do GATMO: Pós-TCTH

15) Oficinas de Atividades no GATMO

Ao considerar todas as modificações sofridas ao longo do tratamento, sejam físicas ou psicológicas, em decorrência do deslocamento de cidade, afastamento do núcleo familiar e de seu círculo social, as oficinas visam a estimular a socialização e a troca de experiências entre pacientes e acompanhantes, facilitando a expressão de sentimentos e anseios reprimidos, sobretudo em relação ao medo da morte ou da separação, às incertezas quanto ao futuro e ao novo modo de vida a ser adotado (Prado, Oliveira-Cardoso, Zuben, & Santos, 2015).



Figura 3. Atividade de festa junina realizada na Oficina

As oficinas de atividades no GATMO são realizadas semanalmente, com duração de duas horas. Utiliza jogos, artesanatos, leituras e atividades circenses. As oficinas são coordenadas por estagiários e bolsistas de Psicologia, e frequentadas por familiares de pacientes transplantados. No decorrer de um ano, os estagiários coordenam cerca de 80 oficinas, atendendo em média 50 participantes, dentre pacientes e acompanhantes, de diferentes idades, procedências e diagnósticos.

16) Oficina de Fotografia no GATMO

Muitos estudos indicam que a fotografia é um recurso facilitador da investigação da subjetividade. Ao analisar uma imagem, nosso pensamento a transforma em parte de um contínuo, funcionando como um gatilho para os momentos que vieram antes e depois daquele

instante, o que gera margem para diferentes interpretações e facilita a produção de sentido. Indo além de somente analisar a imagem, ao se produzir a fotografia estimula-se ainda mais o conteúdo subjetivo do participante e ampliam-se as formas de produção de conhecimento sobre si e o mundo (Justo, & Vasconcelos, 2009). Aliada ao movimento reflexivo, espera-se que a mediação da fotografia seja uma facilitadora da expressão emocional dos participantes (Gil & Tardivo, 2011).

Nesse cenário os estagiários desenvolvem o projeto de fotografia, que consiste em incentivar o paciente a fotografar livremente atividades e cenas do seu dia-a-dia. Semanalmente, conversa-se com ele sobre as fotos e é realizada uma seleção das mais significativas para o paciente. No final do processo é elaborado um álbum contendo as fotos selecionadas.



Figura 4. Destaque para o primeiro dia em que saiu do quarto no álbum de fotografia.

17) Cine GATMO

O Cine é mais uma oportunidade para o contato entre o grupo de pacientes e o grupo de familiares que frequentam o serviço. O principal intuito é de abrir brechas para a vivência do lúdico, visando a facilitar a expressão de sentimentos e anseios reprimidos, sobretudo em relação ao medo da morte ou da separação, às incertezas quanto ao futuro e ao novo modo de vida a ser

adotado (Campos et al., 2007). Os filmes são escolhidos pelos pacientes e acompanhantes, e a discussão pós-exibição é coordenada pelos estagiários, que já terão assistido previamente ao filme e preparado um roteiro com temas disparadores para animar a conversação do grupo. Constata-se que esse espaço se configurou como um momento de interação social para pacientes e familiares, e de possiblidade de expressão de opiniões e sentimentos muitas vezes até então reprimidos.

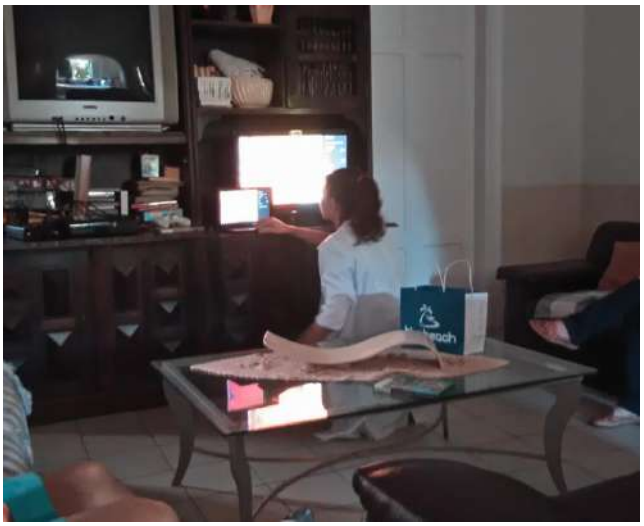


Figura 5. Estagiária coordenando as atividades do Cine GATMO.

Considerações Finais

O estágio de Psicologia Hospitalar, oferecido junto à Unidade de Transplante de Medula Óssea, é uma rica oportunidade de inserir o aluno de graduação no ambiente hospitalar e capacitá-lo para realizar atendimentos, tanto individuais quanto em grupo, abrangendo pacientes, familiares e equipe interdisciplinar. O cuidado psicológico tem por propósito acolher e proporcionar maior conforto e entendimento das situações críticas e experiências difíceis de dor e sofrimento humano, como o adoecimento, as questões relacionadas à consciência da finitude, a reorganização dos papéis familiares, a interrupção da rotina e projetos de vida, a convivência com a cronicidade, os desafios da adesão ao tratamento, dentre outros.

Respaldado teoricamente em uma perspectiva psicodinâmica, o estágio de Psicologia Hospitalar proporciona, para alunos e pacientes, maior flexibilidade do *setting* terapêutico, tão importante em situações de atendimento clínico, mas que precisa ser repensado dentro da realidade hospitalar, uma vez que assistência oferecida nesse contexto obedece a uma dinâmica diferente, sendo realizados em diferentes locais dentro do hospital e com durações que podem também variar conforme as necessidades do cliente a cada dia.

O cuidado integral inclui as dimensões corporal, psicológica, social e espiritual, que atravessam o cotidiano de cada indivíduo e seus familiares. No contexto hospitalar, a principal modalidade de atendimento é a individual, a depender do grau de limitação de cada paciente, mas geralmente acontece em um espaço que não foi pensado exclusivamente para atender essa necessidade. Os atendimentos acontecem no leito, em consultórios médicos, na sala de espera, e até mesmo nos corredores do hospital, quando não há possibilidade de desfrutar de um ambiente reservado. Algumas das flexibilidades necessárias nesse *setting* envolvem não apenas o local do atendimento, mas também as possíveis interrupções que podem acontecer durante o seu

andamento, uma vez que a equipe de saúde, da qual o psicólogo faz parte, pode necessitar realizar procedimentos e consultas com o paciente.

Além disso, o estágio também proporciona contato com a teoria do luto e as vivências singulares da situação de terminalidade, uma vez que, ao serem inseridos nesse ambiente, é bastante provável que os estagiários entrarão em contato com a morte, tanto física – quando o paciente vem a óbito – quanto abstrata – quando, apesar de sua existência corporal, o paciente já não exprime mais vontade de continuar vivo. Aqui é pertinente lembrar que "não estar morto não é estar vivo" (E. E. Cummings). Então é parte da missão da Psicologia no contexto hospitalar buscar acrescentar vida ao tempo que resta ao paciente que vivencia por exemplo a situação de terminalidade, proporcionando-lhe qualidade de morte.

Essas vivências são acompanhadas de perto pelos supervisores, que prestam todo o suporte necessário para que os estagiários encarem essas etapas como sendo partes inerentes ao processo do adoecimento. São realizadas reuniões de supervisão, leitura de textos, exposição e discussão de casos, além do oferecimento de uma disciplina que se propõe a debater as questões que podem emergir durante os atendimentos.

Ao realizar esse estágio o aluno tem a oportunidade de adquirir habilidades e competências importantes para a prática profissional, como resiliência para mudar e flexibilizar atendimentos conforme as necessidades do paciente e da equipe; empatia, uma vez que, ao se colocar no lugar do outro, é capaz de pensar condutas adequadas conforme cada etapa da internação; capacidade de compreender e falar sobre a terminalidade, o luto e a morte de forma serena, calorosa e acolhedora, uma vez que são temas que acompanharão a prática profissional do psicólogo, bem como estarão presentes em outras áreas de sua vida; aprender a trabalhar em equipe multi e interprofissional, que na Unidade de TMO é composta por médicos, enfermeiros, psiquiatra, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, dentista e psicólogos, além do aprendizado

sobre o funcionamento do ambiente hospitalar e dos processos e procedimentos que acompanham a rotina de uma unidade de transplante de medula óssea.

Referências

Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia - ABRALE (2014). Projeto Dodói. Disponível em http://projetododoi.com.br/. Recuperado em junho de 2018.

Beattie, S., & Lebel, S. (2011). The experience of caregivers of hematological cancer patients undergoing a hematopoietic stem cell transplant: a comprehensive literature review. *Psycho-Oncology, 20*(11), 1137-1150.

Campos, E. M. P., Rodrigues, A. L., Machado, P., & Alvarez, M. (2007). Intervenção em grupo: experiência com mães de crianças com câncer. *Psicologia em Estudo* (Maringá), *12*(3), 635-640.

Cardoso, E. A. O., Mastropietro, A. P., Voltarelli, J. C., & Santos, M. A. (2009). Qualidade de vida de sobreviventes do Transplante de Medula Óssea (TMO): um estudo prospectivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *25*(4), 621-628.

Cardoso, E. A. O., & Santos, M. A. (2013). Luto antecipatório em pacientes com indicação para o transplante de células-tronco hematopoéticas. *Ciência & Saúde Coletiva, 18*(1), 2567-2575.

Costa, A. M., Cadore, C., Lewis, M. S. R., & Perrone, C. M. (2013). Oficina terapêutica de contos infantis no CAPSi: relato de uma experiência. *Barbarói, 38*(1), 235-249.

Doro, M. P. P., Pelaz, J. M., Doro, A. C., Antonechen, A. C., Malvezzi, M., Bonfim, C. M. S. et al. (2015). Psicologia e musicoterapia: uma parceria no processo psicoativo dos pacientes do Serviço de Transplante de Medula Óssea. *Revista da SBPH*, *18*(1), 105-130.

Fonseca, J. P. (2014). Luto antecipatório: situações que se vive diante de uma morte anunciada. In F. S., Santos (Org.), *Tratado brasileiro sobre perdas e lutos* (pp. 145-154). São Paulo: Atheneu.

Freitas, I. S., Cardoso, E. A. O., & Santos, M. A. (2013). Espiritualidade e religiosidade em mães de crianças com câncer hematológico. *Psicologia em Estudo* (Maringá)*, 22*(1), 433-447.

Gil, C. A., & Tardivo, L. S. L. P. C. (2011). A oficina de cartas, fotografias e lembranças como intervenção psicoterapêutica grupal com idosos. *Mudanças: Psicologia da Saúde*, *19*(1), 19-30.

Gimenez, M. G., Carvalho – Magui, M. M. M. J., & Carvalho, V. A. (2006). Um pouco da história da Psico-oncologia no Brasil. In V. A. Angerami-Camon (Orgs.), *Psicologia da Saúde: Um novo significado para a prática clínica* (pp. 48-72). São Paulo: Pioneira.

Guimarães, F. A. B., Cardoso, E. A. O., Mastropietro, A. P., Voltarelli, J. C., & Santos, M. A. (2010). Impact of autologous hematopoetic stem cell transplantation on the quality of life of patients with multiple sclerosis. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 68*(1), 522-527.

Justo, J. S., & Vasconcelos, M. S. (2009). Pensando a fotografia na pesquisa qualitativa em Psicologia. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, 9*(3**)**, 766-774.

Oliveira, E. A., Santos, M. A., & Mastropietro, A. P. (2010). Apoio psicológico na terminalidade: ensinamentos para a vida. *Psicologia em Estudo* (Maringá)*, 15*(2), 235-244.

Oliveira, E. A., Santos, M. A., Mastropietro, A. P., Souza, V. P., Camargo, C. B., Matos, R. N. . . . et al. (2003). Grupo de apoio ao familiar do transplantado de medula óssea. *Revista da SPAGESP*, *4*(4), 52-62.

Oliveira-Cardoso, E. A., & Santos, M. A. (2017). Grupo de Educação para a Morte: uma estratégia complementar à formação acadêmica do profissional de saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *37*(2), 500-514.

Oliveira-Cardoso, E. A., Santos, M. A., Mastropietro, A. P., Sponholz Jr, A., & Voltarelli, J. C. (2009). Intervenções da psicologia, psiquiatria e terapia ocupacional no transplante de células-tronco hematopoéticas. In J. C. Voltarelli, R. Pasquini, & E. T. T. Ortega (Orgs.), *Transplante de células-tronco hematopoéticas* (pp. 1099-1118). São Paulo: Atheneu.

Oliveira-Cardoso, E. A., Santos, M. A., Mastropietro, A. P., & Voltarelli, J. C. (2010). Bone marrow donation from the perspective of sibling donors. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 18*(5), 911-918.

Penello, L., & Magalhães, P. (2010). Comunicação de más notícias: Uma questão se apresenta. In Instituto Nacional de Câncer (INCA), Coordenação Geral de Gestão Assistencial (Org.), *Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde* (pp. 23-26). Rio de Janeiro: INCA.

Prado, F. A. C., Oliveira-Cardoso, E. A., Zuben, B. V. V., & Santos, M. A. (2015). Oficinas de atividades: reconstruindo o cotidiano de pacientes submetidos ao TMO. *Revista Cultura e Extensão da USP*, *12*(1), 86-96.

Silva Júnior, J. D. (2012). Música e saúde: a humanização hospitalar com objetivo da educação musical. *Revista da ABEM, 20*(90), 171-18.

Strada, A. E. (2009). Grief, demoralization, and depression: diagnostic challenges and treatment modalities. *Primary Psychiatry*, *16*(5), 49-55.

Algumas Publicações dos Autores Relacionadas à Atividade de Estágio

Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS-USP-CNPq. Diretório do Grupo de Pesquisa CNPq. Disponível em: http://dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/2603512781293779

Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS. Disponível em: http://sites.usp.br/lepps/

Peres, R. S., & Santos, M. A. *A exclusão do afeto e a alienação do corpo: Contribuições da psicossomática psicanalítica para a compreensão da personalidade de pacientes com indicação para o Transplante de Medula Óssea.* São Paulo: Vetor, 2006.

http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n2/a02v15n2.pdf

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932017000200500&script=sci_abstract&tlng=pt

http://www.revistas.usp.br/rce/article/view/97601

PSICOPATOLOGIA E SAÚDE MENTAL: PRÁTICAS PSICOLÓGICAS NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Clarissa Mendonça Corradi-Webster
Marcus Vinicius dos Santos
Cristiana Nelise de Paula Araujo
Eduardo Augusto Leão

Este capítulo tem por objetivo descrever parte da formação profissional em saúde mental e psicopatologia oferecida aos estudantes de psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. Serão descritas as atividades de dois estágios profissionalizantes desenvolvidos nos Centros de Atenção Psicossocial II e III (CAPS II e CAPS III), nomeados respectivamente de "Práticas Psicológicas em Psicopatologia no Contexto da Saúde Pública: Centros de Atenção Psicossocial II" e "Práticas Psicológicas em Psicopatologia no Contexto da Saúde Pública: Centro de Atenção Psicossocial III – diagnóstico, planejamento e intervenção terapêutica". Iremos inicialmente apresentar o contexto da saúde mental brasileiro em que esta formação vem ocorrendo, destacando o papel do psicólogo. Depois apresentaremos os objetivos do estágio, o histórico deste e as atividades desenvolvidas.

Introdução

A Reforma Psiquiátrica brasileira teve início por volta dos anos 1970, influenciada por diferentes movimentos internacionais e buscou transformar a relação da sociedade com as experiências consideradas como "loucura". Segundo o Ministério da Saúde (2005), a Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo compreendido como um conjunto de

transformações de práticas, saberes e valores culturais e sociais sobre a loucura que se dá no cotidiano das relações. Para Amarante, "a reforma psiquiátrica vem transformando, desde então, a relação entre a sociedade e a loucura, questionando não só as instituições psiquiátricas vigentes, mas também os conceitos e saberes que dão fundamento e legitimidade a tais práticas" (Amarante, 2007, p. 13).

Deste modo, o campo de saúde mental vem passando por transformações, na busca da construção de um novo modelo de cuidado por meio do processo de desinstitucionalização, do fortalecimento de uma rede de serviços de saúde comunitários e da superação dos paradigmas da clínica psiquiátrica (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2013). A Reforma ganhou força após a publicação da Lei n. 10.216 (2001), que dentre outras regulamentações, definiu que as internações devem ser tratadas como medidas excepcionais e que a atenção à saúde mental deve ser oferecida, principalmente, pelos dispositivos extra-hospitalares.

Nesse contexto, foram propostos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), regulamentados pela Portaria n. 336, publicada pelo Ministério da Saúde em 2002, que definiu de forma mais sistemática os procedimentos que devem ser realizados pelas diferentes modalidades de CAPS (Brasil, 2004a). Segundo essa portaria, eles devem oferecer cuidados às pessoas que apresentem algum diagnóstico de transtorno psiquiátrico severo e persistente, incluindo pessoas que façam uso abusivo de álcool e outras drogas, sobretudo, sem serem afastadas de sua comunidade (Brasil, 2004a). Foram instituídos com o objetivo de superar o modelo manicomial, integrando os serviços da rede pública de saúde comunitária por meio da oferta de cuidados particularizados ao paciente. São colocados como serviços estratégicos na construção de espaços inclusivos e de convivência entre família, comunidade e usuários (CFP, 2013).

Nesse sentido, compreende-se como papel dos CAPS promover a autonomia, cidadania e valorização da subjetividades dos usuários, reduzindo a estigmatização e o encaminhamento dos

usuários para internações. Para isto, estes equipamentos buscam oferecer cuidados clínicos, reabilitação psicossocial e reinserção social a partir do acesso ao trabalho, lazer, educação, esporte, direitos civis e fortalecimento vínculos sociais e familiares (Brasil, 2004b).

Os CAPS são serviços de "portas abertas" e inseridos na comunidade, funcionando de modo que a pessoa que procura atendimento não precisa ser encaminhada pela rede de saúde. Durante o atendimento o profissional buscará conhecer as particularidades da sua trajetória e construir, com cada usuário, um projeto terapêutico singular (PTS), delineando quais atividades ele desenvolverá dentro e fora do CAPS de acordo com suas necessidades e seu contexto. Considerando o quadro clínico, o contexto e a rede de apoio social do usuário, será definido se ele realizará atendimento intensivo (acompanhamento diário), atendimento semi-intensivo (acompanhamento alguns dias da semana) ou não-intensivo (realização de atividades pontuais e dispersas no mês).

O CAPS II apresenta estrutura para oferecer atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Geralmente o atendimento ocorre no período diurno durante os dias úteis da semana e, a critério da gestão local, também pode apresentar atendimento noturno até as 21:00 horas. Essa modalidade de CAPS desenvolve diversas atividades, como atendimento individual e grupal, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento para familiares, atividades comunitárias com intuito de promover a reinserção social da pessoa, além de oferecer refeições para aquelas pessoas que permanecem em atendimentos nos serviço por pelo menos quatro horas. Para desempenhar estas atividades o CAPS II deve dispor de equipe multidisciplinar (Brasil, 2004a).

Por sua vez, o CAPS III deve ser instalado em municípios com população acima de 200.000 habitantes, oferecendo atenção durante 24 horas todos os dias da semana, incluindo feriados. Além das atividades desenvolvidas pelo CAPS II, realiza acolhimento noturno e

funciona também durante feriados e finais de semana, contando com até cinco leitos. O acolhimento noturno é indicado em situações em que há alguma desorganização psíquica grave ou para prevenir alguma crise. Nestes casos o paciente pode permanecer no máximo sete dias consecutivos em acolhimento noturno ou dez dias dentro do prazo de um mês. Sua equipe técnica deve ser composta por equipe multidisciplinar (Brasil, 2004a).

Para fortalecer a construção de um trabalho em rede em saúde mental, em 2011 o Ministério da Saúde implementou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), visando maior alinhamento dos CAPS com os princípios e equipamentos de saúde já existentes no Sistema Único de Saúde (SUS). Os objetivos da RAPS são: ampliar o acesso da população em geral à atenção psicossocial, promover o acesso dos usuários e seus familiares aos pontos de acesso; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado, o acompanhamento e o atendimento às urgências (Portaria Ministerial n. 3.088, 2011).

Em relação à inserção da Psicologia na construção de políticas públicas de saúde mental, destaca-se a importância da participação dos profissionais psicólogos em movimentos sociais tais como o Movimento pela Reforma Sanitária, fundamental para a criação do SUS, e o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, que influenciou o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, sendo que ambos contribuíram para a conformação de uma rede de serviços extra-hospitalares de saúde mental (CRP, 2013). Além disto, o profissional psicólogo está presente em diferentes equipamentos da RAPS e em número grande nos CAPS, onde ocupa tanto a função técnica quanto de gestão.

Para este trabalho, o psicólogo deve estar preparado para acolher o sofrimento vivenciado pelo usuário e por seus familiares que procuram atendimento. Para isto, deve ter como habilidade o olhar integral para a pessoa que procura o serviço, sua história de vida, o

contexto social e cultural em que ela está inserida, sua inserção no mercado de trabalho e sua rede de apoio social e familiar. Ou seja, o profissional deve estar habilitado a olhar para além da doença e limites do paciente. Isto não significa negar a existência da doença, mas entender que o enfoque na doença pode limitar as possibilidades de transformações promovidas pelo paciente. Nesse sentido, é importante que o profissional tenha um olhar apreciativo, buscando investigar e compreender os recursos e potencialidades do paciente para promover mudanças em sua vida.

Outra habilidade do psicólogo refere-se ao conhecimento a respeito da rede de atenção psicossocial de seu município, composta pelos demais serviços da rede de saúde, bem como pelas escolas, associações de bairro, praças, espaços de esportes, cooperativas, rede de assistência social, dentre outros. Esse conhecimento é fundamental para articulação da rede por meio de encaminhamentos e do desenvolvimento de parcerias. Além disso, o psicólogo deve estar atento quanto às pessoas que compõem a rede social do usuário, identificando familiares, vizinhos ou amigos que possam apoiá-lo durante o tratamento e possibilidades de criação de novos vínculos ou mesmo de resgate de laços sociais.

O trabalho multidisciplinar desenvolvido pelas equipes multiprofissionais também é valorizado nos CAPS, pois permite o cuidado integral do usuário a partir da contribuição de diferentes áreas do conhecimento na reflexão sobre as necessidades de cada usuário. Isso demanda do psicólogo habilidades de comunicação e de articulação de ações com os outros profissionais da equipe.

Uma das contribuições dos psicólogos para o trabalho desenvolvido pelos CAPS é a compreensão do diagnóstico sustentado pelos conhecimentos referentes à psicopatologia. O diagnóstico deve ser entendido como recurso que aponta as potências do usuário para promover mudanças em sua vida e aponta para as possibilidades de práticas a serem desenvolvidas pela equipe para ajudá-lo a promover tais mudanças, sendo útil na construção do Projeto Terapêutico

Singular (PTS) com o paciente. Nesse sentido, o diagnóstico não determina quem é a pessoa atendida e o seu futuro, pois como afirmou Basaglia (1985), é preciso colocar a doença entre parênteses a fim de direcionar o foco para a pessoa e sua história. Assim, o psicólogo deve desnaturalizar uma prática tradicional centralizada no diagnóstico da doença para tratar o problema, sem considerar o contexto cultural e histórico em que o paciente está inserido, sua subjetividade e sua história de vida.

Estes serviços consideram que o tratamento deve ser em ambiente comunitário, de forma integrada à cultura local e articulada com diferentes redes intersetoriais, apresentando iniciativas que possam atender às múltiplas necessidades das pessoas atendidas, com ênfase na reabilitação e reinserção social das mesmas (CFP, 2013). Nesse sentido, as técnicas psicoterapêuticas são recursos importantes no processo de reabilitação psicossocial, reinserção social e emancipação da pessoa atendida pelo CAPS. Por meio da escuta cuidadosa e sem julgamentos morais da história de vida e do sofrimento do usuário, pode-se construir o vínculo terapêutico entre usuário e profissionais do serviço, contribuindo para que o usuário possa refletir sobre mudanças em sua vida.

Outra habilidade fundamental para o trabalho do psicólogo no CAPS é seu compromisso ético, perpassado pelo entendimento de que não se pode afirmar que as práticas produzidas na rede substitutiva de saúde mental resultam de uma teoria psicológica específica. A postura dos profissionais devem estar orientadas por referenciais teóricos que busquem promover a emancipação e cidadania do paciente, respeito à diversidade e novas formas de relações com o sofrimento, recusando teorias que busquem a adaptação dos pacientes às normas (CFP, 2013). Assim, os psicólogos devem manter sempre um olhar crítico e reflexivo a respeito de suas práticas, analisando se estas estão alinhadas aos princípios defendidos pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica.

Oliveira e Caldana (2016) analisaram entrevistas com 12 psicólogos que trabalhavam em CAPS e concluíram que estes realizavam atividades consideradas como compatíveis com o paradigma da Reforma Psiquiátrica. De acordo com CFP (2009), psicólogos que atuam em modalidades distintas de CAPS desenvolvem inúmeras atividades, a saber: atendimentos individuais aos usuários (psicoterapia, acolhimento, acompanhamento, escuta e aconselhamento breve); coordenação de grupos (oficinas terapêuticas, artísticas e esportivas; grupos dirigidos à geração de renda; grupos psicoterapêuticos, assembleias com usuários e funcionários dos CAPS); atendimento psicológico aos familiares; coordenação de grupos direcionados para a atualização dos profissionais; supervisão de casos e reunião de equipe; acompanhamento terapêutico; visitas domiciliares; elaboração de relatórios, laudos e pareceres psicológicos; registros em prontuários; atividades técnicas e administrativas dos CAPS (psicólogos gestores); atividades intersetoriais; e atividades realizadas fora do CAPS (CRP, 2009).

Segundo Pinho, Souza e Esperidião (2018) dentre as principais atividades desenvolvidas pelos profissionais dos CAPS, encontram-se: acolhimento, construção do PTS, atividades grupais e oficinas terapêuticas, oficinas profissionalizantes, atividades de referência técnica, matriciamento das equipes da saúde da família, visita domiciliar, atendimento familiar, manejo em situações de crise, atividades que buscam a reinserção pelo trabalho, reunião de equipe e assembleias com usuário, familiares, profissionais e pessoas da comunidade.

Destaca-se que estas práticas podem ser diferentes de acordo com as necessidades apresentadas pelo território em que o CAPS está localizado e com as singularidades e as necessidades da população atendida. Dessa forma, o psicólogo deve dispor de criatividade para construir novas práticas.

Para Oliveira e Caldana (2016), outro desafio encontrado na transformação da clínica e consolidação de políticas públicas em saúde mental, refere-se à formação oferecida aos

psicólogos. As autoras chamam a atenção para o fato de que muitos psicólogos trabalhadores de CAPS não consideram que as atividades desenvolvidas nestes serviços sejam práticas psicológicas, ou seja, não veem como as teorias e ferramentas aprendidas em sua formação podem aprimorar atividades como oficinas terapêutica ou assembleia de usuários. Deste modo, percebe-se como se faz importante o investimento na formação do psicólogo que irá atuar em saúde mental, tanto para que possa oferecer um cuidado adequado e efetivo ao indivíduo, como para que possa colaborar com a consolidação de políticas públicas. Infelizmente, a literatura aponta que o contato prático com este campo de atuação ainda é mínimo, ocorrendo na forma de visitas ao serviço ou por busca espontânea, de forma extracurricular (Teixeira, Ribeiro, & Ferreira Neto, 2018; Cantele, Arpini, & Roso, 2012).

No curso de Psicologia do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, esta formação vem ocorrendo por meio da parceria estabelecida entre o Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada e a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. A formação profissional em psicologia em serviços comunitários de saúde mental teve início em 1997, por meio do estágio profissionalizante no Núcleo de Atenção Psicossocial (atual CAPS II). Na época, o docente responsável pelo estágio era o Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos. Em todos os anos em que o estágio foi oferecido, este recebia alunos interessados em aprender sobre o trabalho em saúde mental e em colaborar com as atividades do serviço, realizando principalmente a psicoterapia. O estágio neste serviço era intitulado: "Atuação do psicológico em serviço de saúde mental: psicoterapia individual e grupal" e funcionou com este formato e coordenação até 2015.

No ano de 2015, o estágio passou a ser coordenado pela Profa. Dra. Clarissa Mendonça Corradi-Webster, que ampliou suas atividades, incluindo também outro cenário de aprendizado, sendo este o Centro de Atenção Psicossocial III. O estágio foi reformulado, acompanhando as

mudanças no campo da saúde mental e do trabalho do psicólogo em serviços públicos de saúde. Tornou-se uma disciplina-estágio e passou a ser intitulado "Psicopatologia e Saúde Mental: Práticas Psicológicas no Contexto da Saúde Pública e da Reforma Psiquiátrica".

Objetivo do Estágio

O objetivo deste estágio é desenvolver habilidades que sustentem o trabalho do psicólogo junto às pessoas com diagnósticos de transtornos mentais severos e persistentes, com enfoque nos conhecimentos da psicopatologia, saúde mental, reforma psiquiátrica e saúde pública.

Mais especificamente, o estágio tem por objetivo contribuir para a formação teórica do aluno por meio da compreensão dos diferentes quadros clínicos em psicopatologia, da atuação da equipe multidisciplinar no projeto terapêutico singular dentro de uma instituição pública de saúde mental e das possibilidades de intervenção terapêutica num contexto de saúde mental, dentro dos paradigmas do *recovery* (processo no qual o indivíduo ressignifica suas experiências assumindo controle crescente sobre seu sofrimento e ao mesmo tempo reivindicando a responsabilidade pela sua vida), da reabilitação e reinserção social. Além disso, possibilitar que o aluno conheça como está organizada e como funciona a Rede de Atenção Psicossocial, com maior aprofundamento nos Centros de Atenção Psicossocial, conhecendo sua dinâmica de trabalho, a população atendida, a equipe multidisciplinar, os projetos terapêuticos e a interlocução com a rede.

Em relação à formação prática do aluno, o estágio busca desenvolver habilidades para estabelecer comunicação e vínculo com a população atendida no serviço; identificar alterações das funções psíquicas e compreender os principais quadros psicopatológicos; participar de

reuniões de equipe para discussão de projetos terapêuticos singulares; realizar acompanhamentos psicoterapêuticos individuais e grupais; e conduzir oficinas junto à população atendida.

A respeito da formação ética do aluno, o estágio propõe desenvolver habilidades para que ele possa se posicionar eticamente junto às pessoas em sofrimento emocional e junto à equipe multidisciplinar, considerando o cuidado com as relações interpessoais, a confidencialidade e o sigilo, aprendendo a estabelecer uma relação de parceria e horizontalidade com os usuários dos serviços.

Descrição das Atividades Desenvolvidas

O CAPS II realiza atendimentos em nível ambulatorial e acolhimento intensivo, operando em nível de atenção secundária, integrado com a rede de atenção psicossocial do município de Ribeirão Preto. A população atendida por este CAPS é a abrangida pelo Distrito Sanitário Central, que compreende aproximadamente 110 mil habitantes, constituída em sua maior parte por indivíduos de classe média e baixa. Os pacientes participam em regime ambulatorial e intensivo, e chegam ao serviço por demanda espontânea ou por encaminhamento de outros serviços.

O CAPS III de Ribeirão Preto foi fundado em 2008, sendo o serviço de saúde mental de referência do Distrito Oeste de Ribeirão Preto, reunindo uma população de aproximadamente 180 mil habitantes. É o único serviço deste tipo no município de Ribeirão Preto, atendendo em torno de 340 usuários em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, de acordo com a demanda e possibilidade de cada usuário. Este serviço também conta com cinco vagas para acolhimento noturno, utilizadas preferencialmente com usuários que já são acompanhados no CAPS (contudo os leitos estão disponíveis para todo o município mediante

contato com a equipe do CAPS III), de modo a promover um cuidado mais próximo nos momentos de crise, buscando evitar seu agravamento e a necessidade de internações psiquiátricas.

Anualmente, realiza-se a seleção de 06 alunos do 4º ano do curso de Psicologia para o estágio. Estes são distribuídos entre os dois CAPS. Esta parceria com a Secretaria de Saúde do município tem sido essencial para que o estudante de Psicologia compreenda as vicissitudes do campo de saúde mental e dos serviços comunitários, conheça a população atendida, desenvolva habilidades para trabalhar com esta população e com a equipe multidisciplinar, conheça a RAPS municipal e assim, ofereça um bom cuidado psicológico na área.

O estágio tem duração de aproximadamente 11 meses, com início em fevereiro e término em meados de dezembro. Todos os estagiários permanecem na mesma instituição por todo o período. A carga horária semanal é de aproximadamente 10 horas.

Ao início do estágio, os estudantes tem como atividade principal a **observação da instituição** a fim de reconhecerem e construírem **vínculo com a população atendida e com os membros da equipe**. Para isto, participam de reuniões de equipe multidisciplinar, a fim de conhecerem os profissionais e a rotina do serviço. Também participam como observadores de diferentes atividades do serviço, como grupos psicoterapêuticos, oficinas e atendimentos de acolhimento. São estimulados a permanecerem no serviço também sem atividades fixas, para terem a oportunidade de conversarem livremente com os usuários do serviço, observando características destes e dando início ao estabelecimento do vínculo com estes. Observam também a rotina do serviço, **reconhecendo e analisando o funcionamento institucional**. Este período de ambientação e reconhecimento inicial tem aproximadamente um mês de duração.

Em seguida, começam a ser inseridos em atividades que irão acompanhar durante todo o ano, ou por pelo menos um semestre. Dentre estas atividades, participam de pelo menos **duas**

atividades grupais, sendo estas **um grupo de psicoterapia grupal** e outro de **oficinas terapêuticas**.

São sempre estimulados a proporem alguma nova oficina no serviço. Nesta direção, uma das oficinas que foi proposta por uma estagiária no CAPS II foi a "Oficina Crochetando". Nas conversas com pessoas que recebiam o tratamento intensivo no CAPS, a estagiária identificou uma usuária que era professora do ensino fundamental, mas estava afastada há anos de suas atividades. Ela relatava que gostava muito de ensinar. Também estava sempre fazendo crochê e gostava desta atividade. Assim, a estagiária propôs para a equipe e depois para a usuária, que ela coordenasse uma oficina de crochê para outros usuários do serviço. A atividade foi muito bem aceita, acontecendo uma vez por semana no primeiro semestre e duas vezes por semana no segundo semestre, devido a grande demanda de participantes. A estagiária colaborava com a organização da oficina e acompanhava a interação entre os participantes, desenvolvendo recursos e habilidades para o trabalho terapêutico em ambiente diferente da psicoterapia. No CAPS II os estagiários também já participaram de oficinas de lego, grupos de canto e grupos de pintura, cocoordenando estas atividades, junto a um psicólogo do serviço.

Em relação ao grupo terapêutico, os estagiários participam de grupos já consolidados nas instituições, como o Grupo da Esperança, que acontece no CAPS III e é coordenado por uma psicóloga do serviço. Este grupo tem como objetivo o aprofundamento/manutenção dos vínculos entre os usuários do serviço e profissionais e a construção de estratégias de enfrentamento. Acontece semanalmente, às segundas-feiras pela manhã e nele se discute as experiências do cotidiano (principalmente relativas ao final de semana), sendo um espaço de acolhimento de angústias e instigação de esperança. No decorrer do estágio, os alunos passam a ter maior protagonismo, trabalhando como cocoordenadores.

Os estagiários também participam de **consultas de acolhimento e/ou avaliação**. No CAPS II uma das atividades desenvolvidas pelos estagiários foi a consulta inicial de avaliação, realizada em parceria com um residente de psiquiatria. Nestas consultas, o estagiário colaborava com a entrevista desde a construção da súmula psicopatológica, até a coconstrução de informações psicossociais. O trabalho junto a um residente de psiquiatria mostrou-se muito enriquecedor, auxiliando o estagiário a desenvolver recursos para o trabalho multidisciplinar e para construir seu papel enquanto futuro psicólogo neste atendimento. Nestas situações, também fazem leituras e registros em prontuários.

Os estagiários também realizam a **psicoterapia individual**, acompanhando concomitamente dois usuários do serviço em psicoterapia. Nestas atividades, têm a oportunidade de desenvolverem habilidades para um relacionamento pessoal genuíno com o outro, aprendendo a trabalhar com informações confidenciais, a conversarem e acolherem relatos e emoções que trazem sofrimentos intensos. Desenvolvem o estabelecimento do vínculo, colocando-se como parte da rede de apoio do usuário do serviço. Como psicoterapeutas em formação, engajam-se na coconstrução de sentidos sobre as dificuldades vivenciadas pelo usuário, refletindo sobre formas de superá-las ou lidar com elas. São estimulados a atuarem de modo empático e a construírem a aliança terapêutica.

Além disto, realizam **apresentação de casos**, organizando as informações sobre os atendimentos individuais realizados e expondo-os para outros estagiários e supervisores, a fim de refletir sobre os encaminhamentos dados a eles e propor formas de atuação.

Durante todo o estágio, realizam **leituras de materiais bibliográficos** sugeridos pela docente responsável e pelos supervisores do serviço. Estas leituras concentram textos sobre funcionamento da rede de atenção psicossocial, *recovery* e reabilitação psicossocial, compreensões sobre psicopatologias e teorias e técnicas de trabalhos psicoterapêuticos.

Recebem **supervisão semanal** da docente responsável, que rodizia semanalmente a discussão de duas atividades. Assim, toda semana é apresentada uma sessão grupal e uma atividade de oficina, ou faz-se uma apresentação de caso individual e discute-se também um texto sugerido. A organização da supervisão vai sendo construída de acordo com as demandas dos estagiários e dos campos de atuação.

Como já dito anteriormente este estágio só é possível devido à parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e com os serviços envolvidos. A **participação dos psicólogos do serviço no estágio é fundamental** para a formação do aluno. Participam, junto com a docente, desde a seleção dos estagiários até a divisão de tarefas de supervisão. Assim, acompanham de perto os estagiários no dia a dia do serviço, auxiliando-os na organização de atividades, supervisionando as atividades clínicas, sugerindo textos para leituras, ensinando-os sobre o funcionamento do serviço e da rede. Funcionam também como modelos para os futuros psicólogos.

Durante todo o estágio, os estudantes são também estimulados a **participarem de fóruns e eventos da área de saúde mental**. Em parceria com a equipe do serviço sistematizam trabalhos para serem apresentados em evento organizado pela Secretaria Municipal de Saúde, o Exposaúde, que tem como objetivo dar visibilidade às experiências bem sucedidas no SUS. Nestas ocasiões, já receberam menção honrosa pela qualidade do trabalho desenvolvido em parceria com o serviço.

Grupo de Ouvidores de Vozes

Uma das atividades centrais dos estagiários no Centro de Atenção Psicossocial III é a participação em um Grupo de Ouvidores de Vozes. A literatura psiquiátrica considera a experiência de ouvir vozes como um sintoma, nomeado de alucinação auditiva. Este pode estar

presente em diferentes quadros clínicos, sendo o mais comum a esquizofrenia. O ouvidor de vozes geralmente busca um profissional ou serviço de saúde mental onde será prescrito a ele medicamentos psiquiátricos para interromperem esta experiência. Entretanto, muitas pessoas continuam ouvindo vozes, mesmo após longo tempo de tratamento. Esta experiência é muito estigmatizada e associada ao mal prognóstico em saúde mental, ao isolamento e ao estresse. Com isto, a tendência dos ouvidores é não falar sobre suas vozes. As experiências de vida já lhes mostraram que se conversarem sobre isto com familiares ou amigos, geralmente não serão compreendidos, e as vozes poderão ser associadas à fraqueza de caráter e a falta de vontade de mudar. Também já perceberam que ao abordar o assunto com profissionais, a conversa será logo interrompida para um encaminhamento ao psiquiatra, que irá prescrever doses maiores de medicamentos, situação esta que buscam evitar, devido aos efeitos colaterais. Assim, vivenciam sozinhos grande parte desta experiência, buscando individualmente recursos para lidarem com elas.

O Grupo de Ouvidores de Vozes do CAPS III de Ribeirão Preto, surgiu inspirado no Movimento de Ouvidores de Vozes. Este movimento (Hearing Voices Movement) teve início nos anos 1980, com o psiquiatra social holandês Marius Romme, a pesquisadora Sandra Escher e a ouvidora de vozes Patsy Hage (Corradi-Webster, Santos, & Leão, 2017). Baseou-se no pressuposto de que pessoas diferentes têm construções diferentes a respeito da natureza e da causa de suas experiências com as vozes. Também deu outro lugar ao ouvidor, que de paciente que devia apenas seguir as prescrições do profissional, passou a ser posicionado como pessoas *experts* no tema, ou seja, são *experts* pela experiência. No grupo de ouvidores de vozes, *experts* pela experiência e *experts* pela profissão (psicólogos, pesquisadores, enfermeiros, estagiários, ativistas, dentre outros) encontram-se para conversarem sobre o ouvir vozes. O grupo é vivenciado como

um espaço seguro para compartilharem experiências, construírem novos sentidos sobre as vozes e buscarem novas formas de lidar com estas (Coleman & Smith, 2005).

O grupo é aberto, com uma hora de duração e conta semanalmente com aproximadamente 20 participantes, sendo a maioria *experts* pela experiência. No início do grupo, verifica-se se há alguém que nunca tenha participado. Caso haja, algum participante explica os objetivos do grupo e o contrato para o funcionamento deste. O grupo é geralmente apresentado por um *expert* pela experiência, que descreve que o objetivo deste é o de abrir espaço para se conversar sobre a experiência com as vozes, justificando que estas geralmente não somem, sendo necessário construir estratégias para lidar com elas. Colocam também como objetivo do grupo auxiliar o ouvidor a compreender sua experiência e criar uma rede de apoio (Corradi-Webster, Leão, & Rufato, no prelo).

Os *experts* pela experiência contam sobre o relacionamento com as vozes, relatando situações em que estas aumentaram ou diminuíram, tanto em número como em volume. As descrições são, na maioria das vezes, de situações percebidas com sofrimento, em que as vozes os humilham, provocam ou solicitam que façam coisas que não querem fazer. Compartilham também estratégias que foram sendo desenvolvidas e que lhes ajudam a lidar com as vozes, como buscar uma distração, conversar com outras pessoas e/ou estar perto de crianças. O Grupo de Ouvidores de Vozes é vivenciado pelos *experts* pela experiência como um espaço em que, ao conversarem sobre este tema "proibido", têm a oportunidade de naturalizá-lo e assim, sentem-se mais incluídos e aceitos. O grupo também é percebido como importante espaço para criação de rede de apoio, que se estende para além do horário grupal, já que os participantes percebem que podem buscar um ao outro para conversarem sobre as vozes quando estas estiverem trazendo sofrimento (Corradi-Webster, Leão, & Rufato, no prelo).

Em relação aos *experts* pela profissão, grupo no qual os estagiários de psicologia estão incluídos, incentiva-se que estes adotem uma postura de curiosidade sobre o saber do outro e que, ao considerarem os ouvidores como *experts*, tenham uma postura de colaboração, estando atentos ao modo como o diálogo estabelecido no grupo constrói posicionamentos e realidades, abrindo e fechando possibilidades (Anderson, 2005; Corradi-Webster & Carvalho, 2011). Ao se colocarem como colaboradores e não como detentores do saber, mostram que não têm a resposta sobre a vida e a experiência dos ouvidores e que querem aprender e construir junto a eles, engajando-se em um trabalho de posicionar os ouvidores como pessoas com conhecimentos, experiências e recursos (Souza, Santos, Corradi-Webster, Guanaes, & Moscheta, 2009). São incentivados a fazerem perguntas que auxiliem a construir novas perspectivas sobre o tema e a apresentarem diferentes visões sobre a experiência de ouvir vozes, ampliando o modo como esta pode ser percebida. Como *experts* pela profissão, fazem também apontamentos teóricos, usando as teorias não como "a verdade", mas como recursos para a ampliação de sentidos sobre o tema, quando percebem que estas podem ser generativas (Gergen & Ness, 2016). Algumas vezes, também compartilham experiências pessoais, sobre vozes presentificadas em seus pensamentos, ilustrando modos de lidar com elas. Constroem uma relação horizontalizada, muito diferente da que se observa em diferentes serviços de saúde mental, em que o profissional avalia o paciente, nomeia suas experiências e lhe diz o que deve fazer.

Observa-se que para a formação de futuros psicólogos a participação neste grupo é muito rica. Eles têm a oportunidade de conhecer a fundo uma experiência muito importante para o campo da psicopatologia, que é o ouvir vozes. Ficam durante um ano, semanalmente, ouvindo e acompanhando diferentes ouvidores e conhecendo suas histórias, suas vozes, a relação destes com as vozes, seus sofrimentos e seus recursos para lidar com elas. Desenvolvem recursos para o trabalho em grupo, aprendendo posturas colaborativas que auxiliam no processo grupal sem que

se coloquem como os detentores do saber sobre o outro. Têm a oportunidade de estarem em um grupo como *experts* pela profissão, mas também como seres humanos, em encontros genuínos com outros seres humanos.

Considerações Finais

A experiência de trabalho no campo da saúde mental é central na formação de futuros psicólogos, já que em diferentes campos de atuação terão que lidar com questões relativas à psicopatologia. Atualmente, serviços comunitários de saúde mental também vêm empregando grande parte dos psicólogos formados, dependendo destes profissionais para realizarem um cuidado efetivo na área e para efetivarem diretrizes de políticas públicas.

Os estagiários relatam que a experiência de formação que vem sendo oferecida pelo estágio "Psicopatologia e Saúde Mental: Práticas Psicológicas no Contexto da Saúde Pública e da Reforma Psiquiátrica" tem colaborado para que desenvolvam recursos para a interação com profissionais de outras formações e para a compreensão da rede de atenção psicossocial e da dinâmica de funcionamento de um serviço comunitário de saúde mental. Também tem auxiliado a construir habilidades para o cuidado a pessoas que buscam serviços de saúde mental, indivíduos com narrativas constantes de sofrimento emocional. Relatam que desenvolvem recursos para um trabalho humanizado, empático, respeitoso e ético. Também sentem-se instrumentalizados com ferramentas para a atuação em diferentes frentes, como coordenação de oficinas, grupos psicoterapêuticos e psicoterapia individual.

Recebem também uma formação crítica, em que são analisados os diferentes discursos que no decorrer da história foram construindo sentidos para as experiências de sofrimento em saúde mental. Por fim, a dimensão ética é estruturante durante todas as atividades do estágio,

desde questões como sigilo no atendimento, postura de respeito frente às compreensões e vivências do outro, respeito e aprendizado com outros profissionais e paradigmas, até a articulação da ética com a política, na análise das políticas de saúde mental e participação em atividades de fortalecimento de políticas emancipatórias.

Referências

Amarante, P. (2007). Saúde Mental e Atenção Psicossocial (3a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.

Amarante, P., Gomes, A. C. M., Torre, E. H. G., Costa, J. A., Cruz, L. B., Caliman, L. V., . . . Oliveira, W. S. (2012). Metamorfose ou invenção: notas sobre a história dos novos serviços em saúde mental no Brasil. In A. M. Jacó-Vilela, A. C. Cerezzo & H. B. C. Rodrigues (Orgs.), *Clio-psyché: fazeres e dizeres psi na história do Brasil* (pp. 44-59) [online]. Rio de Janeiro, RJ: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. Recuperado de http://books.scielo.org/id/hkyyb/pdf/jaco-9788579820618.pdf.

Anderson, H. (2005). Myths About "Not-Knowing". *Family Process*, *44*(4), 497-504. Recuperado de https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2005.00074.x.

Basaglia, F. (1985). A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico (H. Jahn, trad., 3a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Graal.

Bertagnoli, M. S. F. F., Corradi-Webster, C. M., & Pinto, A. L. L. (2017). Redes de atenção psicossocial e a formação em Psicologia. In F. C. S. Lemos, D. Galindo, P. P. G. Bicalho, P. Arruda, B. J. M. Lima, M. M. Moreira, . . . B. M. Garcia (Orgs.), *Conversas transversalizantes entre psicologia política, social-comunitária e institucional com os campos da educação, saúde e direitos* (Vol. 7, pp. 156-166). Curitiba, PR: CRV.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. (2004a). *Legislação em Saúde Mental 1990 - 2004* (5a ed.). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004b). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.* Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1212.pdf.

Cantele, J., Arpini, D. M., & Roso, A. (2012). A Psicologia no Modelo Atual de Atenção em Saúde Mental. *Psicologia: Ciência e Profissão, 4*(32), 910-925.

Coleman, R., & Smith, M. (2005). *Working with voices II: victim to victor*. Dundee, Reino Unido: P&P Press.

Conselho Federal de Psicologia. (2009). *Prática profissionais dos(as) psicólogos(as) nos centros de atenção psicossocial* / Conselho Federal de Psicologia. Brasília, DF: CFP. Recuperado de http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/Outros/Livro_CAPS_Psicologo.pdf.

Conselho Federal de Psicologia. (2013). *Referências técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no CAPS-Centro de Atenção Psicossocial*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia.

Corradi-Webster, C. M. (2014). Ferramentas teórico-conceituais do discurso construcionista. In C. Guanaes-Lorenzi, M. S. Moscheta, C. M. Corradi-Webster & L. V. Souza (Orgs.), *Construcionismo social: discurso, práticas e produção do conhecimento* (pp. 73-87). Rio de Janeiro, RJ: Editora do Instituto Noos.

Corradi-Webster, C. M. & Carvalho, A. M. P. (2011). Diálogos da psicologia com a enfermagem em tempos de transição paradigmática. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *45*(4), 974-980. Recuperado de http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000400026.

Corradi-Webster, C. M., Santos, M. V., & Leão, E. A. (2017). Construindo novos sentidos e posicionamentos em saúde mental: Grupo de Ouvidores de Vozes. In E. F. Rasera, K. Taverniers & O. Vilches-Álvarez (Eds.), *Construccionismo Social en acción: Prácticas inspiradoras en diferentes contextos* (pp. 167-193). Chagrin Falls, OH: Taos Institute Publications.

Corradi-Webster, C. M., Leão, E. A., & Rufato, L. S. (2018). Colaborando na Trajetória de Superação em Saúde Mental: Grupo de Ouvidores de Vozes. *Nova Perspectiva Sistêmica, 61*, 22-34.

Gergen, K. J., & Ness, O. (2016). Therapeutic Practice as Social Construction. In M. O'Reilly & J. N. Lester (Orgs.), *The Palgrave Handbook of Adult Mental Health* (pp.502-519). London, Reino Unido: Palgrave Macmillan.

Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001 (2001, 6 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. (2005). *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.* Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Oliveira, T. T. S. S., & Caldana, R. H. L. (2016). Psicologia e práticas psicossociais: narrativas e concepções de psicólogos de centros de atenção psicossocial. *Estudos Interdisciplinares em*

Psicologia, *7*(2), 02-21. Recuperado de http://dx.doi.org/10.5433/2236-6407.2016v7n2p02.

Pinho, E. S., Souza, A. C. S., & Esperidião, E. (2018). Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva, 23*(1), 141-151. doi: 10.1590/1413-81232018231.08332015

Portaria Ministerial n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (2011, 23 de dezembro). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Presidência da República. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

Souza, L. V., Santos, M. A., Corradi-Webster, C. M., Guanaes, C., & Moscheta, M. S. (2009). Social Construction and Health: an interview with Sheila McNamee. *Universitas Psychologica, 9*(2), 573-584. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672009000200022&lng=pt&tlng=en.

Teixeira, D. P., Ribeiro, B. V., & Ferreira Neto, J. L. (2018). Atuação do psicólogo nos serviços substitutivos de urgência em saúde mental: desafios para a formação. *Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*, *3*(5), 72-90. Recuperado de http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/16010/13003.

Algumas Publicações dos Autores Relacionadas à Atividade de Estágio

Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicopatologia, Drogas e Sociedade (LePsis – USP)

http://sites.usp.br/lepsis/

Leao, E. A.; Corradi-Webster, C.M. (2018). Care for Psychiatric Patients that Use Drugs: Management and Perceptions of Professionals. *PAIDÉIA, 28*, p. e2821.

Corradi-Webster, C. M., Leão, E. A., & Rufato, L. S. (2018). Colaborando na Trajetória de Superação em Saúde Mental: Grupo de Ouvidores de Vozes. *Nova Perspectiva Sistêmica, 61*, 22-34.

Corradi-Webster, C. M., Santos, M. V., & Leão, E. A. (2017). Construindo novos sentidos e posicionamentos em saúde mental: Grupo de Ouvidores de Vozes. In E. F. Rasera, K. Taverniers & O. Vilches-Álvarez (Eds.), *Construccionismo Social en acción: Prácticas inspiradoras en diferentes contextos* (pp. 167-193). Chagrin Falls, OH: Taos Institute Publications.

PSICOTERAPIA BREVE DE ORIENTAÇÃO PSICODINÂMICA: EXPERIÊNCIAS DE FORMAÇÃO NA CLÍNICA.

Lícia Barcelos de Souza
Érika Arantes de Oliveira-Cardoso
Bárbara Mazinini Pimentel
Pedro Ernesto Maçaranduba
Manoel Antônio dos Santos

A proposta de estágio em Psicoterapia Breve de Orientação Psicodinâmica (PBOP) foi criada em 2009, a partir da identificação de demandas de adultos e adolescentes, que buscavam atendimento no serviço do Plantão Psicológico do Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada (CPA), do Departamento de Psicologia, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, caracterizadas pela urgência de acolhimento e acompanhamento longitudinal, em função da vulnerabilidade e fragilidade emocional frente às situações vivenciadas em tempo recente.

Entre as várias situações, podemos elencar: risco de suicídio, luto, diagnósticos recentes de doenças graves, violência doméstica, crises de ansiedade, estados depressivos, necessidade de tomada de decisões importantes entre outras. Além disso, em alguns casos, o momento de vida das pessoas exigia um cuidado em saúde mental preventivo, como no caso de gestantes ou parturientes, adolescentes em situações de risco e idosos em isolamento social.

Além das necessidades prementes de cuidado em saúde mental da comunidade, foi considerada a perspectiva de que a experiência em psicoterapia breve seria importante para a formação dos alunos de psicologia, uma vez que essa prática é amplamente empregada em

serviços de saúde, nos vários níveis de atenção, e prescinde de formação teórico-clínica ainda na graduação.

A escolha da abordagem psicodinâmica se deu tanto pela formação e experiência dos supervisores, como também pelo objetivo de oferecer aos alunos uma alternativa à compressão e apropriação dos principais elementos do referencial teórico e clínico da psicanálise em contextos institucionais, neste caso, representado por um serviço-escola.

Nesse cenário, também foram delineadas orientações para a formação ética, baseadas na constante reflexão e discussão sobe os princípios envolvidos na relação paciente-psicoterapeuta, condutas sobre sigilo profissional e respeito às singularidades e diversidades presentes nas vivências intersubjetivas, bem como a necessidade de posicionamento ético frente aos modelos de atenção psicológica em contexto institucional.

Outra contribuição do estágio para a formação do aluno foi referente ao treinamento na elaboração de documentos, com o objetivo de desenvolver habilidades de escrita em folhas de evolução (registro de faltas e síntese do conteúdo de cada atendimento), transcrição de sessões para supervisão, cuidados com o prontuário do paciente, desde o inicio até o fechamento com breve relatório do histórico de atendimento e posterior encaminhamento ou arquivamento do caso.

Objetivos do Estágio

As atividades de estágio foram planejadas de forma a articular o atendimento psicoterápico breve e a formação dos alunos para a prática na clínica em contexto institucional. De forma geral, os atendimentos são gratuitos e oferecidos a adolescentes e adultos que

passaram pela triagem do serviço e apresentaram demandas convergentes com os objetivos de uma psicoterapia breve.

Em síntese, os objetivos do estágio foram assim definidos:

- Oferecer ao estagiário a oportunidade de exercitar o papel profissional de psicólogo clínico, sob supervisão, em contexto institucional;
- Familiarizar-se com os fundamentos teóricos e práticos da psicoterapia breve, na abordagem psicodinâmica, que oferecem subsídios para a compreensão do atendimento e aplicação de técnicas psicoterapêuticas;
- Realizar atendimento psicoterápico breve de no mínimo dois clientes, triados pelo serviço-escola;
- Aprimorar a observação, sensibilidade e técnica no manejo psicoterápico de casos clínicos, através de reuniões de supervisão e seminários clínicos;
- Incentivar a reflexão e discussão dos princípios éticos envolvidos na psicoterapia, como o sigilo, respeito às singularidades e às diferenças, bem como a necessidade de assumir um posicionamento ético frente aos modelos de atenção psicológica, que preservem a integridade do cliente, alunos, supervisores e instituição.

Descrição das Atividades e Reflexões sobre os Desafios da Clínica, a Partir das Experiências de Supervisão dos Atendimentos em PBOP, em um Serviço-Escola.

O estágio é oferecido aos alunos dos quarto e quinto anos de graduação, com previsão de carga horária distribuída, ao longo de um ano letivo (aproximadamente oito meses), em atividades de atendimento individual, com frequência de uma sessão semanal de 50 minutos e de forma gratuita, nas salas destinadas a atendimentos no serviço-escola. Supervisões semanais e os

seminários clínicos quinzenais, realizados em pequenos grupos, oferecem acolhimento às experiências de atendimento e o suporte teórico-clínico, complementado pelas leituras, transcrições de sessões e registros em prontuários.

O objetivo desse Capítulo é compartilhar nossa experiência e assinalar algumas perspectivas de articulação entre formação inicial para a prática clínica, a apropriação dos processos clínicos no referencial psicanalítico e a ampliação de acesso da comunidade ao cuidado em saúde mental. Não pretendemos apresentar uma revisão sobre psicoterapias breves, uma vez que vários autores já se dedicaram a esse objetivo (Braier, 2008; Yoshida & Enéas, 2013; Hegenberg, 2013), mas assinalar alguns elementos teórico-clínicos que embasam a prática supervisionada do estágio de PBOP.

As possibilidades de atuação no campo da psicologia clínica vêm se diversificando, em função de aproximações necessárias entre a promoção do acesso da população ao cuidado em saúde mental e a formação do psicólogo para o acolhimento, compreensão e modos de fazer clínica frente à complexidade cada vez mais crescente da subjetivação dos dramas cotidianos e suas implicações para as relações entre pessoas, para a inclusão social e vulnerabilidade psicossocial.

Há tempos que as psicoterapias breves, nas mais variadas abordagens, vêm se consolidando como uma prática que pretende responder às demandas por ajuda psicológica, cada vez mais heterogêneas e complexas, privilegiando a singularidade do vínculo terapêutico e a flexibilidade no emprego de intervenções, como forma de atenção às expectativas dos pacientes, porém sem abandonar o referencial teórico adotado (Yoshida & Enéas, 2013).

Em nosso trabalho, partimos da compreensão de que as psicoterapias de tempo limitado propiciam aos estagiários, experiências marcadas pelos processos de finitude e limites institucionais, também característicos na passagem do aluno pela graduação e sua inserção inicial

na prática clínica no serviço-escola. Assim, a conjugação de ***tempo*** e ***demanda,*** enquanto balizadores do vínculo terapêutico, confere uma estrutura melhor definida e introduzem elementos da realidade em um processo que tem começo, meio e fim (Braier, 2013) e que podem ser trabalhados, no decorrer do estágio, de forma ***longitudinal*** – acolhimento-vínculo-desligamento - e de forma ***transversal***, sessão a sessão, nas supervisões e seminários clínicos, com a introdução, discussão e reflexão sobre os conceitos da psicanálise, que emergem da necessidade de ajudar o aluno na compreensão de suas experiências emocionais e as de seus pacientes.

Experiências de Finitude: Possibilidades de Ajuda Psicoterapêutica e de Formação na Clínica Psicodinâmica de Tempo Breve.

Os primeiros contornos da realidade que se apresentam para o atendimento de pacientes no serviço-escola estão delineados pelos limites institucionais, necessários pela sua dimensão organizativa e mediadora das relações entre alunos, supervisores e pacientes. Os termos do regimento do serviço-escola definem algumas condições que devem ser respeitadas na configuração do *setting*, tais como a obtenção de autorização dos responsáveis para atendimento de adolescentes, número de faltas justificadas e injustificadas que podem levar ao desligamento do paciente, regras para a utilização das salas de atendimento quanto aos horários, guarda e conservação de materiais emprestados do serviço e a obrigatoriedade de registros em folhas de evolução e histórico do atendimento, que são anexados aos prontuários.

Não raro, os supervisores são solicitados a resolver questões de última hora que vão desde o esquecimento de agendamento de sala até situações bastante inéditas, como por exemplo, o estagiário ficou "preso" com o paciente, por conta de problemas na fechadura da porta. Esses imprevistos convocam alunos e supervisores a repensarem tanto as rotinas e normas

do serviço-escola, como também sobre quais as implicações para a dinâmica do atendimento e para o vínculo terapêutico.

O atendimento psicológico, principalmente para os alunos que vão realizar o atendimento psicoterápico pela primeira vez, é vivenciado com sentimentos ambivalentes, misturando o desejo pela tão sonhada experiência na prática clínica e apreensões de toda ordem, que encontram espaço de acolhimento nas supervisões e nas indicações de leituras introdutórias, que buscam oferecer suporte às principais questões envolvidas nos primeiros encontros com os pacientes.

Considerando a necessidade de aproximação gradual com o contexto da clínica, após a apresentação das regras do serviço-escola, das orientações gerais sobre como fazer as transcrições, registros em prontuários e aspectos éticos e apresentação da proposta de estágio em PBOP, também são introduzidos alguns conceitos para uma compreensão panorâmica da abordagem psicodinâmica – porém sem saturação de conceitos psicanalíticos – para a composição do *setting* (tempo de atendimento e delimitação da demanda).

Os alunos são estimulados a imaginar situações, sentimentos e incertezas que poderão enfrentar quando do encontro com o paciente e, a partir destas expectativas e apreensões, formular possíveis saídas para lidar com o desconhecido. "- O que dizer?" "- Como me dirigir ao paciente?"; "- E se ele me fizer perguntas pessoais?"; "- E se ele reclamar por ser atendido por um estagiário?"; "- E se ele ficar muito tempo em silêncio?"; são questões recorrentes e que explicitam a vulnerabilidade frente à presença do outro e que evidenciam a necessidade de suporte nesses primeiros passos rumo à clínica.

Conceitos fundamentais são tomados como norteadores para os primeiros encontros com o paciente: acolhimento, formação do vínculo terapêutico e compreensão da demanda.

Um conceito que ajuda os alunos a minimizarem os possíveis impactos dos primeiros encontros é o acolhimento, que no contexto das psicoterapias, visa o exercício da capacidade negativa, nomeada por Bion, para descrever a necessidade de tolerância do terapeuta frente ao não saber, ao fato de não ter respostas imediatas às demandas relatadas (Zimerman, 1999) e que possibilita o início da formação de um vínculo diferente do modelo de relação profissional-paciente, onde o primeiro tudo sabe, diagnostica e prescreve soluções para as demandas.

Assim, acolher é poder oferecer hospitalidade ao que outro traz de si, suas angústias, incertezas, confusões e oferecer abrigo no vínculo terapêutico (Assis, 2012). Nesse sentido, os alunos são orientados a não empreenderem uma entrevista com questões pré-definidas, com caráter investigativo, e sim escutar atentamente o paciente, demonstrando interesse e buscando compreender, inicialmente, as "teorias" que o paciente construiu sobre si e os motivos pela busca de atendimento psicológico. Além da escuta do dizível, os estagiários também são orientados a se colocarem no papel de observadores do paciente e de si próprios, no que diz respeito às formas como o paciente se expressa e as impressões causadas pelo paciente, começando assim a aproximação da noção de campo terapêutico.

Geralmente, as primeiras sessões são orientadas para a formação de um vínculo de confiança entre o par terapeuta-paciente e para a compreensão da demanda por atendimento psicológico. Neste ponto, nos deparamos com uma questão bastante complexa e que para as psicoterapias breves se torna crucial para o planejamento do atendimento: - "Qual é a demanda do paciente?".

Na literatura, dispomos de várias vertentes teóricas para embasar as respostas à questão dos processos clínicos para definição da demanda ou escolha de um foco para o trabalho da dupla terapeuta-paciente, em uma psicoterapia de tempo limitado. Hegenberg (2013) coloca esse dilema numa perspectiva crítica afirmando que qualquer método que vise delinear um foco está

baseado em critérios artificiais e arbitrários e tende a refletir, em última instância, o referencial teórico do terapeuta. No entanto, o autor recomenda que o delineamento da demanda deva fazer parte de um acordo entre a dupla, no qual ambos compreendem e concordam com o motivo pela procura de atendimento psicológico, configurando assim a base de um plano inicial de trabalho, que poderá ser revisto no decorrer do atendimento.

Desta forma, quando falamos em definir uma demanda ou um foco para a psicoterapia breve, temos que ser cuidadosos para não desvitalizar um processo que é dinâmico e passível de várias transformações. Nossa experiência tem mostrado que, embora os pacientes cheguem para a terapia com uma teoria sobre si, um saber produzido ao longo de suas experiências de vida, no decorrer do processo ele mesmo pode se surpreender e ampliar sua visão sobre os dramas vividos. Assim, definir uma demanda ultrapassa o objetivo de definir conteúdos a serem trabalhados na psicoterapia e passa a ser o de representar para o paciente o trabalho da dupla no desenvolvimento uma compreensão de si mesmo e sobre as maneiras de lidar com os desafios da vida.

Uma proposta interessante foi desenvolvida por Hegenberg (2013) que, no nosso entender, permite trabalhar o material de cada sessão de forma mais flexível, no sentido de não prescindir de uma circunscrição de uma demanda-conteúdo ou demanda-sintoma, mas na avaliação diagnóstica da personalidade e da natureza da angústia predominante, que vai oferecer um norteamento para a compreensão dos conteúdos trazidos e dos aspectos da relação paciente-terapeuta.

Baseada nos tipos de personalidade desenvolvidos nas obras de Freud e Bergeret, a proposta de Hegenberg (2013) para delineamento do foco está assentada na identificação da angústia predominante ligada aos tipos psicológicos – angústia de castração (neurótico), angústia de fragmentação (psicótico) e angústia de perda do objeto (estado – limite). Cumpre ressaltar que

a proposta do autor não é estabelecer parâmetros entre tipos normais e patológicos, já que não se tratam de tipos puros e sim mistos e configuram abstrações úteis para aplicação na prática clínica:

> *Além disso, todos os humanos têm características dos três tipos, o que é interessante, porque assim a psicoterapia continua sendo um encontro entre pessoas singulares e não uma equação matemática. Todos nós temos que lidar com a castração, com a (des)organização interna e com as relações de dependência. Embora todos tenhamos características dos três tipos, há um tipo que predomina. (p.104)*

Outro ponto a ser destacado se refere às implicações para o vínculo terapeuta-paciente, pois cada tipo de personalidade causa uma reação emocional no terapeuta, facilitando assim a compreensão dos estagiários sobre suas impressões e sentimentos em relação ao paciente, a cada sessão. Conforme apontado pelo autor (Hegenberg, 2013), o terapeuta pode, via de regra, sentir-se impelido a proteger o paciente (angústia de fragmentação), a "organiza-lo" (angústia de fragmentação) ou a disputar com ele (angústia de castração).

Esses elementos norteadores estão presentes em todo o processo psicoterapêutico e oferecem recursos para a dupla paciente-terapeuta trabalharem o término da psicoterapia breve. Considerando que o paciente é informado no início do atendimento sobre o tempo da psicoterapia e que esse acordo é relembrado com pelo menos um mês de antecedência à última sessão, tanto o paciente como o estagiário terão condições de elaborar o os sentimentos e ações despertadas por esse momento de separação, e que de certa forma, também estarão relacionados à natureza das angústias de abandono, castração ou de uma potencial desorganização psíquica.

Se partirmos da premissa de que, na verdade, o que as pessoas buscam são sentidos para suas experiências, o mais importante é que qualquer processo psicoterápico ofereça tempo, espaço e profundidade necessários e possíveis para a produção de um vínculo que promova relações mais saudáveis, desenvolvimento emocional e autoconhecimento.

Ilustração das Atividades

Nas experiências do aqui-agora, a prática do atendimento começa a ganhar sentido quando os estagiários começam a dialogar com as teorias psicanalíticas.

Nos relatos das primeiras sessões, apresentados nas supervisões e seminários clínicos, os estagiários começam a se apropriar de conceitos da psicanálise, que dizem respeito ao vínculo terapêutico como transferência, contratransferência e identificação projetiva e compreender como os pacientes constroem um saber sobre si, procurando identificar no seu funcionamento psicodinâmico os mecanismos de defesa prevalentes, o desenvolvimento das funções egóicas e níveis de impulsividade e elaborar algumas hipóteses sobre a natureza de sua angústia predominante nas relações intersubjetivas e frente às situações vividas no momento da busca por psicoterapia.

A partir de um relatório final de atendimento, apresentaremos recortes temáticos das discussões que foram sendo realizadas nas supervisões e seminários clínicos, como forma de ilustrar o campo potencial de formação teórico-clínica nas experiências de atendimento em PBOP. O relatório teve sua redação adaptada para garantir a preservação da identidade do (a) aluno (a) e da paciente.

Iniciamos com uma breve apresentação de P.: mulher, com idade entre 30 e 40 anos, escolarização no nível superior completo, mãe de uma criança pequena, divorciada do pai da criança e em um relacionamento estável há mais de um ano. No total foram realizadas nove sessões de psicoterapia breve, ao longo das quais foi possível a elaboração de questões voltadas principalmente para seu relacionamento conjugal, tema que emergiu logo nos primeiros atendimentos como sendo fonte de sofrimento para P.

O Percurso de Acesso ao Atendimento

> *"Chegou até o serviço-escola após sua mãe procurar atendimento psicológico para si própria e para P., com a justificativa de que P. não havia superado o falecimento do irmão."*

Neste recorte, o relato apresenta algumas questões que são inicialmente apresentadas como "fatos" a serem observados pelos estagiários e que se referem à forma de acesso de P. ao atendimento psicológico: - Embora uma mulher adulta, porque foi sua mãe que procurou atendimento para ela? - O falecimento do irmão sugere transformações nas relações dessa família? - De que ordem seriam essas transformações? - As expectativas de superação do luto poderiam estar associadas a quais outras expectativas da dupla mãe-filha?

As Primeiras Sessões: a Clarificação da Demanda e Formação de Vínculo

> *"A paciente P. relatou nas primeiras sessões que tinha dificuldade em saber como se colocar, ou seja, expor suas opiniões em situações que envolviam tanto o contexto familiar quanto o profissional."*

Dos conteúdos comunicados nas sessões iniciais, o mais recorrente foi sobre *"dificuldade em saber como se colocar",* levando o (a) aluno (a) a selecioná-lo inicialmente como uma fala significativa da demanda que poderia ser trabalhada no processo psicoterapêutico e elaborar uma hipótese psicodinâmica inicial, baseada nas distorções da percepção de si mesma (pensamentos e sentimentos), causadas pela ansiedade frente às situações vivenciadas, o que levava à inibição de sua interação nas relações pessoais.

Nas supervisões, a comunicação que os (as) estagiários (as) fazem da sessão e suas impressões são o ponto de partida para a compreensão da demanda e da natureza da angústia predominante. Na ilustração de atendimento apresentada, é interessante observar que o motivo

de procura apresentado pela mãe fica em plano secundário, porém a forma de procura por atendimento parece estabelecer relação com a dificuldade da paciente *"em saber como se colocar"*. Assim, novas questões vão sendo formuladas com o objetivo de clarificar os motivos da procura por psicoterapia e, nesse exemplo, alguns conceitos teóricos já podem ser introduzidos com o objetivo de oferecer um referencial para compreensão da demanda e da relação terapeuta-paciente.

Vínculo e a Ampliação da Compreensão da Demanda Inicial no Processo Psicoterápico

No decorrer das sessões, os conteúdos apresentados inicialmente de forma generalizada foram ganhando maior detalhamento e circunscrevendo a demanda na esfera das relações da paciente que lhe trazia maior sofrimento no momento de vida atual:

> *"Com relação ao seu relacionamento conjugal, P. passou a relatar inúmeras brigas com o seu companheiro que, segundo ela, não tinham motivos específicos. Relatava que seu companheiro lhe dirigia ofensas, baseadas em crises de ciúmes e conflitos com a família da paciente. Dizia que não via por parte dele compromisso conjugal, sentindo-se excluída de outros âmbitos da vida do companheiro, como viagens e relações familiares. Outro fato que interferia na relação conjugal é que o casal era sócio em dois estabelecimentos, onde e P. trabalhava no período noturno e aos fins de semana. Porém era ela quem cobria gastos quando o lucro não era suficiente, em decorrência de P. possuir uma renda fixa advinda de seu emprego assalariado.*
>
> *P. referia descontentamento com a forma como a relação entre ambos estava sendo construída, baseada em ameaças constantes da parte dela em sair da casa que dividiam e da parte do companheiro em vender o comércio. Além disso, a instabilidade e imprevisibilidade do comportamento do companheiro que, segundo P., oscilava significativamente de humor causavam um desgaste ainda maior na relação. Apesar disso, a paciente, mesmo tendo clareza das dificuldades desse relacionamento, relatava não conseguir romper com o companheiro, refletindo sua dependência*

afetiva se sobrepondo ao seu desejo de pensar em novas formas de se relacionar, seja com o companheiro ou em outros relacionamentos na sua vida."

Assim, podemos observar que a demanda foi sendo melhor delineada e esclarecida à medida que o vínculo na relação terapêutica foi sendo fortalecido, possibilitando P. pensar sobre sua relação conjugal de forma mais compreensiva, podendo expressar seus sentimentos e pensamentos de forma mais integrada, em função de um acolhimento que pôde sustentar as contradições e inseguranças despertadas pela relação conjugal, marcadamente assentada em aspectos de dependência afetiva, medo de abandono e na angústia de desamparo (perda do objeto).

Vale ressaltar, que os conteúdos que abordavam situações de violência na relação conjugal, que cada vez mais estão presentes na clínica contemporânea, mobilizaram o (a) estagiário (a) e nas supervisões e seminários, por várias vezes, foram discutidos na perspectiva de identificar aspectos transferenciais e contratransferenciais, que poderiam de alguma forma implicar na escuta da paciente, dado o sistema de crenças e valores envolvidos no acolhimento dos conflitos nas relações de gênero.

As Idas e Vindas na Psicoterapia Breve: Processos de Mudanças e de Permanência

Um dos desafios da psicoterapia breve é travado quando o paciente amplia sua compreensão dos motivos pelos quais procurou atendimento psicológico, mas não necessariamente deseja grandes mudanças, não refletindo o que Hegenberg (2013) nomeou de crise. O atendimento de P. ilustra essa trajetória e coube a dupla paciente-terapeuta redimensionar os objetivos do atendimento.

Nesse sentido, diante dos conteúdos recorrentemente explicitados por P. nas sessões, os atendimentos foram baseados em intervenções que poderiam levar ao seu empoderamento, a partir da integração de elementos presentes em seu autoconceito e na autoestima, de forma a ajudá-la a perceber que, independentemente de estar em um relacionamento conjugal, ela teria capacidade de refazer seus planos, sem precisar abrir mão daquilo que havia sido conquistado por ela própria, como seu emprego e um imóvel próprio.

No entanto, embora P. tenha referido em uma das sessões que "se sentia sobrecarregada tendo que trabalhar em horário comercial e ainda ajudar o companheiro no comércio", sua solução para essa questão estava ancorada na possibilidade "de pedir demissão de seu emprego para se dedicar apenas ao comércio do casal, algo que não era prazeroso para ela". Além disso, outra contradição observada foi que a solução pensada para resolver seu conflito conjugal também envolvia abandonar o espaço (de si mesma) onde podia se refugiar e se refazer dos confrontos: "o trabalho da paciente havia se tornado um refúgio, uma vez que ela fazia horas extras por não querer retornar para sua casa e ter que se deparar com um possível conflito com o companheiro".

Outros aspectos foram sendo evidenciados nos conteúdos das sessões, que indicavam suas dificuldades *"em saber se colocar"* nas relações, marcadas pela negligência de suas próprias vontades ou pela negação e distanciamento de sua feminilidade*:*

> *"P. dizia esquecer-se de realizar cuidados consigo mesma, como ir ao cabeleireiro, para conseguir dar conta de suas responsabilidades, principalmente as que se referiam a questões financeiras do comércio. P. demonstrava ser uma pessoa que tendia a assumir responsabilidades que não necessariamente estariam sob sua obrigação, seja em seu trabalho, seja no relacionamento conjugal, o que acabava lhe sobrecarregando e desviando sua atenção de outras questões, como a insatisfação com o relacionamento e cuidados pessoais".*

Diante dessas contradições, algumas reflexões foram realizadas acerca do fato de que assumir responsabilidades que caberiam ao companheiro representava uma forma de P. torná-lo dependente dela, talvez não afetivamente, mas para a resolução de situações referentes a finanças, como o pagamento da pensão do filho dele de um relacionamento anterior e das contas do comércio.

A paciente explicitou em diferentes momentos seu desejo de voltar a morar na casa de seus pais em virtude de não mais suportar o convívio com o companheiro, relatando passar alguns dias na casa deles quando havia brigas e situações de humilhações. As soluções empreendidas por P. mostravam indícios de uma necessidade de separação física, concreta, na medida em que desenvolvia estratégias para fugir do convívio conjugal, como por exemplo, fazer horas extras no trabalho, passar dias na casa dos pais, mas ainda se sentia estava envolvida emocionalmente na relação conjugal.

Com isso, a angústia de desamparo foi sendo identificada como predominante na mobilização de aspectos afetivos da paciente e, a partir dessa hipótese, foram sendo trabalhadas perspectivas futuras diante de uma real separação, a partir de reflexões sobre os benefícios e prejuízos que a paciente poderia imaginar frente à decisão de se manter no relacionamento ou se separar do companheiro, a partir do questionamento sobre suas escolhas atuais e o quanto isso poderia repercutir em suas escolhas futuras.

As Últimas Sessões: Afinal, o que Termina na Psicoterapia Breve?

O diagnóstico de um problema cardíaco foi um fato bastante significativo para que P. pudesse voltar seu olhar para si mesma e começar a pensar sobre suas ações de modo a dar mais atenção para as questões que estavam sendo fonte de sofrimento para ela.

Na sessão em que contou sobre o diagnóstico, P. disse ter percebido o quanto estava lhe "fazendo mal suportar todas as brigas e dar conta de responsabilidades que não eram dever dela realizar." Importante ressaltar que a emergência de um sintoma orgânico colaborou sobremaneira para que P. conseguisse perceber que ela também estava adoecendo emocionalmente.

Diante da percepção de sua vulnerabilidade física e emocional, a paciente tomou a decisão, então, de se mudar para a casa dos pais enquanto realizava o tratamento médico, de forma a evitar situações estressantes e de conflitos com o companheiro. Quanto a essa decisão P."afirmou que não havia terminado o relacionamento, mas que voltaram a ser namorados, tendo cada um tendo a sua individualidade", podemos vislumbrar uma mudança importante na percepção de si nas relações, quanto aos limites necessários "ao se colocar nas relações", representados pela recusa a viver situações de violência, realização das necessidades de amparo e proteção junto aos pais e da tentativa de recriar sua relação com o companheiro.

Neste período de tomada de importantes decisões, as sessões foram norteadas por intervenções que pudessem ajudar P. a fortalecer seus recursos internos, acolhendo seus sentimentos de vulnerabilidade e de ambivalência despertados pelos conflitos na relação conjugal. A valorização de suas conquistas pessoais e financeiras, que forneciam um espaço de estabilidade no cenário de várias mudanças, também ajudou P. a tolerar um tempo necessário para elaborar e integrar as velhas e novas escolhas, representadas pela decisão de voltar para a casa dos pais, manter o relacionamento com uma nova "roupagem", resgatar sua individualidade financeira e dedicar-se a cuidados pessoais.

Nos atendimentos finais, "P. já relatava ter conseguido impor limites nas situações que ela considerava abusivas por parte do companheiro". Tomou a decisão de se manter no escritório de contabilidade e, ao relatar sobre as mudanças que haviam ocorrido no ambiente de

trabalho, foi possível identificar que P. demonstrava estar mais segura para conseguir expressar suas ideias e repensar sobre as responsabilidades que assumia. As novas experiências de "saber se colocar", fundamentais para a paciente repensar seu relacionamento com o companheiro, também foram expandidas para o ambiente de trabalho que, segundo P., também tinham se tornado desgastante pelo fato dela assumir tarefas que cabiam a outros funcionários.

Considerações Finais

O estágio de PBOP, quando iniciou suas atividades, foi concebido como uma possibilidade real de articular uma relação de ajuda efetiva com um menor prazo de atendimento para os pacientes do serviço-escola do CPA. Desde então passou por diferentes mudanças e adaptações à realidade da clínica em instituição, estando atualmente em um momento de maior maturidade e consolidação.

A maior dificuldade encontrada ainda está relacionada aos critérios de seleção dos casos para atendimento em psicoterapia breve, tendo em vista que os pacientes acolhidos no estágio são os que aguardam na fila de espera, por ordem de comparecimento à triagem do serviço. No entanto, acreditamos que essa modalidade terapêutica é mais indicada para queixas circunscritas e bem delimitadas, como já citado na introdução, e em função dessa questão, os supervisores planejam para o próximo ano um processo de triagem exclusivo para esse estágio.

De um modo geral, as atividades do estágio vêm se desenvolvendo como experiências exitosas para a formação na Clinica, na medida em que possibilitaram um maior número de pacientes atendidos nessa modalidade breve, que tiveram suas necessidades acolhidas pelo Serviço. Na perspectiva dos alunos, o estágio vem oferecendo a oportunidade de atender e

acompanhar a evolução clinica de diferentes casos, em uma prática que pode ser estendida a outros contextos de atuação.

Fica evidente que não se trata de uma psicoterapia abreviada, mas de um processo intenso e cujos resultados são bastante animadores, como pode ser observado na descrição de atendimento abaixo:

> *O paciente inicialmente apresentava um alto grau de ansiedade, que era inclusive representada por uma tosse constante nos primeiros atendimentos. Ao decorrer das sessões, pudemos conversar sobre essa ansiedade. S. estava passando por um término de relacionamento, além de outros problemas como a necessidade de se manter em um país estrangeiro e sua vontade de ingressar em uma universidade. No decorrer do atendimento, S. não apresentava mais tosses. No momento da alta estava em um relacionamento estável com outra garota mesmo mantendo contato com a ex namorada, conseguiu guardar um dinheiro e estava em um cursinho de revisão para se preparar para a segunda fase da Unesp e da Fuvest.*

Vale ainda assinalar que uma intervenção mais interativa permite ao paciente compreender a psicoterapia, desfazer estereótipos acerca do trabalho do psicólogo, avaliar seus benefícios, pensar na continuidade, além de fortalecer o vínculo com o serviço. Para os alunos representa uma oportunidade de experenciar a clínica de forma a vislumbrar suas exigências para a formação e também os possíveis resultados ao final de um processo, conforme o depoimento de uma estagiária a seguir:

> *Acredito que o estágio foi muito importante para a minha formação profissional. Foi a minha primeira experiência com atendimento em psicoterapia individual e graças ao auxílio dos supervisores consegui aprender muito com o estágio e buscar ajudar a paciente a qual atendia. Foi uma experiência única, que fico muito feliz por ter tido e espero usar tudo o que aprendi nesse período para o desenvolvimento da minha vida profissional e pessoal.*

Referências

Assis, M. A. C. (2012). Primeiro encontro com o analista: campo potencial para o desenvolvimento da análise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 46, (4), 70- 82.

Hegenberg, M. (2013). *Psicoterapia Breve- clínica psicanalítica.* (4ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Braier, E. A. (2008). *Psicoterapia Breve de Orientação Psicanalítica*. (IPEPLAN, Trad., 4ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Yoshida, E. M. P. & Enéas, M. L. E. (Orgs). (2013). *Psicoterapias Psicodinâmicas Breves – propostas atuais.* (3ª ed.). Campinas: Alínea.

Zimerman, D. E. (1999). *Fundamentos Psicanalíticos: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática.* Porto Alegre: Artmed.

Algumas Publicações dos Autores Relacionadas à Atividade de Estágio

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902017000200007

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000200008

PSICOTERAPIA DE ORIENTAÇÃO PSICANALÍTICA: 30 ANOS DE UM SERVIÇO E ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE INSERIDOS NO CONTEXTO DA CLÍNICA-ESCOLA DE PSICOLOGIA

Manoel Antônio dos Santos
Érika Arantes de Oliveira-Cardoso
Lucas dos Santos Lotério
Eduardo Name Risk

Este capítulo tem por propósito relatar uma história exitosa relacionada ao período de preparação profissional em Psicologia Clínica no cenário da clínica-escola. Nosso objetivo é apresentar a trajetória de desenvolvimento do estágio supervisionado Psicoterapia de Orientação Psicanalítica e o serviço clínico a ele vinculado, discorrendo sobre suas raízes históricas, aspectos estruturais e funcionamento institucional. O interesse por disseminar conhecimento sobre esse estágio se justifica por ser o mais antigo e o que por mais tempo tem se mantido ininterruptamente na grade curricular do curso de Psicologia, preservando suas atividades mesmo decorridos 30 anos de sua criação. Outro aspecto que inspira essa reflexão é nosso interesse por conhecer e mapear a trajetória de psicoterapeutas, da formação acadêmica ao exercício profissional (Santos, 2003; Santos & Kawakami, 2003; Santos & Melo-Silva, 2003). Também ocupa nossos interesses, enquanto objeto de investigação em clínica-escola, a necessidade de repensar os saberes e reorganizar as práticas em Psicologia (Salinas & Santos, 2000) e a expansão do campo das psicoterapias (Cunha, Cecílio, Scorsolini-Comin, & Santos, 2016).

Desse modo, consideramos relevante dissecar os pormenores do trabalho vivo que se encontra condensado nesse percurso que atravessou diversas épocas e sobreviveu a diferentes

realidades socioeconômicas e paisagens curriculares do curso de Psicologia, para que se possa conhecê-lo em sua intimidade, processos e transformações, até a situação atual.

Fundamentos Teóricos e Técnicos

A psicoterapia de orientação psicanalítica – ou psicoterapia psicodinâmica (Gabbard, 2005) – ou, simplesmente, psicoterapia dinâmica – é um procedimento derivado da psicanálise, que utiliza seu corpo teórico combinando-o com técnicas adaptadas às necessidades específicas do contexto particular em que se aplica o método psicanalítico e suas derivações. Concentra-se, basicamente, na interpretação de conflitos inconscientes, com o propósito de abrandar a tensão intrapsíquica decorrente da repressão das idéias intoleráveis pelo ego consciente (Zimerman, 1999). O psicoterapeuta nessa abordagem trabalha para que as motivações inconscientes dos comportamentos possam ser reconhecidas e elaboradas, de modo que o paciente encontre o sentido que o sintoma assume em sua vida. Como cada trajetória de história é singular, esse sentido construído é único e irreproduzível (Santos, 2007). Ao tomar consciência das dimensões inconscientes que sustentam seus sintomas, o paciente pode se apropriar de seu sofrimento e encontrar formas de subjetivá-lo e elaborá-lo que não sejam obstrutivas ao seu processo de desenvolvimento psíquico.

O terapeuta convida o paciente a verbalizar livremente seus conteúdos psíquicos, utilizando-se do método da associação livre, movimento que pode desvelar novas possibilidades e caminhos de elaboração do material psíquico (Ceitlin & Cordioli, 1998). Valendo-se da atenção flutuante, oferece sua escuta qualificada e, acompanhando o fluxo associativo do paciente, realiza pontuações em sua fala, buscando em seus deslocamentos e condensações demarcar significados latentes (Freud, 1996a, 1996b). Essa postura receptiva ao

material inconsciente (Laplanche & Pontalis, 2000) possibilita compreender e elucidar o sentido que o sintoma assume para o sujeito, convidando-o a deixar sua posição passiva para exercer uma postura ativa de agente de sua própria "cura" (no sentido de tratamento), ou seja, um sujeito que assume sua necessidade de cuidar de si e que passa a mobilizar seus recursos construtivos nessa direção (Etchegoyen, 2004).

A abordagem psicanalítica se destaca de outras por voltar seu foco de atenção à investigação do vínculo que o paciente estabelece com o psicoterapeuta (Santos & Peres, 2013). Nesse sentido, há forte ênfase tanto na transferência (os padrões vinculares que o paciente vivencia com o terapeuta), como na contratransferência (os sentimentos que a relação com o paciente desperta no terapeuta) (Eizirik, Liberman, & Costa, 1998). Essa leitura do funcionamento psíquico pode ser fundamentada na teoria das relações objetais ou na psicologia do *self*, o que faz com que o tratamento se enderece à interpretação da relação transferencial que se instala progressivamente no decorrer do processo psicoterapêutico (Etchegoyen, 2004). Assim, a ferramenta privilegiada de trabalho nessa abordagem é o manejo da relação transferencial (Santos & Peres, 2013).

Essa perspectiva parte do pressuposto teórico de que o paciente tende a repetir, isto é, a transferir para a figura do terapeuta sentimentos e atitudes que foram vivenciados com outros personagens em outros tempos e cenários de seu desenvolvimento primordial, reeditando, assim, padrões inconscientes de relacionamentos primários experienciados com as figuras parentais na infância (Risk & Santos, 2015; Zetzel, 1956). Para favorecer a emergência dessas reedições dentro do ambiente controlado da sala de psicoterapia, a estratégia metodológica prevê encontros regulares (de preferência com frequência de duas a três vezes por semana) e de longa duração, pois à medida que se consolida o vínculo terapêutico, o paciente fortalece um senso de continuidade, estabilidade, segurança e confiança básica no

terapeuta e na relação que se estabelece (Wallerstein, 2005).

Outros elementos atuam como facilitadores da regressão aos padrões arcaicos de vinculação, especialmente a assepsia do *setting* terapêutico e a postura discreta e não-intrusiva do terapeuta, que muitas vezes é lida como "neutralidade", parente próxima da frieza e da indiferença frente ao sofrimento alheio, mas que na verdade é apenas o exercício da imparcialidade, ou seja, uma disciplina mental que visa a não tomar partido nos conflitos psíquicos do paciente.

Na técnica da psicoterapia de base psicanalítica dá-se forte ênfase no manejo clínico da aliança terapêutica (Eizirik et al., 1998; Gomes, 2005; Peres, 2009). Os ganhos terapêuticos surgem a partir da exposição reiterada no espaço vincular terapêutico dos padrões arcaicos e estereotipados de relacionamento (o passado que imperceptivelmente se reatualiza no presente). Com a explicitação das repetições transferenciais é possível encontrar caminhos alternativos para a resolução dos conflitos psíquicos. Alternativos no sentido de permitir ao paciente vias diferentes das soluções neuróticas dadas no passado (Santos & Peres, 2013). O paciente aprende, assim, que pode estabelecer um vínculo positivo, o que lhe permitirá confiar na sua capacidade de transformar os aspectos imaturos de sua personalidade, passsando a vislumbrar esperança na mudança.

Com a evolução da relação terapêutica, espera-se um fortalecimento gradual do ego do paciente (Zimerman, 2001), por via de processos identificatórios mais realistas que proporcionem padrões de relacionamento menos distorcidos, até que ele possa se encontrar em melhores condições de vivenciar e elaborar adequadamente os conflitos sem deformar seu ego – que é o que normalmente ocorre quando o ego necessita recorrer a mecanismos de defesa primários (Risk & Santos, 2015; Zimerman, 2001). Nota-se, nessa fase da psicoterapia, maior envolvimento com o tratamento e aumento na capacidade de autocompreensão, o que

leva a um incremento do respeito pela própria realidade psíquica. (Santos, 2007). Ao conquistar maior intimidade consigo mesmo, o paciente tende a se dedicar com mais vigor à construção de um projeto de vida que lhe permita usufruir em plenitude de seus recursos, superando inibições e processos obstrutivos que tolhem o processo de desenvolvimento emocional (Santos, Santos, & Oliveira, 2008; Sei & Santos, 2005).

Ao contrário do que pensa o senso comum, a psicoterapia psicanalítica não implica em uma redução da psicanálise clássica a formas empobrecidas e adaptacionistas de tratamento. Na verdade, se configura como um modelo indicado para determinadas situações e contextos, como as instituições de saúde, oferecendo um valioso recurso de atendimento psicológico, com técnicas e objetivos próprios que possibilitam alcançar desde a remissão de certos sintomas até mudanças mais duradouras de personalidade (Wallerstein, 2005). De acordo com a literatura, algumas caracteristicas encontradas nessa modalidade terapêutica são: a frequência de sessões de duas a três vezes por semana; o uso preferencial, mas não exclusivo, das associações livres; o emprego facultativo do divã; a intensidade menor com que o paciente é mantido em situação de frustração; as interpretações não são exclusivamente transferenciais; o psicoterapeuta pode assumir um papel mais ativo no processo.

Considerando esses pressupostos teórico-clínicos, a relevância da abordagem psicanalítica na configuração histórica da psicologia clínica e a necessidade de contemplar a formação acadêmica do aluno de Psicologia com essa abordagem, há 30 anos (1988) foi criado o Serviço de Psicoterapia de Adolescentes e Adultos da Clínica Psicológica do Centro de Psicologia Aplicada (CPA). A Clínica Psicológica é vinculada ao curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – FFCLRP-USP.

Um Pouco de História

Tradicionalmente, o curso de Psicologia consagra aos últimos anos o período de formação profissionalizante do graduando (Moreira, 2003). A preparação profissional exige que o aluno possa ter contato com modelos de diagnóstico e intervenção que tenham relevância e comprovação científica. Parte dessa formação é oferecida sob os auspícios dos serviços-escola, seguindo o princípio do aprendizado em serviço. No contexto da Clínica Psicológica do CPA-FFCLRP-USP, simultaneamente à criação do serviço de psicoterapia, foi sistematizado o estágio denominado Psicoterapia de Orientação Psicanalítica (POP), posteriormente convertido em disciplina-estágio, sob a responsabilidade do Prof. Manoel Antônio dos Santos e da Dra. Érika Arantes de Oliveira Cardoso, vinculados ao Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS-USP-CNPq.

A preparação do aluno para atuar como psicoterapeuta requer um rigoroso percurso, que inclui o aprendizado mediante prática supervisionada (Sant'ana, 1999). Não há consenso sobre quais são as proficiências imprescindíveis para alguém se tornar psicoterapeuta (Santos & Coimbra, 2000).

Estudo conduzido por Freitas e Noronha (2007) evidenciou que os supervisores de estágios orientados pela perspectiva psicanalítica elencaram como habilidades mais importantes para a formação do aluno: submeter-se à terapia pessoal, ter postura ética, apresentar interesse pelo cliente, ter raciocínio clínico, pesquisar a teoria para compreender a prática, ser participativo nas supervisões, ser pontual às sessões e às supervisões, ser comprometido com as tarefas propostas, possuir observação apurada dos comportamentos do cliente e ter dedicação à prática clínica. Ainda segundo a ótica dos supervisores de estágios clínicos, a habilidade do aluno

"produzir conhecimento científico" foi apontada como a menos importante para sua formação, independentemente da abordagem adotada (Freitas & Noronha, 2007).

Para Rodrigues (2000) o estágio supervisionado deve funcionar como uma estratégia que promove a flexibilidade perceptiva e comportamental do aluno. Para modelar essa postura flexível agregamos à estrutura do estágio vários supervisores, de modo a assegurar que o aluno-terapeuta será exposto a diferentes visões, modelos e concepções da atuação clínica. Assim, desde a estruturação inicial do estágio pudemos contar com a colaboração de alguns supervisores que eram renomados psicanalistas que exerciam atividade clínica na cidade de Ribeirão Preto (José Américo Junqueira de Mattos, David Azoubel Neto), juntamente com Mirian Viana Junqueira. A cidade de Ribeirão Preto, desde a década de 1960, estabeleceu o que viria a se tornar uma forte tradição em psicanálise (Santos, 2003) e essa situação peculiar se refletiu na criação do estágio e do serviço de POP no contexto do curso de graduação em Psicologia da FFCLRP-USP.

Na Clínica Psicológica do CPA o estágio contou, em diferentes momentos de sua estruturação, com a retaguarda de psicólogos extremamente dedicados, como Luis Alberto Martins Ferreira, Ludmila de Moura, Elisabeth Cárnio Costa Beltrame, Paola Salinas e Érika Arantes de Oliveira Cardoso. Gradativamente, a equipe de supervisores colaboradores foi ampliada graças à inserção de psicanalistas vinculados ao Grupo de Estudos de Psicanálise de Ribeirão Preto – que foi o embrião que daria origem à Sociedade Brasileira de Psicanálise de Ribeirão Preto (SBPRP).

Desse modo, desde os seus primórdios, o estágio reúne profissionais que, em sua prática clínica e científica, adotam um referencial teórico-técnico psicanalítico de investigação. A proposta de treinamento do estagiário como psicoterapeuta de orientação psicanalítica vem em resposta ao interesse crescente da comunidade local e regional por acesso a atendimento público e acessível à população geral. Nesse sentido, o estágio de POP veio preencher essa lacuna, ao

proporcionar uma alternativa de atendimento gratuito à população, com um caráter profissionalizante e educativo.

Dentre os profissionais que colaboram ativamente com a proposta clínico-educativa do estágio podemos destacar a Dra. Lenise Lisboa Azoubel, analista didata e ex-presidente da SBPRP que, por 12 anos, acolheu generosamente os estagiários em sua residência, dividindo com o Prof. Manoel Antônio dos Santos a coordenação de dois seminários clínicos semanais. Cada seminário tinha duração de 90 minutos. Com a oferta de dois seminários foi possível atender à grande demanda de estagiários que se inscreviam no estágio de POP.

Nas dependências do CPA os alunos realizavam os atendimentos clínicos e recebiam aportes teóricos e orientações técnicas de manejo clínico a cargo do Prof. Manoel Antônio dos Santos e da Dra. Érika Arantes de Oliveira Cardoso. A partir da última década o Seminário Clínico semanal com os estagiários tem sido coordenado pelo Prof. Manoel, ao passo que o serviço de psicoterapia está a cargo da Dra. Érika. Os estagiários continuam a receber supervisões semanais dos psicanalistas vinculados ao estágio, mantendo-se assim a tradição estabelecida há 30 anos.

Organização e Funcionamento

No organograma da Clínica Psicológica do CPA o serviço de psicoterapia destina-se ao atendimento de uma população adolescente e adulta, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 12 anos, com níveis de escolaridade e inserção profissional variados. Os clientes provêm, geralmente, de camadas sociais desprivilegiadas do ponto de vista socioeconômico, embora este não seja um critério de seleção da população atendida. Compondo essa clientela nota-se um contingente expressivo de indivíduos vinculados ao *campus* de Ribeirão Preto da

Universidade de São Paulo, como pós-graduandos, graduandos e funcionários, o que evidencia que a comunidade uspiana legitima e valoriza o serviço ao longo de suas três décadas de existência. Por outro lado, a experiência de atendimento psicológico a estudantes universitários em clínica-escola aponta possibilidades, mas também sugere limitações (Peres, Santos, & Coelho, 2003).

Atende-se, predominantemente, a situações clínicas de quadros situacionais, neuróticos e desvios de conduta, excluindo-se do seguimento casos de transtornos psicóticos, deficiência intelectual e distúrbios orgânicos, bem como alcoolistas e dependentes de substâncias psicoativas, uma vez que essas categorias diagnósticas não se adequam à proposta de trabalho e dela poderiam auferir resultados bastante limitados. Em termos da problemática apresentada como justificativa para o atendimento, de um modo geral predominam as dificuldades de relacionamento interpessoal e uma gama variada de problemas afetivos.

Objetivos

O objetivo geral de todo estágio profissionalizante em Psicologia é oferecer ao estagiário a oportunidade de, sob supervisão, exercitar o papel profissional de psicólogo, no caso, dentro de um contexto institucional que serve de moldura ao trabalho desenvolvido. Tentando ser mais específico, na relação de ensino-aprendizagem estabelecida, pretende-se, do ponto de vista de *formação téorica*, possibilitar ao estagiário familiarizar-se com fundamentos teóricos que definem o atendimento psicoterápico dentro de uma abordagem psicanalítica.

Em relação à *formação prática* espera-se poder: (1) desenvolver a formação do papel profissional enquanto psicoterapeuta de orientação psicanalítica; (2) exercer atendimento psicoterápico de clientes triados pela Clínica Psicológica do CPA; (3) familiarizar-se com a

técnica que define o atendimento psicoterápico de orientação psicanalítica, em seus aspectos básicos; (4) aprimorar a percepção, sensibilidade e técnica no manejo psicoterápico de casos clínicos, por meio de sessões de supervisão com profissionais mais experientes na área.

Em relação à *formação ética*, busca-se nas atividades do estágio incentivar a reflexão e discussão dos princípios éticos envolvidos na psicoterapia, como as noções de sigilo profissional, intimidade psíquica e respeito à singularidade e às diferenças ao se lidar com a subjetividade alheia, bem como a necessidade de se assumir um posicionamento ético frente aos modelos de atenção psicológica voltados para a população economicamente desfavorecida.

Descrição das Atividades

Treinamento para Manejo dos Aspectos Práticos da Clínica Psicológica

O estágio se inicia com um treinamento oferecido pelas psicólogas supervisoras a respeito das regras de funcionamento e organização administrativa do CPA. Nesse momento são discutidas *questões práticas*, como os horários de funcionamento da Clínica, procedimento para agendamento e cancelamento de reserva de salas, contatos da secretaria, treino de escrita no prontuário, apresentação dos documentos essenciais para abrir e encerrar um atendimento, instruções sobre como elaborar uma folha de evolução e um relato de atendimento; *questões éticas,* tais como a importância do sigilo, postura de respeito em relação ao material produzido a partir do conteúdo da sessão e, por fim, algumas *questões técnicas*, como modo de realizar o primeiro contato com o paciente, instruções sobre a entrevista inicial e sobre o contrato terapêutico estabelecido. Esse treinamento é realizado na semana anterior ao início das atividades do estagiário.

Atendimentos Clínicos

Cada estagiário torna-se responsável pelo atendimento de dois pacientes. Esses clientes já passaram por uma triagem na Clínica Psicológica e integram uma lista de espera. O aluno fica responsável pelo contato telefônico e agendamento da primeira entrevista, devendo avisar o Serviço de Porta de Entrada sobre o desfecho. A partir do momento em que agenda a primeira sessão, o estagiário é responsável pela reserva de sala, condução do atendimento, preenchimento das folhas de evolução e posteriormente pelo encerramento e arquivamento do caso. O tempo estimado de atendimento é de dois semestres letivos, sendo que o desligamento pode acontecer antes se o paciente não aderir a terapia segundo os critérios do CPA, sendo considerado como não adesão a ocorrência de três faltas seguidas ou cinco alternadas. Em obediência aos preceitos do uso da técnica da orientação psicanalítica, exige-se um mínimo de duas sessões semanais, de 50 minutos cada, em dias alternados da semana, sendo facultativo o uso do divã.

Supervisões Clínicas Externas

O estágio de POP acontece todos os anos com a parceria preciosa da Sociedade de Psicanálise de Ribeirão Preto (SBPRP). Os alunos têm a possiblidade de receberem supervisão de profissionais vinculados à Sociedade, que disponibilizam um horário em seus consultórios para essa finalidade. Nas supervisões o aluno-terapeuta deve levar a transcrição literal do conteúdo da sessão, sendo esse um importante treino para escuta e atenção dirigida do aluno durante a sessão, assim como para a memória e organização e do conteúdo no momento da transcrição. Nesse formato, o estagiário tem a possibilidade de ter contato com dois profissionais experientes e com amplo conhecimento teórico da psicanálise, uma vez que, para cada paciente em atendimento, é

designado um supervisor específico. Outro fator de enriquecimento a partir da supervisão é o fato de ocorrer em pequenos grupos, o que possibilita ao mesmo tempo aprender com o material do colega e não ficar um tempo longo sem supervisão, uma vez que o esquema é de rodizio de apresentações.

Seminários Clínicos

Essa atividade se assemelha à supervisão clínica no tocante ao preparo do material para apresentação em esquema de rodízio dos alunos. Ao mesmo tempo difere, principalmente por ser um espaço no qual serão discutidos aspectos mais gerais, relacionados à técnica psicanalítica. Outra diferença é o fato de que todos os estagiários participam conjuntamente dessa atividade. O seminário é conduzido pelo docente responsável pelo estágio, acontece em uma sala do Departamento de Psicologia, tendo a duração de duas horas.

Elaboração de um Trabalho Teórico

No final de cada semestre os estagiários elaboram um trabalho, no formato de artigo científico, no qual buscam construir uma articulação entre algum aspecto da teoria psicanalítica e a evolução do atendimento do paciente. O objetivo dessa tarefa é possibilitar a reflexão teórica da prática supervisionada e o treino da escrita acadêmica.

Ilustração das Atividades

Optou-se por ilustrar as atividades com a apresentação de um caso clínico elaborado por um estagiário de POP. A paciente será aqui identificada como Socorro (nome fictício). Trata-se de uma mulher de 44 anos, casada com Carlos e mãe de dois filhos, Júlia, de 14 anos, e Pedro, de 10 anos. Em sua casa vivem os quatro e, em julho de 2013, a irmã mais nova de Socorro, que é adotiva, Cleide, veio morar com ela para investigar e tratar de uma doença hepática.

Socorro procurou o serviço de psicoterapia com sintomas de dores no peito, relacionadas a uma sensação de falta de ar. Apresentava, ainda, dor de cabeça e um medo irracional de morrer. Conta que já havia passado por vários médicos e feito alguns exames, mas que, unanimemente, todos disseram que ela não tinha nenhum tipo de problema cardíaco. Socorro, porém, não se tranquilizava, e tinha a sensação de que ninguém encontrava a real causa de suas dores, insistindo na crença de que elas deviam ser um sinal de "alguma coisa" no coração. Socorro estava com muito medo de que esses sintomas a levassem à morte.

Socorro completou o magistério e chegou a dar aulas por cerca de dois anos, enquanto morava no Piauí, porém, quando se casou, mudou-se para Ribeirão Preto com o marido, onde trabalhou como empregada doméstica e também como auxiliar de produção. Parou de trabalhar no final de 2012, quando os sintomas já referidos começaram a ficar mais fortes e ela foi obrigada a sair do emprego. Essas crises a levavam quase que semanalmente ao posto de saúde próximo de sua casa, para ser examinada, porém os médicos sempre diziam a mesma coisa para ela: que seu problema não era físico, que seu coração estava bom, que o que ela sentia podia ser muscular e que ela precisava de uma ajuda psicológica.

O trabalho com Socorro, nessa época, foi no sentido de entender como eram essas crises que ela tinha com certa frequência, em quais momentos elas se apresentavam com mais

intensidade e maior frequência e se havia alguma emoção específica relacionada a elas. Socorro relatava que até seus filhos ficavam preocupados com ela devido à quantidade de vezes em que a mãe teve de ir ao posto de saúde. Seu marido, Carlos, trabalhava em uma empresa que prestava serviços para usinas de cana de açúcar e, por isso, ele tinha que viajar em épocas de safra, para realizar manutenção nas máquinas. Nesses períodos em que seu marido estava fora, por vezes Socorro não conseguia dormir, ou dormia só quando estava sendo vencida pelo cansaço, com medo de morrer dormindo, vítima de um "ataque do coração".

A mãe de Socorro faleceu de infarto em 2002, na cidade natal situada no estado do Piauí. Socorro, porém, não se sentia muito confortável para falar da morte da mãe e evitava tocar no assunto, sendo que sempre que o tema surgia, ela acabava chorando. Em uma das vezes em que falava da mãe, Socorro relatou que ela havia procurado médico e estava fazendo vários *check-ups*, e foi justamente nessa época, um dia antes de realizar um exame específico para o coração, que sua mãe faleceu. Foi possível pensar com Socorro sobre o fato ocorrido e sobre como aquilo a havia impactado, pois ela também estava sentindo dores na região do peito e buscava uma explicação para aquilo, apesar de os médicos confirmarem que seu coração estava sadio. Aos poucos, conforme Socorro ia podendo pensar sobre a morte da mãe e, apesar de ainda sofrer com isso, compreender que elas eram diferentes, seus sintomas começaram a diminuir de frequência e intensidade. Na mesma época ela começou a se preocupar mais com a irmã, Cleide, e os sintomas de Socorro reduziram drasticamente, suas dores no peito tornaram-se muito esporádicas, suas dores de cabeça, apesar de ainda presentes, não a imobilizavam, e suas crises não mais apareceram, Socorro passou a dormir mais tranquila, mesmo quando o marido viajava.

A preocupação que antes era concentrada na possiblidade fantasiosa de ter uma doença cardíaca, depois voltada para o tratamento da sua irmã, pode ser novamente direcionada à paciente, mas agora de forma mais saudável e produtiva. Socorro passou a se preocupar com a

volta para o mercado de trabalho, pois sempre se considerou uma mulher muito ativa e que gostava de poder trabalhar e ganhar seu próprio dinheiro. Já perto do encerramento do atendimento, no final do ano, Socorro é chamada para uma entrevista de emprego para uma vaga com as características que ela procura: trabalho à tarde ou à noite, para não atrapalhar suas atividades diárias e cargo de auxiliar de produção, pois ela não queria voltar a trabalhar na limpeza.

Conclui-se que o atendimento foi exitoso, não somente em relação ao fato de que a queixa inicial fora superada, mas também quanto aos avanços outros que foram obtidos nesse ano de tratamento psicológico. O que se mostrou crucial ao longo do processo terapêutico de Socorro foi o fato de que ela pode se ouvir e ser ouvida, encontrando um vínculo saudável no qual ela foi capaz de se apoiar para dar conta de refletir sobre suas questões, ainda que com certa dificuldade em alguns momentos. A partir de um reconhecimento saudável, segundo Zimerman (2010), foi possível auxiliar a paciente a reduzir as representações distorcidas que provinham de seu inconsciente. A função do analista, ainda segundo o autor, é justamente a de mostrar novas possibilidades, novos "vértices de observação", de forma a estimular a dúvida no paciente, criando reflexões que, talvez, mudem a forma dele relacionar-se consigo mesmo e com as outras pessoas. Foi justamente este o trabalho realizado com Socorro, na tentativa de que seus sentimentos pudessem ser analisados e reavaliados, promovendo novas possibilidades de reflexão e novos sentimentos para vivenciar.

Considerações Finais

Conforme foi colocado neste capítulo, fica clara a importância do estágio de POP para a formação discente enquanto psicólogos, sendo este estágio capaz de auxiliar no desenvolvimento

de características essenciais à prática profissional. Fatores como resiliência, pontualidade, capacidade empática, ética, raciocínio clínico, dentre outros, são fundamentais para que a prática psicoterapêutica psicanalítica seja construída de maneira eficiente e eficaz no processo de atendimento realizado tanto na clínica do CPA-FFCLRP-USP quanto no ambiente fora dela, na qual se dará a prática profissional do estagiário após formado.

A experiência do estágio de psicoterapia de orientação psicanalítica tem sido bastante exitosa ao possibilitar ao futuro profissional contato com as bases teóricas da psicanálise e, em especial, com as primeiras experiências da prática clínica a partir de atendimentos realizados na clínica-escola do CPA, de supervisões com profissionais ligados à SBPRP, além de seminários clínicos. Consideramos que as atividades propostas aos poucos aumentam o senso de segurança do estagiário cujos primeiros atendimentos e supervisões são carregados de ansiedade e da sensação de estar "posto à prova". Ao longo do ano, as experiências clínicas, as supervisões, além do contato com os casos relatados pelos colegas em supervisão, amainam este sentimento e lastreiam os primeiros passos para a vida profissional. Fruto da experiência clínica, no corrente estágio, a psicanálise é praticada pelas mãos de seus aspirantes cujos primeiros casos são levados "ao divã" daqueles que há anos dedicam-se a essa desafiante e rigorosa tradição legada por Freud.

O suporte fornecido por supervisores experientes, capacitados e, acima de tudo, disponíveis para ensinar e ouvir os alunos é uma parte tão necessária quanto diferencial do estágio em POP. Sair dos muros da Universidade nesse momento da graduação (5º ano) motiva os estagiários, dando a eles ânimo para seguir atendendo e concluir o curso, pois o contato com a prática clínica estimula suas mentes e seu crescimento enquanto terapeutas. Sem a generosidade de tais supervisores, ficaria muito mais difícil completar a formação em psicoterapia de

orientação psicanalítica, pois a mente do analista cresce e se desenvolve quando em contato com a de outros profissionais capacitados e dispostos ao aprendizado mútuo.

Não por acaso o estágio se consagra com 30 anos de história, capacitando alunos e atendendo a sociedade em uma de suas necessidades mais importantes: o cuidado com a saúde mental, item fundamental para o "funcionamento" do indivíduo como um todo. Nesses 30 anos de oferecimento do estágio, mais de 200 estagiários já passaram pelo mesmo, e já foram atendidas cerca de 500 pessoas, o que faz com que o estágio reverbere, até hoje, na vida de todos os que foram diretamente impactados por ele, bem como no convívio daqueles que puderam ver seus familiares e amigos crescendo e se desenvolvendo a partir do contato com a psicoterapia de orientação psicanalítica.

Referências

Barros, G. C., Santos, M. A., & Oliveira, E. A. (2005). Paciente e profissional em busca da aliança terapêutica no enfrentamento do tratamento para o câncer em estágio avançado. In M. A. Santos, C. P. Simon, & L. L. Melo-Silva (Orgs.), *Formação em Psicologia: Processos clínicos* (pp. 221-234). São Paulo, SP: Vetor.

Barros, M. L., Calmon, T. F., Santos, M. A., & Rigobello, L. X. (2005). Uma experiência de grupo operativo em um centro de atenção psicossocial: Construindo novas possibilidades. In M. A. Santos, C. P. Simon, & L. L. Melo-Silva (Orgs.), *Formação em Psicologia: Processos clínicos* (pp. 235-253). São Paulo, SP: Vetor.

Blodorn, T. S., & Santos, M. A. (2005). A construção do espaço analítico: O papel do brincar na comunicação terapêutica com uma adolescente em processo psicoterápico. In M. A.

Santos, C. P. Simon, & L. L. Melo-Silva (Orgs.), *Formação em Psicologia: Processos clínicos* (pp. 283-297). São Paulo, SP: Vetor.

Ceitlin, L. H. F., & Cordioli, A. V. (1998). O início da psicoterapia. In A. V. Cordioli (Org.), *Psicoterapias: Abordagens atuais* (pp. 99-107). Porto Alegre, RS: Artmed.

Cunha, V. F., Cecílio, M. S., Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2016). Psicoterapia e a sua veiculação na Revista da SPAGESP: Análise da produção científica de 2000 a 2016. *Revista da SPAGESP, 17*(2), 3-20.

Eizirik, C. L., Liberman, Z., & Costa, F. (1998). A relação terapêutica: Transferência, contratransferência e aliança terapêutica. In A. V. Cordioli (Org.), *Psicoterapias: Abordagens atuais* (pp. 67-75). Porto Alegre, RS: Artmed.

Etchegoyen, R. H. (2004). *Fundamentos da técnica psicanalítica* (F. F. Settineri, Trad., 2a. ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.

Fachini, A., & Santos, M. A. (2005). Clínica psicanalítica: Aprendendo a escutar os sons do silêncio. In M. A. Santos, C. P. Simon & L. L. Melo-Silva (Orgs.), *Formação em Psicologia: Processos clínicos* (pp. 419-429). São Paulo, SP: Vetor.

Freitas, F. A., & Noronha, A. P. P. (2007). Habilidades do psicoterapeuta segundo supervisores: Diferentes perspectivas. *Psic: Revista da Vetor Editora*, *8*(2), 159-166.

Freud, S. (1996a). Sobre o início do tratamento. In J. Salomão (Org.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 135-158). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1913)

Freud, S. (1996b). Recordar, repetir, elaborar – novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II. In J. Salomão (Org.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 159-171). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914)

Gabbard, G. O. (2005). *Psicoterapia psicodinâmica de longo prazo: Texto básico.* Porto Alegre, RS: Artmed.

Gomes, F. G. (2005). A aliança terapêutica e a relação real com o terapeuta. In C. L. Eizirik, R. W. Aguiar & S. Schestatsky (Orgs.), *Psicoterapia de orientação analítica: Fundamentos teóricos e clínicos* (pp. 246-253). Porto Alegre, RS: Artmed.

Goulart, D. M., & Santos, M. A. (2015). Psicoterapia individual em um caso grave de anorexia nervosa: A construção da narrativa clínica. *Psicologia Clínica, 27*(2), 201-227.

Guimarães, N. M., Santos, M. A., Oliveira, E. A., & Gonçalves, R. M. O. (2005). O. O manejo da identificação projetiva na prática clínica: Um estudo de caso. In M. A. Santos, C. P. Simon, & L. L. Melo-Silva (Orgs.), *Formação em Psicologia: Processos clínicos* (pp. 128-142). São Paulo, SP: Vetor.

Harper, D., & Thompson, A. R. (Orgs.) (2012). *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy: A guide for students and practitioners*. West Sussex: Wiley-Blackwell.

Kreling, D. B., & Santos, M. A. (2005). Anorexia nervosa: Um relato de atendimento clínico realizado em contexto multidisciplinar. In M. A. Santos, C. P. Simon & L. L. Melo-Silva (Orgs.), *Formação em Psicologia: Processos clínicos* (pp. 143-161). São Paulo, SP: Vetor.

Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2000). *Vocabulário da psicanálise* (P. Tamen, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.

Mantovani, P. A. S., & Santos, M. A. (2005). Maquiando o sofrimento: Resistência e mecanismos de defesa no estudo de caso de uma paciente adulta em psicoterapia. In M. A. Santos, C. P. Simon, & L. L. Melo-Silva (Orgs.), *Formação em Psicologia: Processos clínicos* (pp. 87-98). São Paulo, SP: Vetor.

Moreira, M. I. B. (2003). O período de treinamento em Psicologia e a preparação profissional. *Cadernos de Psicologia, 13*(1), 99-112.

Peres, R. S. (2009). Aliança terapêutica em psicoterapia de orientação psicanalítica: Aspectos teóricos e manejo clínico. *Estudos de Psicologia (Campinas), 26*(3), 383-389. doi:10.1590/S0103-166X2009000300011

Peres, R. S., Santos, M. A., & Coelho, H. M. D. (2003). Atendimento psicológico a estudantes universitários: Considerações acerca de uma experiência em clínica-escola. *Estudos de Psicologia (Campinas), 20*(3), 45-57. doi:10.1590/S0103-166X2003000300004

Risk, E. N, & Santos, M. A (2015). O delicado manejo da transferência em paciente de difícil acesso. *Psicologia: Ciência e Profissão, 35*(4), 1074-1088. doi:10.1590/1982-3703000872014

Rodrigues, R. R. J. (2000). O estágio supervisionado como agente promotor da flexibilidade perceptiva e comportamental do psicólogo. *Psicologia Argumento, 27*(18), 111-121.

Safra, G. (2001). Investigação em Psicanálise na universidade. *Psicologia USP, 12*(2), 171-175. doi:10.1590/S0103-65642001000200014

Salinas, P., & Santos, M. A. (2000). Grupo de espera em uma clínica-escola: Repensando saberes, reorganizando práticas. In M. A. V. Luis & M. A. Santos (Orgs.), *Saúde mental: Prevenção e tratamento* (pp. 159-169). Ribeirão Preto, SP: FIERP-EERP-USP/FAPESP.

Sant'ana, V. L. P. (1999). A formação do psicoterapeuta. *Psicologia em Estudo, 4*(1), 61-65.

Santos, M. A. (2003). Profissão: Terapeuta – vicissitudes da formação acadêmica e da inserção no mercado de trabalho. In L. L. Melo-Silva, M. A. Santos, J. T. Simão, & M. C. Avi (Orgs.), *Arquitetura de uma ocupação. Orientação Profissional: Teoria e Prática* (pp. 151-172). São Paulo: Vetor

Santos, M. A. (2007). Psicoterapia psicanalítica: Aplicações no tratamento de pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. *SMAD: Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, *3*(1). Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v3n1/v3n1a06.pdf

Santos, M. A., & Coimbra, E. R. (2000). Psicoterapia: Características pessoais necessárias para a atuação, na perspectiva de profissionais da área. In M. A. V. Luis, & M. A. Santos (Orgs.), *Saúde mental: Prevenção e tratamento* (pp. 125-136). Ribeirão Preto, SP: FIERP-EERP-USP/FAPESP.

Santos, M. A., & Kawakami, E. A. (2003). Percursos do psicoterapeuta: Da formação acadêmica ao exercício profissional. In R. A. Pacheco Filho, M. D. Rosa, N. Coelho Jr., A. C. LoBianco, P. Endo, & T. T. Carignato (Orgs.), *Novas contribuições metapsicológicas à clínica psicanalítica* (pp. 229-246). Taubaté, SP: Cabral Editora Universitária.

Santos, M. A., & Melo-Silva, L. L. (2003). Será que era isso o que eu queria? A formação acadêmica em Psicologia na perspectiva do aluno. In L. L. Melo-Silva, M. A. Santos, J. T. Simão, & M. C. Avi (Orgs.), *Arquitetura de uma ocupação: Orientação profissional: Orientação profissional: teoria e técnica, v. 1* (pp. 387-406). São Paulo, SP: Vetor.

Santos, M. A., & Peres, R. S. (2013). Transferência. In R. S. Peres & C. R. R. Varga (Orgs.), *Psicoterapias de Orientação Psicanalítica* (pp. 77-93). São Carlos, SP: Ed. UFSCar.

Santos, M. A., Pasian, S. R., Oliveira, E. A., Melo-Silva, L. L., & Garducci, P. C. (2005). A trajetória do cliente na clínica-escola: Articulação entre serviços na formação profissionalizante em Psicologia. In L. L. Melo-Silva, M. A. Santos, & C. P. Simon (Orgs.), *Formação em Psicologia: Serviços-escola em debate* (pp. 139-170). São Paulo, SP: Vetor.

Santos, L. F., Santos, M. A., & Oliveira, E. A. (2008). A escuta na psicoterapia de adolescentes: As diferentes vozes do silêncio. *SMAD: Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, *4*(2), 1-15. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v4n2/v4n2a08.pdf

Sei, M. B., & Santos, M. A. (2005). Adolescência e psicoterapia psicanalítica: Vicissitudes do processo de individuação. In M. A. Santos, C. P. Simon, & L. L. Melo-Silva (Orgs.), *Formação em Psicologia: Processos clínicos* (pp. 313-331). São Paulo: Vetor.

Silva, C. H., & Santos, M. A. (2005). A somatização na clínica psicanalítica: Quando o sofrimento inscreve sua história no corpo. In M. A. Santos, C. P. Simon, & L. L. Melo-Silva (Orgs.), *Formação em Psicologia: Processos clínicos* (pp. 186-194). São Paulo, SP:

Santos, M. A., Silva, L. M., Oliveira, E. A., Ribeiro, R. P., & Dos Santos, J. E. (2005). Psicoterapia de apoio como estratégia auxiliar no atendimento a pacientes com anorexia nervosa. In M. A. Santos, C. P. Simon, & L. L. Melo-Silva (Orgs.), *Formação em Psicologia: Processos clínicos* (pp. 333-347). São Paulo, SP: Vetor.

Souza, L. V., & Santos, M. A. (2005). Grupo, experiência e escuta: Notas sobre o papel do psicoterapeuta. In M. A. Santos, C. P. Simon, & L. L. Melo-Silva (Orgs.), *Formação em Psicologia: Processos clínicos* (pp. 371-387). São Paulo, SP: Vetor.

Wallerstein, R. S. (2005). Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica: Raízes históricas e situação atual. In C. L. Eizirik, R. W. Aguiar, & S. Schetatsky (Orgs.), *Psicoterapia de orientação analítica: Fundamentos teóricos e clínicos* (2a. ed., pp. 43-57). Porto Alegre, RS: Artmed.

Zanin, D., Santos, M. A., & Mestriner, S. M. M. E. (2005). Como o paciente assimila a interpretação do psicoterapeuta? Construindo pontes entre o sentir e o pensar. In M. A. Santos, C. P. Simon, & L. L. Melo-Silva (Orgs.), *Formação em Psicologia: Processos clínicos* (pp. 61-85). São Paulo, SP: Vetor.

Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psycho-Analysis, 37*(4-5) 369-375.

Zimerman, D. E. (1999). *Fundamentos psicanalíticos: Teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática.* Porto Alegre, RS: Artmed.

Zimerman, D. E. (2001). *Vocabulário contemporâneo de psicanálise.* Porto Alegre, RS: Artmed.

Zimerman, D. E. (2010). *Os quatro vínculos: Amor, ódio, conhecimento, reconhecimento na psicanálise e em*

nossas vidas. Porto Alegre, RS: Artmed.

Algumas Publicações dos Autores Relacionadas à Atividade de Estágio

Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS-USP-CNPq. Diretório do Grupo de Pesquisa CNPq. Disponível em: http://dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/2603512781293779

Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS. Disponível em: http://sites.usp.br/lepps/

Blodorn, T. S., & Santos, M. A. (2005). A construção do espaço analítico: O papel do brincar na comunicação terapêutica com uma adolescente em processo psicoterápico. In M. A. Santos, C. P. Simon, & L. L. Melo-Silva (Orgs.), *Formação em Psicologia: Processos clínicos* (pp. 283-297). São Paulo, SP: Vetor.

Fachini, A., & Santos, M. A. (2005). Clínica psicanalítica: Aprendendo a escutar os sons do sillêncio. In M. A. Santos, C. P. Simon & L. L. Melo-Silva (Orgs.), *Formação em Psicologia: Processos clínicos* (pp. 419-429). São Paulo, SP: Vetor.

Zanin, D., Santos, M. A., & Mestriner, S. M. M. E. (2005). Como o paciente assimila a interpretação do psicoterapeuta? Construindo pontes entre o sentir e o pensar. In M. A. Santos, C. P. Simon, & L. L. Melo-Silva (Orgs.), *Formação em Psicologia: Processos clínicos* (pp. 61-85). São Paulo, SP: Vetor.

SEPARANDO PESSOAS DOS PROBLEMAS: EXTERNALIZAÇÃO EM ATENDIMENTO PSICOLÓGICO DE SESSÃO ÚNICA

Gabriel Fernandes de Oliveira
Camila Martins Lion
Amanda Gentile Strozzi
Giovanna Antunes Botazzo Delbem
Laura Vilela e Souza

Neste capítulo, apresentamos o uso da técnica de externalização como instrumento privilegiado de trabalho no estágio de Aconselhamento Psicológico Narrativo de sessão única oferecido no Curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP) no Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada (CPA) desta instituição.

Breve Introdução Teórica

A linguagem molda nossas conversas, nossa forma de nos relacionar e o modo como nos vemos. Ela constrói mundos e direciona nossos posicionamentos. Para ilustrar que diferentes linguagens constroem mundos e noções de "ser" totalmente diversas, convidamos o/a leitor/a a caminhar por meio de contextos construídos por duas linguagens discrepantes, uma sustentada pelas conversações de internalização que tem dominado os discursos na nossa sociedade ocidental, e outra, norteada pelas conversações de externalização que no contexto terapêutico tem sido ofertada por Michael White e David Epston (1993).

No mundo das conversações de internalização, os problemas psicológicos são vistos como estando dentro das pessoas, definindo quem elas são. As descrições de identidade

geralmente são compostas por diagnósticos e interpretações com base em normatizações que ditam os modelos que devem ser seguidos para se considerar que a pessoa está dentro dos padrões normais humanos. Quem não se encaixa nesses rótulos, na maioria das vezes, é discriminada e a ênfase está na ideia de que são as influências internas da própria pessoa que podem estar gerando o problema. Não se considera que práticas sociais podem estar sustentando e nutrindo a vida do problema e consideram que apenas especialistas profissionais podem lidar com ele (Morgan, 2007).

Já no mundo das conversações de externalização, a pessoa é vista como pessoa e o problema é visto como problema, ou seja, como algo que está fora e, portanto, o convite é para se olhar para a relação da pessoa com o problema e para a forma como ela descreve essas situações de dificuldades. Busca-se perceber as influências sociais, culturais e políticas que podem estar nutrindo o problema. Identifica-se a pessoa como sendo especialista de sua própria vida e capaz de descobrir ferramentas e saberes que dispõe para transformar sua relação com o problema. As diferentes formas de ser pessoa e de se relacionar são legitimadas e valorizadas. Não existem verdades únicas ou tentativas de encaixar as pessoas em rótulos e por fim, compreende-se que são as práticas sociais que dão força e vida ao problema e assim todos somos responsáveis pelos processos de mudanças (Morgan, 2007).

Como se pode perceber esses mundos transitam entre diferentes entendimentos sobre o *self*, as relações, os problemas. No trabalho com famílias, Michael White e David Epston (1993) foram notando que os pedidos de ajuda estavam arraigados no discurso internalizante e essencialista do indivíduo. Diante desse contexto, esses autores foram percebendo que as conversações de externalização poderiam revisitar os problemas e criar um espaço que convidasse todos os membros familiares para resistirem à forma de linguagem que investe no discurso do déficit e começar a se engajarem mais ativamente em busca da construção de saberes

que abarcassem a diversidade e transformação constante que permeia nossa cultura. Essa postura foi sendo ampliada ao longo do trabalho desses autores, visto que eles foram percebendo que muitas pessoas que buscam terapia possuem a crença de que os problemas que tem enfrentado são resultantes da sua própria identidade ou até mesmo culpa das pessoas com quem convivem. Diante disso, foram construindo a compreensão de que a externalização pode ser um recurso conversacional potente para promover transformações por convidar às pessoas a personificarem os problemas que as tem oprimido ao invés de apontarem a si mesmas ou outras pessoas como sendo a causa da dificuldade vivenciada. Essa forma de estar em diálogo favorece uma atuação mais respeitosa e apreciativa com as pessoas que buscam conversas terapêuticas (Drewery & Winslade, 1997).

A conversação de externalização é uma das grandes contribuições de Michael White e David Epston (1993) e ajuda a compor o que eles têm nomeado de práticas narrativas. Ela é mais do que uma ferramenta conversacional (Cruz, 2008), é um norteador que pode nos amparar na busca por descrições mais amplas das pessoas, dos problemas, das relações e consequentemente na produção de histórias sobre pessoas mais capazes de atuarem frente aos problemas que aparecem em suas vidas.

Geralmente quando as pessoas buscam terapia elas apresentam narrativas saturadas por problemas e constantemente se vêm como misturadas a eles ou como sendo de fato esses problemas. Diante disso, sustentados pelas práticas narrativas somos estimulados a ocupar o papel de jornalista investigativo nessa conversa terapêutica. Michael White (2012) nos oferece um mapa para guiar essa investigação que colabora no desenvolvimento das conversações de externalização, o qual é composto por quatro categorias, sendo elas: 1. Negociação de uma definição particular do problema e próxima da experiência; 2. Mapeamento dos efeitos do problema; 3. Avaliação dos efeitos das atividades do problema; 4. Justificativa da avaliação.

Todas essas etapas podem auxiliar no detalhamento do problema, contribuírem para ele ir sendo separado da pessoa e por fim, pode abrir espaço para histórias de exceções ao problema ganharem lugar na conversa e na vida da pessoa.

Afinal, o que pode ser externalizado? Frequentemente quando as pessoas narram seus problemas, elas expõem descrições comuns e gerais acerca dos mesmos, não trazendo muito os detalhes que os tornam únicos. Por isso, um dos primeiros passos, é adentrar juntamente com a pessoa nesse território de problemas, a fim de compreender como ela o tem entendido. Nem sempre a pessoa consegue com facilidade englobar toda experiência em uma única descrição possível. Nesses casos, sugere-se ofertar entendimentos e checar se faz sentido para a pessoa. Feito isso, é o momento de começar a ir descobrindo os efeitos que o problema tem gerado na vida dela e de que forma ela também tem influenciado no modo que o problema está sendo descrito e, portanto, vivenciado. Essa noção de responsabilidade da própria pessoa frente ao problema é um convite para ela assumir uma posição de agenciamento de si e de sua própria vida e, então, iniciar atuações que possam contribuir para amenizar os efeitos do problema e potencializar o seu caminhar em direção aos valores e desejos que possui para sua vida (White & Epston, 1993).

Vale mencionar que a definição externa do problema não precisa ser a mesma ao longo da conversa terapêutica, ela pode ter uma fluidez e evoluir ao longo da mesma. Inclusive, pode iniciar com uma descrição mais especifica e concreta acerca do problema e ir se transformando em uma descrição externa mais ampla. Ou até mesmo começar com descrições mais científicas como diagnósticos e ir se tornando uma descrição mais popular e coerente com as especificidades de sua experiência com o problema (White & Epston, 1993; White, 2012).

Quando estamos construindo o processo de externalização é importante não generalizar as situações que são narradas para nós, visto que é preciso assumirmos uma postura de não saber

e curiosidade a fim de compreendermos as especificidades de cada situação para aquela determinada pessoa. Esse cuidado é de extrema necessidade para não contribuir inadvertidamente com a opressão que a pessoa sofre, como nos casos, por exemplo, em que a violência e diferentes formas de abuso estão presentes. Diante de situações como essas, não é o problema em si que será externalizado, mas as atitudes e crenças que a violência e o abuso parecem estar impondo, bem como os efeitos dessas problemáticas que podem estar contribuindo para a pessoa se ver como sendo o problema ou paralisada diante dele (White & Epston, 1993).

Objetivo do Estágio

O estágio de Aconselhamento Psicológico da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob supervisão da Professora Doutora Laura Vilela Souza, tem como objetivo a oferta da prática supervisionada de atendimento em Aconselhamento Psicológico de adultos que buscam atendimento psicológico no Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada (CPA) da FFCLRP-USP. Neste estágio, o uso da conversa de externalização se dá em um atendimento de sessão única seguindo um roteiro semiestruturado adaptado do curso *The Brief and Narrative Therapy 5-Day Certificate Program* coordenado por Karen Young no *Windz Institute* em Toronto, Canadá e no uso que essa autora faz das práticas narrativas para atendimento de sessão única (Young, 2011).

Descrição do Uso da Externalização nos Atendimentos Realizados no Estágio de Aconselhamento Psicológico

No atendimento de Aconselhamento Psicológico, utilizamos o mapa de quatro categorias proposto por Michel White (2012) para externalização de problemas:

1. **Negociar uma definição particular do problema e próxima da experiência:** Nesse primeiro momento, o terapeuta ajuda a pessoa a definir qual problema está lhe incomodando mais e o/a fez buscar o atendimento, assim como a caracterizar detalhadamente esse problema. Com essa conversa, o problema se aproxima da experiência particular da pessoa e se distancia de experiências comuns e generalizadas. Algumas perguntas que podem ajudar o/a terapeuta a entender melhor o problema são: *Qual situação ou problema você tem enfrentado e gostaria de discutir?*; *O que o problema faz em sua vida?*; *Quando ele aparece?*; *Se esse problema fosse uma coisa ou uma criatura, o que se pareceria?*

2. **Mapeando os Efeitos do Problema:** Nesse segundo momento, o terapeuta busca investigar a influência e os efeitos do problema nas diferentes áreas da vida do indivíduo; seja o seu local de trabalho ou estudo, sua relação com familiares e amigos e até mesmo sua relação consigo mesmo. É possível que o problema tenha efeitos sobre os sonhos e valores do indivíduo e nas suas perspectivas de futuro e esse também é o momento de verificar isso. Algumas perguntas que podem ajudar, são: *Como é esse problema para você?*; *Como esse problema te afeta: em casa, com a sua família, com seus amigos, na escola ou no trabalho?*; *Como o problema impacta na forma como você vê a si mesmo?*

3. **Avaliando os Efeitos das Atividades do Problema:** Nesse terceiro momento, o terapeuta busca ajudar a pessoa a avaliar os principais efeitos e influências do problema em sua vida. Essa avaliação é realizada com perguntas como: *Existem efeitos em sua vida por causa desse*

problema que você não gosta? Quais? O que você imagina que o problema quer para a sua vida? Isso é diferente do que você deseja para a sua vida?

4. **Justificando a Avaliação dos Efeitos do Problema:** Nesse quarto momento, o/a terapeuta busca investigar os motivos daquelas avaliações feitas pelo indivíduo. Esse momento serve para o/a cliente perceber de que forma os efeitos do problema são diferentes da vida que ele/a almeja para si. Tal investigação é feita por meio de perguntas tais como: *Por que você não gosta desse efeito do problema na sua vida?; O que você pensa sobre o problema querer isso para a sua vida?*

Ilustração do Uso da Externalização nos Atendimentos Realizados

Apresentamos alguns fragmentos de sessões de atendimento para ilustrar o uso das técnicas de externalização no estágio de Aconselhamento. Escolhemos nomes fictícios para nomear as clientes atendidas. Essas clientes autorizaram o uso de material de sessão para publicação.

O atendimento de Lina ilustra o momento da sessão no qual buscou-se uma definição particular de problema que pudesse ajudar na sua externalização. Lina contou sobre multidilemas que estava vivenciando, mencionado situações de sua vida passadas e atuais que pareciam pedras pesando sobre ela e por se tratar de um atendimento de sessão única, a terapeuta buscou compreender quais dessas pedras estava pesando mais no momento, a fim de poderem explorar uma dessas situações de sofrimento:

> *Terapeuta: Se a gente for olhar para todas essas dificuldades, que pedra você acha que está mais pesada nesse momento e que pode ajudar se a gente olhar um pouquinho mais pra ela hoje na nossa conversa?*

Lina: Eu acho que no momento as duas mais pesadas seriam a situação com meus pais mesmo e minha situação na pós-graduação, mas considerando que a da pós é a que eu posso resolver, então eu falaria da pós.

Após compreender qual dos sofrimentos a cliente tinha mais desejo de priorizar na conversa, a terapeuta valorizou a criatividade dela em trazer a metáfora da pedra e procurou entender se "a pedra" poderia ser algo que representasse o problema que ela estava nomeando de "pressão da pós graduação":

Terapeuta: (...) se você inventar uma metáfora para o problema, daria para colocar a pedra como a pós graduação? Faz sentido para você? Ou você imagina alguma outra coisa que simboliza melhor, que tem mais a "cara" de tudo isso que essa pós graduação tem feito?
Lina: Quando eu penso na pós, eu penso em uma pedra rolando atrás de mim em uma descida na montanha e faz eu ter uma sensação de sufoco como se eu estivesse em um quarto sem ar. Acho que essa é a maior... Na verdade acho que essa é a sensação. É isso, estar num quarto trancada no escuro sem ar, quando eu penso em pós, porque é isso quando eu sinto ansiedade é essa sensação de não conseguir respirar quando penso nos compromissos. Pensar em pós graduação é isso, como se eu estivesse trancada no quarto sem ar. Mas, pensando no personagem eu não sei, acho que pode ser uma pedra mesmo.

Ao ouvir a sensação de sufocamento, a terapeuta faz uma oferta da ideia de um personagem para representar o que a cliente havia contado:

Terapeuta: Te ouvindo eu fiquei pensando também que eu achei interessante você trazer essa sensação que parece que é bem intensa mesmo e fiquei pensando para te sugerir e aí você vê o que faz mais sentido. De ser o Sr. Sufocador, é como se a pós fosse esse Sr. Sufocador que vem te visitar e tranca a porta e todas as janelas e fica ali fiscalizando para você não sair desse sufoco, você acha que faz mais sentido?
Lina: Eu acho que sim

Depois de conseguirem nomear o problema de uma forma que fizesse sentido e que conseguisse contemplar de fato a experiência de sofrimento vivenciada por Lina no contexto da pós-graduação, a terapeuta buscou conhecer um pouco mais do "Sr. Sufocador", o qual descobriu-se ser um monstro bem grande, responsável por fazer Lina se sentir inútil, incapaz e sozinha diante de todas os obstáculos da pós graduação:

> *Terapeuta: Podemos então falar do Sr. Sufocador? Eu gostaria de saber um pouquinho mais como que é ele. Ele é muito grande? Vamos imaginar bastante agora, soltar nossa criatividade aqui. Ele é grandão? Ele é pequeno? Ele é muito forte? Fraco? Como é a aparência dele?*
> *Lina: Imagino quase um dementador do Harry Potter sabe? Uma coisa grande e escura, que traz medo e escuridão, forte e amedrontador, acho que é isso.*

O atendimento de Maia ilustra o momento do mapeamento dos efeitos do problema na vida dos/as clientes atendidos em uma sessão única. Nesse atendimento, o problema vivido por Maia, uma questão com seu corpo, foi externalizado como um monstrinho que vivia atrapalhando seu dia a dia. Na conversa sobre esse monstrinho, ficou muito claro o que o problema externalizado fazia em sua vida: a isolava de seus amigos, a impedia de se relacionar com outras pessoas porque a deixava se sentindo feia, a impossibilitava de ir para casa para não mostrar seu problema e preocupar seus familiares. O monstrinho de Maia aparecia quando ela ficava ansiosa e vinha como uma forma de ela se sentir bem momentaneamente, mas depois a fazia sentir fora do controle de sua própria vida e pior do que estava antes. Assim, o monstrinho fazia com que ela se sentisse cada vez menos ela mesma, fazendo cada vez menos coisas que gostava.

Terapeuta: Como esse monstrinho faz você se sentir?
Maia: Sempre me senti enganada, ele me impede de ter controle com relação a meu próprio corpo. Eu me julgo muito, quando eu faço alguma coisa que não gostei eu faço uma coisa que eu gosto pra compensar, mas depois que faço isso me sinto mal. Quando estou sozinha e paro pra pensar nessas coisas que fiz e avaliar, me sinto mal.
Terapeuta: Como que esse problema atrapalha a sua vida?
Maia: Às vezes eu perco o final de semana inteiro descuidando de mim mesma. Percebo que sempre usei isso como desculpa para não me relacionar com as pessoas, então o monstrinho me fala que se eu fizer isso eu não vou poder me relacionar e assim não corro o risco de me magoar. Isso acaba me impedindo de fazer muitas coisas que gosto de fazer, então não faço exercícios, não vou nadar, e me afasto de minha família.

O atendimento de Paula ilustra o diálogo sobre a avaliação dos efeitos dos problemas em sua vida. Nesse atendimento, Paula conseguiu pensar em uma lista de coisas que valorizava em sua vida e que o problema o impedia de realizar. Seu monstrinho inconveniente trazia incertezas sobre sua vida e sobre suas escolhas e decisões, porém Paula reconhecia que o que valorizava era diferente do que o monstro inconveniente queria para ela: seu bem estar, seus momentos de lazer, seu relacionamento familiar e amoroso. Ela afirmou perceber que não podia deixar o monstrinho inconveniente tirar isso dela.

Terapeuta: O que você acha que o monstrinho quer para a sua vida?
Paula: Ele quer me deixar mal, me faz sentir desamparada, insegura, faz meu coração acelerar e me faz tremer. Ele me faz sentir culpada por estar feliz… Ele se alimenta da minha felicidade…
Terapeuta: E como isso é diferente do que você quer?
Paula: Ele fica me dizendo que tudo vai dar errado, mas eu sei que sou feliz, eu tenho uma boa autoestima, um bom relacionamento amoroso e com meus amigos. Eu sempre me valorizo muito e coloco meus momentos de lazer em primeiro lugar. O monstrinho quer tirar isso de

mim, me dizendo que as coisas vão dar errado e que não fiz a escolha certa, que faço tudo errado…

Retomando o atendimento de Maia, podemos ver o momento no qual ela justificou a avaliação que fez com relação aos efeitos do problema em sua vida. Ela percebeu que o problema queria seu isolamento, a fazia se sentir mal e impossibilitada de estar com outras pessoas. Ao perceber isso, Maia conseguiu avaliar que poderia fazer outras coisas para manejar sua ansiedade e que isso não a prejudicaria como o monstrinho fazia, devolvendo o controle para ela. Assim, ela poderia escolher se gostaria ou não sair e se relacionar.

Terapeuta: Como você acha que o monstrinho age na sua vida?
Maia: Quando eu me forço a não arrancar eu me sinto muito bem ao conseguir. Mas na hora da ansiedade ele fala mais alto. Fazer meditação e tentar me acalmar ajuda. Preciso aprender a lidar com a ansiedade sem recorrer ao monstrinho… Ele aparece mais quando preciso falar em frente ao laboratório. Às vezes eu estou preparada mas bate o desespero na hora e estrago tudo, perco a concentração, a boca seca, taquicardia… Aí chego em casa, culpada, e me monstrinho me consola…

Diante dessas reflexões e após as contribuições da equipe reflexiva, Maia e terapeuta começaram a pensar no monstrinho não como alguém que controlava a situação, mas como alguém que precisava de controle, como se fosse uma criança mimada, que precisava de alguém para colocar limites:

Maia: Realmente é preciso conseguir falar "não" para uma criança birrenta! Sinto que eu preciso estar mais alerta, porque quando estou mais distraída o monstrinho vem. Tenho mesmo que conhecer melhor minhas armas, preciso estar mais consciente, estar mais no presente.
Terapeuta: O que seria ficar mais no presente?

Maia: Ficar no presente é não ficar preocupada, ou me manter ocupada e prestando atenção no que estou fazendo.
Terapeuta: O que mais ajuda a manter o monstrinho longe?
Maia: Uma coisa que estou tentando fazer é escrever sobre o que estou pensando… Ele (o monstrinho) nunca fica muito longe, mas não sei onde ele está… Pensar nele como monstrinho ajuda a lidar com ele.

Considerações Finais

Cada atendimento é um encontro único e embora a técnica de externalização utilizada nesse estágio siga um roteiro pré-estruturado, partes específicas desse roteiro se encaixam melhor em determinados atendimentos, de modo que a externalização pode funcionar como o momento mais relevante de uma sessão, como pode ser um dos elementos importantes no processo. Nos atendimentos em que a externalização foi essencial, ela apareceu de modos distintos, seja quanto ao momento em que aconteceu na conversa, à forma que aconteceu, ao tipo de conteúdo evocado e ao perfil de cada cliente.

O roteiro sugere que o problema seja nomeado no começo do atendimento e que tal nomeação sirva para facilitar a externalização do problema, mas em alguns atendimentos o movimento percebido foi o contrário, tendo começado com uma descrição detalhada do problema ainda sem nome e apenas na segunda metade da sessão aconteceu sua nomeação, em um momento que o terapeuta e o/a cliente compartilharam maior segurança para reificar o problema já bem conhecido e descrito, possibilitando uma externalização cheia de significados para o/a cliente, algo que não seria possível se o problema tivesse sido nomeado no começo da conversa. Por outro lado, alguns/mas clientes aceitaram o convite de nomear o problema logo no início, e isso se mostrou essencial para o entendimento do problema como algo separado deles/as e a partir daí permitiu sua descrição e detalhamento.

Quando as metáforas de externalização vem do/a próprio/a cliente mediante o convite para refletir de forma criativa sobre o problema como um personagem, uma criatura, um objeto, uma cena ou uma coisa, o processo de externalização apresenta maior sentido a/ao cliente, motivo que faz o terapeuta preferir quando ocorre dessa maneira. No entanto, alguns/mas clientes mostraram dificuldade em entrar nesse desafio de criatividade e, nesses casos, o/a terapeuta ofereceu exemplos ou modelos de externalização que percebeu como compatíveis à situação apresentada pelo/a cliente, e checou com eles/aa essa oferta. Há situações que o/a cliente não vê sentido na oferta do/a terapeuta, mas consegue pensar numa descrição alternativa de externalização possível, em outras o/a cliente vê sentido e passa a entrar na conversa de externalização, buscando descrever e caracterizar esse modelo ofertado pelo/a terapeuta. Em outras situações o/a cliente não se identifica com nenhuma oferta de externalização, mas reflete sobre seu problema com novos ângulos. A forma que a externalização entra na conversa é caracterizada pelo exercício de imaginação e criatividade tanto do/a cliente quanto do/a terapeuta.

Notamos que a técnica de externalização do problema não se encaixa em todos os casos. Questões contextuais como assédio, discriminação, violência ou culpabilizar pessoas já são situações externas, as quais não favorecem o agenciamento pessoal sobre o problema, de modo que a externalização diante dessas situações seria externalizar os efeitos do problema na vida da pessoa, bem como a forma como a pessoa se sente e/ou pensa em relação a essas vivências.

Da mesma forma, as descrições de pessoas com quem o/a cliente pode contar ou valoreis e habilidades próprias para enfrentar o problema são valorizadas. Nesse sentido, as metáforas possíveis para ilustrar a situação ou o problema de modo a enfatizar o agenciamento do/a cliente e não conformá-lo com situações de violência e assédio são ofertadas. São atendimentos em que a externalização não se mostra como a via mais relevante para lidar com o

problema, correndo o risco de, por meio de questões de externalização, internalizar um problema contextual, de modo a assumir um movimento contrário ao que propõe a estratégia de externalização.

Como exercício de criatividade e imaginação há diversas respostas ao convite de externalização de acordo com cada cliente. Alguns/mas clientes apresentaram uma natural aceitação e engajamento com a proposta, trouxeram diversas metáforas ricas e cheias de significado quanto aos seus problemas e agenciamento e descrevê-los, externalizá-los e compreendê-los, por meio desse processo, como algo separado dos/as próprios/as clientes. Outros/as não viam sentido nos convites de externalização, hora por não identificarem na metáfora seu problema, hora por não ver o problema como algo separado delas/es. Mesmo os/as clientes que entravam na proposta, variavam de acordo com o tipo de externalização que fazia mais sentido. A preferência pela externalização variou desde personagens humanos à monstros e metáforas de jogos.

Dentro dessa variedade de externalizações, as que prevaleceram foram as com mais sentido para os/as clientes, de modo que o sentido que o cliente dava nesse processo foi um dos guias do processo de externalização. Outro guia importante foi convidar o/a cliente a descrever detalhadamente o problema externalizado, apontando variações, forças, fraquezas, intenções e atitudes do problema. Quando um problema tinha uma descrição rica e ampla, tanto o processo de externalização atendia mais seus propósitos, quanto o agenciamento do/a cliente diante do problema era mais possível de acontecer, seja por passar a descrever o problema como algo muito específico e desmistificado, seja por pensar que o problema as vezes é mais fraco, e pode ser enfrentado.

Muitos problemas vinham descritos como universalmente ruins, onipotentes e sem solução e após entrarem em contato com descrições diferentes do problema, os/as clientes se

viam convidados a agir de forma diferente diante dele. Tal percepção foi compartilhada por clientes que ofereceram *feedback* do atendimento, inserindo elementos importantes na discussão sobre as potencialidades e limites da conversa de externalização.

As conversas de externalização como ferramenta da terapia narrativa operam por meio da linguagem, e essa técnica é inspirada num modelo que funciona com a língua inglesa e apresentou certos estranhamentos quando traduzido para o português e colocado em prática. A reflexão sobre possibilidades de (re)descrever uma narrativa utilizando o repertório linguístico da língua portuguesa no Brasil chamou atenção para as vicissitudes de nossa linguagem e dos discursos dominantes. Esse elemento trouxe a necessidade de maior atenção para a linguagem que utilizamos ao fazermos as perguntas durante o atendimento e pensar na adaptação desse instrumento ao contexto de sua aplicação.

Referências

Cruz, H. M. (2008). Da linguística à política: o giro de Michael White. *Nova Perspectiva Sistêmica*, Rio de Janeiro, n.31, p. 76-84.

Drewery, W., Winslade, J. (1997). The theoretical story of narrative therapy. In G. Monk, J. Winslade, K. Crocket & D. Epston (Eds.), Narrative therapy in practice: the archaeology of hope. San Francisco: Jossey-Bass publishers.

Morgan, A. (2007). *O que é terapia narrativa? Uma introdução de fácil leitura*. Porto Alegre, RS: Centro de Estudos e Práticas Narrativas.

White, M. (2012). Mapas da prática narrativa. Porto Alegre, RS: Pacartes.

White, M., & Epston, D. (1993). Medios narrativos para fines terapéuticos. (Trad. Ofelia Castillo, Mark Beyebach y Cristina Sánchez). Barcelona: Editorial Paidós.

Young, K. (2011). When All the Time You Have Is Now: Re-Visiting Practices and Narrative Therapy in a Walk-in Clinic. In Duvall, J. & Beres, L. *Innovations in Narrative Therapy: connecting practice, training, and research*. New York, N.Y.: W.W. Norton & Company.

Algumas Publicações dos Autores Relacionadas à Atividade de Estágio

1) Sobre Construcionismo Social:

http://www.uspdialog.com.br/publicacoes/livroDetalhes/59

2) Sobre Aconselhamento Psicológico e teorias pós-modernas:

http://www.scielo.br/pdf/pcp/v38n2/1982-3703-pcp-38-2-0262.pdf

3) Para saber mais sobre práticas narrativas:

http://www.revistanps.com.br/index.php/nps/article/view/275

TRIAGEM E ATENDIMENTO INFANTIL E FAMILIAR: UM ENFOQUE COMPREENSIVO E INTERVENTIVO

Fernanda Kimie Tavares Mishima-Gomes
Giovanna Antunes Botazzo Delbem
Maria Clara Sifuentes Rocha
Valeria Barbieri

O Serviço de Triagem e Atendimento Infantil e Familiar (STAIF) foi criado no ano de 2009, com a finalidade de realizar a triagem e o acolhimento das crianças e suas famílias que buscavam o serviço-escola de Psicologia do Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada da FFCLRP-USP. Ele surgiu como uma necessidade ao se observar que a procura por atendimento infantil é grande e seu processo de triagem é extremamente complexo.

É importante destacar que a grande maioria das clínicas-escola de Psicologia e outras instituições de saúde que contam com procedimentos de triagem dedicam-se à população adulta e, às vezes, a adolescentes, sendo que eles são geralmente realizados através da entrevista psicológica (Barbieri, 2008a). São raras as instituições que apresentam serviços específicos destinados à triagem infantil e, naquelas que o realizam, o método utilizado é muito parecido com o usado com a população adulta, com a diferença de que a entrevista é realizada com os pais em modelo individual ou em modelo de grupos. Dessa maneira, o conhecimento obtido sobre a criança é indireto e permeado pela percepção que os pais têm dela, o que faz com que essa informação nem sempre tenha a mesma riqueza daquela obtida com a entrevista de triagem de um adulto em busca de atendimento psicológico, concebida não somente como relato verbal, mas incluindo toda a atmosfera afetiva.

Algumas peculiaridades tornam o diagnóstico infantil, em certos aspectos, mais complexo do que o do adulto, entre elas, as ambiguidades em relação ao que seria saudável ou patológico em um organismo em pleno desenvolvimento. Os diversos sintomas apresentados por uma criança podem estar vinculados às características específicas do desenvolvimento, quando o ego, ainda imaturo, recorre a variados mecanismos de defesa no intuito de controlar a ansiedade, resultando em aparentes sinais de perturbação. Mesmo que alguns desses sintomas possam desaparecer com o tempo, outros permanecem durante toda a infância e adolescência, podendo implicar quadros mais graves na vida adulta, de difícil tratamento e, às vezes, irreversíveis. Sendo assim, torna-se de importância fundamental para a Psicologia Clínica a realização de uma detecção precoce das dificuldades psicológicas, bem como o encaminhamento a tipos de intervenção mais eficazes para a população infantil (Pavelqueires, Reis, Barbieri, Canesin, & Ortega, 2008).

Outro aspecto relativo à avaliação psicológica infantil, que vem sendo cada vez mais estudado e abordado na literatura, refere-se às influências do meio familiar na saúde/patologia da criança. Sobre a relevância do ambiente familiar no desenvolvimento emocional da criança, as ideias do pediatra e psicanalista Donald Woods Winnicott foram bastante difundidas, como a existência de uma tendência inata da criança ao crescimento e à evolução gradual de certas funções. No entanto, esse crescimento natural só se dá na presença de um "ambiente suficientemente bom" (ambiente suficientemente bom significa aquele que é capaz de prover as necessidades do bebê, oferecendo condições físicas e psicológicas favoráveis ao seu desenvolvimento; Winnicott, 1957/2005)., representado, em um momento inicial, pela família, mais especificamente, pela mãe (Winnicott, 1957/2005), que é capaz de se identificar com a criança e prover suas necessidades, permitindo que haja expressão do verdadeiro *Self* infantil e amadurecimento emocional.

Bergeret (1996/1998) também atribuiu papel importante à gênese da relação parental do indivíduo (que são específicas a cada um dos registros neurótico, psicótico ou limítrofe) como um dos critérios no diagnóstico estrutural da personalidade. De acordo com ele, o relacionamento familiar, entre outros aspectos, colabora para o desenvolvimento da pré-estrutura da personalidade, que, embora possa sofrer modificações ao longo da adolescência, tem a tendência de se manter.

Com as contribuições desses e de demais estudos, várias modalidades de tratamento foram sendo desenvolvidas, de modo a incluir a família no atendimento infantil, como as terapias familiares e as diádicas (mãe-filho, pai-filha, avós-netos).

É importante destacar que um processo de triagem que inclua apenas os pais/responsáveis pela criança é incompleto, assim como aquele que considera apenas a avaliação da criança. O ideal é que o processo possa envolver a participação de todos do grupo familiar, pois a inserção da família torna a compreensão do caso mais profunda e o encaminhamento mais preciso.

Dentre as propostas de inclusão da família no diagnóstico e tratamento infantil, está a experiência das Consultas Terapêuticas de Winnicott (1971/1984), nas quais era oferecido à criança um ambiente de autoexpressão, que permitia ao profissional a realização de um diagnóstico dinâmico, além de prever entrevistas devolutivas com os pais, seguidas de orientação (Barbieri, Jacquemin & Biasoli-Alves, 2005). No entanto, para o sucesso do atendimento, era necessária a existência de um "ambiente suficientemente bom" que pudesse manter as modificações conseguidas pela criança com as Consultas.

Soifer (1983) também incluiu o grupo familiar no processo psicodiagnóstico, por meio da entrevista familiar diagnóstica, em que toda a família nuclear participa da sessão junto com a criança. Neste momento, são observados e trabalhados elementos como comunicação, papéis e

funções dos membros, ansiedades, mecanismos de defesa, fantasias inconscientes, ideologia da família e localização espacial durante a própria sessão. Por meio dessa entrevista seria possível, entre outros intuitos, obter uma visão global, tanto interna quanto familiar, do paciente; a detecção de problemas nos outros filhos ou até mesmo em algum dos pais (enfermidade mental, conflitos conjugais etc.); esclarecimentos quanto à interação patológica dos pais com as crianças, para que essa conduta fosse modificada com os filhos menores ou os futuros; e encaminhamentos mais adequados, graças a um diagnóstico mais preciso.

Tendo em vista a exposição até aqui da complexidade da tarefa de triagem psicológica da população infantil, é necessário que esta seja realizada de maneira a possibilitar uma compreensão global e integrada da família. Além disso, é importante que sua prática não fique restrita ao uso dos instrumentos objetivos indicados pela literatura sobre psicodiagnóstico (Freitas & Noronha, 2005), mas que inclua procedimentos mais abertos e projetivos de diagnóstico, capazes de averiguar as variadas e sofisticadas inter-relações entre os membros da família, bem como os recursos e limites de cada um deles. Tal compreensão global, que considera os psicodinamismos resultantes das particularidades das relações familiares e das influências do meio social, implica a utilização de um modelo compreensivo de avaliação psicológica, de acordo com o proposto por Trinca (1984), com seus eixos estruturantes, a saber: elucidar o significado inconsciente das perturbações; considerar o material clínico como um conjunto (incluindo os sentimentos do psicólogo); buscar uma compreensão globalizada do paciente; selecionar os aspectos centrais envolvidos na dinâmica promotora do sintoma; predomínio do julgamento clínico em detrimento das predições estatísticas; subordinação do processo diagnóstico ao pensamento clínico; prevalência do uso de métodos de exame fundamentados na associação livre, avaliados predominantemente pela livre inspeção do material.

No que se refere à busca por atendimento psicológico em clínicas-escola e instituições de saúde, pode-se dizer que a população é numericamente extensa e variada. Além da grande demanda, encontra-se a duração prolongada dos atendimentos psicoterápicos, devido não só às necessidades específicas dos pacientes, mas também à preferência da maioria dos profissionais da área por essa modalidade terapêutica. Essa combinação termina por aumentar as filas de espera por atendimento, gerando um grande espaço de tempo entre o pedido de auxílio, a entrevista de triagem e o atendimento propriamente dito. Frente a essa situação, torna-se relevante que a entrevista de triagem seja empregada em todos os seus recursos, ou seja, com uma característica interventiva, além da diagnóstica. Da mesma forma, esse emprego também se aplica no contato com os pais da criança, e até mesmo quando se observa que um deles ou ambos necessitam de atendimento psicológico, em conjunto com o filho ou não, auxiliando, assim, sua assimilação dos encaminhamentos (Barbieri, 2008a).

A proposta de um processo de triagem de caráter simultaneamente diagnóstico e terapêutico baseia-se nos mesmos fundamentos teórico-epistemológicos do Psicodiagnóstico Interventivo (Barbieri, 2002; Paulo, 2006). Neste modelo de prática clínica há uma busca pela integração entre a avaliação e a intervenção, buscando superar as fronteiras entre o diagnóstico e a psicoterapia breve. A ideia é, por meio da ação conjunta da avaliação psicológica e pensamento clínico, compreender a dinâmica intrapsíquica e os conflitos do indivíduo, buscando intervir nos aspectos mais relevantes e emergenciais que sustentam possíveis sofrimentos.

O Psicodiagnóstico Interventivo também possibilita o uso de instrumentos psicológicos, inclusive projetivos, o que permite alcançar maior segurança diagnóstica. Embora nem sempre correspondam aos critérios estatísticos dos testes psicométricos, a validade clínica, externa, desses instrumentos é incontestável, fundamentada em procedimentos de investigação diversos, principalmente qualitativos, como o acordo entre paciente e psicólogo, entre juízes, a coerência

interna com os demais dados de uma avaliação, entre outros (Barbieri, 2009). Além disso, os testes projetivos podem ser empregados como intermediários do contato terapêutico, facilitando a comunicação entre paciente e profissional, e mediando a comunicação deste último com o mundo interno dos pacientes (Barbieri, 2002; Mishima, 2011; Barbieri, 2013; Heck, 2014; Barbieri, 2017).

De acordo com Barbieri (2008b), o Psicodiagnóstico Interventivo compartilha dos mesmos eixos estruturantes do Psicodiagnóstico Compreensivo de Trinca (1984), complementando-o na medida em que acrescenta a ele, intervenções deliberadas do profissional, em função das características peculiares à situação diagnóstica.

De posse de tais considerações, o STAIF foi criado para oferecer uma forma estendida de triagem, que dá ênfase ao uso de instrumentos não diretivos e abertos, que possibilitam observar as fantasias inconscientes de enfermidade e cura da criança e uma análise mais profunda e precisa dos recursos e limites dos pais, tanto isoladamente como quando reunidos no grupo familiar, que influencia e é influenciado pelo desenrolar dos psicodinamismos. Desse modo, o sintoma da criança é investigado no contexto dos relacionamentos familiares, com a apreensão dos mecanismos projetivos e introjetivos presentes no grupo, proporcionando a identificação do real paciente e os encaminhamentos necessários (Barbieri, 2008a).

Uma vez que o acento recai no uso de métodos de avaliação baseados na associação livre, a avaliação do material é realizada principalmente pelo método da sua livre inspeção, da mesma forma que no Psicodiagnóstico Compreensivo (Trinca, 1984), com o predomínio do julgamento clínico, para, então, ser possível demonstrar o significado inconsciente do sintoma e seu aspecto central.

O STAIF, por meio do seu estágio componente de triagem infantil, como porta de entrada das crianças e suas famílias no serviço-escola de Psicologia, tem se mostrado uma

experiência única para os alunos de Graduação em Psicologia, que podem entrar em contato com a demanda infantil e acolher as famílias que buscam atendimento psicológico para seus filhos. O acompanhamento de cada criança em seu contexto familiar é riquíssimo e permite que o aluno conheça a sintomatologia infantil e o funcionamento psicodinâmico da família, trabalhando possibilidades de intervenção terapêutica desde o momento de chegada do paciente.

Objetivo do Estágio

O objetivo desse estágio é capacitar os alunos de Graduação em Psicologia para a realização do processo de triagem e atendimento de crianças e suas famílias na vertente do Psicodiagnóstico Interventivo de Orientação Psicanalítica. Neste tipo de atendimento, o indivíduo ocupa uma posição não só de "objeto de estudo", mas também de beneficiário do processo (Barbieri, 2008b; Mishima-Gomes, 2011), diferentemente do psicodiagnóstico clássico, privilegiando um entendimento profundo do caso e possibilitando a criação de um espaço para o processo elaborativo do paciente.

No Psicodiagnóstico Interventivo, através de uma aliança investigativa e interpretativa, o profissional faz interpretações e assinalamentos, além de oferecer suporte emocional ao paciente (*holding*). Desta forma, o processo tem o potencial de elucidar aspectos centrais da personalidade do indivíduo sendo trabalhado conjuntamente com o paciente (Barbieri, Jacquemin & Biasoli-Alves, 2007). Ao experimentar essa prática, o aluno adquire conhecimentos acerca do método do Psicodiagnóstico Interventivo de orientação psicanalítica, aprofunda seus conhecimentos sobre a psicopatologia infantil e consegue, a partir disso, realizar uma integração mais dinâmica e fluida entre o conhecimento teórico e a atividade prática da Psicologia Clínica.

Além disso, este estágio preza por proporcionar ao aluno conhecer a teoria winnicottiana do desenvolvimento emocional, realizar atendimento da população infantil e suas famílias e compreender os psicodinamismos familiares capazes de promover o desenvolvimento patológico ou harmonioso da criança.

É importante destacar que este é um estágio semestral, havendo possibilidade de o aluno prorrogá-lo ou não; dessa maneira, há abertura para que diferentes alunos possam realizá-lo, em diferentes etapas do curso. Contudo, devido à alta carga horária de supervisão e envolvimento das atividades, são aceitos, no máximo, cinco alunos por período.

Atividades do Estágio

De modo a atingir os objetivos do estágio para a formação em Psicologia, o aluno estagiário passa por um período de aprendizado e treinamento teórico relativo à teoria psicanalítica, com ênfase na abordagem winnicottiana de desenvolvimento emocional e psicopatologia infantil, incluindo aspectos principalmente em relação à mãe e ao pai suficientemente bons (ambiente facilitador). Também nessa etapa, são desenvolvidos estudos sobre instrumentos projetivos em suas vertentes diagnóstica e de mediação terapêutica, para serem utilizados nas etapas determinadas da triagem, a fim de proporcionar uma avaliação compreensiva e interventiva da criança e da família.

Com relação às atividades práticas, o estagiário é responsável pela triagem das crianças que procuram atendimento psicológico no cpa, a partir de uma ficha de inscrição especificando a queixa, preenchida pelos pais. Posteriormente, o processo de triagem é realizado segundo um modelo padrão, mas flexível, dependendo das necessidades do caso, que segue as seguintes etapas:

1) Entrevista inicial com os pais ou responsáveis pela criança: realizada em uma sessão de duas horas aproximadamente, a partir de um roteiro semiestruturado, que tem como pontos principais: a identificação da criança, motivo do atendimento (queixa), antecedentes pessoais (gestação e parto), alimentação, sono, desenvolvimento psicomotor, linguagem, vida sexual, desenvolvimento emocional, relacionamento social, condições de saúde física e mental, escolaridade e dinâmica familiar. Esta entrevista objetiva um maior entendimento sobre a criança e os pais, permitindo obter tanto informações objetivas quanto avaliar as características dos pais e acolher conteúdos emergentes do grupo familiar (Arzeno, 1995).

2) Sessão Lúdica (Hora do Jogo Diagnóstica): momento com a criança, no qual se utiliza a caixa lúdica com brinquedos como instrumentos de comunicação. Tem como objetivo de possibilitar a expressão da criança por meio da brincadeira, para, assim, conhecer a sua realidade interna, inclusive suas fantasias de doença/cura (Aberastury, 1986).

3) Sessão familiar (Entrevista familiar diagnóstica): participam todos os moradores da casa da criança e/ou mais algum membro da família próximo a ela; todos são convidados a interagirem entre si por um tempo determinado. Utiliza brinquedos e materiais para ampliar a dinâmica da entrevista, na qual se evidenciará o tipo de interação entre os membros e as relações entre as condutas e psicodinamismos dos pais e os sintomas da criança (Soifer, 1983).

4) Sessão Devolutiva: momento separado com pais e a criança, no qual com os primeiros são apresentadas observações acerca do diagnóstico e prognóstico da criança, além de possibilidades de intervenções dirigidas à família e encaminhamento. Para a criança geralmente é feita uma história infantil que contemple o conflito apresentado por ela e uma possível solução não mágica, a qual é lida com ela e entregue na sessão. A história pode ser impressa em formato de livro ou ainda pode ser contada por meio de fantoches criados pelo grupo do estágio, sempre abordando a temática principal pela qual a criança buscou atendimento.

Após a realização de cada uma dessas sessões, os estagiários têm supervisão, de orientação psicodinâmica, realizada em grupo, uma vez por semana, na qual é discutido o caso, a conduta a ser adotada em cada fase e elaborado um diagnóstico dinâmico da família e da criança, expresso posteriormente em um relatório de estudo de caso. Juntamente com a realização dos atendimentos, o estagiário alimenta um banco de dados do STAIF, com informações sobre dados gerais de identificação dos pacientes e sessões realizadas no processo de triagem. No decorrer do estágio é incentivado a relacionar estudos da área e a prática realizada, e a participar de eventos científicos, com o objetivo de proporcionar uma comunicação mais fluida entre o aprendizado teórico e a prática clínica.

As pessoas atendidas no estágio são aquelas que recorrem ao CPA para solicitar auxílio psicológico para as crianças e são procedentes da cidade de Ribeirão Preto e região. Estes, quando chamados para atendimento, são instruídos sobre todas as etapas da triagem: entrevista inicial, sessão lúdica, sessão familiar e sessão devolutiva. Caso haja necessidade de outras sessões ou aplicações de outras técnicas, a família é avisada com antecedência.

Resultados das Triagens Realizadas

Entre os anos de 2009 e 2017 passaram pelo serviço 250 crianças, em uma média de 27,77 crianças por ano. O ano em que houve menor número de triagens foi em 2014, devido à licença maternidade de uma das supervisoras responsáveis pelo estágio.

Tabela 1.
Distribuição da Frequência de Crianças Atendidas pela Triagem por Ano

Ano	Frequência *n* (%)	
2009	*34*	(13.6)
2010	*32*	(12.8)
2011	*27*	(10.8)
2012	*30*	(12)
2013	*25*	(10)
2014	*15*	(6)
2015	*25*	(10)
2016	*35*	(14)
2017	*27*	(10.8)

Todos os anos houve alta procura pelo estágio por parte dos alunos, que têm grande interesse em sua realização: no total 53 alunos passaram por este estágio. Até o ano de 2011, a proposta do estágio previa a duração de apenas um semestre, por isso o número maior de estagiários. Posteriormente, todos os alunos que iniciaram o estágio no início do ano decidiram por permanecer nele o ano todo, o que explica o número menor de estagiários envolvidos nas atividades.

Tabela 2.
Estagiários Participantes por Ano

Ano	Número de estagiários
2009	9
2010	10
2011	8
2012	5
2013	5
2014	2
2015	5
2016	5
2017	4

Em relação às crianças que buscaram atendimento e passaram pelo processo de triagem, houve prevalência do sexo masculino, em um total de 167 (em uma frequência de 66,8%), em comparação à participação de 83 crianças do sexo feminino (33,2%).

Em relação à faixa etária, foram atendidas crianças entre 2 e 13 anos de idade, sendo que a média e a moda são 10 anos. Ressalta-se que, apesar de o estágio estar direcionado às crianças de 0 a 12 anos, um paciente de 13 anos foi atendido, pois completou esta idade durante o processo de triagem.

Tabela 3.
Distribuição da Frequência de Crianças Atendidas por Idade

Idade	Frequência *n* (%)	
2	*4*	(1.6)
3	*13*	(5.2)
4	*12*	(4.8)
5	*17*	(6.8)
6	*23*	(9.2)
7	*26*	(10.4)
8	*38*	(15.2)
9	*25*	(10)
10	*40*	(16)
11	*30*	(12)
12	*21*	(8.4)
13	*1*	(0.4)

Durante o processo de triagem, em alguns casos, foi necessária a utilização de testes psicológicos e/ou técnicas projetivas para uma avaliação mais completa e profunda da criança, por demandarem um diagnóstico diferencial e aprimoramento da conduta final de encaminhamento. Estas técnicas foram aplicadas em um total de 20 crianças (8% do total). Os instrumentos, por ordem de frequência de aplicação, foram os seguintes: o Teste House-Tree-

Person (HTP: Casa-Árvore-Pessoa) (aplicado em 12 crianças), Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (3 crianças), Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC-III) (2 crianças), Procedimento de Desenhos-Estórias (2 crianças), Teste Guestáltico Visomotor de Bender (1 criança) e Escala de Maturidade Mental Columbia (EMMC) (1 criança).

Quanto às queixas mais frequentes em relação à criança, elas consistiram em: dificuldade de aprendizagem e agressividade, com uma frequência de 19,6% e 15,6%, respectivamente. Adoção, comportamento, dificuldade de relacionamento familiar, hiperatividade e medo também apareceram significativamente nas crianças atendidas, somando 30,4% das demandas.

Tabela 4.
Distribuição das Queixas das Crianças que Passaram pela triagem

Queixa	Frequência *n* (%)	
Abuso sexual	*6*	(2.4)
Adoção	*12*	(4.8)
Agressividade	*39*	(15.6)
Ansiedade	*9*	(3.6)
Bullying	*4*	(1.6)
Comportamento	*18*	(7.2)
Deficiência auditiva	*1*	(0.4)
Dificuldade alimentar	*2*	(0.8)
Dificuldade de aprendizagem	*49*	(19.6)
Dificuldade de concentração	*7*	(2.8)
Dificuldade de fala	*4*	(1.6)
Dificuldade de relacionamento familiar	*24*	(9.6)
Encoprese	*4*	(1.6)
Enurese	*1*	(0.4)
Hiperatividade	*12*	(4.8)
Medo	*10*	(4)
Mutismo	*1*	(0.4)
Nervosismo	*2*	(0.8)
Obesidade	*7*	(2.8)

Tabela 4
Continuação

Perda de ente querido (e.g. mãe, avô, pais)	*4*	(1.6)
Prevenção	*1*	(0.4)
Queixas somáticas	*4*	(1.6)
Relacionamento pessoal e escolar	*1*	(0.4)
Sexualidade	*2*	(0.8)
Sintomas depressivos (e.g. tristeza)	*5*	(2)
Transtorno de Déficit de Atenção (TDA)	*2*	(0.8)
Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)	*6*	(2.4)
Transtorno do Espectro Autista (TEA)	*5*	(2)
Timidez	*3*	(1.2)
Tiques (e.g. tricotilomania, traços obsessivos, chupar o dedo)	*5*	(2.0)

Após o processo de triagem é definido o encaminhamento daquele paciente, que pode ser colocado na fila de espera para atendimento psicológico no CPA ou pode ser encaminhado para outro serviço mais especializado para a demanda identificada. Além disso, em alguns casos o paciente pode receber alta se for identificado que não tem demanda para atendimento psicológico naquele momento (ou quanto a triagem é suficiente para aliviar a demanda do paciente) e, ainda, outros desistem do atendimento após o processo da triagem. A conduta mais frequente no processo de triagem infantil foi a de encaminhamento para o próprio serviço psicológico da clínica-escola (em um total de 87,6% dos casos), seguido de desistência (pacientes que não quiseram mais o atendimento) (5,6%) e alta (4,8%). Os casos encaminhados para outros serviços (2%) referiram-se a especialidades profissionais que não existem no CPA (musicoterapia, avaliação psiquiátrica, fonoaudiologia e fisioterapia).

Tabela 5
Distribuição da Conduta Aplicada às Crianças que Passaram pela Triagem

Conduta	Frequência *n* (%)	
CPA	*219*	(87.6)
Encaminhamento	*5*	(2.0)
Alta	*12*	(4.8)
Desistência	*14*	(5.6)

Essa apresentação de alguns dados referentes à população atendida no estágio de triagem infantil revela a importância do serviço especializado destinado às crianças e suas famílias. A ideia foi apresentar um panorama geral da clientela, bem como mostrar a participação ativa dos alunos de Graduação em Psicologia nesse estágio, que tem proporcionado aprendizado ímpar para a formação profissionalizante com essa população, tanto em um processo diagnóstico quanto interventivo breve.

Conclusão

Os ganhos em aprendizado dos estagiários que passaram pela experiência do estágio de triagem aqui descrito são enormes, levando em conta a prática clínica e o atendimento infantil e familiar. Devido ao grande número de crianças que chegam para o atendimento e as supervisões realizadas em grupo, torna-se possível participar e aprender com diferentes casos e diferentes queixas, possibilitando, assim, refletir sobre diferentes condutas a se tomar.

A variedade de queixas apresentadas pelas crianças que chegam ao serviço possibilita que o estagiário aprenda a lidar com a variabilidade que encontrará na clínica e nas instituições de saúde, assim como capacitá-lo para identificar os conflitos das crianças e de suas famílias para um

melhor encaminhamento e tratamento. A experiência nesse estágio de triagem, que preconiza a importância de conhecer a história da criança e a dinâmica da família para a compreensão do conflito infantil, capacita a formação de profissionais mais competentes para o atendimento dessa população.

Além disso, o estágio oferece aos alunos um contato mais amplo do que apenas um atendimento infantil convencional: coloca-os em contato com a família e, se necessário, com todos os outros ambientes de convívio da criança, como a escola. Dessa forma, os estagiários são convidados a serem ativos e curiosos ao investigar e se mostrarem atentos a todos os âmbitos da criança que são importantes para compreender seu funcionamento e, também, aprendem a lidar com essas diferentes pessoas e situações presentes. Ainda, por ser uma triagem interventiva, possibilita aos estagiários não apenas conhecer amplamente a criança, mas, ao mesmo tempo, já saber como intervir e agir diante das situações, exercitando sua observação e independência.

O fato de os estagiários permanecerem atualmente durante um ano no estágio, diferentemente de anos iniciais na qual sua realização era semestral, tem proporcionado um melhor aproveitamento dos aprendizados nele adquiridos. Considera-se que, devido à realização de 5 sessões em cada processo de triagem, o primeiro semestre funcionaria como uma adaptação à prática e permitiria os primeiros entendimentos acerca dos processos interativos psicodinâmicos da família e criança. No segundo semestre os estagiários se sentem mais confiantes e independentes para dar seguimento às sessões e entender melhor qual conduta deve ser tomada, garantindo uma melhor interação e posição nas supervisões.

Sendo assim, o estágio de triagem infantil é uma importante prática na formação profissional de psicólogos e está sendo de bom proveito para os alunos do curso de Psicologia, sendo que é amplamente procurado por eles. Além disso, é um importante recurso para as famílias que necessitam de atendimento para suas crianças e que buscam ajuda para lidar com

diferentes conflitos, dado que esse serviço é porta de entrada para todos os outros atendimentos infantis realizados na clínica-escola.

Referências

Aberastury, A. (1986). *Adolescência*. 4ª ed. (R. Cabral, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Arzeno, M. E. G. (1995). *Psicodiagnóstico Clínico: Novas contribuições*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Barbieri, V. (2002). *A família e o psicodiagnóstico como recursos terapêuticos no tratamento dos transtornos de conduta infantis*. Tese de doutorado não publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Barbieri, V. (2008a). Por um modelo compreensivo-interventivo de triagem infantil. Em *Avaliação de personalidade: técnicas e contextos diversos, 5 Encontro da Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos* (CD-ROM). Ribeirão Preto: ASBRo.

Barbieri, V. (2008b, jul./set.). Por uma ciência-profissão: o psicodiagnóstico interventivo como método de investigação científica. *Psicologia em Estudo, 13*(3), 575-584.

Barbieri V. (2009). O psicodiagnóstico interventivo psicanalítico na pesquisa acadêmica: fundamentos teóricos, científicos e éticos. *Boletim de Psicologia*, *59*(131), 209-222.

Barbieri, V. (2013). *A experiência materna de mulheres brasileiras, francesas e magrebinas e o desenvolvimento do Self infantil.* Tese de Pós-doutorado, Université Paris Diderot, Paris 7, Paris, França.

Barbieri, V. (2017). *O psicodiagnóstico interventivo psicanalítico na tendência antissocial: a família e as técnicas projetivas como recursos terapêuticos no atendimento de crianças*. Alemanha: Novas Edições Acadêmicas.

Barbieri, V., Jacquemin, A., & Biasoli-Alves, A. M. M. (2007). Psicodiagnóstico Interventivo como método terapêutico no tratamento infantil: Fundamentos teóricos e prática clínica. *Psico, 38*(2), 174-181.

Bergeret, J. (1998). *Personalidade normal e patológica* (M. E. V. Flores, trad.). Porto Alegre: Artes Medicas. (Original publicado em 1996).

Freitas, F. A., & Noronha, A. P. P. (2005). Clínica-escola: Levantamento de instrumentos utilizados no processo psicodiagnóstico. *Psicologia Escolar e Educacional, 9*(1), 87-93.

Heck, V. S. (2014). *A influência das invasões ambientais nos sintomas de ansiedade infantil: uma experiência de psicodiagnóstico interventivo*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Mishima-Gomes, F. K. T. (2011). *Obesidade feminina*: considerações a partir do Psicodiagnóstico Interventivo. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto: São Paulo.

Paulo, M. S. L. L. (2006). Psicodiagnóstico Interventivo em pacientes adultos com depressão. *Boletim de Psicologia, 56*(125), 153-170.

Pavelqueires, J. G., Reis, A. N. J., Barbieri, V., Canesin, J. D. C., & Ortega, C. (2008). Informatização do Setor de Triagem e Atendimento Infantil e Familiar (STAIF) do Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada: uma experiência com a entrevista psicológica e a hora de jogo. Em *Avaliação de personalidade: técnicas e contextos diversos, 5 Encontro da Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos* (CD-ROM). Ribeirão Preto: ASBRo.

Soifer, R. (1983). *Psicodinamismos da família com crianças: terapia familiar com técnica de jogo* (E. F. Alves, trad.). Petrópolis: Vozes.

Trinca, W. (Org.). (1984). *Diagnóstico psicológico: a prática clínica*. São Paulo: E.P.U.

Winnicott, D. W. (2005). *A família e o desenvolvimento individual* (M. B. Cipolla, trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1957).

Winnicott, D. W. (1984). *Consultas terapêuticos em psiquiatria infantil* (J. M. X. Cunha, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1971).

Algumas Publicações dos Autores Relacionadas à Atividade de Estágio

http://www.revistas.usp.br/estic/article/view/46126

http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v13n1/v13n1a02.pdf

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702013000100008

UMA LONGA JORNADA: DANDO SUPORTE PSICOLÓGICO ÀS MULHERES EM TRATAMENTO PARA O CÂNCER DE MAMA

Manoel Antônio dos Santos
Rodrigo Sanches Peres
Fabio Scorsolini-Comin
Ana Maria de Almeida
Marislei Sanches Panobianco
Érika Arantes de Oliveira-Cardoso

Revejo os anos
na balança da vida
que se equilibra,
capenga, dividida.
[...]

Atravessar o portal,
quem me dera!
Coragem, medo,
sensações diversas
aquebrantam meu peito
doído, cansado, perdido
de tantos caminhos pisar.

Atravessar o portal,
quem me dera!

Vera Avancini, Portal. In: V. Avancini (2005),
A gente cresce. São Paulo: Ed. do Autor, p. 26.

Este capítulo tem por propósito descrever a estrutura e dinâmica de funcionamento do estágio intitulado *Atuação em Psico-oncologia: atenção interdisciplinar a mulheres mastectomizadas*, que integra a grade curricular do curso de graduação em Psicologia da FFCLRP-USP desde 2000. Ao longo do capítulo serão discutidas as repercussões psicológicas do tratamento do câncer de mama e suas implicações para o planejamento do cuidado terapêutico das pacientes que enfrentam os desafios impostos pela doença, os fundamentos teóricos e técnicos do estágio em

psico-oncologia, seus objetivos, cenário e atividades desenvolvidas – com ênfase no grupo de apoio às pacientes, culminando com o depoimento de um ex-estagiário, selecionado para visibilizar as marcas deixadas pelas vivências na subjetividade dos alunos que passaram por essa experiência.

Ao final do percurso textual, o leitor poderá conferir a relação dos produtos relativos ao conhecimento científico produzido pelo Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-FFCLRP-USP/CNPq) sobre a assistência psicológica no contexto do câncer de mama as publicações, incluindo artigos publicados em periódicos, pós-doutoramento, teses, dissertações, monografias de conclusão de curso e pesquisas de iniciação científica. A produção derivada das redes de pesquisa tem o mérito de contribuir para a qualificação dos profissionais que atuam em Psicologia da Saúde, uma área que experimentou significativa expansão nas últimas três décadas.

Repercussões Psicológicas do Tratamento do Câncer de Mama: Implicações para o Suporte Terapéutico

No Brasil, o câncer de mama é a neoplasia mais comum na população feminina, sendo responsável por cerca de 20% dos óbitos causados por esse tipo de enfermidade. A previsão do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para o biênio 2018-2019 é de, aproximadamente, 600 mil novos casos ao ano para o Brasil, dentre os quais as neoplasias de mama perfazem 59.700 casos novos para cada ano, com um risco estimado de 56,33 casos a cada 100 mil mulheres (Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2018a). Esses números evidenciam a dimensão psicossocial e epidemiológica da doença. Com base nessas projeções, já

se considera o câncer de mama como um problema de saúde pública no país e em todo o mundo.

O diagnóstico de uma doença potencialmente fatal frequentemente faz com que o paciente repense seu lugar no mundo e sua posição diante da vida. A ameaça de descontinuidade instaura a preocupação urgente com a maneira como a pessoa se conecta com a vida, não apenas em termos da qualidade de seus vínculos e trocas afetivas, como também da forma como tem se relacionado com sua ancestralidade e sua descendência, lançando-a a uma reflexão sobre suas escolhas, sua posição na cadeia intergeracional e sua postura frente à vida.

A descoberta do câncer de mama desencadeia uma série de repercussões psicológicas que mobilizam a mulher acometida frente a inúmeras questões sobre o sentido e a qualidade da vida, o enigma da morte, a feminilidade, a vida afetiva e sexual, as relações interpessoais, os sonhos e planos para o futuro (Peres, & Santos, 2009). Normalmente, o diagnóstico é vivido pela paciente como um momento de intensa angústia, sofrimento, ansiedade, medo, incerteza, sentimentos de horror e de solidão, impacto e pânico (Peres, & Santos, 2012; Venâncio, 2004). Com tantos sentimentos negativos aflorando simultaneamente, a mulher se vê constantemente impelida a criar diferentes significados para aquilo que está vivenciando. Por exemplo, é frequente que algumas associem o câncer a uma forma de castigo recebido pelo modo como lidavam com a própria vida ou se relacionavam com pessoas de seu círculo interpessoal, o que acaba acirrando sentimentos de lamento e culpa (Vieira, Lopes, & Shimo, 2007).

O turbilhão de sentimentos despertados está muito associado ao estigma que o câncer evoca por ainda ser interpretado como uma doença fatal, o que já está sendo progressivamente alterado em função do avanço das tecnologias médicas e dos novos tratamentos que estão sendo implementados, o que tem proporcionado a oferta de tratamentos mais eficientes e técnicas que viabilizam a detecção precoce (Peres, & Santos, 2009). Com os progressos terapêuticos cada vez

mais efetivos, a doença gradualmente vai perdendo a aura de uma doença inexoravelmente fatal e assumindo características de uma condição crônica que pode ser manejada e controlada (Venâncio, 2004). Por outro lado, a "má reputação" social do câncer está muito relacionada ao fato de ser uma doença complexa e multifatorial, isto é, de não ter uma causa óbvia e facilmente identificável, o que abre uma brecha para que fantasias persecutórias e crenças irracionais prosperem como forma de se tentar preencher a incerteza etiológica.

O temor provocado pela doença reforça a estigmatização do paciente oncológico, que passa a ser temido, apesar dos avanços obtidos nos tratamentos terem melhorado em muito o prognóstico. O estigma e os preconceitos costumam ser resistentes à mudança, mesmo que estudos mostrem que muitas pacientes conseguem se transformar positivamente com o adoecimento (Patrão & Leal, 2004), pois ainda não foi assimilado ao repertório cultural da maior parte da população as transformações positivas, também chamadas de ganhos secundários, consequentes ao adoecimento e, tampouco, a possibilidade de se alcançar a cura (Ferreira, Almeida, & Rasera, 2008).

Após o choque do diagnóstico, é chegada a hora de enfrentar a longa jornada do tratamento, que pode envolver procedimento cirúrgico conservador ou radical (mastectomia), sessões de quimioterapia e, em alguns casos, radioterapia. A quimioterapia é um tipo de tratamento sistêmico, ao passo que a radioterapia é um tratamento local. Ambos os processos podem ser vividos com muito sofrimento físico e psíquico pela mulher, pois suas consequências a curto, médio e longo prazo acarretam influências marcantes no seu modo habitual de se perceber mulher. A mastectomia obriga a mulher a lidar com as limitações e alterações corporais decorrentes da cirurgia, algo muito sofrível para elas, não importando a faixa etária em que estão, principalmente porque são alterações relacionas ao seio (Vieira et al., 2007). Também é comum o

medo de serem abandonadas, insuflado pelo pensamento de que podem estar privando seus parceiros de uma atividade sexual satisfatória (Cantinelli et al., 2006).

O seio é tido com objeto central de desejo e satisfação sexual, sendo também símbolo de fertilidade e saúde. Durante todas as etapas da vida da mulher, desde a infância à vida adulta, é a parte do corpo que está mais relacionada à questão da feminilidade, condensando um conjunto de representações que remete ao *ser e se sentir mulher*. Por isso, o fato de ser acometida por uma doença localizada nesse órgão, tão investido de significados pela mulher, e a posterior ameaça de sua retirada parcial ou total, configura uma série de experiências críticas e impactantes. A mulher pode sentir que está sendo questionada em sua capacidade de ser feminina, de manter sua sensualidade e amamentar. Posteriormente, com a retirada de uma ou de ambas as mamas, as preocupações vão se materializar na confrontação real do problema, que antes era sobretudo simbólico e que agora sai do domínio da probabilidade (Vieira et al., 2007).

Como se já não bastasse a mutilação ou extração completa da mama em decorrência da cirurgia, a sequência do tratamento sistêmico de quimioterapia e às vezes a radioterapia, estratégias que integram o plano terapêutico e complementam a intervenção cirúrgica, pode ocasionar diversas alterações em áreas do corpo que vão além das mamas e que também são muito associadas ao feminino, como os cabelos que caem, a mucosa vaginal que resseca, as unhas que escurecem, a pele que tem sua textura alterada. Como se não bastasse a sequência de alterações de funções corporais, os desequilíbrios hormonais induzem a menopausa precoce, apertando o gatilho antecipado do envelhecimento do corpo feminino. Além da própria percepção da feminilidade que fica fragilizada, todas as esferas da vida da mulher também sofrerão notáveis transformações em virtude do processo de adoecimento, tratamento e suas consequências, transitórias ou permanentes, ao longo da vida (Maluf, Mori, & Barros, 2005).

Para Maluf et al. (2005), a mulher com câncer de mama passa por vários lutos ao longo do processo de tratamento: o primeiro pela tomada de consciência da possibilidade de ter um câncer, o segundo pelo impacto da confirmação diagnóstica, o terceiro quando se submete ao tratamento cirúrgico, e um quarto gerado pelos prejuízos na imagem corporal e correlatos, um quinto causado pelas possíveis limitações que terá em conseqüência da cirurgia e um último causado pelo somatório de efeitos adversos dos tratamentos quimioterápicos e hormonioterápicos. Parkes (1998) realizou estudos sobre as perdas na vida adulta, analisando suas repercussões psicológicas no indivíduo enlutado. Esse autor considera que as reações ao luto pela morte de uma pessoa querida são semelhantes às reações a outros tipos de perda, como, por exemplo, a perda de um órgão ou de uma parte do corpo. Segundo Parkes, há três aspectos importantes nas reações de luto: (1) A reação traumática, que consiste em uma reação de alarme, raiva, culpa e transtorno de estresse pós-traumático, (2) a resposta de pesar, referente à necessidade de procurar e encontrar a pessoa perdida, e (3) a transição psicossocial, caracterizada pela sensação de deslocamento entre o mundo real e o mundo idealizado, sensação de mutilação ou vazio por meio da qual o indivíduo enlutado transita da negação e evitação do reconhecimento da perda para uma posição de aceitação, adotando um novo modelo interno de mundo.

Para a mulher com câncer de mama ou para aquelas que estão em processo de reabilitação, o processo do luto é um momento em que elas podem entrar em contato com questões muito particulares e contundentes sobre a nova realidade de seus corpos, suas vidas e as transformações que decorreram da doença. É o momento em que é preciso refazer psiquicamente sua autoimagem e tudo que a envolve como: identidade, sexualidade, papel social e o *self* psicológico feminino. É um processo muito doloroso e sofrido (Parkes, 1998).

O diagnóstico de uma doença grave e amedrontadora como o câncer pode alterar o desenvolvimento e bem-estar psicológico (Peres, & Santos, 2009). O câncer "tem, às vezes, frutos que não se quer colher. Ninguém quer adoecer com algo que pode limitar a sua capacidade de amar, de ser amado, de ser pai, de ser mãe – pelo menos a disponibilidade para isso" (Patrão, 2005, p 290). No que tange à sexualidade, há evidências de que esse é um aspecto que sofre um significativo impacto, tanto em termos da vida sexual funcional da mulher como do bem-estar e da saúde sexual do casal. Sentir vergonha e evitar manter relações sexuais com o parceiro são relatos comuns na experiência das mulheres acometidas. A quimioterapia pode levar a uma diminuição da função ovariana, que é um fator importante para o funcionamento sexual. O tamoxifeno também pode levar a uma redução do desejo e atrofia vaginal. Alterações não-hormonais, tais como náuseas e fadiga, e manifestações psicológicas como medo da morte, da infertilidade, ruína financeira e sobrecarga de responsabilidades familiares podem resultar em mudanças no que tange à libido e ao orgasmo feminino (Cantinelli et al., 2006).

Nesse cenário, a presença e apoio do companheiro é muito importante para a reestruturação da integridade física e psíquica da mulher. A vida do casal normalmente sofre impacto significativo. Pesquisas evidenciam que nos casais cujos parceiros têm menos de 50 anos é comum existir mais dificuldades em lidar com as alterações corporais do que em casais constituídos por pessoas mais velhas (Cantinelli et al., 2006). Por esses motivos, observa-se que os impactos que o câncer provoca, repercutem de forma bastante intensa na vida psíquica da mulher, afetando muito sua qualidade de vida, seu companheiro e o restante de sua família. Além disso, é muito comum que a mulher desenvolva comorbidades psiquiátricas, dentre as quais se destaca a depressão, ansiedade e baixa autoestima, vivenciadas após o diagnóstico ou até mesmo depois do término do tratamento. São comorbidades que podem aparecer tanto por

consequência do tratamento sistêmico, como também podem aflorar se a pessoa já apresentava alguma predisposição (Maluf et al., 2005).

É importante salientar que alguns processos são naturais e que é preciso ter paciência redobrada e capacidade de autocompreensão para que a passagem por essa etapa dolorosa da vida possa ser superada. Existe um aprendizado muito substancial durante toda a vivência do câncer, no sentido de que a doença suscita que todos se adaptem a constantes transformações (Vieira et al., 2007).

A visão de tratamento que ganha cada vez mais forças na área da saúde é a de que o objeto da assistência deva ser o ser doente e não a doença em si. O médico perde o protagonismo absoluto sobre o tratamento e passa a fazer parte de uma equipe multiprofissional, capaz de abordar o objeto em sua dimensão biopsicossocial, e a finalidade passa a ser a garantia da qualidade de vida do doente e não mais (ou apenas) a busca da cura da doença em si, o alivio do sofrimento e o aumento da sobrevida (Rossi, & Santos 2003). O significado de qualidade de vida assumido no presente capítulo é de "um conceito multidimensional que é mensurado como uma avaliação subjetiva do *status* de saúde e do bem-estar em diferentes setores da vida, incluindo componentes físicos e psíquicos" (Venâncio, 2004, p. 56).

Nesse novo paradigma surge a necessidade de se trabalhar com equipes multiprofissionais, nas quais o psicólogo se integra e encontra espaço para colaborar com a assistência aos pacientes. Nessa vertente, o papel do psicólogo e das psicoterapias tem ganhado espaço entre as ferramentas de manutenção de uma boa qualidade de vida para mulheres que desenvolvem o câncer de mama, pois essa prática visa a maximizar o bem-estar emocional da paciente (Venâncio, 2004). Para que se consiga maximizar os efeitos, é importante conhecer os preditores demográficos e psicossociais de qualidade de vida em pacientes com câncer (Parker, Baile, De Moor, & Cohen, 2003).

Fundamentos Teóricos e Técnicos: a Importância do Acompanhamento Psicológico à Mulher Mastectomizada

É importante ter clareza a respeito de que vivemos um cenário em transformação no plano das profissões, porque é nele que as inovações na área da saúde acontecem e impõem a necessidade de repensar antigos conceitos e dogmas profissionais. Uma das consequências mais importantes dessas transformações é que se colocou por terra a racional de que a única ciência capaz de explicar o adoecer do homem seria a medicina. Hoje se admite que esta disciplina por si só não é capaz de dar conta da complexidade do processo saúde-doença-cuidado. Nesse caldo de cultura solidifica-se uma área da Psicologia denominada Psicologia da Saúde, que emerge como um campo de contribuição tanto científica como profissional, que visa à promoção e manutenção da saúde e à prevenção de doenças, o que pode contribuir para melhorar a qualidade da assistência a quem necessite dos serviços de saúde (Santos, 1999).

Segundo Bock (1999), a inclusão do psicólogo no novo cenário da saúde e se deve muito à realidade social de profundas desigualdades em nosso país (Bock, 1999), bem como a atual realidade do mercado de trabalho para o psicólogo, que se tornou saturado do modelo predominantemente clínico, obrigando os profissionais a buscarem novos campos de atuação, como as instituições. Nisso se incluem as instituições que trabalham com saúde.

Pode-se dizer então que, na área da saúde, existe uma interface da Psicologia com a oncologia, que é a área da medicina especializada no câncer. Essa interface é a psico-oncologia. Podemos descrever a psico-oncologia como um campo interdisciplinar da saúde que estuda a influência dos processos psicológicos sobre o desenvolvimento, tratamento e reabilitação de pacientes com câncer (Costa Júnior, 2001).

Estudos mostram que a resposta psicológica do paciente ao câncer constitui uma variável interveniente significativa sobre os resultados do tratamento, influenciando até mesmo em sua sobrevivência (Costa Junior, 2001). Essa razão é suficiente para ressaltar a importância do apoio psicológico em todas as fases do tratamento. Em especial no caso do câncer de mama, resta comprovado que entre 25 a 35% das mulheres que desenvolvem este tipo de neoplasia irão desenvolver depressão e/ou ansiedade em algum estágio do tratamento. Estudos também demonstraram que o humor da pessoa pode afetar seu sistema imunológico, desprotegendo o organismo frente aos processos de alteração celular precursores do câncer (Cantinelli et al., 2006). Isso significa que, em tese, uma pessoa que não está bem emocionalmente fica mais vulnerável a adoecer.

Pensando em termos de área de especialização, uma das mais promissoras para o profissional contemporâneo é basear sua formação e moldar sua futura atuação no campo da reabilitação psicossocial das pacientes com câncer. O Instituto Nacional do Câncer define como principal objetivo da reabilitação em oncologia a melhoria da qualidade de vida e preconiza que o profissional de saúde deve procurar atender às necessidades específicas de cada paciente com medidas que visem à restauração anatômica e funcional, suporte físico e psicológico e paliação de sintomas (Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2018b). O profissional que trabalha na área tem como função auxiliar o paciente oncológico a criar estratégias saudáveis para enfrentar a realidade adversa, visando ao seu empoderamento para lidar com as transformações que o adoecimento acarreta. Para que isso se efetive é preciso pautar sua intervenção pela busca da manutenção do bem-estar do paciente (Venâncio, 2004).

O profissional de Psicologia é formado com o compromisso social de promover condições que possam incrementar o bem-estar dos indivíduos em seus contextos de vida específicos. Ao longo de sua formação teórica e prática, o psicólogo aprende a identificar

repertórios de comportamento de risco e delinear perfis de personalidade, pautando suas ações e intervenções no sentido de que favorecer com que o indivíduo atendido possa ter a oportunidade de adquirir e manter comportamentos de saúde, tais como evitação de situações de vulnerabilidade, prática de buscar ajuda profissional e se submeter a exames periódicos com finalidade preventiva, bem como a exposição a ambientes favoráveis ao convívio pessoal, familiar, social e profissional.

A psico-oncologia surge no final da década de 1970, com o incremento de uma série de atividades, tais como organização de congressos e eventos, grupos de estudo, atuação em equipe multiprofissional, investigação científica, com o objetivo de compartilhar saberes e práticas (Carvalho, & Veit, 2008). Esse campo interdisciplinar se consolidaria na década seguinte, sempre em diálogo com a medicina e a psicologia, com o propósito de ampliar o conhecimento produzido e dar visibilidade às inovações na atuação profissional. Isso possibilitou fundamentar a sistematização da assistência ao paciente oncológico, visando a assegurar o cuidado integral.

Na psico-oncologia, a atuação profissional deve ultrapassar os limites do modelo de atendimento consagrado em consultório e na prática psicoterápica tradicionalmente exercida pela maioria dos profissionais brasileiros, pois essa estratégia pode se mostrar inadequada em situações nas quais o profissional vai atuar, caminhando até onde quer que o paciente esteja (Costa Junior, 2001). Independentemente da abordagem teórica escolhida, é preciso que o psicólogo trabalhe diretamente no ambiente institucional ou sócio-comunitário, em equipamentos de saúde que, na sua maior parte, não estão adaptados a receber os serviços psicológicos tradicionais, dentro de um modelo de relação terapêutica bipessoal e, portanto, com marcada ênfase na individualidade.

Mais do que um conjunto de recursos e técnicas, é preciso desenvolver um olhar especial que seja sensível às nuances do sofrimento psíquico do paciente oncológico. Como aponta a literatura, as formas de intervenção possíveis na instituição são muito variadas, de acordo com o objetivo que colocam em relevo, podendo ser psicoeducacionais, terapêuticas e psicoterapêuticas (Bernat, Pereira, & Swinerd, 2014; Bifulco, 2010).

A intervenção em psico-oncologia deve priorizar a promoção de mudanças de comportamento relacionadas à saúde do indivíduo. Uma mulher em tratamento para câncer de mama tem que encarar a necessidade de mudanças duradouras em seu estilo de vida, que não serão circunscritas ao período de tratamento. É importante pensar no câncer como uma crise que gera oportunidade para mudança e, como tal, pode ser o ponto de partida para uma nova vida.

A experiência de tratamento deve se constituir em uma condição de aprendizagem sócio-comportamental e cognitiva para o paciente (Costa Junior, 2001), contribuindo para que se possam atenuar os sintomas emocionais e físicos desencadeados pelo câncer e seus tratamentos invasivos. O psicólogo que atua nesse contexto deve ajudar a pessoa a compreender o significado da experiência do adoecer, possibilitando ressignificações, habilitando-a a se confrontar com seu diagnóstico e com as dificuldades decorrentes dos tratamentos, de modo a ajudá-la a desenvolver estratégias adaptativas para enfrentar as situações estressantes (Oliveira, Santos, & Mastropietro, 2005). É importante que o psicólogo trabalhe com o paciente em uma base de realidade, certificando-se de que ele está bem esclarecido (o que é muito mais do que simplesmente informado) sobre sua doença, pois via de regra as pacientes bem conscientes de sua real condição de saúde reagem melhor aos tratamentos (Venâncio, 2004).

O viés histórico da Psicologia de valorizar a dimensão individual faz com que se pense que o tempo todo o psicólogo oncológico deve unicamente manter o foco no paciente, mas, por

trabalhar em equipe, é importante que o profissional fique atento aos focos de conflito que possam emergir entre os membros, pois é a partir da relação estabelecida entre os profissionais que outras relações podem se viabilizar (Venâncio, 2004). É também importante trazer a família para perto da paciente, esclarecendo dúvidas dos familiares, tornando mais esclarecedor e com menor ruído o diálogo entre seus membros. Somado a isso tudo é importante também que o psicólogo faça sua apropriação pessoal e domine assuntos a respeito do câncer para poder informar quando for necessário, pois um paciente informado tem mais chances de cooperar com o tratamento, conforme observado por Venâncio.

Objetivo do Estágio

Objetivos Gerais

- Propiciar ao estagiário a oportunidade de entrar em contato com a atuação profissional em intervenção psicológica no âmbito de um programa de caráter interdisciplinar voltado ao atendimento de mulheres com câncer de mama em processo de reabilitação pós-mastectomia;
- Fornecer subsídios para o desenvolvimento da identidade do psicólogo que irá atuar em psico-oncologia e saúde mental, como estratégia para qualificar a prática profissional.

Objetivos Específicos

- Familiarizar o estagiário com estratégias de atuação em Psico-oncologia, uma rica área de atuação profissional da Psicologia;

- Oferecer ao estagiário a oportunidade de atuar em uma equipe multidisciplinar e, consequentemente, compartilhar saberes e fazeres e refletir criticamente acerca das ações de saúde implementadas;
- Proporcionar ao estagiário o contato com as vicissitudes inerentes ao contexto ambulatorial, uma vez que se trata de um novo e pouco explorado espaço de atuação para os profissionais da Psicologia;
- Proporcionar ao estagiário a experiência de atuação junto às pacientes em diferentes etapas da evolução do câncer de mama, visando atenuar o impacto das limitações impostas pela doença e pelo tratamento;
- Oferecer ao estagiário a oportunidade de atuar em diversas frentes, tais como executar avaliações psicológicas, realizar intervenções individuais e/ou grupais e discutir os casos com a equipe multiprofissional.

Cenário

O estágio intitulado *Atuação em Psico-oncologia: atenção interdisciplinar a mulheres mastectomizadas* é oferecido na área de Psicologia Social-Comunitária a estudantes do 4º e 5º anos do curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). A duração do estágio é de um ano letivo.

O cenário no qual o estágio se desenvolve é o Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas (REMA), com sede na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Fundado em 1989, o REMA completou 29 anos em 2018. É um serviço de reabilitação destinado a mulheres que tem ou tiveram câncer de mama. A faixa etária das usuárias varia entre de 24 a 86 anos (Santos, Moscheta, Peres, & Rocha, 2005).

O REMA funciona às segundas, quartas e sextas-feiras, no horário das 8h00 às 12h00. As atividades diárias que compõem a rotina de trabalho do serviço consistem em: recepção das pacientes, fisioterapia em grupo (exercícios físicos especializados ministrados e monitorados por fisioterapeutas) e grupo de apoio (roda de conversa). Cada atividade grupal tem duração de uma hora. Às 10 horas acontece o café. A maioria das pacientes se despede e volta para casa e são atendidas aquelas que recebem atendimento individual (psicologia, fisioterapia, enfermagem) pré-agendado.

As consultas individuais são indicadas quando se faz necessário um atendimento especializado com procedimentos como drenagem linfática e enfaixamento, nas pacientes com linfedema. O serviço conta ainda com a possibilidade de atendimento psicológico individual às pacientes e seus familiares. De acordo com Barros, Santos e Oliveira (2005), o profissional que atua no contexto do enfrentamento do câncer deve buscar formas de fortalecer a aliança terapêutica com o paciente.

Esporadicamente, acontecem atividades comemorativas, propícias à socialização, como festas junina, festa da primavera, aniversário do REMA, aniversário de usuárias, confraternização de final de ano, bazar para arrecadar fundos, passeio ao parque ecológico da cidade, excursão para outros municípios, como a feira das flores em Holambra. No final do período da manhã, por volta das 11 horas, ocorre uma reunião de equipe pós-grupo, quando os profissionais, estagiários e voluntários do serviço discutem a situação das pacientes no dia e preenchem dados nos prontuários individuais. Também ocorre a reunião de equipe, com frequência quinzenal, com o propósito de discutir assuntos administrativos relacionados à organização das atividades e preparação de eventos comemorativos.

Para garantir seu pleno funcionamento e realização de sua missão institucional, o REMA conta com uma equipe interdisciplinar constituída por enfermeiras, fisioterapeutas, psicólogos,

terapeuta ocupacional e nutricionista. Por se tratar de um serviço de extensão universitária, é também um ambiente propício para o desenvolvimento de pesquisas de pós-graduandos e graduandos de diversas áreas, que desenvolvem seus projetos junto à população assistida.

A partir do sétimo semestre no curso de graduação da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto os estudantes devem iniciar seus estágios profissionalizantes. No estágio *Atuação em Psico-oncologia: Atenção interdisciplinar a mulheres mastectomizadas*, os estagiários desenvolvem suas atividades assistenciais no ambiente institucional do REMA, acompanhados por uma extensa equipe interdisciplinar.

Atividades Desenvolvidas

A proposta é oferecer aos estudantes de Psicologia a oportunidade de terem uma experiência de atuar, durante aproximadamente um ano, em um serviço de reabilitação de mastectomizadas, no qual o *setting* de atuação é muito diferente do que se encontra no consultório psicológico particular e também no ambiente hospitalar.

O estagiário participa do grupo de mulheres mastectomizadas, inicialmente como observador e, posteriormente, como co-coordenador. Além disso, sempre que existir a demanda por parte das usuárias, é oferecido atendimento de apoio psicológico individual, com frequência semanal. O estagiário também participa das reuniões da equipe multiprofissional na qual são discutidos os assuntos relacionados à organização e dinâmica de funcionamento do serviço e assistência integral a pacientes. O estagiário também se envolve com a organização de atividades de socialização oferecidas às usuárias do REMA, como comemorações de aniversários, viagens, excursões, passeios, bazares, festas e Desfile do Outubro Rosa, bem como eventos científicos (Jornada de Câncer de Mama).

Todas as atividades desenvolvidas pelos estagiários são supervisionadas. Ao longo de quase duas décadas de existência, o estágio contou com a colaboração de mestrandos e doutorandos do LEPPS que, na condição de psicólogos(as) voluntários(as) do serviço, ofereceram suporte e supervisão *in loco* para os estagiários, compondo a equipe de Psico-oncologia do REMA. Entre eles podemos destacar: Rodrigo Sanches Peres (hoje Professor Adjunto da Universidade Federal de Uberlândia), Murilo dos Santos Moscheta, atualmente docente da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Fabio Scorsolini-Comin (hoje Professor Doutor da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo), Lilian Cláudia Ulian Junqueira (hoje Professora Doutora da Universidade Paulista - UNIP e do Centro Universitário Barão de Mauá, de Ribeirão Preto), Daniela Cristina Mucinhato Ambrósio (mestre em Psicologia), Adriana Bigheti (mestre em Psicologia), Fernanda Pessolo Rocha (atualmente Professora Doutora do Centro Universitário Barão de Mauá) e Nichollas Martins Areco (doutor em Psicologia). No âmbito do Centro de Psicologia Aplicada os alunos contam com o apoio de retaguarda da psicóloga Dra. Érika Arantes de Oliveira Cardoso.

Os estagiários também recebem suporte *in loco* da equipe de enfermagem que concebeu e coordena no cotidiano as atividades assistenciais do REMA, destacando-se a enfermeira Maria Antonieta Prado e as docentes Profa. Dra. Marislei Sanches Panobianco e Profa. Dra. Ana Maria de Almeida.

Grupos de Apoio: Oportunidade de Diálogo a Respeito de Questões Relacionadas à Subjetividade Atravessada pela Perspectiva da Finitude

Entre as diversas estratégias de que o psicólogo que atua na oncologia pode lançar mão, a prática grupal tem se mostrado de fácil aceitação e com excelente custo-efetividade (Venâncio, 2004). O ser humano é eminentemente gregário e por isso pode se beneficiar enormemente da

comunicação com o outro em prol de seu crescimento e desenvolvimento pessoal, especialmente para sua transformação psíquica (Bechelli, & Santos, 2005a, 2005b). Um substancial *corpus* de pesquisas evidencia a eficácia da prática terapêutica em grupo, capaz de proporcionar benefícios muito significativos a um custo relativamente modesto (Bloch, 1986; Yalom, 2006).

Discorrer sobre a psicoterapia em grupo implica em pensar como é o funcionamento dessa pratica, que pode promover tantas consequências positivas para seus usuários. Para Yalom (2006), a grupoterapia se baseia em uma interação extremamente complexa e que, se for muito bem coordenada e articulada pelo psicoterapeuta, pode ativar mediadores de mudança significativos, os quais denominamos de *fatores terapêuticos* (Bloch, 1986). Em outras palavras, o grupo aciona certos agenciamentos que se situam entre as experiências humanas que podem instilar um clima de mudanças.

Valendo-se de variados métodos (entrevistas, observações, questionários) utilizados desde a década de 1950 para investigar quais são os fatores que funcionam como agentes de mudança na terapia de grupo, pesquisadores chegaram ao consenso de quantos e quais são os principais mecanismos. Bloch (1986) e Mackenzie (1997) destacaram os seguintes fatores: Universalidade, Instilação de esperança, Altruísmo, Coesão do Grupo, Auto-revelação, Catarse, Compartilhamento de Informações, Orientação ou Aconselhamento, Aprendizado por intermédio do outro, Aprendizagem Interpessoal, Autocompreensão ou *Insight*.

Para que o trabalho em grupo seja eficiente, as pesquisas indicam que os grupos devem ter metas, estrutura e métodos de intervenção estabelecidos sob medida para suas características específicas. É importante ter bem claro qual o tipo de grupo com que se está trabalhando (de ambulatório ou enfermaria, homogêneo ou heterogêneo, aberto ou fechado), o objetivo (breve, de médio ou longo prazo) e outras variáveis (informativo, de preparo para a cirurgia, de reabilitação, entre outros). Existem muitas abordagens teórico-técnicas para se trabalhar em

grupo, tais como grupos de ensino-aprendizagem, comunitário, terapêutico, psicodramático, teoria sistêmica, terapia cognitivo-comportamental e psicanalítico (Bechelli, & Santos, 2005a; Mackenzie, 1997; Talbott, Hales, & Yudofsky, 1992).

Os resultados de pesquisa não são claros em afirmar qual é a abordagem mais eficiente para trabalhar com pacientes com câncer, mas a escolha da abordagem não deve ser vista como determinante da eficácia do trabalho em grupo, esta deve embasar o desenvolvimento do trabalho grupal e contemplar os objetivos a serem alcançados, tal escolha depende da afinidade do profissional psicólogo com tal teoria (Venâncio, 2004). Tampouco existem estudos que tenham explorado qual o perfil ou características desejáveis do terapeuta de grupo. Provavelmente elas não se diferenciam do que é preconizado para a boa atuação de grupoterapeutas de modo geral (Zimerman, 2001).

A literatura indica que quanto mais homogêneo o grupo, melhor será o processo terapêutico, pois assim mais focal ficam as intervenções e melhor são os resultados alcançados. O mais indicado nestes casos de doença, é o agrupamento por patologia, pois isso permite o paciente perceber melhor seus problemas, aprende a tolerar o que se repudia em si, melhora assim a resolução da doença. É também muito importante as relações sociais que se criam no grupo, pois muitos pacientes tendem a se isolar depois do adoecimento, e em grupo conseguem a chance de se verem entre iguais, sentindo-se acolhidos e aceitos.

Para que se consiga maximizar os efeitos da grupoterapia, é importante conhecer os preditores demográficos e psicossociais de qualidade de vida em pacientes com câncer. Um caminho para compreender porque o grupo pode ser altamente indicado para acolher pessoas com câncer pode ser buscado nas investigações sobre o papel do apoio social no ajustamento psicológico no contexto da oncologia. Parker et al. (2003) avaliaram a contribuição única de variáveis demográficas, médicas e apoio social na qualidade de vida de pacientes com vários tipos

de câncer e também no seu ajustamento psicológico. Os resultados indicaram que aqueles que eram mais velhos e tinham melhor apoio social relataram menos ansiedade, e os que eram mais velhos, casados ou que tinham mais apoio social relataram menos sintomas depressivos. Homens cujo câncer não tinham recidivado e que que não estavam em tratamento ativo da doença relataram melhor qualidade de vida no domínio da saúde física. Idosos mais velhos, casados, com maior escolaridade, doença menos avançada e melhor apoio social relataram melhor quaidade de vida no domínio da saúde mental. As variáveis demográficas foram geralmente associadas a medidas de ajuste e qualidade de vida, enquanto as variáveis médicas não apresentaram essa associação. Pacientes com mais apoio social relataram menos ansiedade e depressão e melhor qualidade de vida no domínio da saúde mental, independentemente de variáveis demográficas e médicas. Os autores concluíram que a avaliação do nível de apoio social pode ajudar a identificar pacientes em situação de maior vulnerabilidade ou com risco de sofrimento.

Uma História Contada pela Voz do Estagiário

Ao término do estágio *Atuação em Psico-oncologia: atenção interdisciplinar a mulheres mastectomizadas*, os alunos são estimulados a produzir um depoimento, na forma de relato de experiência, no qual descrevem sua trajetória no estágio e seu nível de participação e envolvimento nas atividades desenvolvidas ao longo do ano. Essa tarefa é parte de uma estratégia que visa a ampliar os sentidos das experiências vividas. A título de ilustração, reproduzimos a narrativa apreciativa elaborada por um dos estagiários.

> *Pensar em enfrentar esse estágio mostrou-se, a princípio, uma experiência bastante ansiogênica, pois se tratava de minha primeira experiência de atuação profissional. Eu acabava de começar o 4º ano*

> *do curso e tudo para mim era desconhecido, desde as características da clientela atendida pelo serviço, composto por mulheres que têm ou tiveram câncer de mama, na maioria procedente de classe social desprivilegiada, até o fato de trabalhar em uma equipe com vários profissionais de outras áreas e em um ambiente que não é especialmente preparado para o atendimento psicológico que eu ansiava por aprender a fazer. Minhas questões eram: afinal, o que pode fazer a Psicologia nesse contexto e como eu, enquanto jovem de 21 anos, poderei ajudar essas mulheres?*

Estávamos em 2009 e tudo era ainda muito novo e misterioso para mim. Como seria trabalhar com o tipo de paciente em questão, por serem mulheres, em geral mais velhas, mães, que tiveram câncer de mama e fizeram mastectomia? A primeira coisa que me chamou a atenção foi a expressão da sexualidade nessas mulheres e quais seriam suas reações frente a minha atuação enquanto estagiário do sexo masculino e ainda por cima inexperiente na atuação clínica.

Antes de entrar no grupo para co-coordenar as atividades junto com a enfermeira do serviço, eu e minhas colegas estagiárias ficamos algumas semanas observando a atuação dos profissionais mais experientes e tentando apreender a dinâmica do grupo. No primeiro encontro grupal observado, um dos temas que as mulheres discutiram foi sobre manter relações sexuais com os maridos. Algumas mulheres relataram como era ter relações depois de serem mastectomizadas e, para minha surpresa, muitas não demonstravam nenhum constrangimento em falar sobre práticas sexuais. Também não se mostravam tímidas no uso de seus corpos, relatavam que mantinham relações até de luz acesa e seus maridos também não se constrangiam. Foi interessante notar que algumas dessas mulheres estavam por volta dos 60 anos de idade, o que corrobora dados da literatura de que casais com menos de 50 anos de idade tendem a apresentar maiores dificuldades de ajustamento sexual (Cantinelli et al., 2006).

Outra questão que me fez pensar sobre como a sexualidade daquelas mulheres se manifestava foram as brincadeiras e piadas que faziam comigo. Creio que a minha inserção como estagiário mexia de alguma maneira com elas. Eram brincadeiras que me comparavam ao ator

Reinaldo Gianecchini, que para elas era um ícone masculino de beleza. Também diziam que contavam comigo para ajudar algumas delas com minha força, ou então diziam para outras tomarem cuidado na hora de se virarem enquanto faziam os exercícios para não denunciarem malícias com seus corpos para mim, ou então me "propondo casamento" com aquelas que estavam em crise de solidão e na busca de um namorado. Durante todo o período do estágio, certo constrangimento e olhos arregalados me acompanharam a cada comentário ou brincadeira, mas aos poucos fui relaxando e sendo capaz de ocultar meu embaraço com um sorriso amistoso.

Houve também momentos em que a figura masculina era amplamente criticada por todas as mulheres, que generalizavam que todos os homens eram incompetentes, "molengas", individualistas, dependentes, e que tendiam a reproduzir com elas a relação que tinham com a figura materna. Já elas se descreviam como "super-mulheres", despachadas e dinâmicas, que davam conta de cuidar da casa, filhos, trabalho e ainda tiveram que lutar contra o câncer. Eu achava interessante que, no momento das críticas, elas se direcionavam logo para mim, mandando eu ser diferente ou me pedindo para tapar os ouvidos para não ouvir as queixas que elas fariam contra seus companheiros. Por um longo tempo esse movimento de ataque aos homens acompanhou as discussões do grupo de que eu participava.

Sempre que esse assunto surgia eu me sentia um pouco constrangido. No entanto, seguindo a abordagem teórica do estágio – psicologia fenomenológica-existencial, eu tentava não me deixar inundar por sentimentos e pensamentos no sentido de desejar defender "minha classe", mas procurava me esforçar para entender qual era a visão delas sobre os homens. Minhas intervenções, no início, iam no sentido de ajudá-las a ver como elas participavam da vida de seus maridos e o que elas estavam fazendo com a futura geração de maridos, ou seja, seus próprios filhos. Aos poucos esse assunto foi ficando menos frequente e dentro do próprio grupo várias mulheres relataram ter maridos apoiadores e participativos na vida doméstica. Então

começaram a se questionar sobre o que era essa "incompetência" dos homens de suas vidas, e se haveria um motivo para serem como são. Observaram que elas próprias contribuíam para manter muitos dos comportamentos de que se queixavam em seus maridos e, além disso, repassavam esse padrão para os filhos. Ao fim do estágio já falavam que agora observavam mudanças nas gerações atuais, que tal como suas vidas foram transformadas, principalmente depois da doença, observavam que o mundo também esta diferente, que a atual configuração familiar impõe tamanhas mudanças nas famílias, que seus filhos, os "maridos de amanhã", provavelmente não se comportarão como os maridos que elas conhecem. Serão pessoas diferentes.

Por outro lado, muitas vezes eu também fui comparado à figura de um filho ou neto daquelas mulheres. Percebi terem muito carinho por mim, chegando ao ponto de eu ganhar, no dia do meu aniversário, um bolo caseiro de uma das senhoras que estava há mais tempo no REMA.

É interessante notar as diferenças intergeracionais das mulheres que frequentam o serviço. Cada geração parece cultivar uma visão de mundo, incluindo a vivência da própria sexualidade. As mulheres mais velhas, entre os 60 e 80 anos, eram mais desinibidas para falarem de seus corpos, seios e relação marital; também demonstravam não dar importância à aparência física. Já as mulheres que estavam abaixo dos 45 anos vinham com uma demanda estética muito mais intensa, eram mais questionadoras e perguntavam muito sobre próteses e reconstituição mamária.

Durante os encontros grupais os temas sobre sexo, feminilidade e autoimagem eram comentados mais esparsamente. No entanto, um tema que me marcou muito foi o dilema entre usar ou não biquíni e se sentir no direito de aproveitar clubes e praias como qualquer outra pessoa. Elas entraram no assunto de uma forma muito natural e várias mulheres contaram suas

experiências com próteses e sutiãs adaptados. Fiquei pensando que o acanhamento e dificuldade de falar de coisas íntimas era mais minha do que delas. Nesse momento percebi que eu era mais um membro do grupo, alguém que estava lá junto delas. Independentemente de ser estagiário, psicólogo ou co-coordenador, estava junto delas, caminhando por discursos que nomeavam intimidades corporais daquelas mulheres.

Relatos sobre como foi a vivência da última sessão de quimioterapia e o mal-estar por ela produzido, o impacto devastador da queda dos cabelos, o uso do lenço ou do véu para cobrir a cabeça nua, se mesclavam com outras narrativas, sobre como muitas vezes os familiares se tornam distantes. Essas experiências compartilhadas me comoveram e mobilizaram muitos sentimentos em mim. E aí eu pude entender de fato a questão de o câncer de mama ser uma vivência tão singularmente feminina, o que também me fez pensar nas figuras femininas significativas na minha vida, como minha mãe, primas e amigas.

Apesar de tantas reflexões e emoções relacionadas à família, corpo, mulher, mãe, grupos, técnicas, entre tantas coisas, o que eu me perguntava era: onde eu estou promovendo saúde para essas pessoas? Eu faço alguma diferença na vida delas? Em um dos encontros do grupo uma paciente que havia ingressado recentemente no serviço confidenciou: "Não gosto de psicólogo, me faz chorar... Por que vou querer alguém que me põe pra baixo?". Naquele momento senti um calafrio. *Seria essa minha função ali? Arrancar lágrimas das pessoas, produzir catarse? Seria isso terapêutico?*

A resposta não tardaria a vir e mais de uma vez, nos vários encontros grupais que se seguiram. Sim, aquelas mulheres me viam como importante para elas. Nós, da equipe de psicologia, não éramos apenas pessoas com quem elas poderiam desabafar, mas os quase-profissionais que poderiam ajudá-las a enxergar o mesmo assunto por outros vértices e perspectivas. Éramos aqueles que davam atenção àquilo que os outros normalmente consideram irrelevante, e as ajudamos a se sentirem vivas, a se sentirem gente. Pouco importa a idade ou

classe social, aquelas mulheres desejavam ser escutadas, isso cria a possibilidade de elas se sentirem novamente humanas e não mais "cancerígenas", como fora dito em uma das rodas de conversa. Oscilamos entre o lugar da família, da mãe, do pai, marido, namorado, esposa, amigo, somos um misto de todas estas relações e algo novo também. Isto – e o fato de estar sendo sincero naqueles momentos da sessão – é o que cria a relação terapêutica, e este é o fator terapêutico mais importante na minha opinião.

Os assuntos e as formas expressadas de vivenciarem o câncer e a sexualidade foram se transformando no decorrer do processo grupal, assim como fui me transformando cada vez mais enquanto estagiário, descobrindo que o meu jeito de ser espontâneo e masculino se refletia na minha forma de trabalhar, e parece que isso de alguma maneira podia ser instrumentalizado como ferramenta terapêutica.

Ao fim do meu estágio todas me disseram ter ficado muito satisfeitas com minha atuação e muito convictas quanto à necessidade e efetividade do trabalho da equipe de psicologia. Mostraram-me que não importava o gênero de quem estava junto com elas. Afinal de contas, o que realmente conta e importa é a sinceridade de buscar fazer o nosso melhor, com as incertezas, angústias e alegrias que nos tornam genuinamente humanos."

Considerações Finais

Há farta comprovação científica dos benefícios da atuação do psicólogo no que tange ao ganho de qualidade de vida da paciente com câncer de mama. A literatura aponta ganhos significativos, tais como: melhora no estado geral de saúde e na qualidade de vida, melhor tolerância aos efeitos adversos da terapia oncológica; melhor comunicação entre paciente, família e equipe, maior adesão da paciente ao tratamento e aumento no tempo de sobrevida. A maioria

desses aspectos são decorrentes da incorporação de hábitos e comportamentos mais saudáveis, motivados pela melhora do estado emocional conquistada com as intervenções psicológicas. Percebe-se, então, que as intervenções psicológicas podem ter conseqüências positivas tanto no aspecto emocional quanto nas questões físicas, como por exemplo a melhoria do funcionamento do sistema imunológico (Venâncio, 2004).

Existem várias formas de o psicólogo trabalhar com a paciente com câncer de mama, desde o aconselhamento psicológico de duração breve utilizado nos ambulatórios, a psicoterapia individual tradicional até as intervenções em grupo. As técnicas também variam desde o uso da auto-hipnose até as técnicas cognitivo-comportamentais. A adoção da técnica mais apropriada para cada situação vai de acordo com os critérios do profissional. Em relação à modalidade grupal, a literatura traz fortes evidências da eficácia dessa modalidade de intervenção (Venâncio 2004).

Pela variedade de situações a que o aluno é exposto no REMA pode-se dizer que o estágio proporciona uma vivência rica, além da oportunidade de desenvolver várias competências e habilidades profissionais. Desse modo, resta evidente o caráter profissionalizante da proposta. Isso pode ser conferido no depoimento fornecido por um estagiário, sob a forma de texto reflexivo, elaborado no momento de encerrar seu período de estágio. Relatos de experiência em estágios em Psicologia da Saúde durante o curso de graduação têm sido valorizados pela literatura (Guedes, 2006; Scorsolini-Comin, Souza, & Santos, 2008).

Referências

Barros, G. C., Santos, M. A., & Oliveira, E. A. (2005). Paciente e profissional em busca da aliança terapêutica no enfrentamento do tratamento para o câncer em estágio avançado. In M. A.

Santos, C. P. Simon, & L. L. Melo-Silva (Orgs.), *Formação em Psicologia: Processos clínicos* (pp. 221-234). São Paulo, SP: Vetor.

Bernat, A. B. R., Pereira, D. R., & Swinerd, M. M. (2014). Um olhar sobre os aspectos relevantes que envolvem o sofrimento psíquico do paciente oncológico. In: A. B. R. Bernat, D. R. Pereira, & M. M. Swinerd (Orgs), *Sofrimento psíquico do paciente oncológico: o que há de específico?* (p. 133-138). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva / Hospital do Câncer. Rio de Janeiro: INCA.

Bifulco, V. A. (2010). Psico-oncologia: apoio emocional para o paciente, a família e a equipe no enfrentamento do câncer. In: V. A. Bifulco, H. J. F. Júnior, & Barbosa, A. B. (Orgs.), *Câncer: uma visão multiprofissional* (p. 231-244). Barueri, SP: Minha Editora.

Bechelli L. P. C. & Santos, M. A. (2005a). O paciente na psicoterapia de grupo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 13*(1), 118-125.

Bechelli L. P. C. & Santos, M. A. (2005b). O terapeuta na psicoterapia de grupo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 13*(2), 249-254.

Bloch, S. (1986). Therapeutic factors in group psychotherapy. In: A. J. Frances, R. E. Hales (Eds.), *Psychiatric Update Annual Review: v. 5* (p. 678-698). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Bock, A. M. B. (1999). A Psicologia a caminho do novo século: identidade profissional e compromisso social. *Estudos de Psicologia, 4*(2), 315-329.

Cantinelli, F. S., Camacho, R. S., Smaletz, O., Gonsales, B. K., Braguittoni, E., & Rennó Jr, J. (2006). A oncopsiquiatria do câncer de mama: considerações a respeito de questões do feminino. *Revista de Psiquiatria Clínica, 33*(3), 124-133.

Carvalho, V. A. & Veit, M. T. (2008). Psico-oncologia: definições e área de atuação. In: Carvalho, V. A. et al. (Orgs.), *Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus.

Costa, A. L. (2001). O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão, 21*(2), 36-43.

Ferreira, C. B., Almeida, A. M., & Rasera, E. F. (2008). Sentidos de diagnóstico por câncer de mama feminino para casais que o vivenciaram. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação, 12*(27), 863-871.

Guedes, C. R. (2006). A supervisão de estágio em Psicologia Hospitalar no curso de graduação: relato de uma experiência. *Psicologia: Ciência e Profissão, 26*(3), 516-523.

Mackenzie, K. R. (1997). *Time-managed group psychotherapy: effective clinical aplications*. Washington, DC: American Psychiatric Press

Maluf, M. F. M., Mori, L. J., & Barros, A. C. S. D. (2005). O impacto psicológico do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia, 51*(2), 149-154.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (2018a). *Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil.* Rio de Janeiro, RJ: INCA. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/introducao.asp

Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (2018b). *Reabilitação.* Rio de Janeiro, RJ: INCA. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=106

Parker, P., Baile, W. F., De Moor, C, & Cohen, L. (2003). Psychosocial and demographic predictors of qualiy of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology, 12*(2), 183-193.

Parkes, C. M. (1998). *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta* (M. H. P. F. Bromberg, Trad.). São Paulo: Summus.

Patrão, I. (2005). Bem me quer, mal me quer... bem nos quer, mal nos quer: a sexualidade, (in)fertilidade e o cancro. *Análise Psicológica, 23*(3), 289-294.

Patrão, I. & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças, 5*(1), 53-73.

Pereira, F. M. & Neto, A. P. (2003). O psicólogo no Brasil: notas sobre seu processo de profissionalização. *Psicologia em Estudo (Maringá), 8*(2), 19-27.

Peres, R. S., & Santos, M. A. (2009). Personalidade e câncer de mama: Produção científica em Psico-Oncologia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *25*(4), 611-620.

Peres, R. S., & Santos, M. A. (2012). *Psicossomática psicanalítica: Intersecções entre teoria, pesquisa e clínica***.** Campinas, SP: Alínea.

Ramos, A. S. & Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro de mama: impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica. 23*(3), 295-304.

Santos, M. A. & Rossi, L. (2003). Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicologia: Ciência e Profissão, 23*(4), 32-41.

Oliveira, E. A., Santos, M. A., & Mastropietro, A. P. (2005). Implementação de um estágio em Psicologia Hospitalar: Em busca de um trabalho interdisciplinar na assistência ao câncer hematológico. In C. P. Simon, L. L. Melo-Silva & M. A. Santos (Orgs.), *Formação em Psicologia: Desafios da diversidade na pesquisa e na prática profissional* (pp. 369-378). São Paulo, SP: Vetor.

Santos, M. A., Moscheta, M. S., Peres, R. S., & Rocha, F. P. (2005). Atuação em Psico-Oncologia: Atenção multidisciplinar a mulheres mastectomizadas. In C. P. Simon, L. L. Melo-Silva, & M. A. Santos (Orgs.), *Formação em Psicologia: Desafios da diversidade na pesquisa e na prática profissional* (pp. 379-394). São Paulo, SP: Vetor.

Scorsolini-Comin, F., Souza, L. V., & Santos, M. A. (2008). Tornar-se psicólogo: experiência de estágio de Psico-oncologia em equipe multiprofissional de saúde. *Revista Brasileira de Orientação Profissional, 9*(2), 113-125.

Talbott, J., Hales, R. E., & Yudofsky, S. C. (1992). Terapia de grupo (p. 711-714). In *Tratado de psiquiatria* (D. Batista & M. C. M. Goulart, Trad.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas

Yalom, I. D. (2006). *Psicoterapia de grupo: teoria e prática* (R. C. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed

Venâncio, J. L. (2004). Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia, 50*(1), 55-63.

Vieira, P. C., Lopes, M. H. B. M., & Shimo, A. K. K. (2007). Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 41*(2), 311-316.

Zimerman, D. E. (2001). Perfil e função do grupoterapeuta. In *Fundamentos básicos das grupoterapias* (Cap. 23, 2. ed.). Porto Alegre, RS: Artes Medicas.

Algumas Publicações dos Autores Relacionadas à Atividade de Estágio

Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS-FFCLRP-USP/CNPq. Diretório do Grupo de Pesquisa CNPq. Disponível em: http://dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/2603512781293779

Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS, *homepage*. Disponível em: http://sites.usp.br/lepps/

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000400006

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902008000200010

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722009000400017&script=sci_abstract&tlng=pt

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722009000400017&script=sci_abstract&tlng=pt

ÊNFASE- PROCESSOS E PRÁTICAS PSICOSSOCIAIS

ACOMPANHAMENTO SOCIOEDUCATIVO DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI EM UM PROGRAMA DE LIBERDADE ASSISTIDA

Lais Sette Galinari

Rafaelle C.S. Costa

Marina Rezende Bazon

Quando um adolescente é apreendido pela polícia, em razão de comportamento que implica em violação de leis, e esse gera um Boletim de Ocorrência, transformando o comportamento em ato infracional, o adolescente pode ser processado no âmbito do Sistema de Justiça, de forma a ter o "caso" apurado. A depender da análise realizada, o Juiz da Vara da Infância e Juventude pode aplicar uma medida socioeducativa ao adolescente. De modo geral, essa, embora seja uma sanção ao adolescente, em virtude de seu caráter coercitivo, deve constituir-se em oferta de ajuda ao adolescente, em acompanhamento psicossocial, na medida das suas necessidades e dificuldades, necessariamente associadas às razões pelas quais ele se envolveu na prática de delitos. Medidas socioeducativas são, então, enquadres estabelecidos juridicamente, de natureza sancionatória, mas de conteúdo socioeducativo, que visam criar condições para que os adolescentes se desenvolvam, superando algumas das dificuldades que enfrentam e, assim, se percebam como responsáveis pelas suas condutas.

Conforme estabelece Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA; Brasil, 1991), existem seis medidas socioeducativas aplicáveis a adolescentes julgados pela prática de ato infracional, correspondente a comportamentos tipificados como crime ou como contravenção penal, se

fossem emitidos por adultos. São elas: advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviços à comunidade, liberdade assistida, semiliberdade e internação. À parte a advertência e a obrigação de reparar o dado, as medidas requerem programas que as executem, à serviço do Sistema de Justiça Juvenil. Parte delas se caracterizam como medidas privativas de liberdade (internação/internação sanção e semiliberdade) – a internação provisória prevista no ECA não se constitui em medida socioeducativa propriamente. É um recurso, baseado em privação de liberdade, empregado em alguns casos, também previstos na lei, por um tempo máximo de 45 dias, enquanto o adolescente ainda está sendo julgado – e; parte como medidas restritivas de liberdade (liberdade assistida e prestação de serviço à comunidade). Em conformidade à natureza pedagógica que se deve buscar para as medidas socioeducativas, as normativas internacionais e a lei brasileira indicam que se deve priorizar as medidas que não são restritivas de liberdade, ou seja, aquelas que podem ser executadas em meio aberto (prestação de serviço à comunidade e liberdade assistida), sem o afastamento do adolescente de sua família/comunidade. Preconiza-se que as medidas restritivas de liberdade (semiliberdade e internação em estabelecimento educacional) sejam aplicadas em caráter de excepcionalidade e brevidade. Trata-se de uma estratégia que objetiva reverter a tendência a responder de forma prioritariamente repressiva/punitiva às necessidades dos adolescentes infratores, em detrimento da oferta de ajuda, levando ainda em conta o questionamento bem fundamentado sobre a eficácia do confinamento, da restrição de liberdade, para provocar alterações de comportamento no jovem. A elevação da severidade das medidas (em termos de restrição/privação de liberdade) não tem impacto positivo na modificação dos comportamentos adolescentes e, tampouco, na inclusão social dos egressos do sistema socioeducativo (Conanda, 2006).

O estágio profissionalizante descrito no presente trabalho insere-se no contexto de uma das medidas de meio aberto, em específico a de Liberdade Assistida, de responsabilidade de uma

Organização Não-Governamental (ONG), na cidade de Ribeirão Preto – SP, a Organização Comunitária Santo Antônio Maria de Claret (OCSAMC), a qual se caracteriza por atuar há mais de 30 anos no âmbito das políticas de proteção social, implementado diferentes programas voltados a crianças/adolescentes e famílias em situação de vulnerabilidade social, dentre os quais o de Liberdade Assistida, e por manter uma forte relação de troca com a Universidade, abrindo-se ao professores/pesquisadores e alunos de diferentes cursos/instituições na cidade.

Em termos gerais, deve-se frisar que os programas que excutam a medida judicial de liberdade assistida devem ter, no seu quadro pessoal, como profissional de referência para o adolescente, o *orientador de medida*. O papel de orientador de medida, conforme o preconizado pelo Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE; Brasil, 2012), consiste em assumir a responsabilidade de acompanhar o jovem e a sua família, ao longo da execução de uma medida socioeducativa de meio aberto, cabendo a esse:

> I - Promover socialmente o adolescente e sua família, fornecendo-lhes orientação e inserindo-os, se necessário, em programa oficial ou comunitário de auxílio e assistência social;
> II - Supervisionar a frequência e o aproveitamento escolar do adolescente, promovendo, inclusive, sua matrícula;
> III - diligenciar no sentido da profissionalização do adolescente e de sua inserção no mercado de trabalho;
> IV - Apresentar relatório do caso.
> (Art. 119, SINASE, 2012)

A ideia é que o orientador acompanhe de perto o dia a dia do adolescente e intervenha prontamente diante do eventual descumprimento das atividades previstas no Plano Individual de Atendimento (PIA), ou do surgimento de qualquer situação que recomende o acionamento da "rede de proteção" à criança e ao adolescente (inclusive, se necessário, o Conselho Tutelar). A

ideia, aliás, é que o orientador esteja sempre próximo ao adolescente e de sua família, servindo-lhes, inclusive, de referência para qualquer eventualidade, relacionada ou não com a execução da medida socioeducativa (até porque o objetivo da atuação do orientador não é, pura e simplesmente, zelar para que a medida seja executada, mas sim zelar pelo bem estar do adolescente, na perspectiva de evitar a reprodução das circunstâncias que levaram à conduta infracional), em cumprimento ao disposto no art. 119, inciso I, do ECA.

É preciso esclarecer que, de acordo com o art. 118, §1º, do ECA, o orientador é uma "pessoa capacitada para acompanhar o caso" que, por força do disposto no art. 13, inciso I, da Lei nº 12.594/2012 (SINASE, 2012), será selecionado e credenciado pela direção do programa de atendimento correspondente às medidas socioeducativas de liberdade assistida e prestação de serviços à comunidade. A lei dá a entender que os orientadores não precisam ter nível superior e nem se confundem com a "equipe técnica" do programa de atendimento (pois quando a lei quer fazer referência a esta, a ela se refere de maneira expressa). Devem, no entanto, ser qualificados especificamente para o desempenho da função (ou seja, precisam ser devidamente "capacitados", como parte de seu processo de preparação), assim como assumir certas responsabilidades, de modo a assegurar o bom desempenho da função. Os orientadores podem ser servidores contratados e remunerados pela entidade executora do programa (cabe ao programa, aliás, definir a forma de seleção e contratação dos orientadores), e é possível que deles seja exigido o preenchimento de alguns requisitos específicos.

A OCSAMC, dada sua proximidade com a Universidade, especificamente com o Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP), acompanha o desenvolvimento do conhecimento científico na área do infrator e, com base nisso, estipula, como critério, que os seus orientadores, no programa de liberdade assistida, tenham formação universitária e utilizem como referência, o

aporte da Criminologia Desenvolvimental. Os parâmetros oferecidos pela produção científica deste referencial e, dentro disso, da Psicologia Criminal são também os que orientam o presente estágio. Esses referenciais oferecem robustas evidências de que, na adolescência, a apresentação de comportamentos de risco, incluindo a prática de atos de infração da lei, é, em uma certa medida, parte do processo de desenvolvimento psicossocial; pode-se, assim, entender os dados oferecidos por pesquisas de autorrelato, nas quais muitos adolescentes (para não dizer "a maioria") revelam delitos, o que conduz à afirmação de que se trata de um fenômeno estatisticamente normativo (Farrington, 2002; Komatsu & Bazon, 2015).

As investigações longitudinais, nesse campo, impõem, todavia, ressalvas a essa constatação. Ao mesmo tempo em que se pode afirmar que há variações na manifestação de comportamentos delituosos em função da fase da vida, sendo a adolescência aquela em que esse tipo de comportamento atinge o seu auge, em variados contextos socioculturais (Farrington, 2002), é preciso também afirmar que há variações entre os indivíduos, em termos de intensidade com que manifestam comportamentos delituosos, no interior da própria adolescência (Andrews & Bonta, 2006). Se para uma grande parte o comportamento é esporádico e relaciona-se à consecução de tarefas desenvolvimentais próprias desse período, associadas às necessidades de autonomia e de auto-regulação, para o um grupo menor o comportamento é recorrente, dentando, pela estabilidade ao longo do tempo, um padrão adaptativo, ou seja, um modo de funcionamento que risca persistir para além da adolescência (Mun, Windle & Schainker, 2008).

Nessa perspectiva diferencial relativa à pratica de delitos na adolescência, a avaliação de qual é o nível de engajamento infracional de cada adolescente (a avaliação do que o comportamento representa no seu processo de desenvolvimento) é um aspecto crucial para profissionais que tomam decisões concernindo aos infratores e também para os que empreendem as intervenções de tratamento/acompanhamento a eles destinados, nos programas

socioeducativo. Considera-se que, no Brasil, o ECA estabelece diretrizes alinhadas ao que é colocado pela literatura específica na área; na lei indica-se que o adolescente que comete atos infracionais deve ser avaliado para além do ato infracional pelo qual está sendo processado, de forma ampla e sistemática, para que se conheçam suas características psicossociais. Assim, além das circunstâncias e da gravidade do ato infracional, pressupõe a necessidade de buscar por informações sobre suas necessidades e dificuldades, bem como sobre suas condições para o cumprimento de medidas socioeducativas. Somente assim o acompanhamento ofertado a cada adolescente é suscetível de ser personalizado, ajustado às suas demandas psicossociais, às suas capacidades e ao seu contexto de vida, conforme indica o ECA.

Os dados provenientes de estudos internacionais mostram que uma parcela bastante reduzida de adolescentes, de cerca 5%, não se implica em qualquer atividade passível de ser considerada ilícita. A atividade infracional ocasional, enquanto um evento em meio a um padrão de conduta de respeito às leis e às regras sociais, caracterizaria o que passou a ser conceituado como *delinquência comum*, e seria apresentada por uma parcela considerável de jovens, de cerca de 45%. Uma parcela equivalente, ou seja, de cerca de 45% da população de adolescentes apresentariam um padrão de comportamento que passou a ser denominado de *delinquência de transição*, caracterizado por uma atividade infracional mais frequente e de gravidade média, limitada, entretanto, ao período da adolescência. Por fim, uma parcela também reduzida de adolescentes apresentaria a chamada *delinquência persistente* (na população, cerca de 5% dos adolescentes; em meio aos adolescentes já judicializados, cerca de 45%). A atividade infracional no escopo da delinquência persistente teria início precoce, seria muito frequente e diversificada, incluindo, por vezes, delitos considerados violentos, ou seja, contra a pessoa (Le Blanc, 2003).

Na perspectiva da Criminologia Desenvolvimental, muitas investigações se dedicaram à identificação das variáveis sociais e pessoais associadas à delinquência persistente, ou seja, as

variáveis que fomentam esse nível de engajamento infracional. Com uma abordagem longitudinal, Le Blanc e colaboradores, investigando grandes amostras de adolescentes canadenses, recrutados na população e também junto ao Sistema de Justiça Juvenil daquele país, ao longo de vários anos, obtiveram resultados robustos a partir dos quais foi elaborada a *Teoria da Regulação Social e Pessoal da Conduta Delituosa* (LeBlanc, 1997; LeBlanc, 2012). De acordo com esta perspectiva teórica, o comportamento desviante, na adolescência, que são aqueles reprovados socialmente como rebelião familiar, escolar e consumo de álcool e outras drogas, assim como os delitos previstos em lei penal, pode ou não se desenvolver, seguindo diferentes trajetórias, dependentes dos fatores de risco sociais e pessoais que se lhe apresentam. De modo breve, as principais proposições dessa teoria estabelecem que a regulação do comportamento desviante se opera por meio das interações recíprocas entre determinados *mecanismos de natureza social* – o vínculo com as instituições sociais, através da ligação aos seus membros, mais particularmente a família, a escola e os pares; o constrangimento exercido pelas instituições sociais, ou seja, as pressões sociais específicas que contribuem para o comportamento de conformidade às normas; e a exposição às diferentes influências/modelos e oportunidades sociais, podendo ser essas conformistas, ou seja, de acordo com os padrões convencionais ou não – e um *mecanismo de natureza pessoal*, relativo ao nível de desenvolvimento psicológico e da personalidade do adolescente, ou mais especificamente ao nível de desenvolvimento do autocontrole. Nesse quadro teórico, avaliar as dimensões da adaptação social e pessoal é, portanto, considerado fundamental para uma compreensão global da situação do adolescente infrator, suas necessidades e dificuldades, sendo que o conhecimento e a apreensão da dinâmica estabelecida entre todas as variáveis envolvidas são necessários para o estabelecimento de intervenções eficientes.

A regulação da conduta dar-se-ia não somente por uma mecânica geral, transcendendo as instituições sociais responsáveis pela socialização do adolescente, mas em cada uma delas, de modo particular. Essa integra mecanismos de regulação do comportamento de natureza social-comunitária e/ou institucionais (no plano da família, da escola, das relações com os pares/amigos, das normativas e da rotina), além de fatores contextuais (relativos a status socioeconômicos, aspectos demográficos, etc.), produzindo a dimensão da "adaptação social" do adolescente. No que concerne à "adaptação pessoal", entende-se que essa se dá a partir dos processos interacionais e transacionais entre o indivíduo (com as suas características) e o contexto (com as suas características). Ela é representada, assim, no mecanismo que opera a regulação pessoal, o qual, conforme o já mencionado, remete ao desenvolvimento psicológico do adolescente, aos aspectos de sua personalidade, especialmente aos atinentes ao autocontrole, aos estados afetivos e ao de saúde mental (Le Blanc, 1995; Le Blanc, 2005).

Vale ressaltar que a concepção de que se as relações sociais se modificam devido às transições e às mudanças que realizam os indivíduos – da infância à adolescência, da adolescência à idade adulta – o comportamento se vê claramente influenciado e a atividade infracional também se altera, desde iniciar-se até esgotar-se ou interromper-se, ou bem tornando-se mais intensa e rápida, além de grave, ou cada vez mais esporádica. Ao longo do tempo, à medida que as pessoas envelhecem / amadurecem, denota-se a influência de diferentes fatores. Por conseguinte, um fator que pode ser muito relevante em uma etapa da vida (como o grupo de pares na adolescência), pode estar em um segundo plano quando se chega na idade adulta e se adquire responsabilidades familiares. Na medida que tais fatores mudam com o tempo, também se vê alterada a implicação do indivíduo no delito/crime.

Essa perspectiva multidimensional e dinâmica permite vislumbrar as inúmeras configurações possíveis em termos de regulação do comportamento desviante, considerando os

diferentes problemas e níveis/gravidade de problemas que podem se apresentar em cada um dos mecanismos em particular, bem como no plano das variáveis de contexto, e dos efeitos de retroalimentação dentro do sistema de regulação, de um momento a outro. Com isso, pode-se imaginar que há *os perfis* no tocante às dificuldades de adaptação social/pessoal, sendo que esses podem ser situados em um continuunm: em uma das extremidades encontram-se os que jamais praticarão um delito; na outra, os que praticarão delitos de modo crônico/persistente (Fréchette & Le Blanc, 1987; Huizinga & Elliott, 1987).

Na esteira dos estudos de trajetória de desenvolvimento da conduta delituosa, tanto trabalhos pautados em experiências clínicas como em investigações científicas buscaram estabelecer tais perfis comportamentais-sociais-psicológicos, de modo a apreender com mais clareza as diferenças fundamentais em meio aos adolescentes infratores, de forma antever as diferenciações necessárias ao justo/adequado acompanhamento de cada qual, no âmbito do Sistema de Justiça Juvenil. Esse esforço constitui-se em uma estratégia que visa a síntese da complexa gama de informações sobre os jovens em categorias empíricas e, também, conceitualmente significativas, com o objetivo de tornar essas informações disponíveis e favorecer o planejamento das avaliações e das intervenções. Harris e Jones (1999), em estudo precursor, estabeleceram perfis diferenciados de jovens infratores, tendo por base dados de uma amostra de adolescentes judicializados estadunidenses, insistindo sobre o fato desses poderem/deverem ser utilizados como guia para fins de avaliação e de intervenção em seu país. Na linha deste estudo, encontram-se muitas outras publicações descrevendo tipologias empiricamente construídas.

No estágio profissionalizante em foco, utiliza-se como referência uma, de reconhecida validade clínica, descrita em guias de referência para o trabalho na área dos adoelscentes em conflito coma lei, no Canadá (Québec), elaborada pela *Direction de la Jeunesse* do Ministère de la Santé et des Services Sociaux (Piché, 2006), que focaliza especificamente os adolescentes que

apresentam um padrão de coportamento que pode ser concebido como *delinquencia de transição* ou como *delinquência persistente*, com o objetivo principal de orientar o trabalho de avaliação e de intervenção dos profissionais no âmbito da execução de medidas judiciais de meio aberto. Os perfis descritos neste documento foram elaborados no contexto de grupos de trabalho (operativos), compostos por gestores, conselheiros clínicos e interventores do país, a partir de uma base teórica específica, a Teoria da Regulação Social e Pessoal da Conduta Delituosa. A tipologia reite a concepção de que o comportamento delituoso pode se desenvolver mais ou menos, descrevendo diferentes trajetórias, denotando maior ou menor engajmento infracional. As trajetórias são multideterminadas, estando, assim, associadas a diferentes conjuntos de fatores de risco. Essas trajetórias e fatores de risco podem ser apreendidos e diferenciados a partir de indicadores comportamentais, sociais e psicológicos, de modo que, a partir daí, vislumbram-se estratégias de intervenção mais adequadas. O primeiro perfil descrito nesta tiplogia recebeu o nome de "Divergente Esporádio". Este remete a jovens cujo comportamento delituoso é, como indica a denominação, esporádico; assim, assemelham-se aos adolescentes da população geral que, em sua maioria, cometem delitos ocasionamente. O segundo perfil, nomeado "Inadequado Regressivo", remete a adolescentes apresentando um padrão de comportamento delituoso persistente, sem escalada de gravidade, que apresentam baixa ou nula integração em ambientes de socicalização convencional; estes adolescentes possuiriam grande defasagem desenvolvimental. O terceiro perfil, "Conflitual Explosivo", também remete a adolescentes apresentando um padrão de comportamento persistente, experenciando altos níveis de mal-estar psicológico e que duvidam de sua auto-eficácia, sentindo-se incompreendidos. O quarto e último perfil, denomiando "Estruturado Autônomo", remete a adolescente cujo padrão de comportamento delituoso é também persistente e, mais, caracterizado por uma escalada no nível de gravidade dos delitos.

Estes apresentariam como característica psicológica baixa capacidade para sentir empatia e remorso (Piché, 2006; Desjardins, 2011).

O Modelo Integrado de Intervenção Diferencial (MIID)

Em conformidade ao exposto, entende-se facilmente que os adolescentes infratores riscam constituir um grupo bastante heterogêneo, diferenciando-se em aspectos comportamentais, sociais e pessoais; por consequência, necessitam de intervenções diferenciais (Le Blanc, 2003; Le Blanc, 2006; Komatsu & Bazon, 2015; Bazon, 2016). Nessa perspectiva, em articulação à tipologia anteriormente descrita, elaborou-se o Modelo Integrado de Intervenção Diferencial (MIID) (Piché, 2006; Desjardins, 2011). Esse se constituí por dois componentes: o primeiro, um sistema de avaliação, considerando a importância de aferir o grau de engajamento infracional de cada adolescente infrator (independentemente do delito pelo qual ele foi processado e sancionado) e de verificar a que perfil seu padrão de comportamento e características sociais e pessoais remetem; e, o segundo, um inventário de estratégias para selecionar objetivos e métodos de intervenção levando em conta as necessidades de acompanhamento de cada adolescente, conforme o perfil comportamental-social-psicológico que melhor lhe descreve (Piché, 2006). O MIID vem sendo amplamente utilizado no Canadá (Piché, 2006), país que figura como uma referência mundial em termos de qualidade no tocante às intervenções sócio-jurídicas junto a adolescentes em conflito com a lei.

Este Modelo tem suas origens em dois amplos programas de pesquisas, do "Groupe de recherche sur l`inadaptation juvénile" da Universidade de Montreal, em Montreal, Canadá, desenvolvidos a partir do início dos anos 1970 e coordenados por Le Blanc e Frechette, cujo objetivo central foi conhecer a estrutura e a dinâmica do desenvolvimento do comportamento

delituoso em adolescentes. Para Le Blanc e Fréchette (1989), uma tipologia geral da atividade infracional pode guiar a política social frente à delinquência. Dessa forma, infratores ocasionais e intermitentes (que apresentam delinquência comum) podem receber medidas preventivas primárias, enquanto que os persistentes podem receber medidas preventivas secundárias e terciárias. Em outras palavras, uma tipologia como esta pode ajudar os agentes do sistema de justiça a distinguir os adolescentes que não precisam de intervenção especializada daqueles que precisam de algum tipo de ajuda mais especializada, o que facilita o serviço nas instituições e poupa os recursos disponibilizados aos programas destinados a adolescentes infratores, na medida em que propicia maior racionalidade ao sistema, orientando diferenciações na intensidade do acompanhamento em função da magnitude das necessidades e das dificuldades dos adolescentes, contribuindo com a escolha e com a aplicação da intervenção mais apropriada.

De acordo com o Modelo, no tocante à necessária avaliação, a coleta de dados deve dar em dois níveis: uma concernindo ao adolescente e ao seu meio social; outra concernindo a gravidade do seu engajamento infracional (Laporte, 2000; Fréchette, 1980). Mais especificamente, a coleta de informações deve incidir sobre a situação do adolescente: as características do jovem, de seus pais, as relações familiares, sua relação com a escola e/ou trabalho, seus pares de idade, e o meio comunitário e a rede de serviços e de apoio disponíveis. A avaliação da gravidade do engajamento infracional, por seu turno, é realizada por meio da coleta de dados sobre a história relativa à prática de delitos, os oficiais (conhecidos pelo sistema de justiça) e os não oficializados (não conhecidos pelo sistema de justiça). A análise do conjunto de informações coletadas a partir da avaliação das três dimensões focalizadas, a comportamental, a social e a psicológica, permite vislumbrar se o adolescente, embora apreendido e processado pelo cometimento de um ato infracional, apresenta uma delinquência comum, ou se apresenta uma delinquência distintiva - transitória ou persistente. No caso de apresentar uma delinquência distintiva, o conjunto das

informações remete a um dos perfis descritos que, por sua vez, é articulado a sugestões de intervenções psicossociais mais apropriadas.

Estes dados são coletados por meio da leitura dos documentos existentes no prontuário, de entrevistas com o adolescente, com os responsáveis e outras pessoas que possam fornecer informações pertinentes, e por meio da aplicação de instrumentos (escalas e questionários estruturados), além da observação direta do comportamento do adolescente no contato com o orientador e no seu meio de vida, por ocasião das visitas. A análise dos dados coletados deve permitir responder às seguintes perguntas: O adolescente apresenta uma delinquência comum ou não? No caso de tratar-se de uma delinquência distintiva (de transição ou persistente), quais fatores sociais e psicológicos estão sustentando a conduta delituosa, no tempo? A qual perfil se pode fazer menção? Qual o sentido da conduta delituosa (utilitária, hedonista, relacionada à liberação de tensões, etc.)? Quais recursos pró-sociais estão presentes? As informações que permitem responder a essas questões, para cada adolescente, orientam o estabelecimento de objetivos específicos, personalizados, para a intervenção socioeducativa e os meios / atividades educativas a serem implementadas para alcança-los. Auxiliam, assim, a elaborar um Plano Individual de Atendimento (PIA), em conjunto com o adolescente e seus responsáveis, com objetivos mais precisos, passíveis de serem ajustados durante o desenvolvimento da medida socioeducativa, cuja consecução pode ser avaliada em um tempo determinado.

Nessa esteira, o modelo, no tocante ao inventário de estratégias para selecionar objetivos e métodos de intervenção, estabelece quatro grandes categorias de estratégias: aquelas relativas à contenção do agir delituoso; as que visam a "readaptação", ou seja, modificações necessárias na adaptação social e pessoal, nos modos de agir e reagir; aquelas que busquem a integração social (restabelecendo/fortalecendo o vínculo com as instituições sociais); e as de prevenção da reincidência, ou seja, que visem identificação das variáveis psicossociais/contextuais que

desencadeiem o agir delituoso para cada adolescente. O modelo propõe que as estratégias, nas quatro grandes categorias, sejam adequadas a cada perfil, assim como as atitudes profissionais. Daí o sentido do nome Modelo Integrado de Intervenção Diferencial - MIID.

Objetivo do Estágio

O estágio profissionalizante descrito é oferecido a alunos da graduação do Curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, na Universidade de São Paulo, desde 2011. Tendo por base os referenciais teórico e metodológico descritos acima, o estágio tem como objetivo geral oferecer formação aos alunos para o exercício profissional no contexto do atendimento de adolescentes em conflito com a Lei, no quadro da execução de medidas socioeducativas, por meio da aprendizagem, no plano teórico e prático, sobre o fenômeno do envolvimento de adolescentes com a prática de atos infracionais. Para tal, os objetivos específicos do estágio são: a) Que aprendam a realizar a avaliação psicossocial de casos/adolescentes a partir do referencial e com o auxílio do Modelo Integrado de Intervenção Diferencial (MIID); b) Que contribuam para a elaboração dos PIAs (Planos Individuais de Atendimento), com relação a casos particulares, considerando as avaliações feitas e o quadro jurídico subjacente à medida de acompanhamento dos adolescentes; c) Que experienciem o acompanhamento de adolescentes no quadro da medida socioeducativa (a implementação do plano de intervenção, o PIA), assumindo a responsabilidade por algumas atividades de intervenção específicas; d) Que compreendam a problemática em questão a partir do referencial da Teoria da Regulação Social e Pessoal da Conduta Delituosa na Adolescência;

Descrição das Atividades Desenvolvidas

Considerando os objetivos de formação propostos pelo estágio profissionalizante, os estudantes comprometem-se a: acompanhar a rotina de trabalho de um orientador de medida socioeducativa de liberdade assistida, em um programa específico, na cidade de Ribeirão Preto - SP; participar das reuniões de equipe deste serviço, que acontecem semanalmente; participar de supervisões, também semanais, com a docente responsável pelo estágio.

No contexto do Programa de Liberdade Assistida, os estagiários participam dos atendimentos realizados junto aos adolescentes e seus familiares. As atividades individuais desenvolvidas junto aos adolescentes têm início com a avaliação que, de acordo com o referencial teórico, considera os diferentes contextos de vida e de socialização nos quais o adolescente se encontra inserido. Nesta etapa, o estagiário aprende a empreender as estratégias de levantamento de informações e, dentro disso, a aplicar, corrigir e analisar as técnicas de avaliação utilizadas. Além de aspectos do desenvolvimento psicológico do adolescente, são investigadas também as condições socio-comunitárias e o padrão de comportamento delituoso apresentado pelo adolescente. Dessa forma, durante o processo avaliativo, o estagiário é estimulado a integrar as informações obtidas, norteado pelo MIID. O estagiário participa da identificação das necessidades e das dificuldades do adolescente e aprende a elaborar o principal documento requerido pelo judiciário, o Plano Individual de Atendimento (PIA). Neste, diferentes objetivos e meios de intervenções necessárias para alcançar estes objetivos junto aos adolescentes e a sua família, são levantados, para nortearem o acompanhamento proposto. Tendo por base a avaliação realizada, o estagiário aprende na prática que a elaboração do PIA deve decorrer de uma construção efetivamente colaborativa entre o orientador da medida, o adolescente e seus responsáveis legais, porque, do contrário, não há participação ativa desses nas

atividades propostas. Uma vez estabelecido o PIA, o estagiário atua ativamente no planejamento / na elaboração de intervenções específicas e acompanha as atividades de intervenção implementadas nos atendimentos realizados, que podem ser no contexto físico do programa, mas também na comunidade de vida do adolescente, sua residência, sua escola, seu trabalho, etc.

Inicialmente, o estagiário cumpre um papel de observador participante durante os atendimentos, sendo mais ativo e solicitado pelo orientador apenas nas etapas de planejamento, revisão e discussão dos atendimentos. Quando uma das partes – orientador ou estagiário – verifica que ser possível e proveitoso ao estagiário assumir mais responsabilidades no atendimento, é feito o planejamento para que o aluno conduza atendimentos específicos, acompanhado do orientador. Quando possível, o estagiário também tem a possibilidade de participar das atividades requeridas pelos casos, no âmbito da Justiça Juvenil, como por exemplo, das audiências judiciais e extrajudiciais.

Ademais, o estágio propicia ao estudante a oportunidade de participar das reuniões de equipe na ONG. Nestas reuniões são discutidos questões clínicas e administrativas, ou seja, há discussões de casos entre os orientadores e a coordenação e, quando oportuno, com outros atores sociais pertinentes, pertencentes a outros programas e serviços da rede de proteção social, e há discussões relativas ao funcionamento do programa, considerando sua filosofia e a integridade teórico-metodológica, bem como seu relacionamento com outros programas e serviços da rede de proteção. Por fim, o estagiário também participa de reuniões de supervisões. Nessas, os casos relativos aos adolescentes que acompanham são discutidos fundamentalmente a partir do referencial teórico de base, de exemplos de outros casos clínicos, de novos estudos na área, o que propicia e estimula o raciocínio analítico frente a questões da prática profissional. Nestas duas modalidades de reunião (a de equipe e a de supervisão), as discussões fomentadas criam o ambiente propício para a consolidação da formação pretendida – tendo em vista o

referencial teórico adotado - superando a famigerada distância entre teoria e prática, frequentemente aventada na área da assistência sociopsicológica.

Ilustração das Atividades Desenvolvidas

No programa de Liberdade Assistida em foco, no qual o estágio é realizado, é adotado um protocolo para o atendimento dos adolescentes em conflito com a lei que se baseia na Teoria da Regulação Social e Pessoal da Conduta Delituosa e no Modelo Integrado de Intervenção Diferencial (MIID). Tendo isso em vista, o protocolo possui uma etapa de avaliação inicial que termina com a elaboração do Plano Individual de Atendimento (PIA), seguida da etapa de intervenção que busca executar os objetivos previamente definidos. O processo de avaliação dura, em média, 1 mês e meio (de 6 a 7 atendimentos), e a intervenção, no quadro do acompanhamento socioeducativo, dura pelo menos mais 4 meses e meio, conforme prevê a lei, antes da primeira reavaliação, quando se deve confeccionar o primeiro relatório a ser enviado à Justiça Juvenil, relativo ao cumprimento da medida, quando, então, o período da medida pode ser ou não estendido por mais seis meses e assim por diante, conforme dita a lei (ECA, Brasil, 1990).

Considerando que existem trajetórias de desenvolvimento do comportamento delituoso distintas, associadas a diferentes conjuntos de variáveis sociais e pessoais, a intervenção implementada junto a cada adolescente em conflito com a lei busca oferecer um atendimento individualizado/personalizado, específico a suas demandas. Durante a etapa de intervenção, são realizadas atividades estruturadas que buscam atingir necessidades específicas como controle da raiva, percepção de riscos, habilidades sociais, distorções cognitivas, melhora na comunicação adolescente-família/adultos responsáveis, estabelecimento de regras familiares, entre outras, de

acordo com a avaliação do caso. Em alguns casos, fazem-se necessárias também intervenções no contexto da família e da escola, além de uma busca ativa por possiblidades de inserir o adolescente em contextos onde há atividades e pares pró-sociais, visando alterar sua rotina, tudo isso de acordo com as necessidades e os interesses do jovem.

Com o objetivo de ilustrar o trabalho realizado pelo orientador de medida socioeducativa e o estagiário de psicologia, será descrito o acompanhamento realizado por ambos em um período de cerca de seis meses, a um adolescente que frequentava o programa. É importante considerar que, ao adotar um referencial teórico sistêmico, que considera diferentes dimensões na compreensão no fenômeno da delinquência juvenil (família, escola, pares, rotina, características pessoais), todos essas variáveis podem se tornar foco da intervenção, se considerado necessário, e que a descrição realizada abaixo é um recorte de um processo interventivo mais amplo, que abarcou uma gama maior de aspectos atinentes às necessidades do adolescente em questão.

Quando o estagiário começou a acompanhar o caso do adolescente G. do sexo masculino, de 14 anos, o período de avaliação inicial tinha sido finalizado e já tinham sido realizadas algumas intervenções, conforme será descrito abaixo. Por intermédio da avaliação, se havia constatado que G., apesar de ter apenas um delito oficial, relativo a tráfico de drogas, que resultara na execução da medida socioeducativa, apresentava um engajamento infracional importante, uma vez que o jovem participava de atividades relacionadas com o tráfico de drogas de forma frequente, há algum tempo, além de apresentar um elevado consumo de maconha.

No âmbito familiar, havia pouco investimento de tempo em atividades conjuntas, por parte dos membros da família, que permitisse uma boa comunicação, o estabelecimento de laços afetivos fortes entre si, e que possibilitasse aos adultos/responsáveis práticas educativas e supervisão consistentes. Em relação à escola, se havia constatado que G. estava matriculado no

8º ano do ensino fundamental em uma escola da rede pública da cidade e que já tinha repetido essa série por conta de faltas no ano anterior, apesar de estar matriculado. Na ocisão, G. já possuía muitas faltas e quando ia à escola, saia muito da sala de aula, tinha uma dificuldade importante de leitura e de escrita e um desempenho muito baixo do que seria esperado para a sua idade/série, correndo o risco de ser reprovado novamente. Em relação às amizades, não tinha amigos na escola e passava grande parte do seu tempo com colegas que também faziam uso de drogas ilegais e/ou eram infratores, ou seja, a totalidade dos pares de idade de G apresentavam comportamentos desviantes, e apresentavam uma rotina muito ociosa, com poucas atividades estruturadas, norteadas por objetivos e supervisionadas por adultos, nem mesmo as relativas a esporte ou a lazer. Assim, G. e seus colegas frequentavam de modo regular locais que favoreciam a prática de delitos ("as bocas de fumo").

Com relação às suas características pessoais, G. apresentava poucas habilidades sociais e, mais que isso, demonstrava ter orientação (valores e atitudes) antissociais e baixa percepção das consequências do seu comportamento para si mesmo e para os outros. É importante salientar que, apesar de nenhum desses fatores isoladamente serem condições suficientes para sustentar o comportamento delituoso do adolescente, esses, em conjunto, de acordo com o referencial teórico adotado, podiam ser considerados responsáveis por aumentar a probabilidade de a implicação de G. em atividades infracionais persistir, devendo por isso, serem foco de intervenção, no quadro da execução da medida socioeducativa.

Desse modo, esses fatores identificados na avaliação foram pautados no PIA, por meio do estabelecimento de objetivos visando modificações das condições por eles representadas. Esses orientaram a escolha/a elaboração das atividades de intervenção. As primeiras atividades estruturadas, realizadas com o adolescente, visaram o desenvolvimento da percepção de riscos para si e para os outros (ao longo de cinco semanas, com um atendimento semanal) e de

habilidades sociais (ao longo de sete semanas, com um atendimento semanal). Vale explicar que as intervenções para o desenvolvimento de habilidades sociais básicas, sobretudo as de comunicação, foram selecionadas em razão de um objetivo intermediário, uma vez que a baixa aptidão social demonstrada pelo adolescente, constitui-se em um dos aspectos que favorecia sua frequentação de pares desviantes, visto que a falta de habilidade dificultava que fosse e que se sentisse bem-sucedido em ambientes pró-sociais, com pares pró-sociais, como na escola e em cursos profissionalizantes.

Quando o estagiário começou a participar dos atendimentos de G., a partir das discussões do caso, na supervisão e nas reuniões clínicas do programa, definiu-se, com base na observação da participação do adolescente nelas e na de seus resultados, que era um momento importante para investir em atividades visando a reinserção social do jovem. Levando em conta sua idade e suas necessidades, decidiu-se investir em ações que promovessem uma melhor adaptação escolar (frequência e rendimento) e fomentar sua matrícula e frequentação em atividade estruturada, no contraturno da escola, visando, assim, alterar sua rotina e frequentações. Desse modo, o orientador e o estagiário, em parceria com a coordenação pedagógica da escola em que o adolescente estava matriculado, por meio de visitas e de reuniões regulares, começaram a acompanhar semanalmente a frequência e a participação de G. nas atividades escolares. Por meio dessas visitas, e ao longo dos atendimentos com G., avaliou-se que ele tinha uma baixa vinculação escolar, sobretudo devido a uma grande defasagem nas habilidades básicas de leitura e de escrita, o que acarretava um baixo desempenho nas atividades acadêmicas. Sabe-se que o desempenho escolar tem papel central na vinculação e no ajustamento escolar (Le Blanc, 2012). Segundo a Teoria da Regulação Social e Pessoal da Conduta Delituosa na Adolescência, esse é o mais importante dos reguladores do comportamento juvenil no ambiente escolar, já que um bom desempenho fortalece os vínculos (aumenta as capacidades de

investimento nas atividades escolares, o apego aos professores e o empenho, o compromisso com própria escolarização). Com isso, ele também amplifica a eficácia dos constrangimentos internos, ou seja, a adesão do estudante às regras e normas escolares. Por outro lado, o baixo desempenho favorece um sentimento de incompetência para este ambiente, suscitando-lhe a sensação de rejeição, de exclusão que, por sua vez, aumenta a probabilidade de uma não adaptação escolar e, nessa esteira, de evasão escolar.

A partir dessa análise, o estagiário começou a desenvolver uma intervenção que tinha como principal objetivo favorecer, no adolescente, o desenvolvimento das competências necessárias para um melhor ajustamento escolar, visando, especificamente, que G. realizasse aquisições escolares, especificamente no plano da língua portuguesa, próprias ao ano escolar em que estava matriculado, de modo que ele se percebesse mais competente academicamente. Ao longo do período em que o estágio se desenrolou, foram realizados um total de 17 encontros com esse objetivo, com frequência de duas vezes na semana, nos quais eram realizadas atividades de estímulo à escolarização e de apoio escolar, com vistas a fomentar suas habilidades de leitura e de escrita. Essa ajuda específica e personalizada concorreu para que G. frequentasse de forma mais regular à escola e, gradativamente, apresentasse uma melhor performance acadêmica, sendo que, ao final do ano letivo, G., além de aprovado, também participou e ganhou um concurso de redação em sua escola.

Ao longo da intervenção, percebeu-se que G. foi capaz de fazer aquisições de leitura e de escrita e que isso teve um impacto significativo em sua adaptação escolar, uma vez que, ao sentir-se apto para realizar as atividades exigidas no ambiente escolar, seu absenteísmo diminuiu. Assim, gradativamente sua rotina começou a se modificar e, por consequência, sua frequentação de pares e de ambientes desviantes diminui. Assim, sua implicação em atividades infracionais

também diminuiu. Nesse ponto, uma reavaliação de suas necessidades/dificuldades foi feita, de forma a revisar o PIA e a sequência do acompanhamento.

Considerações Finais

Ao longo da realização do estágio, tendo como base a Teoria da Regulação Social e Pessoal da Conduta Delituosa na Adolescência e o Modelo de Intervenção Integrado Diferencial (MIID), e por meio das supervisões e do acompanhamento do trabalho do orientador de medida socioeducativa, o estagiário é capaz de aplicar o conhecimento teórico, ao propor e ao realizar intervenções que vão ao encontro das necessidades de cada adolescente, visando favorecer uma melhor adaptação social e pessoal. É certo que, sendo a delinquência juvenil, um fenômeno heterogêneo, que pode ser compreendido a partir da consideração de trajetórias distintas, associadas a diferentes conjuntos de fatores, a vivência de cada estagiário é singular, e está condicionada às diferentes necessidades/dificuldades dos jovens que passam pelo programa. Ou seja, nesse estágio, cada estudante vive a oportunidade de observar e de implementar ações de intervenção de acordo com os fatores que foram avaliados como relevantes em cada caso, sendo que esses fatores podem estar relacionados aos diferentes âmbitos da vida do adolescente, o que implica em ações específicas.

De todo modo, a configuração do estágio permite que o estudante de Psicologia desenvolva competências teóricas, metodológicas e éticas para um efetivo acompanhamento de adolescentes em conflito com a lei, alinhadas com a normativas internacionais de respeito pela condição peculiar desenvolvimento do adolescente, e normativas nacionais, que regulamentam o atendimento socioeducativo no Brasil, cujo foco principal é o de promover a inserção social. Para além disso, o estágio é capaz de proporcionar uma significativa vivência institucional e

comunitária, uma vez que o acompanhamento de adolescentes em conflito com a lei em meio aberto pressupõe o contato e a articulação com as instituições sociais das quais o adolescente faz parte.

Referências

Andrews, D. A., & Bonta, J. (2006). *The Psychology of Criminal Conduct* (4th ed.). Canadá: LexixNexis.

Bazon, M. R. (2016). *Avaliação Psicológica de Adolescentes em Conflito com a Lei: Validação do Inventário de Jesness – Revisado*. Tese de Livre Docência. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo.

Brasil (1990). Estatuto da criança e do adolescente: Lei 8.069/90, 13 de Julho de 1990. Brasília: Senado Federal.

Brasil (2012). SINASE. Lei n. 12.594, de 18 de janeiro de 2012.

Desjardins, S. (2011) Le suivi régulier différencié dans la communauté. *Centre jeunesse de Montréal*: Montréal, Québec, Canadá.

Farrington, D. P. (2002) Families and crime. In J. Q. Wilson & J. Petersilia (Eds.) *Crime: Public policies for crime control* (2nd ed., pp. 129 – 148). Oakland, CA: Institute for Contemporary Studies Press.

Harris, P. W. & Jones, P. R. (1999). Differentiating Delinquent Youths for Program Planning and Evaluation. *Criminal Justice and Behavior* 26(4), 403-434.

Huizinga, D. & Elliott, D. S. (1987). Juvenile Offenders: Prevalence, Offender Incidence, and Arrest Rates by Race. *Crime & Delinquency* 33(2), 206-223.

Komatsu, A. V. & Bazon, M. R. (2015). Caracterização de adolescentes do sexo masculino em relação a comportamentos antissociais. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 13* (2), pp. 725-735.

Le Blanc, M. (1995). Common, temporary, and chronic delinquencies: Prevention strategies during compulsory School. In P-O Wikstrom, J. McCord, & R. W. Clarke (Eds), *Integrating crime Prevention Strategies: Motivation and opportunity* (pp. 169-205). Stockholm: The National Council for Crime Prevention.

Le Blanc, M. (1997). A generic control theory of the criminal phenomenon: The sctructural and dynamic statements of na integrative multilayered control theory. *Developmental theories of crime and Delinquency, 7*, 215-285.

LeBlanc, M. (2003). *Traité de criminologie empirique* (3th ed.). Montréal: Université de Montréal Press.

LeBlanc, M. (2005). *An integratetive personal control theory of deviant Behavior: Answers to contemporary empirical and theoretical developmental criminology issues. Integrated developmental and life-course theories of offending* (pp. 125 – 163). New Brunswick, NJ: Transaction.

Le Blanc, M. (2006). Self-control and social control of deviant behavior in context: development and interactions along the life course. In *The Social contexts os pathways in crime: Development, contexto and mechanisms*, pp. 195-242 .

Le Blanc, M. (2012). La régulation sociale et personnelle de la conduite marginale. (Estevão, R., trad.) In M. Le Blanc (Org.), *Manuel sur des mesures de l'adaptation sociale et personnelle pour les adolescents québécois* (pp; 3-22). Montréal, QC: Université de Montréal.

Le Blanc, M. & Fréchette, M. (1989). Male Criminal Activity from Childhood through Youth: Multilevel and developmental perspectives. In Farrington, D. & Blumstein, A. (Eds.). *Research in Criminology*. New York: Springer-Verlag.

Mun, E. Y., Windle, M. & Shnaiker, L. M. (2008). A model based cluster anaysis approach to adolescent problem behaviors and Youth adult outcomes. *Development & Psychopathology, 20*, 291 – 318.

Piché, J. (2006). Guide to Intervention in Youth Probation. Communications du ministère de la Santé et des Services sociaux: Québec, Canadá.

Secretaria Especial dos Direitos Humanos – SEDH. (2006). Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE/Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Brasília, DF: CONANDA.

Algumas Publicações dos Autores Relacionadas à Atividade de Estágio

https://www.researchgate.net/publication/261946463_ADOLESCENTES_EM_CONFLITO_COM_A_LEI_PADROES_DE_COMPORTAMENTO_INFRACIONAL_E_TRAJETORIA_DA_CONDUTA_DELITUOSA_UM_MODELO_EXPLICATIVO_NA_PERSPECTIVA_DESENVOLVIMENTAL_ADOLESCENTE_EM_CONFLITO_COM_A_LEI_NA_PER

https://www.researchgate.net/publication/309418944_Adolescentes_em_conflito_com_a_lei_justica_juvenil_pela_perspectiva_da_criminologia_desenvolvimental

http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v66n2/07.pdf

A FORMAÇÃO DE PSICÓLOGOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Cármen Lúcia Cardoso
Lúcia Barcelos de Souza
Trude Ribeiro da Costa Franceschini
Mara Soares Frateschi

Os movimentos das reformas sanitária e psiquiátrica, iniciados na década de 1980 no Brasil, promoveram uma maior articulação da psicologia com o campo da saúde, estimulando o aumento da empregabilidade, da criação de cursos de psicologia e o processo de interiorização da profissão (Leite, Andrade & Bosi, 2013; Macedo & Dimenstein, 2011). As transformações no campo da assistência e da promoção da saúde, ensejadas pelas políticas públicas e pelos movimentos sociais desde essa época, vem ampliando os espaços de inserção do psicólogo da saúde e fazendo com que a formação e as práticas sejam repensadas de forma a acolher, compreender e intervir nos processos de adoecimento em contextos cada vez mais complexos.

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, propiciou mudanças paradigmáticas para a formação em saúde, trazendo para dentro das Universidades a discussão sobre como articular os princípios da integralidade, da equidade e da universalidade, tanto na produção do conhecimento como na revisão das práticas, até então fortemente ancoradas no modelo biomédico.

Esses princípios também foram traduzidos em diretrizes que passaram a nortear a organização da rede de assistência e de promoção da saúde, de forma a promover o acesso da população aos serviços públicos. Assim, no nível das políticas públicas, o fortalecimento da Atenção Primária integra um planejamento estratégico para orientação e organização do sistema

de saúde de maneira a responder às necessidades da população. Sob esse prisma, o acesso à saúde é compreendido como um direito social e as práticas relacionadas estão fundamentadas no enfrentamento dos determinantes sociais, buscando a promoção da equidade e de melhores condições de vida às pessoas. (Giovanella et. al, 2009)

Nesse cenário, a Estratégia Saúde da Família (ESF) se configurou como a principal modalidade de atuação da Atenção Primária, tendo sido implantada pelo Ministério da Saúde como uma política nacional no ano de 1994. A proposta foi resultado de experiências exitosas do trabalho de agentes comunitário de saúde (ACS) no combate à desnutrição infantil e mortalidade materna na região nordeste do Brasil (Giovanella et. al, 2009; Malta et. al, 2016). Enquanto modelo de atenção em saúde, visa colocar em prática os princípios e diretrizes do SUS, objetivando a reorganização das ações assistenciais com base na Atenção Primária, a partir de estratégias que desenvolvam e fortaleçam os vínculos entre os profissionais de saúde envolvidos, os usuários, suas famílias e comunidade, criando laços de compromisso e de corresponsabilidade entre o profissional de saúde e a população, além de ter como foco a promoção da qualidade de vida (Frateschi & Cardoso, 2016; Ministério da Saúde, 2017; Santos & Giovanella, 2016; Starfield, 2002).

Segundo o Manual para Organização da Atenção Básica (Ministério da Saúde, 1998), a ESF consiste no conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para promoção da saúde, a prevenção de agravos e o tratamento em geral. Devido à proximidade com as famílias e as comunidades, as equipes de saúde que compõem esse nível de atenção se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde, tanto individual quanto coletiva (Ministério da Saúde, 2017; Silva & Cardoso, 2013; Tanaka & Ribeiro, 2009).

As equipes de saúde da ESF são compostas por, no mínimo, um médico de família e comunidade, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis ACS. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 3000 a 4500 pessoas ou de mil famílias de uma determinada área, e estas passam a ter corresponsabilidade no cuidado à saúde. A ESF pretende trabalhar ainda, de acordo com o princípio da vigilância em saúde, com atuação interdisciplinar e intersetorial, responsabilizando-se pela integralidade das ações na área de abrangência (Frateschi & Cardoso, 2014; Malta et. al, 2016; Ministério da Saúde, 2000; Silva, 2011).

No SUS, a presença do psicólogo na Atenção Primária está prevista na composição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), implantados em 2008 pelo Ministério da Saúde. Estes dispositivos contam com profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar em conjunto com os profissionais das equipes da ESF, compartilhando e apoiando as práticas, no sentido de qualificar suas ações em questões que exigem a articulação dos diferentes campos de saberes e fazeres, que possibilitem um olhar ampliado para as necessidades em saúde. A composição de cada equipe no NASF é definida pelos próprios gestores municipais e as equipes da ESF, de acordo com critérios de prioridades identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada área (Camargo-Borges & Cardoso, 2005; Ministério da Saúde, 2010; Silva & Cardoso, 2013).

O município de Ribeirão Preto, situado a nordeste do estado de São Paulo, possui uma população estimada de 674.405 habitantes (Ribeirão Preto, 2018). Considerando as informações contidas no Plano Municipal de Saúde referente ao período de 2018 a 2021, os dispositivos que compõe a Atenção Primária do município são 25 Unidades Básicas de Saúde, 19 Unidades de Saúde da Família, 2 Unidades Básicas e Distritais de Saúde e 2 Unidades de Pronto Atendimento. O Plano aponta, ainda, que 22,41% da população da cidade é coberta por equipes da ESF e situa esta estratégia como prioritária para expansão, consolidação e qualificação da Atenção Primária,

indicando sua expansão em consonância com a atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Ministério da Saúde, 2017; Ribeirão Preto, 2018).

Desde 2014, o município de Ribeirão Preto conta com um NASF, com equipe atualmente composta por 1 assistente social, 1 fisioterapeuta, 1 fonoaudióloga e 3 psicólogos, já estando credenciado para implantação de outros sete Núcleos, de forma que, os psicólogos contratados pela prefeitura municipal, atuantes na Atenção Primária, estão alocados neste NASF e em Unidades Básicas de Saúde. Uma particularidade deste município é que ele comporta em seu território uma quantidade expressiva de Universidades e esta conjuntura favorece que diversos serviços de saúde recebam profissionais da psicologia na condição de estagiários, residentes, aprimorandos e pesquisadores.

A parceria entre a Secretaria de Saúde do município e as Instituições de Ensino Superior é realizada de acordo com as regiões onde estão localizadas as Universidades, a partir de convênios que delimitam os territórios de abrangência da rede de serviços que compõem a Atenção Primária. Nos convênios são previstas as atividades dos alunos, bem como as Unidades que receberão os estagiários, a carga-horária semanal e outras informações que permitem delinear as condições de inserção dos alunos no campo de atuação e os níveis de responsabilidades dos profissionais de saúde, dos docentes e dos supervisores.

No curso de psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP), as vagas de estágios são ofertadas anualmente, a partir da divulgação dos projetos de estágio e posterior seleção dos candidatos às vagas. Após o processo de seleção, os supervisores planejam as atividades de acordo com o número de estagiários e disponibilidade de campos de estágios.

De forma geral, considerando os aspectos pragmáticos, o planejamento das atividades de estágio permanece atrelado às características de cada Unidade de Saúde, quanto à composição e ações das equipes, da circunscrição e dispositivos disponíveis no território de abrangência.

No entanto, a extensão desta parceria é permeada ainda pela necessidade de articulação das necessidades do processo de formação de estagiários de psicologia com as necessidades das equipes e da comunidade atendida, exigindo constantes avaliações e atualizações dos objetivos de formação teórica e prática e de aspectos éticos dos projetos de estágio.

Novos Cenários, Novos Protagonistas: o Estágio Supervisionado em Unidades Básicas de Saúde

A proposta de estágio para alunos da psicologia da FFCLRP-USP nas Unidades Básicas de Saúde foi implantada em 2002, ano seguinte ao início das atividades da ESF no município.

Desde sua implantação, vem sendo um diferencial desse estágio, se comparado aos dos outros cursos da área da saúde, o fato dos estagiários de psicologia acompanhar uma mesma equipe ao longo de todo o ano letivo (dois semestres), se aproximando gradativamente das pessoas, da rotina e das problemáticas que compõem cada contexto. O acompanhamento longitudinal permite que os estagiários estabeleçam vínculos mais duradouros com a equipe e com as famílias, realizem atividades de observação participante, explorem os recursos do território e desenvolvam atividades de intervenção de forma mais integrada e compatível com as necessidades locais.

A legitimação do psicólogo como profissional da área da saúde está ligada a uma reformulação e atualização das ações tradicionais da psicologia, muito circunscritas à atuação na clínica. Segundo Camargo-Borges e Cardoso (2005), a atuação da psicologia na área da saúde

configura-se como um campo de conhecimento e prática que trata das questões psicológicas com enfoque mais social, coletivo e comunitário, voltado para a busca da uma saúde integral e não somente da saúde mental. Sob esse vértice, os estagiários têm a oportunidade de vivenciar a psicologia como uma disciplina de relevância social, especialmente importante para a promoção de saúde coletiva, atuando pela prevenção e promoção da saúde através do enfoque do restabelecimento do bem-estar da comunidade.

Nesse Capítulo, a descrição das atividades de estágio, acompanhada de algumas autoavaliações dos estagiários, pretende dar visibilidade ao processo de formação na atenção primária e oferecer um referencial para que outras experiências possam ser desenvolvidas.

Objetivo do Estágio

O projeto de estágio, vinculado às disciplinas *"O psicólogo em uma equipe da Estratégia Saúde da Família: desenvolvendo programa de promoção de saúde na comunidade I e II",* foi pensado de forma a oferecer aos alunos de graduação em psicologia a oportunidade de, a partir das experiências vividas no cotidiano de uma Unidade Básica de Saúde, desenvolver práticas psicológicas convergentes com os princípios do SUS, com a estrutura e dinâmica dos processos de trabalho em saúde e com as necessidades de saúde na comunidade, buscando definir o seu papel e possíveis contribuições para equipe, famílias e comunidade.

Durante o percurso, com o apoio das supervisões e atividades de leitura, é esperado que os estagiários desenvolvam uma visão crítica sobre a formação em psicologia da saúde, integrando os saberes psicológicos, revisando modelos hegemônicos de atuação, articulando a aprendizagem da experiência de campo com a literatura produzida no campo da saúde pública,

sempre observando os preceitos éticos de sua atuação frente à instituição, equipes de trabalho e comunidade.

Descrição e Ilustração das Atividades Desenvolvidas

As atividades serão descritas de forma que o leitor possa vislumbrar alguns aspectos da trajetória longitudinal dos estagiários nos serviços, bem como conhecer como são orientadas as atividades de campo e como são implementadas as estratégias de intervenção.

Os Desafios da Inserção no Campo de Estágio

O período dedicado à inserção no campo de estágio reúne situações que despertam grande apreensão nos estagiários. A tarefa de integrar uma equipe de saúde vai, aos poucos, se revelando como um processo que exigirá não apenas uma série de aproximações do contexto concreto de atuação (Unidade Básica de Saúde e seu território), como também um percurso de subjetivação de suas experiências a partir da inserção no universo simbólico compartilhado pela equipe, apreendido pela identificação de seu sistema de crenças e valores que permeia o trabalho em saúde.

Mesmo que as equipes de saúde dos campos de estágio já tenham familiaridade com a presença dos estagiários de psicologia na Unidade e que os alunos veteranos colaborem com a integração dos novos estagiários, os desafios enfrentados pelos ingressantes são marcados pela singularidade (habilidades e interesses), espontaneidade da atuação frente a cada situação que se apresenta e pelas oportunidades de compartilhamento de experiências com as equipes de saúde, que formarão o espaço potencial para futuras intervenções. Cada estagiário, equipe e território

vai constituir uma abertura singular para a construção e delimitação deste espaço potencial, de forma que a experiência de campo de cada aluno é única e diversa.

Em termos pragmáticos, os alunos iniciam suas atividades sem um roteiro ou um protocolo de atuação definido *a priori* sobre *"o que fazer e como fazer"*.

Orientados a desenvolver uma observação participante, em um primeiro momento, os alunos são estimulados a conhecer e explorar a rotina da Unidade de Saúde, percorrendo o território com os agentes comunitários de saúde, participando do maior número de atividades desenvolvidas pela equipe e, principalmente, a interagir com os profissionais, no sentido de compreender como eles se organizam e se apropriam dos processos de trabalho, bem como estabelecem seus vínculos com as famílias e comunidade, a fim de compreender como se realizam as estratégias de cuidado e promoção da saúde.

Nesta etapa, os alunos registram suas observações em narrativas que são apresentadas e discutidas nas reuniões de supervisão, que descrevem tanto as atividades das quais participaram quanto as impressões gerais sobre as experiências. À medida que os estagiários vão apresentando uma maior apropriação dos contextos de atuação e integração com os profissionais, o delineamento das intervenções, que emergem inicialmente no grupo de supervisão, passa a ser discutido e pactuado com as equipes.

Espaços Potenciais de Intervenção

Após o período inicial de inserção no campo de estágio, variável de acordo com o envolvimento dos alunos com as atividades e com as equipes de saúde, tem início o planejamento de intervenções que, via de regra, também emerge da relação que é estabelecida, inicialmente pelo aluno, entre as necessidades observadas nos vários contextos de atuação e seu interesse, disponibilidade e habilidades, favoráveis ao desenvolvimento da intervenção. Esses

elementos são conjugados nas discussões das reuniões de supervisão, a fim de proporcionar ao estagiário uma visão mais ampliada e ao mesmo tempo criativa acerca das possibilidades e limites das contribuições da psicologia para o delineamento de uma atuação que seja convergente com os princípios e diretrizes do trabalho em Atenção Primária.

- **A Visita Domiciliar e os Desafios da Clínica Ampliada em Contextos Complexos**

As visitas domiciliares, realizadas pelas equipes de saúde, estão inscritas entre as principais estratégias de cuidado da ESF, por possibilitar o acompanhamento longitudinal de famílias no território, promovendo um modelo de assistência à saúde que privilegia a formação de vínculo entre equipe, famílias e comunidade e o desenvolvimento de um olhar ampliado para os processos de adoecimento, que passa a nortear a atuação das equipes considerando outras necessidades em saúde, para além do tratamento médico, através do qual é possível oferecer novas possibilidades de compreensão de contextos complexos.

As visitas domiciliares são as primeiras atividades de campo acompanhadas pelos estagiários e promovem a aproximação de um *setting* de atuação que se contrapõem ao modelo hegemônico da psicologia clínica, amplamente reconhecido como lugar privilegiado da atuação do psicólogo. Assim, dada a proposta da clínica ampliada, os estagiários têm a oportunidade de experenciar o saber/fazer da psicologia a partir de um outro lugar, que privilegia o cuidado integral, territorial e compartilhado.

Desafiados a entrar no espaço privado que encerra uma trama complexa de relações familiares e de determinantes do processo saúde-doença, os estagiários acabam por descobrir que os conhecimentos da psicologia precisam ser articulados para dar conta, minimamente, da compreensão das problemáticas em saúde. Assim, conhecimentos dos vários campos de saber em psicologia são recuperados a cada discussão dos "casos" e os estagiários vão se dando conta

que os "saberes" sobre desenvolvimento, avaliação psicológica, psicopatologia, atendimento psicológico entre tantos outros, precisam conversar entre si para dar inteligibilidade à compreensão do sofrimento.

A formação de um olhar ampliado, que permita enxergar o homem que adoece e não a doença, leva o estagiário também a questionar sua atuação frente ao sofrimento humano. Conversar com a família no portão ou em sua cozinha, observar as condições de moradia, presenciar os conflitos familiares "ao vivo" e *in loco* são exemplos da configuração de um novo *setting* de atendimento que causa estranheza, mas ao mesmo tempo desperta a necessidade de repensar as práticas em psicologia. No recorte do relatório final, um dos estagiários expõe suas impressões sobre a possibilidade de realizar visitas às casas das famílias atendidas:

> *Trazer parte da experiência que venho fazendo nos "acompanhamentos individuais" é uma forma de explicitar como vai ficando nítido que se trata de uma proposta que implica aproximação de toda a família. Nós não entramos numa casa de tijolos, num espaço físico simplesmente, num quarto que se pode fechar a porta e usá-lo como um setting terapêutico. Quando bato no portão e fico aguardando, entendo que estou prestes a me encontrar com todos, a entrar numa morada humana, dentro de um lugar habitado por pessoas, por memórias, por histórias únicas, que tem seus valores e modos de ser. Tudo isso vai ficando presente na arrumação da casa, nos objetos pessoais, na organização das tarefas que você, sem querer, começa a ir percebendo e se vendo no meio daquela "cotidianidade". Ao mesmo tempo em que me parece uma grande abertura, também me parece uma exigência de cuidado consigo e com o outro.*

O acompanhamento longitudinal das famílias e a discussão das visitas domiciliares com a equipe são estratégias imprescindíveis para que os estagiários possam participar da elaboração do plano terapêutico e contribuir sobremaneira para a elaboração de estratégias de cuidado com os outros profissionais. As formas de intervenção que os estagiários passam a realizar junto às famílias são diversificadas, pensadas a cada caso, podendo compreender atendimentos

individuais, acompanhamento terapêutico, ajuda na resolução de problemas cotidianos e na interlocução da família com a rede de saúde, promoção do vínculo com a Unidade de Saúde, enfim, uma gama de possibilidades de atuação que possam promover a autonomia para o cuidado, a formação de rede de apoio e o acesso às ações em saúde.

- **Reuniões de Equipe: Interação com os Núcleos de Competência e a Formação de Identidade Profissional**

Conforme diretrizes da atenção básica (Ministério da Saúde, 2017), o trabalho das equipes de saúde impulsiona as estratégias de cuidado, conferindo legitimidade e protagonismo aos seus profissionais a partir de esforços para tornar as relações entre "saberes" e "poderes" mais horizontais, principalmente na organização e fluxo dos processos de trabalho.

O fato do psicólogo ainda não fazer parte da equipe mínima, acaba por exigir que os estagiários enfrentem alguns desafios frente à sua integração na equipe e que se tornam essenciais para pensar futuras intervenções.

Um dos desafios remete às reflexões sobre os conflitos ensejados pela formação de uma identidade profissional construída até então apenas entre pares. O contato com a equipe multidisciplinar coloca o estagiário em um contexto de relações em que tem que lidar com as expectativas de diferentes "outros" sobre sua atuação, com as concepções de senso comum acerca da formação e atuação do psicólogo da saúde e com suas próprias convicções sobre o "ser" e "fazer" do psicólogo.

Na maioria das vezes, as equipes enxergam nos estagiários a possibilidade de verem suas necessidades e carências de formação atendidas pelos alunos, principalmente quando estão diante de demandas da comunidade relacionadas à assistência em saúde mental, sexualidade, doenças

crônicas transmissíveis, cuidados paliativos e morte, temas que despertam uma série de fissuras éticas e estéticas no sistema de crenças e valores da equipe.

Outro desafio seria provocado pela questão que é colocada pelos alunos nas supervisões de forma recorrente: *qual o papel do psicólogo na atenção primária?* - compreendida enquanto uma reflexão necessária para os estagiários, tanto para que possam (re)pensar as práticas psicológicas alinhadas com contextos complexos quanto para oferecer um contraponto para a equipe redimensionar suas expectativas e ampliar os vértices de contribuições da psicologia para o cuidado em saúde.

Assim, as reuniões de equipe também possibilitam aos alunos perceber as fronteiras que dividem e conferem identidade aos vários núcleos de competência dos profissionais, ao mesmo tempo em que cria um espaço para a formação de uma nova identidade para o psicólogo, conforme relatos dos estagiários(as):

> *A participação nas reuniões de equipe, além de aproximar o contato com a equipe e facilitar minha inserção nela, possibilitou que eu começasse a conhecer com mais detalhes e mais de perto as dinâmicas estabelecidas no ambiente de trabalho entre a equipe e pudesse refletir sobre elas, pensando como poderia encontrar formas de ajudar nos desafios que os profissionais enfrentam não só no contato com os usuários, mas também na convivência entre si e no processo de trabalho.*

> *Percebi que com o decorrer do estágio fui me sentindo mais segura para contribuir nas reuniões, trazer reflexões para a equipe, procurar os profissionais quando necessário, levar pautas e casos para discussão. Em geral, fui gradativamente assumindo uma postura cada vez mais ativa e percebi que a equipe também com o tempo, passou a me consultar e a me ver como parte do processo de cuidar e, portanto, da própria equipe.*

Outra experiência importante é a participação em reuniões de matriciamento, oportunidade ímpar para que o aluno aprenda a trabalhar na e com a rede de atenção psicossocial (RAPS).

As equipes de matriciamento colaboram e apoiam as equipes da ESF de acordo com as necessidades identificadas, alterando a noção de referência e contra referência, uma vez que o usuário pode receber os benefícios de um cuidado especializado, sem deixar de estar vinculado à equipe da Atenção Primária que é responsável pelo seu acompanhamento, ampliando a perspectiva de integralidade do cuidado.

O depoimento, a seguir, ilustra a visão de um aluno (a), a partir de sua participação nas reuniões de matriciamento:

> *A oportunidade de participar do matriciamento oferecido pelo Centro de Atenção Psicossocial foi bastante significativa. Foi relevante experienciar como se dá essa forma de ajuda à equipe da ESF e observar a potência das discussões entre os profissionais, ampliando as possibilidades de atuação. Para mim, ficou evidente a importância de um tempo maior para se pensar os casos que demandam mais empenho e que por sua vez ocasionam uma aprendizagem muito significativa. Pude aprender como os serviços podem contribuir entre si.*

- **Grupos de Promoção da Saúde: Acolhimento, Vínculo e Cuidado**

Segundo o texto da Carta de Otawa (World Health Organization, 1986):

> Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. (...) A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. (p. 01)

A ESF é considerada um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde, dada a proximidade com as famílias e comunidades e a proposta de cuidado continuado e territorial. No contexto do estágio, as propostas de implantação de grupos de promoção de saúde nas Unidades são fruto da observação dos estagiários sobre as demandas do território e de diálogo com supervisoras, profissionais das equipes e possíveis participantes, tornando possível o delineamento da atividade. Os públicos-alvo e as atividades propostas para estes grupos variam de acordo com cada contexto, podendo envolver atividades físicas ou manuais, construção de espaços para reflexão e discussão, atividades de lazer e entretenimento, entre outras. O relato abaixo ilustra a participação do estagiário no planejamento e coordenação de grupos, em parceria com a equipe:

> *Colaborei na organização do grupo de adolescentes, cataloguei todos os adolescentes da área, entre 12 e 16 anos, contabilizando 254 adolescentes. Junto com os estagiários e, principalmente, com as ACS montamos algumas questões e selecionamos alguns adolescentes para uma pesquisa sobre como eles gostariam que o grupo funcionasse e que questões seriam do interesse deles. Feito esse levantamento e a análise do mesmo, organizamos o primeiro grupo. Os ACSs se organizaram e conseguiram patrocínio para colaborar na organização do evento.*

As práticas grupais buscam fortalecer os vínculos entre os membros da comunidade, e destes com o serviço de saúde, partindo de uma compreensão do serviço de saúde como um local potente de convívio e apoio mútuo. Silva e Cardoso (2013) destacam o potencial das comunidades para promover o desenvolvimento da pessoa, por meio do estabelecimento de relações de solidariedade e de abertura de uns para os outros, proporcionando a formação de vínculo e o sentimento de pertença a um grupo.

No contexto de grupos de promoção da saúde, o Grupo Comunitário de Saúde Mental (GCSM) é um modelo de cuidado que vem se revelando como um espaço potencial de

fortalecimento de vínculos entre profissionais e entre equipe e comunidade, e de ressignificação do sofrimento mental, a partir da valorização das vivências cotidianas (Cardoso & Ishara, 2013).

No contexto do estágio, o GCSM vem sendo implementado pelos alunos em seus campos de atuação conforme há disponibilidade e identificação com a metodologia. Considera-se que o psicólogo em formação tem a oportunidade de conhecer e vivenciar esta prática inovadora em saúde mental, apropriando-se desta enquanto uma metodologia de promoção de saúde no contexto comunitário, ao mesmo tempo em que contribui para a difusão e constante aprimoramento da proposta. O relato abaixo ilustra as implicações dessa experiência de estágio para a formação em psicologia da saúde:

> *Pessoalmente, a realização do GCSM na Unidade de Saúde contribuiu para a minha formação não só como coordenadora da modalidade, mas por proporcionar a experiência de 'implantar' uma intervenção. Isto é, não se trata somente de coordenar os grupos nos dias agendados, mas de ir colaborando na apropriação da modalidade por parte dos que nela se envolvem – e isso se passa no dia-a-dia do estágio, respondendo a questionamentos, reflexões, discutindo saúde mental e o próprio grupo nesse contexto.*

- **Supervisão: Tempo e Espaço de Compartilhar o que Sabemos e o que ainda não Sabemos (Conhecimentos, Impressões e Questões que a Prática Suscita)**

Como atividade imprescindível ao estágio, ao longo de todo o ano letivo, a participação dos alunos nas reuniões semanais de supervisão visa a discussão de aspectos teóricos e práticos das ações empreendidas nos campos de atuação, propiciando momentos de acolhimento das experiências vividas no campo de estágio e a expansão das possibilidades de repensar as práticas na singularidade dos contextos de atuação.

Os estagiários são incentivados a participar ativamente das discussões e reflexões sobre suas próprias experiências e, também, sobre as experiências compartilhadas pelos colegas. Em síntese, a supervisão está baseada em uma proposta de criação de espaços potenciais para elaboração e construção da prática do psicólogo na Atenção Primária, partindo das experiências, ideias e inquietações que os estagiários trazem a cada semana. Os dois relatos abaixo ilustram vivências na atividade de supervisão:

> *Acredito que os momentos de supervisão foram de muita ajuda. É sempre uma forma de ampliar a nossa perspectiva de atuação. A possibilidade de ter mais estagiários participando da supervisão foi algo que fez bastante diferença, houve mais oportunidades para discussões, de refletir sobre as situações e pensarmos juntos. Nesse sentido, acompanhar o trabalho e as dificuldades de outros estagiários ajudou em minhas próprias atividades e na ampliação do meu conhecimento sobre o funcionamento de outras equipes da ESF.*

> *As supervisões ajudam muito a pensar, acredito que foram essenciais para eu sentir que realmente aprendi, pois pude dar mais sentido as minhas experiências e dificuldades. Com o tempo, consegui perceber que mesmo quando é dia de um colega apresentar, consigo aproveitar muito, pois muitas das experiências deles estão relacionadas com as minhas. Além disso pude adquirir conhecimentos diversos sobre a saúde pública, a atenção básica e a Estratégia Saúde da Família.*

Considerações Finais

A participação sistemática de estagiários de psicologia na Atenção Primária, ao longo de 16 anos, possibilitou formar muitos psicólogos para atuarem no campo da saúde pública, com uma postura reflexiva, criativa e crítica em relação ao contexto e as contribuições da área. A busca por novos modelos de relacionamento na construção de um serviço público de saúde que prima pela produção do vínculo e do cuidado, convoca a psicologia para um espaço criativo e ao

mesmo tempo a coloca em um movimento de constante produção de conhecimento e revisão de suas práticas.

Nessa proposta de estágio, o fato dos alunos terem como ponto de partida sua inserção em uma equipe da ESF sem atividades estruturadas *a priori*, o aproxima da realidade de "como ser um psicólogo na equipe", permeada por vários desafios que, ao mesmo tempo em que abrem inúmeras possibilidades de atuação, também frustram, quebram idealizações e os colocam em realidades absolutamente novas e complexas.

Todo o sentimento de desamparo inicial encontra acolhimento nas equipes e nas reuniões de supervisão, que aos poucos vão oferecendo parâmetros e contorno às experiências vividas, ressignificando-as e fortalecendo o protagonismo dos alunos.

Os vínculos estabelecidos com as famílias, a partir dos acompanhamentos longitudinais, também colaboram no desenvolvimento de uma identidade profissional que avança na direção de uma maior sensibilidade para o sofrimento humano, para um melhor acolhimento e compreensão de problemas psicossociais complexos e para a necessidade de integrar saberes e fazeres, para além da psicologia tradicional. Outro aspecto a ser valorizado, é o aprendizado a partir dos desafios da formação para atuar nas equipes multiprofissional interprofissional e na rede intersetorial, tão necessário para a consolidação da ESF.

Finalizamos nossas considerações com avaliações gerais de estagiários sobre suas experiências no estágio:

> *Acredito que este estágio se configura como uma das experiências mais desafiadoras ao longo da graduação. As demandas tanto do acompanhamento familiar quando da instituição são grandes e em alguns momentos geram tanto frustrações, quanto possibilidades de questionamento propulsoras de crescimento pessoal e coletivo. Neste sentido, creio ter sido um dos estágios mais ricos que tive a oportunidade de participar, pois me colocou em situações em que era necessário aprender e repensar práticas dentro de um novo modelo, fora do tradicionalmente proposto pela psicología.*

Espero que com este relatório eu tenha falado do "meu lugar", do lugar que fui descobrindo e habitando. Talvez eu arrisque dizer o contrario: foi um lugar que antes de tudo, me habitou e sempre me habitará, para onde quer que eu vá; Obrigada a cada rosto que agora é parte de mim.

Precisei sair da minha zona de conforto, me colocar mais, me expor mais. As circunstâncias fizeram com que eu tomasse mais a frente do grupo, esta foi uma experiência muito importante, pois permitiu que eu pudesse sintetizar aprendizados que obtive durante a graduação para a realização da tarefa. Fui aprendendo que o "não saber" não é um problema, mas uma oportunidade de pensar, de buscar por um caminho, de aprender. Por conta do estágio e da participação no Grupo Comunitário, pude aprender a pensar e procurar sentido naquilo que eu proponho que seja feito e , isto, ajudou muito nas minhas decisões e práticas.

Referências

Camargo-Borges, C., & Cardoso, C.L. (2005). A Psicologia e a Estratégia de Saúde da Família: compondo saberes e fazeres. *Psicologia & Sociedade*, *17*(2), 26-32. doi: 10.1590/S0102-71822005000200005

Cardoso, C. L. & Ishara, S. (2013). Delineamento do Grupo comunitário de Saúde Mental. In S. Ishara; C. L. Cardoso & S. Loureiro (Orgs.), Grupo Comunitário de Saúde Mental: conceitos, delineamento metodológico e estudos(pp.19-40). Ribeirão Preto: Nova Enfim Editora.

Giovanella, L., Mendonça, M.H.M., Almeida, P.F., Escorel, S., Senna, M.C.M., Fausto, M.C.R., Delgado, M.M., Andrade, C.L.T., Cunha, M.S., Martins, M.I.C. & Teixeira, C.P. (2009). Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção

primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva, 14*(3), 783-794. doi:10.1590/S1413-81232009000300014

Frateschi, M. S., & Cardoso, C. L. (2014). Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, 24*(2), 545-565. doi: 10.1590/S0103-73312014000200012

Frateschi, M. S., & Cardoso, C. L. (2016). Práticas em saúde mental na atenção primária à saúde. *Psico*, *47*(2), 159-168. doi: 10.15448/1980-8623.2016.2.22024

Leite, D.C., Andrade, A.B. & Bosi, M.L.M. (2013). A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, 23*(4), 1167-1187. doi: 10.1590/S0103-73312013000400008

Macedo, J. P. & Dimenstein, M. (2011). Expansão e interiorização da Psicologia: reorganização dos saberes e poderes na atualidade. *Psicologia Ciência Profissão*, (31), (2), 296-313. doi: 10.1590/S1414-98932011000200008

Malta, D. C., Santos, M. A. S., Stopa, S. R., Vieira, J. E. B., Melo, E. A., & Reis, A. A. C. D. (2016). A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva, 21*(2), 327-338. doi: 10.1590/1413-81232015212.23602015

Ministério da Saúde. Portaria Nº 9.925, de 13 de novembro de 1998. (1998, 13 de novembro). Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União, seção 1*.

Ministério da Saúde. (2000). *Programa Saúde da Família*. (Cadernos de Atenção Básica, Vol. 1). Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2010). *Diretrizes do NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família).* (Cadernos de Atenção Básica, Vol. 27). Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. (2017, 21 de setembro). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União.*

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. (2018). Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Recuperado de www.ribeiraopreto.sp.gov.br

Santos, A. M. & Giovanella, L. (2016). Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. *Saúde em Debate,* 40(108), 48-63. doi: 10.1590/0103-1104-20161080004

Silva, N.H.L.P. (2011). *Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: Uma compreensão a partir da Fenomenologia de Edith Stein.* Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Silva, N.H.L.P., & Cardoso, C.L. (2013). Contribuições da fenomenologia de Edith Stein para a atuação do psicólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, *16*(2), 246-259. doi: 10.1590/S1415-47142013000200005

Starfield, B. (2002). Uma estrutura para a mediação da atenção primária. In B. Starfield. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília, DF: Unesco: Ministério da Saúde.

Tanaka, O.Y., & Ribeiro, E.L. (2009). Ações de Saúde Mental na Atenção Básica: Caminho para Ampliação da Integralidade da Atenção. *Ciência & Saúde Coletiva, 14*(2), 477-486.doi: 10.1590/S1413-81232009000200016

World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for health promotion.*Paper presented at the *First International Conference on Health Promotion.* Ottawa, Canadá. Recuperado de http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/

Algumas Publicações dos Autores Relacionadas à Atividade de Estágio

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142013000200005&script=sci_abstract&tlng=pt

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312014000200545&script=sci_abstract&tlng=p

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-53712016000200008

ATUAÇÃO EM PSICOLOGIA ESCOLAR/EDUCACIONAL EMBASADA EM UMA ABORDAGEM PSICOPEDAGÓGICA

Sylvia Domingos Barrera

Uma breve retomada histórica das relações entre Psicologia e Educação, permite-nos constatar que os vínculos entre essas áreas são antigos e complexos, além de marcados, em vários momentos, por idealizações, ambivalências e contradições. De fato, com o surgimento da chamada Psicologia Científica, no final do Século XIX, constituiu-se um otimismo generalizado a respeito das suas possíveis contribuições, derivadas, sobretudo, dos estudos da psicologia da criança (desenvolvimento), da aprendizagem e da psicometria, para a solução das importantes questões educacionais que, naquele momento histórico, já afligiam educadores e governantes. A Psicologia chegou a ser reconhecida, na primeira metade do séc. XX, como a "Rainha das Ciências da Educação" (Coll, 1996). Também no Brasil, a Psicologia se estruturou atrelada ao conhecimento pedagógico, uma vez que desde o final do século XIX disciplinas com a denominação "Psicologia" são introduzidas nas escolas normais, destinadas à formação de professoras. O próprio movimento da "Escola Nova", ideário reformista da educação que se tornou hegemônico no discurso pedagógico brasileiro no início do séc. XX, tinha a Psicologia como uma das principais bases científicas de seu projeto pedagógico (Antunes, 2011).

Entretanto, a partir da segunda metade do séc. XX, a confiança na Psicologia como redentora dos problemas educacionais se viu ameaçada, em função desta não conseguir atender às elevadas exigências e expectativas nela depositadas. Mais especificamente, a Psicologia começa a ser questionada quanto à dificuldade de integrar os conhecimentos (muitas vezes contraditórios) das diversas áreas/teorias desenvolvidas, à pouca aplicabilidade das grandes

teorias psicológicas à prática educativa, bem como à insuficiência da análise psicológica para a compreensão e solução das questões educacionais (Coll, 1996).

No Brasil, mais especificamente a partir da década de 1980, as ações e intervenções realizadas pelos psicólogos nas escolas, pautadas em modelos clínicos que consideram as dificuldades de aprendizagem como consequência de problemas psicológicos dos alunos (cognitivos e emocionais), começaram a ser duramente criticadas por autores como Patto (1984; 1990). Essa abordagem de crítica e desconstrução das explicações reducionistas e psicologizantes sobre as questões envolvidas na aprendizagem escolar, fortaleceu-se e também possibilitou uma leitura mais ampla e crítica da realidade escolar e de suas práticas, materializadas nas relações cotidianas de ensino e aprendizagem, estabelecidas entre professores e alunos na sala de aula. Na área da Educação, autores como Saviani (1999) e Freire (1984) vieram contribuir para a análise das relações entre educação e sociedade, discutindo as funções e determinações da escola nas modernas sociedades capitalistas, bem como suas possibilidades de transformação social.

Esse novo e mais amplo olhar a respeito dos problemas escolares vem se fazendo acompanhar da proposta de novos modelos de atuação em psicologia escolar, priorizando a ação conjunta com outros profissionais da escola na elaboração de projetos político-pedagógicos e políticas públicas, a intervenção no âmbito da prática pedagógica - envolvendo, além dos alunos, educadores, famílias e comunidade -, bem como a atuação profissional comprometida com os interesses das classes populares, visando à construção de uma escola democrática e inclusiva, que possa garantir a todos os alunos o acesso ao conhecimento socialmente acumulado, por meio de uma aprendizagem efetiva, capaz de produzir o pleno desenvolvimento dos educandos (Antunes, 2011).

Ancorados nesses pressupostos, temos encontrado, na abordagem psicopedagógica, principalmente na chamada psicopedagogia institucional, algumas respostas e direcionamentos

para a atuação do Psicólogo Escolar, que passamos a expor com um pouco mais de detalhes a seguir.

De acordo com Bossa (2000), a psicopedagogia, prioriza atualmente, e de forma mais ampla, o estudo dos processos de aprendizagem humana e dos fatores cognitivos, afetivos, sociais e educacionais envolvidos, embora tenha surgido de uma demanda prática para responder às questões das dificuldades de aprendizagem, focando-se, inicialmente, na etiologia, diagnóstico e intervenção em tais dificuldades. Para dar conta desse complexo objeto de estudo, constitui-se como uma área de conhecimento de natureza fortemente interdisciplinar, a qual agrega, além de conhecimentos da psicologia e pedagogia, contribuições de áreas como a linguística, a fonoaudiologia e a neuropsicologia, entre outras.

Assim, e para dar conta das demandas envolvidas na questão da aprendizagem escolar, a psicopedagogia tem se organizado enquanto área de atuação, a partir de dois enfoque principais: o clínico e o institucional. O trabalho clínico abarca, mais especificamente, o diagnóstico e o atendimento às dificuldades de aprendizagem de natureza patológica (física e/ou psicológica), envolvendo, por exemplo, o atendimento a portadores de deficiências mentais, de paralisia cerebral, de transtornos do espectro autista, crianças hiperativas, com dislexia. Já o trabalho institucional tem caráter mais preventivo e coletivo, sendo realizado com os diferentes atores do cenário educacional, envolvendo orientações e projetos variados a serem desenvolvidos junto a professores, pais e alunos, a partir das problemáticas identificadas no contexto educacional.

Embora a Lei 4119/1962, que regulamenta a profissão de psicólogo, em seu artigo 13º, estabeleça que constitui função privativa do psicólogo a *utilização de métodos e técnicas psicológicas com o objetivo de orientação psicopedagógica* (www.pol.org.br), observa-se, na prática, que muitos cursos de psicologia não oferecem uma formação teórico-prática voltada para as questões da intervenção na realidade escolar que abarque sua complexidade. Assim, embora cerca de dois terços das

queixas de atendimento psicológico de crianças e adolescentes que chegam ao sistema de saúde sejam devidas a problemas de escolarização (Proença, 2002), poucos psicólogos dispõem de formação teórica e técnica para abordar e avaliar tais problemas a partir de um enfoque psicopedagógico, o que geralmente acaba levando a reducionismos de caráter psicologizante na explicação das dificuldades escolares.

É fundamental, portanto, que o psicólogo disponha de conhecimentos não apenas sobre a realidade e os processos institucionais que ocorrem no interior das escolas, mas também que conheçam melhor como se dão os processos de aprendizagem das habilidades escolares fundamentais como a leitura e a escrita, por exemplo, a fim de poderem orientar professores a adotarem práticas de ensino mais eficazes, por exemplo (Maluf, 2005).

Objetivos dos Estágios e Atividades Desenvolvidas

Os estágios que vimos oferecendo em caráter optativo aos alunos do curso de Psicologia da FFCLRP a fim de contribuir com o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e competências para virem a atuar na área da psicologia escolar/educacional, têm se pautado em uma perspectiva psicopedagógica, sendo um deles de caráter mais institucional e outro mais clínico. São estas propostas de estágio que passamos a descrever a seguir.

O estágio *Atuação do Psicólogo em Instituições Educacionais* (I e II), visa proporcionar aos alunos estagiários a oportunidade de atuarem em instituições educacionais, através do desenvolvimento de um trabalho de diagnóstico e intervenção psicopedagógica em uma abordagem institucional. Os objetivos específicos do estágio são capacitar o aluno para:

- Analisar de forma abrangente situações de dificuldade escolar e/ou de problemas na aprendizagem;

- Constituir grupos de intervenção para lidar com alunos portadores de queixa escolar relativas à aprendizagem da leitura e escrita;

- Constituir grupos de professores para reflexão e análise das concepções e práticas desenvolvidas pela escola para lidar com as queixas escolares;

O conteúdo abordado pelo estágio foca-se nos seguintes aspectos:

I- O diagnóstico psicológico em instituições educacionais: abordagem psicopedagógica

II - A intervenção do psicólogo junto a alunos, professores e pais nas instituições de ensino

III – A aprendizagem da língua escrita e suas dificuldades: aspectos psicolinguísticos e motivacionais

IV – O papel do lúdico na intervenção psicopedagógica.

No que diz respeito às atividades discentes, estas envolvem:

- Leitura e discussão de textos e elaboração de relatório do trabalho desenvolvido;

- Observações de alunos em situação escolar;

- Entrevistas com professores e pais;

- Atendimento (por dupla de estagiários) a grupos de crianças com queixa escolar;

- Coordenação de atividades de reflexão com grupos de professores.

Já o estágio *Intervenção Psicopedagógica nas Dificuldades de Aprendizagem*, de caráter clínico, é realizado na Clínica do CPA e tem como objetivo geral oferecer aos alunos estagiários uma experiência de atuação profissional na área da Psicologia Escolar/Educacional, a partir da realização de intervenção psicopedagógica, destinada a crianças com queixa escolar, podendo envolver também a orientação de pais e professores.

Os objetivos específicos são propiciar ao estagiário o desenvolvimento de habilidades para utilizar técnicas psicológicas, jogos e outras atividades de caráter lúdico e educativo, visando:

- Identificar potencialidades e dificuldades de ordem pedagógica, cognitiva e emocional;

- Favorecer a aprendizagem de conteúdos escolares básicos (leitura, escrita e cálculo);

- Favorecer o desenvolvimento de habilidades cognitivas e sociais;

- Favorecer a autoestima, as crenças de autoeficácia e a motivação para a aprendizagem escolar.

As sessões de intervenção psicopedagógica são realizadas semanalmente na Clínica do CPA pelos estagiários, iniciando-se pela anamnese e entrevista familiar exploratória (cf Weiss, 1994) antes do início das sessões individuais com as crianças. Durante o processo de atendimento da criança, as sessões iniciais têm um caráter mais diagnóstico, buscando avaliar aspectos pedagógicos, cognitivos e afetivos de modo a ampliar a compreensão do caso e pautar as atividades a serem priorizadas na intervenção.

Uma Breve Ilustração

Para ilustrar brevemente o trabalho desenvolvido pelos estagiários, escolhemos apresentar a transcrição de duas sessões realizadas como parte de uma proposta de intervenção junto ao grupo de professores de uma escola pública, no estágio Atuação do Psicólogo em Instituições Educacionais. Consideramos essa proposta como representativa da abordagem institucional em psicologia escolar, pois tem caráter preventivo, sendo voltada à qualificação das relações e práticas presentes na instituição, mediante um trabalho coletivo com seus atores.

Grupo de Professores – 1º Encontro

Os estagiários chegam à sala reservada para o HTPC (Horário de Trabalho Pedagógico Coletivo). Algumas professoras já estão no local. As outras vão chegando aos poucos.

Quando todas se reúnem na sala, iniciam-se as apresentações. Os estagiários se apresentam, contando que são alunos do 5.o ano do curso de Psicologia da USP, e que estão ali para propor um grupo de reflexão, visando promover o autoconhecimento e a reflexão sobre questões relativas à prática profissional de lecionar. Contam também que existe um envelope com papeis em branco, e que as professoras poderão deixar sugestões de temas para serem trabalhados nos próximos encontros. Avisam sobre a periodicidade do grupo. Perguntam se elas têm alguma dúvida, e elas dizem que não.

O estagiário inicia então a primeira atividade. Com diversas figuras em mãos, as espalha sobre a mesa e pede que cada professora escolha uma que acredite que tenha mais a ver consigo. Elas começam a escolher, de início mais tímidas, mas incentivadas por uma delas a fazerem suas escolhas. Começam então a pegar figuras, rindo e associando alguma figura engraçada com alguma professora, ou fazendo algumas brincadeirinhas entre si.

Os estagiários esperam, e após isso, inicia-se uma rodada de apresentações, em que as professoras dizem o nome, idade, há quanto tempo estão na rede e porque escolheram a figura. Dentre os motivos apresentados, destacam-se:

> *"Escolhi esta figura de filhotes porque sou apaixonada por filhotes".*
> *"Mãos de Jesus porque acredito no poder da oração".*
> *"Animais porque amo animais".*
> *"Caminho que me leva novos horizontes, com a esperança de chegar a algum lugar".*

O tempo que estão lecionando varia, mas a maioria está na rede de ensino há cerca de 20 anos.

Uma das professoras se emociona, escolhendo uma figura da estrada, diz "Sempre ir para frente, mas está difícil.". A professora em questão passa por dificuldades relacionadas à prática profissional. Ela se retira da sala para ir ao banheiro, incentivada pelas colegas.

Ao final da primeira dinâmica, é dada uma devolutiva para as professoras, pontuando suas escolhas em relação àquilo que possuem maior afinidade, mas em alguns casos, fazendo escolhas que também mostram os limites e dificuldades da profissão que escolheram.

A segunda dinâmica é proposta então pela estagiaria. Esta dinâmica propõe relembrar "O(a) aluno(a) que eu fui", em que cada professora é convidada a se lembrar das alunas que foram. Espontaneamente, começam uma roda de apresentações de lembranças. Sem que isso fosse pedido, a maioria trouxe lembranças de professores, e como estes eram para elas. Algumas características desses professores marcantes em suas vidas foram:

"Rígida" / "Tinha medo"
"Era elegante, cheirosa"
"Distante"
"Carinhosa"
"Impunha respeito e era autoritária"
"Linda"
"Dedicada"
"Bonita"
"Afetuosa"
"Gritava e dava medo"
"Humilhava"
"Agressiva"

Conversamos então sobre estas lembranças e inicia-se dessa forma entre elas uma discussão a respeito do aluno de hoje e do aluno de ontem. Elas comentam algumas coisas, tais como, que hoje existe maior liberdade de expressão, porém também maior desrespeito, e isso

seria culpa da sociedade. Dizem que antigamente havia mais autoritarismo, a sociedade mudou, e a escola é reflexo da sociedade. Uma delas lembra às colegas que a escola de antes representava a ditadura. Falam sobre a questão do excesso. Dizem que a escola se abriu muito. Que antes a media era sete. Comentam que elas, professoras, são quem precisa dar limites, já que a família não dá. Mencionam o fato da religião não ser mais ensinada. Uma delas fala sobre a sociedade do Ter em detrimento da sociedade do Ser. Comentam sobre a desestruturação familiar. O estagiário lança então a seguinte questão: em meio a tantos desafios, como seria possível agir de forma a minimizar ou reverter isso? A maioria diz que partiria de uma conscientização dos pais a partir da ajuda dos próprios professores. Outra diz que vai ser sincera, e que não acredita nisso, já que "Não é psicóloga". Após a discussão, comentamos sobre os desafios atuais de ser professor, e como cada uma delas tenta buscar recursos internos e profissionais para lidar com tantas dificuldades.

2º Encontro

Os estagiários chegam um pouco antes do horário, algumas professoras chegam e abrem a porta, mas há uma demora na chegada do grupo como um todo, pois alguns professores estão atendendo pais. N., a coordenadora, diz que os avisou de que teriam reunião hoje e não deveriam marcar com os pais. Dizemos que está tudo bem e que podemos começar com o número de professores que lá estavam (7-8, mas depois aumenta para 11). N. fala sobre as sugestões, nos dá os papéis preenchidos, dizemos que estamos preservando o envelope com ela para que possam haver sugestões futuras.

J. começa dizendo que na última reunião houve uma discussão em torno de o que pode ser feito para que os alunos realizassem as atividades, e que para nós, psicólogos, isso se trata de

motivação e começa então a explicar a dinâmica da árvore. Pergunta quais as características desejáveis nos alunos, para que estas possam ser colocadas nos galhos da árvore. Surgem: respeito, concentração, participação, autoconfiança, parceria, responsabilidade. J. pede então para que as professoras falassem o que elas acham que facilita ou possibilita/permite estas atitudes nos alunos. Aparecem: "berço" (família), "parceria família-escola", "responsabilidade familiar". Faz-se um pouco de silêncio e então J. pergunta sobre o papel que a escola pode desempenhar para isso. Citam: "carinho/amizade", "empenho", "preparação das aulas" (comentam bastante sobre assiduidade, e que se o professor não prepara a aula, os alunos percebem).

L. comenta sobre atividades e outras atitudes mais concretas por parte dos professores para promover a motivação, e os estagiários dão exemplos de atividades que englobam ludicidade, atividades com níveis diferentes de dificuldade, assuntos que podem ser relacionados com o cotidiano, etc. As professoras respondem que isso já está dentro do empenho, comentam que trabalham com temas e projetos, atividades com música e filmes. J. pergunta se as salas são homogêneas, as professoras dizem que não, então ele pergunta da possibilidade de atividades com níveis de dificuldade variados, elas dizem que a cartilha delas já permite isso, que também está dentro do empenho.

J. comenta então da própria motivação, tanto dos professores como dos alunos, as professoras dizem que está faltando motivação para elas, pois não estão sendo valorizadas e que isso interfere na motivação dos alunos. Falam bastante das dificuldades, encontradas pela falta de empenho da família. Os estagiários sugerem dividir a turma em função das dificuldades e trabalhar com os grupos em duas etapas, para poder lidar com um menor número de alunos em algumas ocasiões e atender melhor a heterogeneidade das classes. As professoras dizem que isso já ocorreu, mas hoje é inviável, pois os horários não batem.

J. solicita que elas pensem na motivação dos alunos com dificuldades. Se eles começam a desistir quando não conseguem algo. As professoras dizem que existem dois tipos de alunos, os que persistem até conseguir, e aqueles que desistem. J. comenta da possibilidade de incentivar atividades que estes alunos dominam mais, como forma de melhorar a auto-estima. As professoras dizem da importância de atividades lúdicas, dizem que alguns alunos que se sentem excluídos pelas dificuldades escolares, começam a zonear a sala como forma de se incluírem, através da bagunça. Uma das professoras cita uma experiência de sucesso.

L. então começa a explicar da próxima dinâmica, e a introduz falando da importância da autoestima dos professores para que esses possam se sentir motivados. É pedido que elas pensem em uma experiência profissional de sucesso, no intuito de lembrar das dificuldades que enfrentaram, e como as superaram, atingindo um bom resultado. Depois de uns instantes em silêncio, começam a aparecer relatos variados, e as professoras comentam de projetos realizados todo semestre (focados em leitura/produção de livros pelos alunos), de um livro de receitas juninas e também agora sobre o pantanal, e comentam que o envolvimento dos alunos é grande, de como eles trazem informações e aplicam seus conhecimentos fora e dentro da escola. Dizem do projeto "segundo professor" que tem dado muito certo, é um projeto onde o segundo ano tem professores auxiliares, vindos dos cursos de Pedagogia ou Letras, que tem dado muitos resultados. Comentam também das conquistas com leitura com as crianças, principalmente instigando o interesse delas por livros, dizem que os alunos agora adoram ler e que o Estado contribuiu muito, provendo revistas e gibis para a escola.

Os estagiários começam o encerramento, dizendo da próxima reunião. As professoras sugerem como tema a questão da sexualidade que está aparecendo em alguns alunos, mas N. (coordenadora) diz para dar preferência para a questão da violência (nas sugestões) que está aparecendo como problema mais urgente.

Considerações Finais

A abordagem institucional nos ensina que tanto ou mais importante do que trabalhar diretamente com os alunos que apresentam dificuldades na aprendizagem, é trabalhar com os professores e demais agentes escolares no sentido de promover uma capacitação técnica que não se encontre apartada de uma reflexão política sobre o papel da escola como instrumento de reprodução/transformação social nem do acolhimento das angústias e contradições presentes no discurso dos professores.

É importante que o psicólogo escolar tenha uma formação que lhe permita conhecer os processos cognitivos envolvidos nas aprendizagens escolares fundamentais (leitura, escrita e cálculo) e metodologias mais eficazes para propiciar essas aprendizagens, tanto do ponto de vista lógico quanto psicológico (ou motivacional). Por outro lado, é preciso também estar atento às crenças dos professores, que costumam atribuir à família e ao próprio aluno a responsabilidade pelas dificuldades encontradas no processo de escolarização.

As falas das professoras apresentadas neste texto indicam, entretanto, que aspectos escolares (como a preparação das aulas) e institucionais (como o número de alunos por sala de aula, ou a possibilidade de ter um professor auxiliar) também são considerados, porém geralmente em menor escala. É importante fortalecer essa consciência crítica que poderá motivar a luta por melhores condições de ensino, tanto no interior do contexto escolar como no contexto mais amplo das políticas públicas voltadas à educação. É este movimento que certamente poderá fazer a diferença na qualidade do ensino oferecido e, consequentemente, na aprendizagem e educação de nossas crianças.

Referências

Antunes, M. A. M. (2011). Psicologia e Educação no Brasil: uma análise histórica. Em: R. A. Azzi e M. H. T. A. Gianfaldoni (Orgs.) *Psicologia e Educação* (p. 09-32). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Bossa, N. (2000). *A Psicopedagogia no Brasil: contribuições a partir da prática.* Porto Alegre: Artmed.

Coll. C. (1996). *Desenvolvimento Psicológico e Educação. v. 2. Psicologia da Educação* Porto Alegre: Artes Médicas.

Freire, P. (1984). Educação bancária e educação libertadora. Em M. H. S. Patto (Org.). *Introdução à Psicologia Escolar*, 2ª. ed. (p. 54-70). São Paulo: T.A. Queiroz.

Maluf, M. R. (2005). O psicólogo escolar e a alfabetização. Em A. M. Martinez (Org.). *Psicologia escolar e compromisso social*. Campinas: Alínea.

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

Patto, M. H. S. (1990). *A produção do fracasso escolar*: histórias de submissão e rebeldia. São Paulo: T. A Queiroz.

Proença, M. (2002). Problemas de aprendizagem ou problemas de escolarização? Repensando o cotidiano escolar à luz da perspectiva histórico-crítica em psicologia. Em *Psicologia, educação e as temáticas da vida contemporânea*. (p. 177-195). São Paulo: Moderna.

Saviani, D. (1999). *Escola e Democracia*. 32ª ed. Campinas: Autores Associados.

Weiss, M. L. L. (1994). *Psicopedagogia clínica: uma visão diagnóstica***.** 2ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

CO-GESTÃO, AUTORIA NO PROCESSO DE TRABALHO E CUIDADO: HÁ LUGAR PARA A PSICOLOGIA!

Marina Simões Flório Ferreira Bertagnoli
Caio César Carvalho
Lácia Barcelos de Souza

O estágio "Apoio à co-gestão em serviços da rede municipal de saúde" é resultado da pergunta que acompanhou uma psicóloga ao longo de sua experiência de trabalho na saúde pública. Concentrada quase toda em atividades de gestão, esta experiência de trabalho, diferente e específica, colocou em perspectiva desafios, sofrimento, e o desejo de contar com uma abordagem melhor instrumentalizada das práticas psicológicas ante os desafios experimentados no Sistema Único de Saúde (SUS) (Lei n. 8.080, 1990).

A pergunta, uma indagação sobre qual o lugar da psicologia na saúde pública, considera o desejo de um olhar ampliado sobre as contribuições que ela pode, efetivamente, oferecer. A busca por respostas foi facilitada por um deslocamento, que trouxe a pergunta para dentro do universo acadêmico e a colocou bem no centro do processo de estruturação de uma nova área do curso de graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). O curso, que já contava com disciplinas, estágios profissionalizantes e grupos de pesquisa comprometidos com reflexões, investigações e intervenções estruturadas em torno da atuação da psicologia na saúde pública, dava ênfase às práticas assistenciais e de promoção da saúde.

A ampliação do currículo instituiu um novo campo, o de Psicologia e Políticas Públicas em Saúde, e o investimento nesta nova área de investigação, formação e prática, permitiu maior aproximação entre a psicologia e o campo da gestão e dos processos de trabalho na saúde

pública, convidando à análise de aspectos que podem configurar terreno complementar àqueles já explorados no curso.

Quem assumiu a "nova" área, como docente responsável por seu desenvolvimento, foi justamente a psicóloga que trazia na bagagem experiência de trabalho no campo da gestão pública em saúde e que, em sua experiência de trabalho, sentiu falta de respostas.

Mas, como formar alunos com pouca ou nenhuma vivência em saúde pública para a prática profissional neste terreno, e ainda incorporar a perspectiva de atuação nos processos de gestão em saúde? Como formar para uma prática ainda "estranha", que rompe de certo modo com a perspectiva de atuação assistencial, mais familiar aos psicólogos? Como formar alunos que, como tantos cidadãos brasileiros, nem ao menos se identificam como usuários do Sistema Único (e ainda público) de Saúde?

A resposta habitual, e ainda muito usual nos serviços de saúde que integram o SUS, é aquela que aponta justamente a prática assistencial, normalmente estruturada em atendimentos clínicos, individuais ou em grupos, como "lugar" do psicólogo.

Triste identificar que, entre as Políticas Públicas em Saúde vigentes no Brasil há referência restrita ao papel da psicologia, com destaque para ações sobretudo no contexto da "saúde mental". Neste ponto, é importante frisar, há claro exemplo da contradição e fragmentação assistencial que o Sistema vem buscando superar com a instituição e fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (Portaria n. 4.279, 2010). É evidente que a dissociação entre a "saúde do corpo" e a "saúde mental", representa uma de tantas dificuldades em garantir integralidade no atendimento prestado aos usuários, com clara desatenção à lógica que orienta a produção de cuidado ampliado e humanizado a todos os usuários (Política Nacional de Humanização [PNH], 2003).

Esta dissociação, fundamentada em parte por uma compreensão tecnicista que define o campo de atuação específico para ação de profissionais da "saúde mental", contribui para a análise das razões que fazem com que os psicólogos tenham tão pouco espaço nos serviços e ações de "saúde geral".

Na Atenção Básica (Portaria n. 2.488, 2011; Portaria n. 2.436, 2017), política de base e porta de entrada dos usuários no SUS, só há previsão formal de participação do psicólogo na equipe mínima dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Portaria n. 154, 2008), um recurso precioso para o acompanhamento e matriciamento de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) que busca, a partir da incorporação de um "olhar externo" e interdisciplinar, ajudar os profissionais envolvidos na assistência direta aos usuários para a produção de um cuidado mais qualificado e ampliado. Interessa destacar que, apesar de sua relevância para a conformação de estratégias mais amplas e integrais na atenção à saúde, dados de junho de 2018 indicam que há apenas 5.312 equipes de NASF implantadas no Brasil. Neste mesmo período, há registro de 42.652 unidades de ESF implantadas no país (Ministério da Saúde – Departamento de Atenção Básica, n.d.). Como único serviço da Atenção Básica em que se prevê formalmente a presença dos psicólogos, avista-se um panorama sombrio para a representatividade da psicologia na "base" da saúde pública brasileira.

Afirmar que o "Sistema" não valoriza a presença do psicólogo é a conclusão lógica e apressada. Não seria necessário também avaliarmos possibilidades de respostas além daquelas construídas e legitimadas pela categoria até agora? Que tipo de prática oferecemos? Onde somos úteis? Que outras práticas também podemos oferecer?

Olhando para estes questionamentos, é relevante destacar que, formalmente constituídos como espaços para a produção do cuidado, os serviços de saúde transformam-se freqüentemente em campo de tensão entre profissionais, usuários e gestores. Cada indivíduo, marcado por

experiências, desejos e valores, constrói um jeito próprio de "fazer saúde" e de e relacionar, seja como usuário atendido, como colega de trabalho, como gestor do serviço. Todos eles constroem ainda jeitos próprios de se relacionar com o sistema e suas regras.

Considerando este modo de fazer, Franco e Merhy (2013) afirmam que cada trabalhador da saúde implica sua subjetividade no processo de trabalho, sendo possível observar o:

> dinâmico e complexo modo operativo de cada trabalhador na sua ação cotidiana, inclusive sua produção subjetiva em ato, que produz o cuidado em saúde, e ao mesmo tempo, produz o próprio trabalhador enquanto sujeito no mundo (p.152)

Contudo, qualquer profissional que tenha tido a experiência de trabalhar em serviços de saúde pública poderá afirmar que, para além das questões íntimas e subjetivas, há regras e protocolos a cumprir, metas a serem atingidas e fluxos a serem respeitados, o que produz um efeito potencialmente coartativo. Os autores pontuam que:

> as regras ditadas para o funcionamento do Programa, influenciam a atividade dos trabalhadores, dentro de limites muito restritos, pois quando estes se encontram em situação de trabalho, na relação com o usuário, ele próprio em ato, no seu processo de trabalho, é quem define como este cuidado se realiza. Assim, a capacidade dos níveis gestores em influenciar a ação cotidiana de cada trabalhador é reduzida, e muito diferenciada. (Franco e Merhy, 2013, p.151)

Conclui-se que cada trabalhador possui certo nível de autonomia para construir seu "modo de fazer", sendo livre na condução de sua ação na interação direta com as pessoas e, igualmente livre, para aderir a uma ação protocolar, caso o deseje.

Em complemento a estas reflexões, Cecílio (2012) explora o que define como a "disjunção de tempos" entre os atores da saúde pública: usuários movidos pela urgência da dor e

do sofrimento; profissionais pressionados pela exigência da eficiência e do cumprimento do dever (ainda que sem recursos humanos ou materiais para tal empreitada); e gestores, reféns de possibilidades orçamentárias e de pactuações impossibilitadas pela exiguidade de recursos e financiamento. Neste emaranhado de motivos, desejos e desafios, pode-se afirmar que a prática em saúde, permeada pelo sofrimento e pela urgência com que se busca a satisfação de necessidades físicas ou afetivas, catalisa a construção de "subprojetos locais" de atuação profissional e assistência, cuja principal intenção é adequar, ainda que forçosamente, as demandas recebidas às possibilidades concretas de atuação (Cecílio, 2012).

As diferentes perspectivas e compreensões sobre as quais se apóiam as adequações realizadas por profissionais junto às equipes em que atuam são um risco ao sistema formal de saúde e aos projetos de cuidado e assistência oficialmente propostos pelas políticas públicas vigentes, mas também são uma tentativa de retomada da autoria na construção do processo de trabalho dos profissionais e gestores locais de saúde. Como estratégia de aproximação e integração entre o projeto original e os subprojetos locais, Campos (2000b) propõe o que define como método para a Gestão Colegiada, através do qual diferentes atores envolvidos (usuários, profissionais e gestores) podem contribuir efetiva e concretamente para a construção de uma proposta integrada de cuidado, assistência e gestão.

Franco (2013) exemplifica a relevância deste processo de composição coletiva, destacando a fragilidade dos projetos "formais" e de sua ascendência protocolar:

> A gestão do trabalho tem necessariamente de considerar que seu projeto para o cuidado em saúde será viável, se for também um projeto do próprio trabalhador, mas não apenas como saber inscrito no seu lado cognoscente, mas como signos inscritos na sua subjetividade. (p. 247)

O universo de relações tensas vivenciadas na saúde, no qual se pretende promover acolhida para o sofrimento, a dor e o adoecimento, é palco de diferentes enfrentamentos e perdas, muitas vezes potencializadas pelos limites humanos e estruturais em jogo. É neste contexto que a atuação da psicologia pode contribuir, promovendo intervenções que valorizem a escuta qualificada das diferentes demandas, facilitando os processos de comunicação entre profissionais, gestores e usuários da saúde pública.

Campos (2000b) ao propor o exercício de "co-governar" como estratégia para intervenção junto a coletivos, destaca a potencialidade deste processo considerando que ele pode fazer sentido para todos e, assim, pertencer igualmente a todos. É o imbricamento e a identificação de trabalhadores, usuários e gestores com as questões de saúde (e de saúde pública) que oferecem melhores chances de engajamento na elaboração de um "projeto" que oriente o processo de trabalho e a produção de cuidado.

Ante o propósito de produção de uma proposta coletiva de co-governança, que represente consenso suficientemente estável para garantir a operacionalização de processos de trabalho com a preservação da autonomia e da autoria das pessoas sobre isso, a psicologia encontra campo novo e fértil para intervenção. No entanto, propostas que visam apoiar equipes em processos de co-gestão enfrentam vários desafios e, ao explicitar contradições dos sistemas de gestão das relações de trabalho, revelando desigualdades, sentimentos de impotência, atos de ingerência, configurados pela assimetria de poder das relações verticalizadas (Sato, 2008), a psicologia pode contribuir para nomear, mediar e transformar a lógica do *"homem como fonte de erros",* substituindo-a por uma visão crítica dos sofrimentos que emergem, mesmo em espaços democráticos.

Em outras palavras, a psicologia tem potencial para ajudar trabalhadores, usuários e gestores na composição de uma tradução dos aspectos teóricos e técnicos das políticas públicas

em saúde para a composição de uma prática concreta e possível. É com base nestas reflexões que se afirma que a formação de novos profissionais da psicologia está diante de uma exigência premente pela diversificação das intervenções disponíveis, devendo haver a incorporação de recursos capazes de contribuir para a promoção de um enfrentamento interdisciplinar, que potencialize, na relação com outros olhares e fazeres, possibilidades de trabalho situadas tanto em um núcleo específico de competências (com questões próprias da Psicologia), quanto no campo ampliado das ações em saúde (Campos, 2000a). Assim contextualizado, o estágio busca oferecer um campo de práticas capaz de ilustrar a variedade de demandas que podem recair sobre o psicólogo inserido em serviços de saúde pública, expandindo eventualmente os limites das práticas hegemônicas em psicologia.

Objetivos do Estágio

O estágio foi proposto com o compromisso de oferecer ao aluno oportunidade de atuar junto a equipes em serviços de saúde pública, em atividades de facilitação de comunicação, em rodas de conversa, para promover o compartilhamento de informações, crenças, valores e estratégias de trabalho.

Para desenvolvimento da proposta, foram definidos objetivos específicos: fortalecer a co-gestão dos serviços e do sistema; identificar dificuldades de integração entre processos de trabalho; identificar problemas para acesso e/ou compartilhamento de informações pertinentes ao processo de trabalho; construir estratégias para integração de perspectivas dos diferentes atores sobre o trabalho; promover atividades coletivas para elaboração de um Projeto Compartilhado de Trabalho.

Os estagiários, integrados às equipes de saúde, atuam favorecendo a estruturação de espaços coletivos e estimulando discussões entre os profissionais que, eventualmente, podem resultar na modificação ou adequação de "parâmetros de produtividade e qualidade", o que relaciona-se com o desejo de oferecer uma perspectiva mais ampla de gestão aos alunos em formação, mas também aos profissionais, capaz de incorporar

> O desafio da avaliação qualitativa segundo a dimensão subjetiva (que) é o de aprofundar a compreensão da dinâmica micropolítica de cada trabalhador, para perceber como na sua singularidade eles produzem o cuidado no cotidiano, partindo do pressuposto de que há esta produção subjetiva do cuidado em saúde no âmbito do processo de trabalho, e ao mesmo tempo produção de si mesmos como sujeitos do trabalho (Franco e Merhy, 2013, p. 153).

A lógica impressa na proposta do estágio está fundamentada nestas reflexões: no desejo de contribuir para o diálogo (preferencialmente contínuo) e o transbordamento daquilo que é subjetivo, mas toca à todos na medida em que constrói e é construído pela "dinâmica micropolítica" destas relações de trabalho e produção de cuidado. Com isso, a proposta busca apoiar a produção de espaços coletivos para reflexão crítica de valores e crenças que, compartilhados, possam ser então partilhados e negociados no cotidiano do trabalho.

As estratégias de intervenção aplicadas ao estágio foram inspiradas pela idéia de que "a gestão é tarefa coletiva - sistemas de Co-Gestão - e não somente uma atribuição de minorias poderosas ou de especialistas" (Campos, 2000b, p.14). Sua estruturação também foi marcada pela identificação com as "três funções básicas" que o autor define como resultado da constituição dos "Espaços Coletivos":

> - uma clássica, de administrar e planejar processos de trabalho [...];
> - outra de caráter político, a co-gestão como uma forma de alterar as relações de poder e construir a democracia em instituições;
> - e ainda uma pedagógica e terapêutica. A capacidade que os processos de gestão tem de influir sobre a constituição de sujeitos. Essa potência específica da co-gestão de influir sobre a produção de subjetividade será denominada [...] Fator Paidéia" (Campos, 2000b, p.14).

Em síntese, a proposta desse estágio busca continuamente contribuir com a constituição de espaços para a retomada da autoria dos trabalhadores sobre seu processo de trabalho, a partir da crítica a uma espécie de "naturalização da dominação", com fortalecimento dos sujeitos e de sua relação com a concepção sobre o trabalho desenvolvido, além do desenvolvimento da democracia nas relações da equipe (Terra, 2017).

Descrição das Atividades Desenvolvidas

O estágio foi proposto para execução em unidades e serviços da rede municipal de saúde de cidades da área de abrangência do Departamento Regional de Saúde-XIII (DRS - XIII), na região de Ribeirão Preto-SP. Apesar do desejo de maior envolvimento de gestores municipais nas discussões propostas, o estágio sofreu os efeitos da transição de gestão nos municípios, uma vez que iniciou suas atividades em ano eleitoral.

As atividades, com início em 2016, foram desenvolvidas em cinco Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) do município 1 e no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do município 2 (unidade em que foram concentradas as atividades em 2017).

Em 2018, com a intenção de ampliar o campo de atuação do estágio, foi firmado convênio entre a FFCLRP-USP e um terceiro município da região. Assim, dois outros serviços

de saúde foram incorporados ao estágio no terceiro ano de atividades: o SAD e a equipe do Serviço de Saúde Mental, ambos do município 3.

No período de três anos, foram realizadas atividades em quatro serviços de saúde de três diferentes municípios, com participação de dezessete estagiários dos dois últimos anos de graduação em psicologia.

Breve Descrição dos Campos de Estágio e Reflexões sobre as Experiências de Apoio à Co-Gestão em Saúde

A inserção dos alunos nos campos de estágio é um processo que ocorre de modo singular e busca atender algumas demandas em comum: revisão dos processos de trabalho, reflexão sobre mudanças eventualmente já realizadas pela equipe neste campo, além de problematizações sobre expectativas frente ao futuro do serviço.

Apresenta-se breve descrição dos serviços que acolheram as atividades do estágio, suas atribuições na rede de serviços e suas demandas específicas, conforme apresentadas às coordenadoras/supervisoras do estágio.

Unidades de Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é modalidade prioritária de atuação da Atenção Básica (AB), principal porta de entrada dos usuários no SUS, e atuam em territórios definidos, privilegiando contato com a comunidade e ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, além de outras. No município 1, cinco Unidades de ESF foram integradas à proposta do estágio

em resposta a um pedido da administração municipal, que já tinha convênio firmado com a FFCLRP-USP e recebera, em anos anteriores, outro estágio vinculado ao curso de Psicologia.

O objetivo da administração era, oficialmente, qualificar a prática dos profissionais, ajudando-os a construir espaço coletivo para troca de experiências e discussão de casos, exercendo atividades diversificadas e integradas e aproveitando conhecimentos específicos de diferentes especialidades profissionais, já presentes nas equipes, em prol da construção de um processo de cuidado ampliado e coadunado com os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH, 2003).

Os estagiários iniciaram as atividades acompanhando os agentes comunitários de saúde (ACS) em visitas domiciliares. Além disso, realizaram intervenções programadas junto às equipes, propondo discussões pertinentes à realidade de trabalho observada. O desejo manifesto pela administração municipal não foi legitimado pelas equipes, que pontuaram a contradição entre o objetivo do projeto do executivo e suas intervenções arbitrárias, tais como: grande rotatividade de pessoal, transferências recorrentes de profissionais entre unidades e a interrupção frequente de projetos assistenciais ou de gerenciamento que se tentava implantar - mesmo aqueles propostos pela própria prefeitura. Pesava o fato daquele ser o último ano da gestão do prefeito em exercício, marcando a proximidade de mais uma interrupção inevitável nas ações programadas.

Apesar do envolvimento nas atividades propostas pelo estágio, a descontinuidade das ações promovidas pela gestão municipal desgastou os profissionais, que passaram a boicotar as atividades do estágio, "esquecendo" encontros agendados, por exemplo. Ante as dificuldades, os estagiários fizeram uma devolutiva para os profissionais, analisando as condições para continuidade das atividades e decidiu-se pela interrupção das ações no município cerca de um

mês antes da data programada. A troca de prefeito, no ano seguinte, inviabilizou a retomada do estágio, que acabou suspenso naquele município.

A experiência permite ilustrar a complexidade da proposta de apoio a co-gestão dos processos de trabalho, marcada pela assimetria das relações de poder, pelo questionamento das bases em que se dão os processos decisórios intra e inter grupos de atores e as implicações dos cenários de embate político que permeiam a gestão da saúde nos municípios.

Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

O SAD é um serviço especializado na assistência domiciliar a usuários acamados ou impossibilitados de se deslocarem até unidades de saúde em decorrência de comprometimento clínico (Portaria n. 825, 2016). Os critérios de inclusão obedecem a uma gradação do nível de gravidade e variam de acordo com o incremento da necessidade de suporte a ser oferecido pela equipe de saúde. Os usuários, que sem este recurso assistencial teriam maiores chances de internação e hospitalização prolongadas, são monitorados e atendidos em domicílio, atendendo à premissa de que, neste ambiente, podem gozar de maior qualidade de vida, com preservação de sua privacidade e autonomia (Ministério da Saúde, 2018; Portaria n. 825, 2016). Os profissionais prestam assistência em visitas domiciliares, com periodicidade adequada à demanda do caso, envolvendo sempre um cuidador (geralmente familiar do usuário atendido) no planejamento e gestão do cuidado ofertado.

No município 2, a coordenação do SAD buscou apoio para desenvolver um projeto próprio, para instituição de "espaço coletivo" que estimulasse a equipe a construir uma rotina de reuniões de equipe semanais, com discussão coletiva dos casos atendidos e elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS).

O coordenação apoiava seu projeto na ausência de espaço estruturado para discussão de casos, realizadas no trajeto entre visitas domiciliares e dentro do veículo do serviço. Não havia sistematização das informações discutidas e seu registro era informal, nem sempre influindo nas condutas técnicas adotadas com os pacientes. As equipes, contudo, consideravam que a reunião de equipe seria "perda de tempo" e acreditavam aproveitar melhor o tempo a ser despendido com as discussões fazendo outros atendimentos, agilizando o fluxo e diminuindo o volume de serviços.

Os alunos relataram experiências difíceis no campo de estágio, uma vez que foram orientados a observar a equipe nas visitas domiciliares, evitando realizar intervenções que respondessem às demandas dos profissionais de forma imediata. Esta postura frustrou expectativas relacionadas à oferta de atendimento psicoterápico aos usuários e cuidadores, levando os profissionais a supor que havia vinculação entre as atividades dos alunos e os objetivos do projeto da coordenação, citados anteriormente.

Além do acompanhamento da equipe nas visitas domiciliares, foram propostas intervenções em grupo, coordenadas pelos estagiários, abertas a todos os profissionais, com boa adesão da equipe. Estas atividades foram planejadas com base em disparadores (dinâmicas de grupo, filmes, cartazes, etc) que pudessem desencadear reflexões sobre comunicação e relações interpessoais, com espaço para discussão de possíveis relações com as vivências e práticas profissionais no serviço. Em geral, a equipe manifestava grande preocupação no ajustamento técnico das atividades do trabalho, referindo a relevância do tempo e espaço seguros para a discussão dos casos e elaboração de PTS. Contudo, a recordação da reunião como estratégia sugerida pela coordenação dificultava sua legitimação na equipe, que afirmava já realizar a atividade demandada pela chefia.

A avaliação final do estágio pela equipe foi positiva e houve sinalização de que as intervenções deveriam ser iniciadas mais precocemente para que os profissionais pudessem aproveitar melhor as oportunidades de discussão.

No ano seguinte, foi retomado o acompanhamento das visitas domiciliares, sendo cumprido o compromisso para início precoce das intervenções realizadas com a equipe. No entanto, a adesão caiu pouco a pouco ao longo do ano e a equipe se manteve centrada em aspectos técnicos da assistência prestada, com pouca abertura para discussão das questões relacionadas às relações no cotidiano do trabalho.

Na avaliação final do segundo ano de atividades, foram retomadas as críticas ao fato de os alunos não realizarem atendimentos clínicos, explicitando assim o empenho da equipe em manter as contribuições da psicologia em seu "devido lugar".

As atividades foram interrompidas a pedido da equipe e sua coordenação, que justificaram tal decisão afirmando ter dificuldades para conciliar a agenda de atendimentos realizados pelo serviço com a supervisão de um grande número de estagiários em campo, decidindo privilegiar aquelas que prestassem algum tipo de atividade ou ação assistencial aos usuários atendidos.

No município 3, a equipe manifestava dificuldades para lidar com situações de sofrimento dos usuários acompanhados e vinha estruturando respostas definidas como "defensivas", pela coordenadora do serviço. Segundo ela, os atendimentos adquiriram caráter estritamente técnico, comprometendo a dimensão ampliada do cuidado e a observação de aspectos psicossociais, negligenciados na dinâmica de trabalho.

As intervenções do estágio foram planejadas de forma a estimular a equipe a refletir sobre valores e crenças de cada membro da equipe em relação às situações de terminalidade e morte, frequentes no trabalho. Além disso, foi proposta discussão sobre situações em que a

equipe enfrentava dificuldade de estabelecer critérios de recusa para casos que não eram admitidos por outros serviços do município.

De forma geral, as experiências nos serviços de atenção e cuidado domiciliar revelaram que lidar com questões como terminalidade, cuidados paliativos e sofrimento de usuários e cuidadores em ambiente menos controlado como o domicílio produz desgaste nos profissionais da equipe, que frequentemente referem estar estressados ou desmotivados com o trabalho.

Neste campo de estágio, pode ainda ser identificado que a vivência das visitas domiciliares e o contato com a realidade de usuários e suas famílias mobilizaram os alunos a pensar frequentemente sobre seu papel na equipe. Os reiterados pedidos para que os alunos realizassem atendimento psicoterapêutico, aponta para a força e legitimidade do modelo clínico tradicional naturalizado pelo senso comum e para a identificação, quase imediata, dos alunos de psicologia com a função psicoterapêutica.

A compreensão dessas expectativas foi exaustivamente discutida em supervisão, orientando-se os estagiários a problematizar com profissionais possibilidades de realização de acolhimento das demandas pelos membros da própria equipe, a partir da valorização de recursos interdisciplinares, já qualificados pelo cotidiano do trabalho.

Serviço de Saúde Mental

Os ambulatórios de saúde mental são equipamentos que, por décadas, assumiram as atividades assistenciais não hospitalares voltadas a pessoas com transtornos mentais no SUS. Orientados pela antiga lógica manicomial, os ambulatórios serviram à manutenção da cisão entre os cuidados voltados aos "pacientes da saúde mental" e os demais usuários do sistema de saúde. A ampliação do conceito e das práticas em saúde mental, com a valorização do modo de atenção

psicossocial e o esforço para superação do modelo asilar, são representadas pela instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Portaria n. 3088, 2011), que propõe a integração entre diferentes pontos de atenção à saúde para oferta de cuidado ampliado e integral às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Na RAPS, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (Portaria n. 336, 2002) são serviços assistenciais de referência que realizam, prioritariamente, o atendimento de usuários com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, mantendo vínculo de referência e contra-referência com unidades de saúde da Atenção Básica e compondo com elas um fluxo de atenção integral.

No município 3, os estagiários foram convidados a acompanhar o processo de transição em curso, com a substituição do modelo ambulatorial de atendimento na saúde mental e implantação do CAPS, compromisso assumido pelo poder executivo perante a comunidade. Aos estagiários coube o acompanhamento da rotina de trabalho da equipe de saúde mental no, ainda ativo, ambulatório. Nesse serviço, a dinâmica de atendimentos individuais realizados por psicólogos e psiquiatras dificultaram a aproximação dos estagiários com a realidade de trabalho destes profissionais.

A necessidade de mais informações sobre o CAPS e a estruturação da RAPS no município fez com que a coordenação do serviço sugerisse a organização de um grupo de estudos sobre a temática, entre os profissionais; no planejamento das atividades de estágio, este espaço foi identificado como mais propício para a inserção dos estagiários.

Apesar de resistências individuais e de discurso dominante entre os profissionais, que não acreditavam no avanço do projeto de implantação do CAPS, o espaço de estudo se fortaleceu e, pouco a pouco, se constituiu como momento legítimo para discussões e encaminhamentos

relacionados tanto a questões teóricas e técnicas pertinentes à RAPS quanto a situações operacionais, relacionadas à transição do Ambulatório para o CAPS no município. Providências organizativas, como a composição de pauta e ata para cada encontro conformaram um espaço de relações revitalizado, no qual profissionais pouco atuantes nas questões relacionadas à gestão do serviço passaram a participar mais ativamente do processo de transição entre serviços, tomando iniciativas importantes, como o contato com as unidades da ESF, onde atuariam os psicólogos após a implantação do CAPS.

Considerando a perspectiva de realocação, os psicólogos se organizaram para a realização de visitas às unidades de ESF e assumiram o protagonismo no estabelecimento da nova sistemática de trabalho a ser implantada nestes serviços. Posteriormente, já realocados nas unidades de ESF, decidiram manter reunião semanal, para discutir práticas e problematizar os desafios do novo campo de trabalho. Avalia-se que esta decisão seja resultado da sensibilização frente à potência do espaço coletivo.

No CAPS, após a ida dos psicólogos para as unidades de ESF, a reunião de equipe também se manteve, com a função de organização das dinâmicas e fluxos de atendimento do novo serviço. As "novas" equipes de saúde mental do município definiram, ainda, a realização de uma reunião geral, mensal, com os psicólogos alocados na ESF e a equipe do CAPS, para continuidade das discussões e encaminhamentos necessários à implementação efetiva da RAPS.

As atividades do estágio continuarão com acompanhando às equipes, participação nas reuniões e sugestão de intervenções estruturadas, sempre no sentido de fortalecer a democracia nas relações e o exercício autônomo do trabalho.

Considerações Finais

A experiência vivida ao longo destes poucos anos de estágio pode ser analisada sob duas perspectivas gerais: a da formação dos alunos de psicologia e a dos efeitos produzidos junto às equipes e serviços. Não há expectativa de que sirva como resposta definitiva para nenhum destes campos mas há, sim, o desejo de que possa iniciar um processo reflexivo.

Naquilo que tange à formação dos alunos, a vivência na facilitação de comunicação entre profissionais e nas observações participativas realizadas dentro dos serviços de saúde podem ser consideradas oportunidades diferenciadas. O estágio permite a inserção dos alunos em um espaço de amplos desafios e possibilidades, oferecendo acesso a uma vivência (seguida da tentativa de análise teórica) sobre a natureza das relações do trabalho em saúde que não se pretende subjulgar pelo viés analítico e/ou teórico na proposta desenvolvida. Ao contrário, pretende-se construir uma inserção que sensibilize cada aluno para um exercício mais atento, "menos programático", despido de respostas prontas e que os aproxime da prática como psicólogos na saúde.

No que se refere aos efeitos produzidos pelas atividades desenvolvidas junto às equipes, acredita-se que há ganhos naquilo que tange à abertura de discussão sobre a função da comunicação e sua potência para composição de um trabalho compartilhado. Espera-se que a superação das barreiras tecnicistas, impostas pela especialização dos profissionais em seu exercício "qualificado", seja a oferta do estágio e encoraje profissionais a atuar também de modo mais comprometido com um projeto que é coletivo, mas no qual ainda se pode identificar os traços de sua autoria e de seu desejo.

Referências

Campos, G. W. S.. (2000a). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, *5*(2), pp. 219-230. Recuperado em 02 de agosto de 2018 de https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002

Campos, G. W. S. (2000b). *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Editora Hucitec.

Cecilio, L. C. O. (2012). Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos "mais do mesmo". *Saúde e Sociedade*, *21*(2). pp. 280-289. Recuperado em 02 de agosto de 2018 de https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000200003

Franco, T. B. (2013). O trabalhador de saúde como potência: ensaio sobre a gestão do trabalho. In Franco, T. B. & Merhy, E. E. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. (pp. 243-251) Editora Hucitec.

Franco, T. B. & Merhy, E. E. (2013). O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In Franco, T. B. & Merhy, E. E. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. (pp. 151-171). Editora Hucitec.

Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (1990). Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado em 03 de agosto de 2018, de http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-normaatualizada-pl.pdf

Ministério da Saúde (2009). *HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão* (2ª ed., 4ª reimpressão). Brasília, DF. Recuperado em 02 de agosto de 2018 de

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestao_participatica_cogestao_2ed.pdf

Ministério da Saúde (2013). *Política Nacional de Humanização (PNH).* [Folheto]. Brasília, DF. Recuperado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf

Ministério da Saúde (2018). *Serviço de Atenção Domiciliar: Melhor em Casa.* Recuperado de: http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/melhor-em-casa

Ministério da Saúde – Departamento de Atenção Básica (n.d.). *Histórico Cobertura SF* [base de dados eletrônica]. Recuperado em 02 de agosto de 2018 de http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php

Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (2002). Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF. Recuperado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008 (2008). Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, DF. Recuperado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html

*Portaria n.4.279, de 30 de dezembro de 2010 (*2010). Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. Recuperado em 03 de agosto de 2018, de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011 2011). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica,

para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF. Recuperado em 03 de agosto de 2018, de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011 (2011). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF. Recuperado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Portaria n. 825, de 25 de abril de 2016 (2016). Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília, DF. Recuperado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html

Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017 (2017). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS0. Brasília, DF. Recuperado em 03 de agosto de 2018, de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Sato, L. & Oliveira, F. (2008). Compreender a gestão a partir do cotidiano de trabalho. *Aletheia*, (27). pp.188-197. Recuperado em 02 de agosto de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942008000100014&lng=pt&tlng=es.

Terra, L. S. V. (2017) O Apoio Paidéia como dinâmica desalienante. In Campos, G. W. S., Figueiredo, M. D. e Oliveira, M. M. (Orgs*). O Apoio Paidéia & suas rodas*. (pp. 72- 86). Editora Hucitec.

ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM GESTÃO DE PESSOAS

Marina Greghi Sticca
Thaís Zerbini

O objetivo deste capitulo é apresentar os estágios em Psicologia Organizacional e do Trabalho (POT) ocorridos entre 2008 e 2018, descrever as atividades desempenhadas e competências desenvolvidas pelos estagiários nos estágios supervisionados na área supracitada ofertados no curso de Psicologia do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP/USP).

A área de Psicologia Organizacional e do Trabalho (POT) emprega 25,1% dos psicólogos brasileiros, sendo uma das suas principais áreas de atuação no Brasil. Segundo Borges-Andrade, Zanelli e Rodrigues (2014), três campos de atuação interdisciplinares configuram a referida área de conhecimento, a saber: i) Psicologia do Trabalho; ii) Psicologia Organizacional; iii) Gestão de Pessoas. A Psicologia do Trabalho estuda a natureza dos processos de organização do trabalho e seus impactos psicossociais, tais como, qualidade de vida e saúde do trabalhador, tanto individualmente quanto coletivamente. A Psicologia Organizacional emerge das interações entre o comportamento no trabalho e a organização, sendo que o interesse central deste subcampo está em entender e lidar com os processos psicossociais que caracterizam as organizações de trabalho. Por fim, a Gestão de Pessoas surge da relação entre a ação humana e a organização propriamente dita, enfocando o conjunto de políticas e práticas que revelam a estratégia utilizada para organizar a ação individual e a coletiva, de forma congruente com os seus objetivos e com sua missão, definindo as maneiras pelas quais a organização capta, integra, avalia, desenvolve e retém os seus membros.

A maioria dos psicólogos brasileiros atuantes na área de POT no país desenvolvem predominantemente as atividades de Aplicação de Testes Psicológicos e Psicodiagnósticos (61%), Avaliação de Desempenho (53%) e Diagnóstico Organizacional (50%), seguidas daquelas relacionadas à Gestão (23%), Análise de Função ou Ocupacional (22%) e Recrutamento e Seleção (19%). Outras atividades menos frequentes são as concernentes a Dinâmicas de Grupos (16%), Desenvolvimento de Grupos e Equipes (16%), Reabilitação Profissional (13%), Análise de Cargos e Salários (13%) e Intervenção Organizacional (12%) (Gondim, Bastos, & Borges-Andrade, 2010).

Os âmbitos de abrangência da área se referem principalmente aos níveis de complexidade que compõem uma organização, sendo eles: individual, grupal, organizacional e contextual/ambiental. A importância do sujeito em todo o processo se fortalece pela tensão contínua que revela as dificuldades do campo em equacionar a clássica dicotomia entre indivíduo e organização ou entre indivíduo e sociedade. Desse modo, impõe-se a necessidade de um conhecimento multidisciplinar e de uma intervenção multiprofissional para os fenômenos que configuram tal campo da Psicologia.

Diante disso, o psicólogo organizacional e do trabalho investe boa parte de seu tempo em coletas de dados, análises, elaboração de relatórios, apresentação de resultados e interpretações, instruções, orientações e atividades administrativas. Além disso, está dentro de suas competências analisar tarefas e contextos de trabalho, fornecer elementos para soluções de problemas, colaborar no planejamento de programas, implementar e acompanhar mudanças e outras atividades ligadas ao fazer humano, seja no ambiente físico das organizações de trabalho ou fora deles (Borges-Andrade & Zanelli, 2014).

Apesar dessas competências requeridas para inserção dos psicólogos no contexto de organizações e trabalho (O&T) existem lacunas na formação nos cursos de Psicologia nacionais,

os quais geralmente oferecem poucas disciplinas obrigatórias em suas grades curriculares, poucas vagas para estágios e falta de informações em relação à área, faz-se necessário a produção de conhecimento que possa auxiliar na formação teórica e metodológica que auxilie as práticas no campo de atuação,verificando-se, portanto, inúmeros desafios para a formação de estudantes de psicologia nesta área de conhecimento (Zerbini, 2017).

Além disso, as competências profissionais necessárias à atuação bem-sucedida em POT exigem uma formação voltada ao ensino e à aprendizagem de complexas habilidades intelectuais, afetivas e estratégias metacognitivas, ligadas ao reconhecimento de contextos em diferentes níveis de análise, realização ou compreensão de pesquisas e achados científicos, trabalho em equipes multiprofissionais e competência política (Abbad, 2016).

Neste sentido, os estágios supervisionados têm o papel de promover o desenvolvimento de competências essenciais para a atuação profissional em POT, os quais estão ancorados em duas bases: competências profissionais almejadas, em que é necessário definir as competências cruciais, que precisam ser intencionalmente desenvolvidas durante o estágio (conhecimentos, habilidades e atitudes), e as experiências promotoras de aprendizagem com impactos na atuação profissional, que podem ser oferecidas pelo ambiente de estágio e pelo supervisor, entendido como agente integrador de teorias, prática profissional e estado da arte da ciência psicológica (Gondim, Abbad, & Bendassolli, no prelo).

O desenvolvimento de competências relevantes para o exercício profissional implica na adoção de novas formas de ensinar e aprender. As habilidades e atitudes necessárias para a atuação profissional são construídas a partir de fundamentos do conhecimento científico, mas devem ser praticadas em contextos simulados e reais, com supervisão adequada (Europsy, 2015). Tais competências se aprendem no fazer, na prática supervisionada por um profissional que

possibilita um desenvolvimento da mesma até o seu domínio (Zerbini, Peixoto, Mourão, & Greghi, no prelo).

Abbad e Mourão (2010), a partir da análise das Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação, agruparam as competências de formação do psicólogo em geral em cinco grandes domínios: 1) análise de contexto e campo de atuação; 2) intervenção; 3) investigação científica; 4) avaliação e diagnóstico; e 5) atuação em equipes inter e multidisciplinares. Segundo Gondim, Abbad e Bendassoli (no prelo), as competências do psicólogo atuando em POT também apontam para cinco domínios, que devem ser desenvolvidos durante as atividades de estágio supervisionado: 1) teórico-conceitual (construtos, temas e teorias), que mobiliza conteúdos; 2) inter e intradisciplinar, zonas de fronteiras internas e externas à psicologia; 3) metodológico, relativo à produção do conhecimento, o que exige habilidades técnicas; 4) tecnológico, com vistas à aplicação e intervenção; e 5) ético-moral-relacional, que envolve dimensões de diversidade (gênero, educacional, etnia, social, cultural, política, etc.) presentes em contextos organizacionais e de trabalho. O estágio supervisionado, por meio de ambientes de aprendizagem experienciais, deve permitir o desenvolvimento desses amplos domínios de competências. Os autores, ao analisarem o trabalho de Abbad e Mourão (2010), apontam dois aspectos importantes a esse respeito, a saber: i) há certa heterogeneidade nas competências adquiridas por psicólogos, o que sugere que a formação não é unificada no Brasil; ii) há quatro grupos de competências que se apresentam mais frágeis na formação do psicólogo brasileiro, embora fundamentais para a atuação em POT – elaboração de diagnósticos de processos psicológicos; elaboração de relatos científicos; formulação de questões empíricas de pesquisa; e coordenação de processos grupais.

Para tanto, faz-se necessário que as instituições de ensino superior (IES) tenham políticas claras favoráveis em relação ao estágio, estimulando a elaboração de projetos multi e interdisciplinares, que oportunizem a participação de profissionais de outras áreas e que possam

ser desenvolvidos em diversas organizações; a estrutura curricular deve ser levada em conta; a carga horária de supervisão e a preparação do docente devem assegurar a capacidade de transferência de conhecimento; e o aluno deve ser estimulado a pensar no estágio como atividade articuladora entre teorias, achados científicos e prática profissional (Gondim, Abbad, & Bendasolli, no prelo).

Objetivos e Histórico dos Estágios na Área de POT no Centro de Psicologia Aplicada

Os estágios na área de POT são oferecidos no Departamento de Psicologia da FFCLRP/USP desde 2008. Até 2018, os estágios eram oferecidos via Centro de Psicologia Aplicada (CPA) do referido Departamento para alunos do quarto e quinto ano do curso de Psicologia. Com a reestruturação curricular do curso de Psicologia implementada em 2018, os estágios supervisionados foram transformados em disciplinas-estágio, sendo a carga horária de supervisão contabilizada para docentes e alunos.

O primeiro estágio apresentado é denominado Gestão de Pessoas I e II, com carga horária total de 330h – 3h de supervisão e 8h de atuação no local de estágio por semana – sendo que esta carga horária pode variar em função da demanda de cada organização em que o estágio é realizado. Os objetivos gerais do estágio, com base em uma demanda concernente ao campo de gestão de pessoas, consistem em: analisar o ambiente organizacional, bem como o comportamento dos trabalhadores, sob a luz das teorias e conceitos da POT; planejar ações de diagnóstico e de intervenção psicossociais em organizações; propor soluções estratégicas de gestão de pessoas para a organização-alvo; construir instrumentos estratégicos de intervenção em Gestão de Pessoas com base em competências; implementar o modelo de Gestão de Pessoas. De

2008 a 2018 foram realizadas parcerias de pesquisa com 11 (onze) organizações de diferentes setores e porte.

O segundo estágio, denominado Treinamento, Desenvolvimento e Educação de Pessoas, era composto por uma carga horária total de 300h, sendo 2h de supervisão e 8h de atuação no local de estágio por semana. Os objetivos gerais do estágio são analisar o ambiente organizacional, bem como os aspectos práticos relativos à aprendizagem humana nas organizações e no trabalho, sob a luz das teorias e conceitos da Psicologia Instrucional, Psicologia do Treinamento e POT; propor um Sistema Instrucional de Treinamento, Desenvolvimento e Educação (TD&E). Nesse período, duas parcerias com organizações foram estabelecidas.

O terceiro estágio, Avaliação de Ações Educacionais, com carga horária total de 300h, sendo 2h de supervisão e 8h de atuação no local de estágio por semana, objetiva analisar o ambiente organizacional, bem como o desempenho dos professores e alunos, sob a luz das teorias e conceitos da POT e da Psicologia Instrucional; planejar ações de diagnóstico, avaliação e de intervenção psicossociais em instituições de ensino; construir e/ou adaptar instrumentos de avaliação de ações educacionais; propor o modelo de Avaliação de Ações Educacionais. Nesse período, tivemos uma instituição parceira.

É importante ressaltar que, com a implementação da Reestruturação Curricular do curso de psicologia em 2018, os Estágios de TD&E e Avaliação de Ações Educacionais foram incorporados ao de Gestão de Pessoas I e II.

A partir da análise dos objetivos de cada estágio, pode-se observar que a maioria dos domínios das competências de formação em Psicologia definidas pelas Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação são trabalhados nos estágios de POT. A Tabela 1 apresenta um

exemplo das principais competências desenvolvidas nos estágios e suas respectivas dimensões, segundo classificação proposta por Gondim, Abbad e Bendasolli (no prelo).

Tabela 1. Domínios e competências desenvolvidas nos estágios em POT.

Domínios	Competências desenvolvidas
Teórico-conceitual	Discutir teorias e conceitos da Psicologia Organizacional e do Trabalho, com ênfase no campo de atuação de Gestão de Pessoas.
Inter e intradisciplinar	Realizar análise organizacional junto aos acionistas/diretores e demais colaboradores, visando levantar informações gerais sobre estrutura e ambiente organizacional, bem como informações referentes ao significado do trabalho, expectativas frente ao trabalho, expectativas frente à empresa e variáveis organizacionais que possibilitem investigar a percepção dos colaboradores da empresa quanto às condições gerais de trabalho.
Metodológico	Elaborar instrumentos para atuação estratégica em Gestão de Pessoas com base em competências.
Tecnológico	Oferecer subsídios, na forma de sugestões à administração da empresa, para a implementação de medidas que eliminem e/ou minimizem os eventuais problemas detectados. Propor a construção de um modelo de gestão de pessoas com base em competências.
Ético-moral-relacional	Atuar em equipe de forma ética.

A Tabela 2 apresenta as empresas que firmaram parcerias para a promoção dos estágios, número de estagiários, período oferecido e as principais atividades realizadas em cada estágio. De 2008 a 2018 foram estabelecidas 16 (dezesseis) parcerias com organizações de Ribeirão Preto e região, de diferentes setores e portes, tendo sido realizadas diferentes atividades dentro da área de Gestão de Pessoas. Ao todo, aproximadamente, 63 (sessenta e três) alunos do curso de Psicologia participaram do estágio durante esse período, podendo ser mais alunos, contando com estágios extracurriculares.

Tabela 2
Empresas, Estagiários, Período e Atividades Realizadas

Empresa	No. Estagiários	Período	Atividades
Revest	02	2008-2011	Diagnóstico Organizacional Mapeamento de Competências Organizacionais, Funcionais e Individuais Mapeamento de entregas por unidades Proposta de Modelo de Gestão por Competências
Gigante Produtos Médicos	06	2008-2013	Diagnóstico Organizacional Mapeamento de Competências Organizacionais, Funcionais e Individuais Mapeamento de entregas por unidades Proposta de Modelo de Gestão por Competências Construção de Instrumentos e Roteiros de Recrutamento e Seleção de Pessoas Construção de Instrumentos de Avaliação de Desempenho Reuniões de Negociação intra e inter equipes de trabalho Tarefas rotineiras
Stéfani Nogueira	02	2013-2015	Diagnóstico Organizacional Mapeamento de Competências Organizacionais, Funcionais e Individuais Mapeamento de entregas por unidades Proposta de Modelo de Gestão por Competências Construção de Instrumentos e Roteiros de Recrutamento e Seleção de Pessoas Construção de Instrumentos de Avaliação de Desempenho Reuniões de Negociação intra e inter equipes de trabalho
Grupo de Apoio a Criança com Câncer	06	2012-2015	Diagnóstico Organizacional Mapeamento de Atividades dos Voluntários e das áreas de trabalho Elaboração do Manual do Voluntário Elaboração de Treinamentos de Integração para os Voluntários recém-chegados Mapeamento de Valores Elaboração da Carta de Valores Reuniões intra e inter equipes de trabalho
Grupo Ribeirão Diesel	03	2013-2016	Tarefas rotineiras Recrutamento e Seleção Reuniões com a área de RH
SICOOB	02	2013-2014	Diagnóstico Organizacional Mapeamento de Competências Organizacionais, Funcionais e Individuais Mapeamento de entregas por unidades Proposta de Modelo de Gestão por Competências Construção de Instrumentos e Roteiros de Recrutamento e Seleção de Pessoas Construção de Instrumentos de Avaliação de Desempenho Reuniões de Negociação intra e inter equipes de trabalho Tarefas rotineiras

Tabela 2
Continuação

Empresa	No. Estagiários	Período	Atividades
Imobiliária César Paschoal	02	2014	Diagnóstico Organizacional Mapeamento de Competências Organizacionais, Funcionais e Individuais Mapeamento de entregas por unidades Proposta de Modelo de Gestão por Competências Construção de Instrumentos e Roteiros de Recrutamento e Seleção de Pessoas Construção de Instrumentos de Avaliação de Desempenho Reuniões de Negociação intra e inter equipes de trabalho Tarefas rotineiras
Cantinho do Céu	06	2012-atual	Diagnóstico Organizacional Mapeamento de Competências Organizacionais, Funcionais e Individuais Mapeamento dos Procedimentos Operacionais Construção de Instrumentos e Roteiros de Recrutamento e Seleção de Pessoas Reuniões de Negociação intra e inter equipes de trabalho Tarefas rotineiras
Central Energética Moreno	01	2013-2014	Diagnóstico Organizacional Mapeamento de Competências Organizacionais, Funcionais e Individuais Mapeamento de entregas por unidades Proposta de Modelo de Gestão por Competências
Projeto de Ensino Interdisciplinar Comunitário (PEIC)	14	2010-atual	Diagnóstico Organizacional Avaliação de Ações Educacionais Mapeamento de Atividades dos Voluntários e das áreas de trabalho Elaboração do Manual do Voluntário Elaboração de Treinamentos de Integração para os Voluntários recém-chegados Mapeamento de Valores Elaboração da Carta de Valores Reuniões intra e inter equipes de trabalho
Hemocentro de Ribeirão Preto	04	2012-2015	Diagnóstico Organizacional Mapeamento de Atividades dos Voluntários e das áreas de trabalho Elaboração do Manual do Voluntário Elaboração de Treinamentos de Integração para os Voluntários recém-chegados Mapeamento de Valores Elaboração da Carta de Valores Reuniões intra e inter equipes de trabalho
Empresa Ouro Fino Ltda.	02	2014-2015	Recrutamento e Seleção: realização de avaliação psicológica, aplicação e correção de testes psicológicos, entrevistas de seleção, seleção por competências Programa de Estagiários Atividades relacionadas a Treinamento e Desenvolvimento Atividades relacionadas a integração de novos funcionários

Tabela 2
Continuação

Empresa	No. Estagiários	Período	Atividades
Shopping Iguatemi	02	2015-2016	Recrutamento e Seleção: realização de avaliação psicológica, aplicação e correção de testes psicológicos, entrevistas de seleção, seleção por competências Programa para contratação de Pessoas com Deficiência Atividades relacionadas a integração de novos funcionários
Sermatec	01	2014	Recrutamento e Seleção: realização de avaliação psicológica, aplicação e correção de testes psicológicos, entrevistas de seleção, seleção por competências Avaliação de Desempenho Atividades relacionadas a Treinamento e Desenvolvimento
Hospital São Lucas	02	2017	Recrutamento e Seleção: realização de avaliação psicológica, aplicação e correção de testes psicológicos, entrevistas de seleção, seleção por competências Atividades Administrativas
Supera Incubadora de Empresas	04	2016-atual	Mapeamento de Competências Gestão por Competências Avaliação de Desempenho Levantamento de Necessidades de Treinamento Estruturação do processo de recrutamento e seleção
Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)	04	2016- atual	Levantamento de Necessidades de Treinamento Implementação do processo de Teletrabalho Atividades rotineiras

Neste período, verifica-se um predomínio das atividades de Recrutamento e Seleção, o que corrobora a literatura de que o núcleo clássico e tradicional que caracteriza o trabalho dos psicólogos no campo da gestão de pessoas está em ações de recrutamento e seleção de pessoal. A avaliação psicológica orientada para identificar candidatos adequados para um determinado cargo mostrou-se a atividade central, seguida por ações de treinamento e qualificação para o trabalho. Contudo, principalmente nos anos iniciais de oferta de estágios da FFCLRP/USP, houve um esforço por parte das supervisoras para que fossem realizados projetos nos estágios que envolvessem atividades relacionadas a outros subsistemas e de diagnóstico organizacional, visando possibilitar aos alunos a atuação em outros níveis, tais como como o estratégico bem como a participação nas reuniões políticas das organizações parceiras, evitando apenas parcerias que determinavam apenas atividades rotineiras na área.

A atuação dos estagiários no estágio de Gestão de Pessoas também aponta a possibilidade de realizar outras atividades na área. O fato da atividade Gestão por Competências e Mapeamento de Competências ter sido realizada em várias organizações sinaliza mudanças na atuação prática do psicólogo em POT. O estagiário tem possibilidades de atuar no nível de intervenção técnico e também estratégico, sendo que neste, as intervenções tendem a promover impactos significativos para os indivíduos e para a organização, a médio e longo prazo, em termos de mudanças na gestão e forma de trabalhar.

De 2008 a 2017, a supervisão dos estágios em Gestão de Pessoas era realizada individualmente e semanalmente. As reuniões de supervisão exigiam leitura sobre os temas específicos que estavam sendo desenvolvidos nos estágios, buscando debater e relacionar teoria e prática. Tais discussões eram entremeadas por relatos das atividades e desafios enfrentados pelo(a) estágiário(a).

Em 2018, com a transformação do estágio para disciplina-estágio, as supervisões passaram a ser realizadas em grupo. A cada semana um estagiário apresentava um texto relacionado a um tema de interesse para o estágio e, após esta apresentação, todos os estagiários relatavam as atividades realizadas, os desafios enfrentados e as possíveis dúvidas. Uma dos pontos positivos da supervisão conjunta diz respeito à possibilidade de estabelecer relações a partir do relato do outro com a sua própria experiência, o que contribui para que o estudante seja capaz de também realizar análises integradas no seu campo de atuação profissional.

Ilustrações de Atividades Desenvolvidas: Relatos dos Alunos

A partir da análise de conteúdo dos Relatórios de Estágio entregues pelos alunos ao final do estágio, durante o período de 2008 a 2018, foram identificadas as principais competências que

na visão deles foram desenvolvidas durante o estágio: i) flexibilidade para adequar o trabalho exigido à rotina dos funcionários; ii) conhecimento em informática, principalmente Excel; iii) capacidade de gerenciar conflitos; iv) capacidade de cobrar prazos e entregas; v) mostrar para a equipe a pertinência de suas propostas; vi) avaliar e comunicar os resultados de seus projetos.

Por meio do relato dos alunos também foi possível identificar as dimensões apresentadas anteriormente e suas respectivas competências, desenvolvidas ao longo do estágio. A partir do relato de estagiários, apresentados a seguir, verifica-se que a dimensão teórico-conceitual foi trabalhada durante o estágio, e que por meio do desenvolvimento de competências relativas a tal dimensão foi possível aplicar ações de intervenção no contexto organizacional. A dimensão tecnológica aparece, na maioria dos relatos, atrelada à dimensão teórico-conceitual. Na visão dos estagiários, é necessário ter domínio teórico-conceitual para poder planejar e propor intervenções no contexto organizacional.

> *Considero que o estágio teve grande importância para minha formação, me permitindo a inserção como estagiária de psicologia no ambiente organizacional. O contato com a prática me trouxe reflexões sobre o comportamento humano nesse contexto e as práticas e ações de Gestão de Pessoas da empresa. Tal experiência me possibilitou a aquisição de conhecimentos e habilidade profissionais importantes, e possibilitou o desenvolvimento de pequenas ações de intervenção para a manutenção e melhoria dos processos de RH. (Giovanna).*

> *A experiência dentro desse estágio foi extremamente enriquecedora para minha graduação e possibilidades de atuação futura como psicóloga organizacional. A prática permitiu compreender os processos aprendidos nas disciplinas, pensar em melhorias e também possibilitou a confrontação entre idealizações de processos e a realidade existente nas empresas da região*. O *embasamento teórico proporcionou o pensamento crítico da atuação do psicólogo na prática, a fim de propor melhorias e projetos que visem à otimização dos processos de Recursos Humanos na organização. (Katherine).*

A dimensão metodológica também é citada pelos estagiários, sendo que a experiência de estágio possibilitou identificar a importância de analisar cada contexto, a fim de propor a criação ou adoção de instrumentos adequados a cada necessidade.

> *A prática me mostrou que os instrumentos devem ser propostos de acordo com as necessidades e interesses da empresa, e que o trabalho em equipe é muito importante para um desempenho satisfatório. (Nayara).*

> *O estágio na área de Psicologia Organizacional e do Trabalho dentro de uma empresa brasileira de grande porte representou a consolidação do meu desejo em seguir carreira neste campo. Foi um primeiro contato com o ambiente corporativo e com os processos que subjazem os subsistemas de Gestão de Pessoas, por meio do qual pude colocar em prática tudo o que havia aprendido somente em teoria durante a trajetória acadêmica. Tratou-se um período de consolidação dos conceitos estudados e de transição para a vida profissional, onde desenvolvi competências imprescindíveis para o bom desempenho no trabalho futuro, dentre as quais posso citar, em especial, o recrutamento e seleção de pessoal, bem como ações de treinamento, desenvolvimento e educação. Outro ponto importante envolveu o desenvolvimento de instrumentos eficientes para coleta e armazenamento de dados importantes para a realização de diagnósticos voltados à Gestão de Pessoas. A geração de indicadores para medição da eficácia dos processos foi um grande diferencial desta experiência de estágio, pois é algo que o mercado demanda, para que seja possível realizar análises objetivas e planos de melhorias contínuas. Assim sendo, para além da vivência de acompanhamento aos processos que abarcam a prática profissional dentro de uma organização, o estágio pôde desenvolver competências voltadas à importância do entendimento do negócio, de forma criativa e crítica. (Francisco).*

A dimensão intra e inter disciplinar aparece diversas vezes nos relatos dos estagiários, como tendo uma grande importância para a atuação do psicólogo na área. Tal dimensão também se mostra importante na resolução de conflitos e na necessidade de mostrar à equipe a

pertinência das propostas sugeridas pelo psicólogo, o que exige adequação da linguagem e domínio de conhecimentos de outras áreas, como a administração e a engenharia.

> *Acho que foi um estágio que me proporcionou uma formação bastante abrangente, por ser realizado em um ambiente em que eu era a única profissional de Psicologia e tive que explicar temas de Gestão de Pessoas, adaptando a linguagem, para ser melhor compreendida e para que a importância do meu trabalho fosse reconhecida. Além disso, realizei atividades diversas, propus modos diferentes de realizá-las e resolvi muitas questões de imediato, buscando informações de forma autônoma. (Leticia).*

> *A partir das entrevistas, percebi a importância da realização em conjunto da psicóloga com o gestor da área para que consiga as informações dos colaboradores tanto em termos técnicos quanto comportamentais. (Isabela).*

> *Trabalhar como estagiária em uma organização externa foi de fundamental importância para a expansão de competências vitais para a real atuação profissional, que não são treinadas ou reforçadas no ambiente protegido da academia. O necessário compartilhamento de um mesmo ambiente de trabalho com outras pessoas, de históricos diversos e visões de mundo por vezes destoantes do que se toma por comum, faz com que seja imprescindível desenvolver um real senso de trabalho em equipe. Durante o estágio, percebe-se que competências de negociação e diplomacia são indispensáveis para o bom funcionamento da unidade de trabalho e para realizar as entregas necessárias. Afinal, o ser profissional não é restrito a estabelecer metas de trabalho, dividir tarefas, cumprir prazos e entregar resultados, competências estas cobradas de forma corriqueira na academia, mas também demonstrar adaptabilidade para se inserir na cultura da organização, flexibilidade frente a demandas urgentes e emergentes da organização e de grupos de trabalho, abertura para*

negociações e críticas, e – talvez a competência mais relevante do psicólogo no ambiente de trabalho, embora não praticada cotidianamente – assertividade para reafirmar a importância das contribuições que podemos trazer ao ambiente e às organizações a partir da Psicologia Organizacional e do Trabalho. (Ester).

Considerações Finais: Resultados e Desafios

Os principais resultados obtidos no estágio de Gestão de Pessoas são: i) desenvolvimento de competências profissionais nos alunos, necessárias para atuação como psicólogo na área de POT; ii). contratação dos estagiários ao término do contrato de estágio; iii) continuidade da formação no programa de pós-graduação em POT da FFCLRP-USP. Diversos alunos que realizaram o estágio decidiram prosseguir sua formação em POT, o que auxilia na formação de docentes e pesquisadores que possam disseminar o conhecimento de qualidade produzido na área conquistas dos egressos de uma posição de trabalho na área de POT e/ou continuidade da formação no programa de pós-graduação na área, iv) conquistas de egressos de uma posição de trabalho na área de POT, em empresas diferentes às da realização do estágio. Há vários alunos que hoje estão inseridos em grandes empresas e instituições e atuando na área de POT, tais como, 3M do Brasil, Johnson & Johnson do Brasil, Nestlé S.A, Núcleo de Assessoria Técnica Psicossocial (NAT) do Ministério Público do Estado de São Paulo, Shopping Iguatemi, Empresa Ouro Fino Saúde Animal Ltda, entre outras.

O estágio também apresenta resultados para a sociedade, pois a maioria das organizações parceiras não poderia ter acesso a serviços de Gestão de Pessoas de qualidade, se estes não fossem oferecidos via estágio. Verifica-se que nos últimos anos tem aumentado a oferta de estágios para os alunos de Psicologia da Universidade de São Paulo, devido ao aumento da

demanda das empresas em receber os estagiários, o que pode ser atribuído aos resultados positivos que a atuação do psicólogo na área tem trazido para as organizações parceiras.

Com a reestruturação curricular, o estágio Gestão de Pessoas será transformado em disciplina-estágio, o que irá demandar modificações no planejamento, no acompanhamento e na avaliação dos estágios. Dentre as principais alterações estão previstas a realização de supervisões conjuntas e o melhor alinhamento da teoria à prática, por meio de leituras e discussão, nos grupos de supervisão, da literatura nacional e internacional que está sendo objeto de intervenção de cada estagiário. A respeito das avaliações será implementado, para todas as disciplinas do curso de Psicologia a partir de 2018, um sistema de avaliação dos estágios. Segundo Zerbini et al. (no prelo), a etapa de avaliação em situações de estágio constituiu um desafio, sendo importante definir formas de mensurar objetivamente a aprendizagem dos alunos; verificar se as competências foram de fato desenvolvidas, e adotar procedimentos avaliativos adequados e pertinentes para avaliação de estágios profissionalizantes em Psicologia, mais especificamente na área de POT.

Referências

Abbad, G. S. (2016). *Mesa Redonda Institucional. Mesa institucional SBPOT - Competências e exercício profissional em POT*. VIII Congresso Brasileiro de Psicologia Organizacional e do Trabalho. Anais do Congresso.

Abbad, G. S., & Mourão, L. (2010). Competências profissionais e estratégias de qualificação e requalificação. In A. V. B. Bastos, & S. M. G. Gondim (Eds.). *O trabalho do psicólogo no Brasil* (pp. 380-401). Porto Alegre, RS: Artmed.

Borges-Andrade, J. E., & Zanelli, J. C. (2014). Psicologia e Produção de Conhecimento em Organizações e Trabalho. In J. C. Zanelli; J. E. Borges-Andrade & A. V. B. Bastos (Orgs.), *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil 2ª. Edição* (pp. 583-608). Porto Alegre: Artmed.

Gondim, S. M. G., Abbad, G. S. & Bendassolli, P. (no prelo). Estágio como eixo central da articulação entre teoria, produção de conhecimento e prática profissional. In Gondim, S. M. G., Zerbini, T., Borges-Andrade, J. E., Abbad, G. S., & Peixoto, A. L. (no prelo). *Estágios e atividades práticas em psicologia organizacional e do trabalho: Manual de orientação para docentes-supervisores*. Porto Alegre, RS: Artmed.

Gondim, S. M. G., Bastos, A. V., & Borges-Andrade, J. E. (2010). As mudanças no exercício profissional da psicologia no Brasil.: o que se alterou nas duas últimas décadas e o que vislumbramos a partir de agora. In A. V. B. Bastos, S. M. Gondim & colaboradores. *O Trabalho do Psicólogo no Brasil* (pp. 419-444). Porto Alegre: ArtMed.

Gondim, S. M. G., Bastos, A. V., & Peixoto, A. L. (2010). Áreas de atuação, atividades e abordagens teóricas do psicólogo brasileiro. In A. V. B. Bastos, S. M. Gondim & colaboradores. *O Trabalho do Psicólogo no Brasil* (pp. 174-197). Porto Alegre: ArtMed.

Zanelli, J. C., Bastos, A. V. B. & Rodrigues, A. C. A. (2014). Campo Profissional do Psicólogo em Organizações e no Trabalho. In J. C. Zanelli, J. E. Borges-Andrade, & A. V. B. Bastos (Orgs.), *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil - 2ª. Edição* (pp. 549-582). Porto Alegre: Artmed.

Zerbini, T. (2017). *Avaliação e Efetividade de Ações Educacionais ofertadas a Distância*: *Importância, Resultados de Pesquisa e Tendências*. Tese de Livre-Docência. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo.

Zerbini, T., Peixoto, A. L., Mourão, L., & Greghi, M. (no prelo). Acompanhando e avaliando as atividades de estágio. In Gondim, S. M. G., Zerbini, T., Borges-Andrade, J. E., Abbad, G. S., & Peixoto, A. L. (no prelo). *Estágios e atividades práticas em psicologia organizacional e do trabalho: Manual de orientação para docentes-supervisores.* Porto Alegre, RS: Artmed.

Algumas Publicações dos Autores Relacionadas à Atividade de Estágio

Alonso, W. C., Umekawa, E. E. R., Zerbini, T. (2011). Experiência de Estágio em Gestão de Pessoas no Interior de São Paulo. In Anais do VII Congresso Norte Nordeste de Psicologia, 2011, Salvador. VII CONPSI.

Cesnik, V. M., Campos, C. R., Palácio, M. B., Tiveron, J. Dal Ponte, & Zerbini, T. (2011). Gestão de Pessoas de uma Organização Hospitalar: em busca da Promoção de Saúde dos Profissionais e da Organização. In Anais do II Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde e I Congresso Ibero-Americano de Psicologia da Saúde. São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia da Saúde.

Cesnik, V. M., & Zerbini, T. (2016). Gestão de pessoas por competências em um hospital filantrópico. In VII Congresso Brasileiro de Psicologia Organizacional e do Trabalho, Brasília. Brasília: SBPOT, v. 1. p. 333-334.

Cordeiro, A. L. T., Cardoso, F. C. R., Dias, K. J., & Zerbini, T. (2011). Gestão de Desempenho: Proposta de Metodologia para o Cargo de Gerente de Obras de uma Empresa Ribeirão-Pretana

de Construção Civil. In Anais do II Congresso Iberoamericano de Psicologia das Organizações e do Trabalho, 2011, Florianópolis.

Martins, L. B., Corder, A. P. U., Matsumoto, D. G., Zerbini, T. (2010). Estágio em Treinamento, Desenvolvimento e Educação de Pessoas: um relato de experiência na Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. In Anais do IV Congresso Brasileiro de Psicologia Organizacional e do Trabalho, São Bernardo do Campo.

Matsumoto, D. G., Rodrigues, C. M., Oliveira, D. S., Balarini, F. B., Otuka, L. K., Gomes, M. F., Pavan, M., Amorim, M. F., & Zerbini, T. (2009). Gestão de Pessoas por Competência: análise de uma empresa do ramo eletro-médico brasileiro. In Anais da XXXIX Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia, Goiânia, v. 1. p. 632-633.

Pavan, M., Scaglia, A. P., Fernandes, L., Leao, E. A., Zerbini, T. (2010). Estágio em Gestão de Pessoas: Relato de Experiência em duas Empresas de Médio Porte em Ribeirão Preto/SP. In IV Congresso de Psicologia Organizacional e do Trabalho (CBPOT), São Bernardo do Campo.

Scaglia, A. P., Pavan, M., & Zerbini, T. (2009). Percepção de Suporte Organizacional e Social em uma empresa do interior de São Paulo. In Anais da XXXIX Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia, Goiânia, v. 1. p. 626-627.

Zanca, C. G., Rodrigues, M. C., Souza, M. F., Putti, M., Vasques, R., Silva, R. L. S., & Zerbini, T. (2010). Análise do setor de Gestão de Pessoas de uma concessionária de grande porte do interior

de São Paulo. In XL Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia, Curitiba, v. 1. p. 624-625.

Pavan, M., Scaglia, A. P.,Zerbini, T. (2009). Clima Organizacional em uma empresa de pequeno porte de Ribeirão Preto/SP. In Anais da XXXIX Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia, 2009, Goiânia, v. 1. p. 630-631.

Pavan, M., Scaglia, A. P., Zerbini, T. (2009). Percepção de Justiça de Procedimentos e Distributiva em uma empresa de pequeno porte de Ribeirão Preto/SP. In Anais da XXXIX Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia, 2009, Goiânia, v. 1. p. 628-629.

INSERÇÃO DA DIVERSIDADE SEXUAL E DE GÊNERO NO ITINERÁRIO FORMATIVO DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA: O TRABALHO DO GRUPO VIDEVERSO

Manoel Antônio dos Santos
Érika Arantes de Oliveira-Cardoso
Lúcia Barcelos de Souza
Eduardo Name Risk
Pedro Ernesto Rodrigues Maçaranduba

Este capítulo tem por objetivo descrever a trajetória do Grupo de Ação e Pesquisa em Diversidade Sexual e de Gênero - VIDEVERSO e o estágio profissionalizante que nasceu no movimento de sua criação, em 2005. Pretende-se discorrer sobre a estrutura e funcionamento institucional do estágio *Intervenções psicológicas inovadoras: Atuação psicológica em diversidade sexual e de gênero*.

Com mais de uma década de existência e resistência, o VIDEVERSO tem contribuído para a formação de quadros profissionais para atuação junto aos processos de subjetivação das diferenças no âmbito do gênero e da sexualidade. Historicamente, esse tema tem sido tacitamente negado ou, na melhor das hipóteses, relegado à insignificância na grade curricular dos cursos de graduação em Psicologia – ou, quando muito, aparece de forma distorcida e encoberto por discursos ideológicos que reforçam estereótipos e alimentam a LGBTfobia, ou se resumem a platitudes bem ou mal-intencionadas.

Inspirado pela necessidade de romper com as perspectivas essencialistas e os discursos patologizantes, este ensaio pretende contribuir com reflexões centradas na necessidade de problematizar os saberes e as práticas em Psicologia, com vistas a subsidiar ações e intervenções

direcionadas à saúde da população de lésbicas, *gays*, bissexuais e transexuais - LGBT. Em especial, espera-se oferecer diretrizes para nortear o itinerário formativo dos estagiários do curso de graduação nesse campo, a partir de experiências consolidadas no referido estágio.

Cenário Político-Social: Travessias e Atravessamentos

Se desde a década de 1960 houve uma série de modificações no plano dos costumes, da compreensão das orientações afetivo-sexuais e das relações de gênero, a partir dos desdobramentos do movimento feminista, da difusão de discursos psicanalíticos, do movimento da contracultura, da literatura de autoajuda, dentre outros fatores (Giddens, 2011), o final do século XXI assistiu à profusão de políticas identitárias que clamam por representatividade com base na enunciação idiossincrática de diferenças relacionadas à raça, à etnia, à sexualidade, ao gênero, dentre outras.

A proliferação de discursos afirmadores das diferenças lança luz sobre a heterogeneidade dos modos de vida que caracterizam a pós-modernidade e, concomitantemente, os modifica de forma positiva, visto que a sociedade democrática prima por ser espaço "de divergência entre diferentes perspectivas e valores" (Miskolci, Leite Jr., & Jurado, 2014, p. 10). Ainda que mudanças sociais, culturais e políticas das últimas décadas, incluindo revisões sobre o tema na literatura médica, tenham questionado o suposto e pernicioso elo entre homossexualidade e doença, acontecimentos recentes evidenciam a persistência de imprecações preconceituosas contra as diferenças relacionadas às expressões da sexualidade e da identidade de gênero no âmbito político, social e cultural (Balieiro & Risk, 2014). Na clínica psicológica praticada nos hospitais, nas unidades básicas de saúde e nos ambulatórios, estagiários e profissionais de Psicologia frequentemente se deparam com atitudes preconceituosas nesse âmbito e que exigem

lastro teórico e prático que tem sido sistematicamente ignorado pelas disciplinas e experiências didáticas tradicionalmente proporcionadas pelos currículos de graduação na área da saúde.

No que tange às classificações correntes na literatura médica, apenas em 1973 a homossexualidade foi suprimida como categoria diagnóstica da classificação internacional dos transtornos mentais estabelecida pela influente Associação Americana de Psiquiatria. Em 1975, a Associação Americana de Psicologia (*American Psychological Association* - APA) adotou a mesma posição e apenas em 1990, em face à atualização da Classificação Internacional de Doenças (CID), a Organização Mundial de Saúde (OMS) finalmente excluiu a homossexualidade do rol das doenças mentais.

Do ponto das normativas éticas que regulam o exercício profissional, o Conselho Federal de Psicologia (CFP), com base na Resolução No. 1/1999 (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 1999), determinou que psicólogos não devem colaborar com serviços de "cura" ou de "tratamento" da homossexualidade. A linha de raciocínio que fundamenta tal resolução é cristalina: não pode haver proposição de cura para aquilo que não é doença, ou seja, para o que é considerado uma expressão do desejo e da sexualidade.

Em 2018, decorridos quase 20 anos desde a Resolução No. 1/1999, um novo documento emitido pelo CFP (Resolução No. 1/2018) oferece orientação ética para a atuação da Psicologia no campo da identidade de gênero. Fundamentada na concepção de que identidade de gênero é fruto da experiência de cada um(a) e que nem sempre corresponde ao sexo biológico ou com o qual se foi designado ao nascimento, o CFP deliberou que psicólogos(as) devem contribuir para a supressão dos preconceitos contra pessoas transexuais e travestis, bem como não devem colaborar com qualquer prática que se proponha, a partir de uma perspectiva patologizante, a realizar a readequação da identidade de gênero do referido grupo (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2018).

Atuação da Psicologia na Diversidade Sexual e de Gênero: o Grupo VIDEVERSO

Com o intuito de contribuir com a formação de quadros profissionais para atuar nesse âmbito, em 2005 foi fundado o VIDEVERSO: Grupo de Ação e Pesquisa em Diversidade Sexual e de Gênero (Figura 1), criado pelo Prof. Manoel Antônio dos Santos e por Murilo dos Santos Moscheta, doutorando na época. Também participaram ativamente dos primeiros tempos de atuação do VIDEVERSO a psicóloga Jucely Cardoso Santos e o Prof. José Urbano Brochado Júnior, entre outros psicólogos, professores, pós-graduandos e estagiários do curso de Psicologia que elegeram como objeto de seu trabalho e estudo questões atinentes às diferenças no âmbito da sexualidade e do gênero (Santos, Brochado Jr., & Moscheta, 2007).



Figura 1. Logotipo do grupo.

O VIDEVERSO, desde sua fundação, está formalmente inserido no Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-CNPq) do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). O estágio *Intervenções psicológicas inovadoras: Atuação psicológica em diversidade sexual e de gênero* é direcionado a alunos(as) do 4º e 5º anos de graduação em Psicologia. Desenvolvido junto à Clínica Psicológica do Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada (CPA) e às organizações não-governamentais do município de Ribeirão Preto-SP que atuam na proteção dos direitos da

população LGBT, o estágio está alinhado à perspectiva da psicologia sociocomunitária. Contempla desde atendimento individual, no modelo psicoterapêutico, até grupo de discussão sobre diversidade sexual na comunidade, grupo de mães de filhos homossexuais, grupo de casais do mesmo sexo, organização de seminários, simpósios e jornadas em diversidade sexual, ministração de palestras em escolas, participação em eventos científicos, entre outras atividades de extensão universitária. Esse estágio conta com a colaboração de psicólogos e pós-graduandos do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP-USP. Atualmente, é supervisionado pela Dra. Érika Arantes de Oliveira Cardoso e pela Dra. Lícia Barcelos de Souza, psicólogas do Departamento de Psicologia da FFCLRP-USP.

Entre as principais fontes que inspiraram o VIDEVERSO em suas origens está o trabalho do Grupo Corsa - Cidadania, Orgulho, Respeito, Solidariedade e Amor, uma associação civil sem fins lucrativos fundada em 1995 com a missão de defender os direitos civis e humanos da população LGBT, sediado na cidade de São Paulo. Essa organização teve um papel crucial na história do movimento homossexual no Brasil. Tomaso Bersosi, um de seus líderes, esteve por várias vezes com representantes do VIDEVERSO em Ribeirão Preto-SP auxiliando na organização das atividades do grupo. O Corsa teve uma participação de destaque na 1ª Jornada em Diversidade Sexual, ocorrida em 2006, promovida pelo VIDEVERSO no *campus* de Ribeirão Preto-SP da Universidade de São Paulo, outras quatro jornadas aconteceriam nos anos subsequentes. Além disso, forneceu apoio e supervisão técnica para a implantação do grupo de casais do mesmo sexo, fundamentado na psicologia sociocomunitária e coordenado pela psicóloga Jucely. Esse grupo reunia casais de homens *gays* e de mulheres lésbicas em encontros quinzenais, realizados aos domingos à tarde na comunidade.

Assim, o VIDEVERSO promovia atividades regulares abertas a todas as pessoas interessadas, principiando com o grupo de casais, no qual eram compartilhadas informações

psicológicas, jurídicas e de saúde, e o grupo de mães de filhos com vivência homossexual (Santos et al., 2007), no qual eram socializadas experiências entre famílias com membros homossexuais. Conforme mencionado, essas atividades se inspiraram no trabalho desenvolvido pelo Grupo CORSA, assim como na ideia de promover encontros de socialização e exibição/discussão de filmes. O grupo de casais seria posteriormente redimensionado, passando a ser intitulado Grupo da Diversidade (Oliveira & Santos, 2014), com uma proposta de agregar todas as pessoas interessadas em discutir relacionamentos afetivos e sexuais na contemporaneidade, independentemente de suas orientações sexuais.

Em síntese, inicialmente as atividades de extensão voltaram-se para o atendimento à comunidade a partir de grupos de apoio, psicoterapia individual, oficinas, seminários e jornadas. Atualmente, no campo da pesquisa, o VIDEVERSO agrega alunos de iniciação científica, mestrado, doutorado e pesquisadores que realizam estudos sobre gênero e sexualidade. No âmbito das atividades de extensão universitária, conta com reuniões quinzenais abertas à comunidade acadêmica em geral, com programação estabelecida no início de cada semestre letivo. Nessas reuniões, com duração de 1h30, são discutidos artigos científicos, filmes, obras literárias, pesquisas em andamento no LEPPS e aspectos da prática profissional na área da saúde para a população LGBT. Além de contribuir para a formação profissional por meio do estágio oferecido aos estudantes de Psicologia.

Desse modo, o VIDE começou executando projetos de intervenção social junto à população LGBT, concentrando esforços na formação do estudante de Psicologia para atuação em diversidade sexual e de gênero. Congruente com essa reorientação das atividades do grupo, o serviço de atendimento psicológico atrelado ao estágio e ao VIDEVERSO passou a ter um espaço destacado. Esse serviço é coordenado pela Dra. Érika Arantes de Oliveira Cardoso, em

parceria colaborativa com a Dra. Lícia Barcelos de Souza, ambas psicólogas do Departamento de Psicologia da FFCLRP-USP.

Sexualidade e Prática Profissional em Psicologia: Aspectos Teóricos

As práticas psicológicas no âmbito da sexualidade são tributárias do conjunto de saberes médicos, pedagógicos e governamentais instalados no remoto século XVIII e que conformaram o que Foucault denomina de dispositivo de sexualidade – um conjunto de estratégias que visa a administrar a sexualidade, regulá-la e moldá-la conforme "sistemas de utilidade" para alcançar determinado padrão (Foucault, 1976/2009). Crucial para a demarcação dos contornos desse dispositivo, no século XIX surge no discurso biomédico a figura do homossexual, esse novo sujeito social então considerado uma personagem de "natureza específica" em que "nada daquilo que ele é, no fim das contas, escapa à sua sexualidade" (p. 43). Os saberes médicos passaram a sustentar que qualquer conduta, identidade e desejo que não fossem coerentes com o padrão sexual instituído deveriam ser consideradas doentias. Ao patologizar a homossexualidade, a heterossexualidade foi alçada como condição esperada, natural e saudável da sexualidade (Miskolci, 2009a).

Embora a psicanálise tenha colocado a sexualidade como categoria estruturante do funcionamento psíquico, inclusive inscrevendo-a ousadamente na infância, a apropriação de suas teorias passou pela lógica heteronormativa presente na racionalidade médica. Assim, os pressupostos psicanalíticos foram enquadrados segundo uma concepção naturalizada da heterossexualidade, instituída como norma e condição previsível para as expressões do desejo e das práticas afetivos-sexuais.

Na passagem do século XX para o XXI, diferentes áreas das ciências humanas passaram a questionar esses postulados, inspiradas pela onda crítica dos estudos *queer*, corrente intelectual inaugurada nos Estados Unidos no final dos anos 1980. As/os acadêmicas(os) da perspectiva *queer* põem em xeque a noção de identidade como categoria coerente e natural, capaz de determinar as expressões do gênero e da sexualidade de modo linear (Penedo, 2008). A partir do *queer* é possível refletir se seria possível romper com as renitentes noções estigmatizadoras sobre homossexualidade, bissexualidade, transexualidade e travestilidade, que se ouvem cotidianamente nos corredores da academia e dos serviços de saúde.

Para Porchat (2011), na prática clínica é comum que pacientes homossexuais – expressão utilizada pela autora – se queixem de dificuldades no relacionamento com os pares e membros da família, além de trazerem relatos de culpa, baixa autoestima e sentimento de inadequação social. A autora sustenta que não se pode trabalhar com definições dadas de antemão sobre homem, mulher, homossexualidade, devendo-se perguntar: o modo como o paciente define sua sexualidade é semelhante à concepção do profissional que o atende? A sexualidade seria fruto do desejo, da prática sexual, ou de ambos? Qual o peso que os marcadores sociais da diferença teriam sobre essa nomeação, considerando-se que as desigualdades sociais são produto das relações estabelecidas entre os indivíduos? Esses questionamentos devem ser formulados tanto pelo estagiário(a) quanto pelo psicólogo(a) ao longo de sua formação e diante dos casos que atende. Fundamentada em Butler, Porchat propõe que a clínica se preste a escutar relatos e formas de vida abjetas, isto é, que ultrapassam aquilo que é socialmente esperado de cada um(a) no que tange ao gênero e à sexualidade.

Psicólogos(as) inspirados nos estudos *queer* não têm a pretensão de que, ao ouvirem as queixas, dores e claustros de seus pacientes, conseguirão auxiliá-los a superar os desígnios da heteronormatividade, pois, como sentenciou Foucault (1976/2009), a resistência brota do

interior das relações de poder, ainda que as confronte e as recuse. Em outras palavras, a clínica pode contribuir como elemento de resistência às amarras do poder, como ponto de inflexão que auxilia o sujeito a organizar seus recursos frente às agruras do cotidiano, no entanto, a prática profissional do psicólogo, como qualquer outra, é limitada pela natureza difusa e insidiosa das relações de poder. Butler (2014) corrobora o ponto de vista foucaultiano a esse respeito, ao defender que as normas de gênero podem ser transgredidas ou mesmo remodeladas por meio de práticas, modificações corporais, entre outras estratégias de resistência, no entanto, aquelas(es) que as violam comumente são desqualificados e tachados por meio de uma infinidade de códigos regulatórios de natureza pedagógica, legal, médica, dentre outros, que condicionam concretamente suas vidas.

No campo da prática profissional, fundamentada no construcionismo social e nos estudos *queer*, Tilsen (2013) afirma que, ao atender adolescentes que não se coadunam com o padrão heterossexista, ouviu relatos não apenas de desqualificações e preconceito como também queixas sobre certa "polícia" LGBT, que afirma: "você é muito *gay*" ou "você não é *gay* o suficiente". Como observou Miskolci (2009b), a heteronormatividade não é apanágio dos heterossexuais, pois se constitui como dispositivo que conforma práticas e discursos direcionados a qualquer pessoa, independentemente de sua orientação sexual. Para Tilsen, o terapeuta deve manter postura livre de julgamento e reagir sem hesitações diante de relatos sobre a sexualidade, o que exige avaliar seus próprios valores, sentimentos e ideias sobre o tema, para que se certifique até que ponto ele se sente confortável em transitar por esse caminho.

No início da presente década, a seção 44 da APA publicou um conjunto de diretrizes para o atendimento de *gays*, lésbicas e bissexuais. O documento referenda posição adotada em 1975 pela instituição que representa a categoria de psicólogos e psicólogas nos Estados Unidos, ao apontar que a atração pelo mesmo sexo, assim como os sentimentos e comportamentos dela

decorrentes são variações comuns da sexualidade humana. Uma vez fixada essa posição da entidade de classe, cabe ao profissional de Psicologia auxiliar o paciente na organização de recursos psicossociais para incrementar seu senso de segurança e reduzir níveis de estresse decorrentes do preconceito e da estigmatização relacionada à orientação sexual. As orientações da APA visam a facilitar e aperfeiçoar a prática profissional nesse campo, bem como oferecer insumos para suas áreas de aplicação: pesquisa, avaliação psicológica, educação, treinamento, dentre outras. A normativa defende ainda que o(a) psicólogo(a) se empenhe para compreender as experiências, singularidades e mudanças relacionadas ao exercício da parentalidade por *gays*, lésbicas e bissexuais, de modo a eliminar discriminações baseadas na orientação sexual com relação à adoção, abrigamento de crianças, custódia, visita e serviços de reprodução assistida. A APA também é incisiva ao estabelecer que, diante dos vieses e das informações precárias a respeito da sexualidade, que circulam entre os profissionais dos serviços de saúde, educação e bem-estar social, dentre outros, o(a) psicólogo(a) deve problematizar os saberes, além de prover informações acuradas e científicas ao atuar junto aos pais, crianças, instituições e organizações (American Psychological Association [APA], 2012).

Apresentados os pressupostos teóricos e os desafios que norteiam a atuação do VIDEVERSO, a seguir será descrita a estrutura e o funcionamento institucional do estágio a ele vinculado.

Objetivos do Estágio

O estágio *Intervenções psicológicas inovadoras: Atuação psicológica em diversidade sexual e de gênero* tem como objetivos:

(a) Propiciar ao estagiário a oportunidade de entrar em contato com a atuação profissional em intervenção psicológica inovadora, capaz de compreender a diversidade sexual e de gênero a partir de uma perspectiva despatologizada e não estigmatizante;

(b) Fornecer subsídios para o desenvolvimento da identidade do(a) psicólogo(a) que irá atuar junto a comunidades específicas, utilizando recursos clínicos tradicionais e desenvolvendo formas criativas de intervir e conviver com a diferença.

De modo específico, pretende-se:

(a) oferecer ao(à) estagiário(a) oportunidade para aplicação de conhecimentos da psicoterapia de orientação psicanalítica de modo a verificar seus limites e alcances;

(b) contribuir para melhor compreensão dinâmica e clínica dos aspectos emocionais, sociais e familiares envolvidos na diversidade sexual e de gênero;

(c) aprofundar o conhecimento sobre os estudos *queer*, além de outras teorias que questionam as polarizações e categorizações sexuais, permitindo abordagem mais ampla e complexa da sexualidade;

(d) estimular a reflexão crítica sobre a natureza da tarefa, o papel e as funções do(a) psicólogo(a) que atua junto à comunidade e, em especial, junto à comunidade LGBT;

(e) estimular a discussão e reflexão crítica sobre os princípios éticos envolvidos no atendimento psicológico, como as noções de sigilo profissional, intimidade psíquica e respeito à singularidade e às diferenças, bem como a necessidade de assumir posicionamento ético-político frente aos modelos de atenção psicológica voltados à população LGBT;

(f) Desenvolver a capacidade de avaliar demandas sociais e propor ações comprometidas com a melhoria da qualidade de vida das pessoas LGBT.

Descrição das Atividades

Atualmente, as atividades do estágio acontecem em dois contextos:

(1) *Ambulatório de Estudos da Sexualidade Humana* (AESH): trata-se de um ambulatório especializado no estudo e tratamento de questões relacionadas à sexualidade e gênero, vinculado ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP), que atende pacientes com queixas relacionadas à sexualidade, em especial os diagnósticos de: Desejo Sexual Hipoativo (diminuição do desejo sexual, falta de vontade de manter relações sexuais), Transtorno de Identidade de Gênero, Anorgasmia (ausência de orgasmo), Disfunção de excitação (ressecamento vaginal durante a relação sexual), Dor coital (Dispareunia, Vaginismo, Vulvodinia), casos de abuso sexual, estupro antigo ou recente e defeitos na genitália feminina ou masculina. O(a) estagiário(a) de Psicologia tem a oportunidade de participar, como observador, das atividades do AESH, acompanhando as discussões dos casos atendidos e contribuindo com seus conhecimentos teóricos e técnicos a respeito da sexualidade e gênero, a partir da sua área de formação.

(2) *Clínica Psicológica do Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada* (CPA): no contexto do serviço-escola de Psicologia da FFCLRP-USP, o estagiário participa das atividades que serão descritas adiante.

(a) *Treinamento para manejo dos aspectos práticos da clínica psicológica:* nesse momento são discutidas *questões práticas*, tais como: horário de funcionamento da clínica, procedimento para agendamento e cancelamento de reserva de salas, contatos da secretaria, treino de escrita no prontuário, apresentação dos documentos essenciais para abrir e encerrar um atendimento, instruções sobre como elaborar a folha de evolução e o relato de atendimento que constam do prontuário. Também são discutidas as *questões éticas,* tais como: importância do sigilo, postura de respeito em relação ao material produzido a partir do conteúdo da sessão; questões *técnicas*, a

saber: modo de entrar em contato e realizar a primeira abordagem com o paciente, instruções sobre a entrevista inicial e sobre o contrato terapêutico estabelecido. Esse treinamento é realizado na semana anterior ao início das atividades.

(b) *Atendimentos clínicos:* cada estagiário torna-se responsável pelo atendimento de um ou dois pacientes que integram a lista de espera e passaram por triagem na Clínica Psicológica, a partir de procura espontânea ou de encaminhamento específico do AESH. O estagiário é responsável pela reserva de sala, condução do atendimento, preenchimento das folhas de evolução e, posteriormente, pelo encerramento e arquivamento do caso. A frequência de atendimento é de uma vez por semana e a duração estimada é de dois semestres letivos, sendo que o desligamento pode acontecer antes do término previsto do atendimento se o paciente não aderir à psicoterapia segundo os critérios do CPA, sendo considerada "não adesão" a ocorrência de três faltas consecutivas ou cinco alternadas.

(c) *Supervisões clínicas:* os estagiários são divididos em subgrupos para as supervisões clínicas semanais, que ficam a cargo das psicólogas supervisoras. Os alunos se revezam na apresentação dos casos, em geral, o tempo de supervisão é de duas horas, mas pode ser alterado a depender da quantidade de estagiários, que é variável de ano para ano. Trata-se de espaço para troca e aprendizado, além da possibilidade de acompanhamento mais próximo por parte das supervisoras.

(d) *Seminários clínicos:* essa atividade se assemelha à supervisão clínica no que tange ao preparo do material para apresentação em esquema de rodízio dos alunos, mas difere principalmente por constituir um espaço de reflexão no qual serão discutidos aspectos gerais relacionados à técnica psicanalítica. Outra diferença é o fato de que todos os estagiários participam conjuntamente dessa atividade. O seminário é conduzido pelas psicólogas

supervisoras, acontece em uma sala do Departamento de Psicologia e tem duração de uma hora semanal.

(e) *Grupo de estudo:* os estagiários participam de grupo quinzenal, com duração de uma hora e meia, sob responsabilidade do Prof. Manoel, e coordenado pelos psicólogos Dr. Eduardo Name Risk e Vinícius Alexandre. O grupo segue cronograma que inclui diferentes estratégias mobilizadoras de discussão, tais como: rodas de conversa, discussão de textos, filmes e obras literárias, participação de palestrantes convidados, como pesquisadores e ativistas do movimento LBGT, dentre outras atividades, planejadas com o propósito de instrumentalizar técnica e teoricamente os alunos e propiciar um espaço de reflexão crítica a respeito de questões relacionadas ao gênero e à sexualidade. Trata-se de um grupo aberto à comunidade acadêmica e em geral, composto por pesquisadores, profissionais, pós-graduandos e graduandos, o que constela uma riqueza de olhares para a diversidade e a possibilidade de haver uma fértil construção sobre o tema.

Ilustração das Atividades

Foi realizado um levantamento dos pacientes atendidos pelo estágio *Intervenções psicológicas inovadoras: Atuação psicológica em diversidade sexual e de gênero* no período de um ano (agosto de 2017 a agosto de 2018). Os pacientes foram agrupados segundo o desfecho dos atendimentos. Dos 27 casos atendidos, nove (33,3%), receberam atendimento por um ano e tiveram alta no final do período previsto para o estágio, apresentando evolução favorável na condição de elaboração das demandas iniciais (Tabela 1). Nas tabelas foram utilizadas as declarações dos próprios pacientes quanto ao sexo, à orientação sexual e à identidade de gênero, conforme informado na entrevista de triagem.

Tabela 1
Identificação e Queixa dos Pacientes que Receberam Alta da Psicoterapia

Identificação / Idade	Queixa	Conduta / Desfecho
Homem, 31 anos	Dificuldade em aceitar e assumir sua homossexualidade. Dificuldades no ambiente de trabalho.	Paciente permite experienciar sua sexualidade com menos culpa. Mais satisfeito com o ambiente de trabalho. Alta.
Homem, 21 anos	Dificuldade em se aceitar homossexual. Sentimentos persecutórios, elevada ansiedade.	Terapia em conjunto com o uso de medicamento psiquiátrico. Remissão dos sintomas persecutórios. Paciente ampliou sua rede de relacionamentos sociais. Alta.
Homem, 22 anos	Dificuldade em aceitar sua homossexualidade. Medo de ser contaminado em relações sexuais.	Paciente consegue ter mais controle sobre seu medo obsessivo de contaminação, não apresenta mais necessidade de exames médicos frequentes. Consegue se engajar em um relacionamento e se envolver afetivamente. Alta.
Mulher, 42 anos	Problemas nos relacionamentos interpessoais. Não aceita sua sexualidade.	Paciente consegue compreender mais as dificuldades da família (referida como "conservadora") no tocante a aceitar sua lesbianidade. Organiza-se para a busca de emprego, rompendo com o estado inativo ("congelamento") no qual se encontrava. Alta.
Mulher, 22 anos	Dificuldade em se assumir mulher lésbica para a família e amigos. Sintomas depressivos.	Paciente consegue conversar sobre sua lesbianidade com a família. No início, os familiares reagiram com preconceito e depois com maior aceitação. Paciente refere melhora dos sintomas depressivos pelo fato de "ter se assumido". Alta.
Homem, 22 anos	Dificuldades em se sentir aceito pela família e por amigos. Insegurança nos relacionamentos afetivos.	Paciente tem contato com sua necessidade de aprovação e elevada autoexigência. Revê suas cobranças, em especial no tocante ao desempenho nos estudos, o que gera uma redução dos sintomas ansiosos. Alta.
Mulher, 32 anos	Dificuldade no relacionamento com a namorada. Sintomas ansiosos.	Melhoria dos sintomas ansiosos na medida em que se sentia mais segura na relação amorosa. Alta.
Homem, 21 anos	Dificuldade em lidar com o término recente de relacionamento homossexual. Família não aceita sua homossexualidade.	Paciente opta por reatar com seu ex-namorado e retomar o relacionamento. Menos controlador e com maior controle do ciúme. Consegue se sentir melhor no ambiente familiar. Alta.
Homem, 25 anos	Dificuldade em lidar com o término recente de um namoro de longa data. Início de sintomas de compulsão alimentar.	Paciente consegue elaborar luto pelo término da relação. Melhora dos sintomas ansiosos. Encaminhado para Ambulatório do Comer Compulsivo (HC-FMRP-USP). Alta.

A amostra foi composta por seis homens e três mulheres que apresentaram como queixa dificuldades relacionadas à vivência da homossexualidade e da lesbianidade. Chama a atenção o fato de que quatro pacientes trouxeram como queixa principal o fato de não conseguirem "aceitar sua sexualidade", seguidos pela "não aceitação dos outros" e, por fim, relatos de dificuldades nas relações afetivas. Algumas dessas asserções evocam a clássica e hoje rechaçada associação entre homossexualidade e paranoia, fixada pelo discurso psiquiátrico, como se a pessoa homossexual padecesse de desvios persecutórios.

Em *Le désir homosexuel*, Hocquenghem (1972/2009) propõe uma rotação de perspectiva e indaga: "o homossexual se sente ameaçado ou *está* de fato ameaçado?". O discurso da sociedade sobre a homossexualidade, interiorizado pelo homossexual, expressão do autor, é fruto da paranoia pela qual o modelo da heterossexualidade familiar e reprodutiva expressa sua angústia diante dos padrões sexuais por ela descartados. Médicos, juízes, educadores, religiosos, dentre outros profissionais, traduzem o esforço permanente de reprimir e suprimir as modalidades de desejo que não se coadunam com a heteronormatividade, assim como as identidades de gênero que não se enquadram na cisgeneridade.

Ao criticar a célebre análise freudiana das memórias do juiz Schreber, Hocquenghem (1972/2009) aponta que, para a psicanálise, o desejo homossexual pode redundar em paranoia, como ocorre no relato autobiográfico de Schreber; ou pode ser sublimado no erotismo da amizade, na camaradagem, na solidariedade, enfim, em atividades homossociais. Ou seja, em seu decurso "comum" o desejo homossexual deveria ser sublimado em atividades sociais, por exemplo, em associações amistosas ou estádios de futebol nos quais todos os homens se tornam companheiros.

Para Hocquenghem (1972/2009), "toda sociedade se defende de maneira paranoica contra a sexualização de suas produções . . . contra a não sublimação do desejo homossexual" (p.

32, tradução nossa). A sociedade e os códigos médicos sofrem de "delírios persecutórios" porque a homossexualidade, por estes reprimida, recrudesce em todas as vias do corpo social; "escavam com violência a vida privada dos indivíduos, pois sabem que ali sucede o que trai e o que escapa às redes dos tribunais, multiplicam as barreiras de uma repressão que se descobre altamente ineficaz e que é produzida pelo desejo que perseguem" (p. 33, tradução nossa).

Nessa direção, no estágio do VIDEVERSO a análise das queixas e demandas dos pacientes fundamenta-se, tanto do ponto de vista teórico como técnico, nos referenciais da psicoterapia de orientação psicanalítica, transpassada pelo olhar crítico a respeito do modo como os discursos e as práticas sobre a homossexualidade e transexualidade constrangem a subjetividade e as condições concretas de vida das pessoas que procuram a Clínica Psicológica do CPA.

Após o período de um ano, os pacientes que apresentam necessidade são convidados a continuar o processo psicoterápico por mais um ano. Nesse período, três pacientes manifestaram desejo de seguir em psicoterapia, mas não via serviço-escola (Tabela 2). No caso de pessoas *trans*, o atendimento se estende por dois anos, visto que, segundo a Portaria No. 2.803 do Ministério da Saúde (2013), as intervenções cirúrgicas relacionadas ao processo transexualizador exigem idade mínima de 21 anos e acompanhamento prévio de dois anos por parte de equipe multiprofissional junto ao Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador, prestado com limitações pelo AESH, já que não se trata de ambulatório destinado unicamente a essa finalidade, no caso de pacientes atendidos pelo estágio.

Para Arán e Murta (2009), no contexto brasileiro as pessoas *trans* que chegam aos serviços de saúde estão frequentemente em situação de vulnerabilidade social, psíquica e física, "sendo a 'saúde' não apenas o que vai proporcionar o tratamento necessário e desejado, mas, muito provavelmente, o que permitirá a construção de uma rede de reconhecimento e inclusão

social" (p. 18). Segundo as autoras, é muito comum que essas pessoas busquem o serviço sem ter qualquer noção de seus direitos. Há aqueles(as) cujos vínculos familiares foram destroçados, além de apresentarem dificuldades quanto à inserção no mercado de trabalho. Desse modo, os serviços de saúde que prestam assistência nesse âmbito acolhem demandas sociais eivadas de "intenso sofrimento psíquico", condição que o estágio objetiva minorar a partir da construção de recursos psicossociais via psicoterapia.

Tabela 2
Identificação e Queixa dos Pacientes que Foram Encaminhados Após o Término de um Ano de Psicoterapia

Identificação / Idade	Queixa	Conduta / Desfecho
Homem *trans*, 18 anos	Busca espontânea. Dificuldade em lidar com o processo de transição.	Paciente lida com o desejo *versus* medo de assumir novo papel no emprego e na família. Busca compreender essa nova etapa da sua vida. Permaneceu em terapia por um ano, mudou-se de cidade. Encaminhamento.
Mulher *trans*, 17 anos	Paciente encaminhada pelo AESH. Iniciou o processo de hormonioterapia.	Paciente adaptando-se à sua nova situação: desde questões de ordem prática (mudança de nome, uso de banheiro) até questões emocionais (reconhecer-se nessa "nova identidade"). Desejo de mudança de identidade rápida e completa. Permaneceu em terapia por um ano. Encaminhamento para sua cidade.
Homem, 35 anos	Agressividade, dificuldade em estabelecer vínculos duradouros. Sintomas obsessivos.	Paciente em busca de respostas imediatas e controle dos sintomas. Solicita uma abordagem específica de tratamento. Foi realizado encaminhamento a pedido do paciente.

Dois casos justificaram o pedido de encaminhamento para acompanhamento psicológico devido à mudança de cidade, fato que impossibilitaria vindas frequentes a Ribeirão Preto-SP. Outro paciente preferiu atendimento particular em decorrência da dificuldade de estabelecer vínculo terapêutico, somado ao sofrimento com a troca dos terapeutas no final do estágio, haja vista que o serviço é mantido por estagiários cujo período de atividade é limitado de antemão.

Como esperado, parte dos pacientes não aderiu à proposta terapêutica. Cinco não demonstraram interesse em dar início ao processo psicoterapêutico, alegando melhora dos sintomas. Destaca-se que o tempo entre a procura pelo atendimento e o primeiro contato para início da terapia variou de um a três meses. Duas mulheres *trans* permaneceram um ano em psicoterapia e recusaram tanto a possibilidade de continuidade no serviço quanto de encaminhamento. Um casal de mulheres lésbicas iniciou atendimento individual após recusa da oferta de terapia de casal, mas abandonaram o tratamento após dois meses (Tabela 3).

Tabela 3
Identificação e Queixa dos Pacientes que Não Aderiram à Proposta de Psicoterapia

Identificação / Idade	Queixa	Conduta/ Desfecho
Mulher *trans*, 21 anos	Paciente encaminhada pelo AESH. Dificuldade da família em aceitar seu processo de transição.	Atendida por um ano. Apresentou dificuldade em aderir ao tratamento, atrasando-se constantemente. Alegava dificuldade de ordem prática em comparecer ao atendimento: não tinha condição financeira de pagar a passagem de ônibus. Recusou a proposta de continuidade.
Mulher *trans*, 23 anos	Paciente encaminhada pelo AESH. Iniciou o processo de hormonioterapia.	Paciente compareceu à entrevista inicial e a outros três encontros. Alegou ter conseguido emprego e não ter mais horário disponível para vir ao atendimento. Abandonou a psicoterapia.
Casal de mulheres, 32 e 39 anos	Dificuldades no casamento atribuídas ao excesso de ciúme e desconfiança.	Não aceitaram terapia de casal. Foi oferecido atendimento individual. A paciente de 49 anos compareceu a três sessões e considerou que não precisava de terapia. A esposa frequentou atendimento por um mês, afirmou que não via sentido em fazer a terapia sozinha. Abandonaram atendimento individual.
Mulher (adolescente), 17 anos	Família não aceita sua lesbianidade. Sintomas depressivos. Abandonou os estudos.	Ao ser chamada para atendimento afirmou estar se sentindo melhor e não achar que necessitava de terapia. Recusou atendimento.
Mulher, 19 anos	Agressividade excessiva com a namorada. Sintomas depressivos.	Paciente compareceu à entrevista inicial. Relatou melhora na relação com a namorada. Recusou atendimento.
Homem, 25 anos	Término recente de um longo relacionamento. Família não sabia do namoro, sente-se solitário.	Paciente não manifestou interesse de comparecer à entrevista inicial, alegou não "ter tempo" para terapia nesse momento. Recusou atendimento.
Homem, 25 anos	Dificuldades de adaptação e socialização. Sentimento de "não ser aceito".	Paciente não compareceu à entrevista inicial. No contato telefônico afirmou achar que não era o "momento" para iniciar a terapia. Recusou atendimento.
Mulher, 45 anos	Dificuldade em aceitar sua lesbianidade. Agressividade e ansiedade.	No contato telefônico paciente afirmou estar se sentindo bem e que não precisava mais de psicoterapia. Recusou atendimento.

Chama atenção o fato de que cinco pacientes não tiveram interesse em comparecer à entrevista inicial, sendo que suas queixas giravam em torno da dificuldade, justificada com base na homossexualidade ou lesbianidade, de estabelecer vínculos com a família ou com alguém. A Tabela 4 mostra que, atualmente, encontram-se em atendimento seis pacientes.

Tabela 4
Identificação e Queixa dos Pacientes que se Encontram em Terapia

Identificação / Idade	Queixa	Conduta / Desfecho
Mulher, 23 anos	Sintomas de ansiedade e sentimento de inferioridade. Ciúme excessivo, muita agressividade.	Em atendimento há dois meses.
Mulher, 19 anos	Muitas discussões em casa por ter se assumido mulher lésbica.	Em atendimento há 6 meses.
Mulher, 22 anos	Histórico de abuso sexual. Família não aceita sua lesbianidade.	Em atendimento há 6 meses.
Homem, 25 anos	Dificuldade em se assumir *gay* para amigos e familiares. Auto-agressividade. Presença de somatizações.	Em atendimento há 4 meses.
Homem (adolescente), 15 anos	Queixa-se de não se definir, sente atração por homens e mulheres. Meio social não acolhe essa diversidade. Presença de violência social.	Em atendimento há 6 meses.
Homem *trans*, 22 anos	Dificuldade em relação à aceitação no ambiente acadêmico e familiar, inserção no mercado de trabalho, compreensão dos desafios do processo de transição.	Em atendimento há 15 meses.

Um dado que diferencia o contingente atual de pacientes em relação aos atendimentos descritos na Tabela 1 e na Tabela 2 é a presença da violência sofrida (física, sexual, social) ou praticada contra o outro (agressividade com a namorada, por exemplo) ou contra si (auto-agressões e somatizações).

Como pode ser visto pelas ilustrações apresentadas, a possibilidade de atuação em uma clínica voltada para a intervenção diante de queixas centradas na orientação sexual e/ou identidade de gênero tem sido uma experiência enriquecedora e desafiante. Não há dúvidas de que o atendimento psicoterapêutico à população LGBT se ocupa, na maior parte do tempo, com aquilo que é caracteristicamente dramático e comum à vivência humana, e que ultrapassa as fronteiras dos séculos na Modernidade: a angústia de existir, de se vincular, e a possibilidade de perder *o que* ou *quem* se ama. Entretanto, é inegável que algumas experiências se mostram recorrentes e particulares ao público LGBT.

Uma temática especialmente sensível para parte significativa do público atendido no estágio ofertado pelo VIDEVERSO é a precoce e difusa percepção de inconformidade às expectativas dos pais e/ou pares. Não raro os pacientes recuperam reminiscências infantis nas quais já se encontrava presente esse descompasso entre seus desejos e interesses e a performance de gênero que deles é esperada. É também relativamente comum que a juventude seja um momento de possível mitigação desse sentimento de inconformidade, mediante a integração em grupos de iguais ou, pelo menos, mais abertos à diferença, mas a esse panorama se adiciona o luto pela perda do corpo infantil e dos pais fantasiados na infância, conforme proposto por Knobel (1988).

Outra experiência que merece ser destacada por sua recorrência e pelos contornos dramáticos que frequentemente a acompanham é a assunção da sexualidade para a família e amigos, processo que popularmente se conhece como "assumir-se" ou "sair do armário". É perceptível que uma recepção aberta, tolerante e franca do processo de autorrevelação – principalmente por parte da família – costuma ter efeito benéfico significativo na aceitação da própria sexualidade e/ou identidade de gênero e na capacidade de construir relações amorosas duradouras.

Um outro ponto que reiteradas vezes tem sido percebido no atendimento clínico à população LGBT é a presença de preconceitos internalizados contra a própria homossexualidade e lesbianidade, muitas vezes inconscientes. O persistente trabalho voltado para o *insight* associado à elaboração dos conteúdos e afetos mobilizados (como vergonha, culpa e ódio) pode gradualmente abrir espaço para maior auto-aceitação.

O VIDEVERSO tem buscado, ao longo de sua história, construir espaço para o estudo, debate e pesquisa sobre gênero e sexualidade, além do seu compromisso ininterrupto com a atuação clínica junto à população LGBT. Ao mesmo tempo, busca suprir a flagrante deficiência

da formação acadêmica e profissional em Psicologia no que concerne às diferenças, ao oferecer oportunidade para uma escuta terapêutica não estigmatizante. Ainda que ciente de suas limitações, o VIDEVERSO e as atividades do estágio levam o grupo a sentir orgulho por sua modesta e persistente contribuição acadêmica e comunitária ao acolhimento psicológico da população LGBT na região de Ribeirão Preto-SP.

Prêmio Recebido

Em abril de 2015 o Departamento de Psicologia foi agraciado pela Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária com o *Destaque nas Atividades de Cultura e Extensão Universitária no ano de 2014* no âmbito da FFCLRP-USP, em razão do programa de estágio profissionalizante que abrange atividades de *Formação em Psicologia para Atuar na Promoção da Cidadania da População LGBT*. Este programa foi reconhecido no mérito por oferecer assistência psicológica a lésbicas, *gays*, bissexuais e transexuais, visando ao seu empoderamento para conquistar maior visibilidade social e assegurar seus direitos de cidadania. Nas palavras do então Diretor da FFCLRP-USP, Prof. Dr. Fernando Luis Medina Mantelatto, essa distinção, ao contemplar um trabalho desenvolvido junto à comunidade LGBT, evidencia que "a Universidade está cumprindo o seu papel de ensino, pesquisa e extensão à comunidade com qualidade, excelência e respeito às diferenças".

Considerações Finais

O VIDEVERSO: Grupo de Ação e Pesquisa em Diversidade Sexual e de Gênero foi criado em 2005 para servir de referência no meio acadêmico em questões de diversidade sexual e

de gênero. O VIDE atua na promoção da cidadania da população LGBT e mantém um serviço de assistência junto à clínica-escola do CPA, que viabiliza a atuação na área de intervenção psicológica, bem como na formação de recursos humanos para trabalhar junto às demandas da população LGBT.

O VIDEVERSO congrega docentes, psicólogos e alunos do Departamento de Psicologia, além de docentes e profissionais do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Recebe apoio do Conselho Regional de Psicologia, 6ª Região (subsede de Ribeirão Preto), Grupo Sexualidade e Vida e ONG Rosa Vermelha. Oferece atividades de formação profissional, educação continuada e assistência psicológica na área. As ações empreendidas ao longo de mais de uma década compõem um leque diversificado de projetos de intervenção, que contemplam desde o atendimento individual, no modelo psicoterapêutico, de pessoas que se percebem como transexuais, *gays*, lésbicas e bissexuais, até grupo de discussão sobre diversidade sexual, orientação sexual e identidade de gênero na comunidade, grupo de mães cujos filhos têm vivências homossexuais, grupo de casais homoafetivos, famílias homoparentais, organização de seminários, cursos, simpósios e jornadas em diversidade sexual, ministração de palestras em escolas, participação em eventos científicos, entre outras atividades de disseminação de conhecimento e extensão universitária.

Essas atividades são consideradas relevantes porque inserem na formação acadêmica em Psicologia a preocupação com a construção de ferramentas que permitam ao futuro profissional atuar no contexto da diversidade com base sólida em conhecimentos teórico-técnicos, em uma perspectiva interdisciplinar. O VIDEVERSO foi criado em resposta às demandas dos movimentos sociais, que se empenham na construção de políticas públicas voltadas para estratégias de ação, intervenção e pesquisa junto à população LGBT (por exemplo, as demandas de despatologização da orientação sexual, que também é uma bandeira da Psicologia, por meio da

Resolução No. 1/1999 do CFP) e criminalizar a homotransfobia, assegurando os direitos das pessoas que sofrem preconceito e discriminação por terem uma orientação afetivo-sexual ou uma identidade de gênero divergente da considerada "normal".

Ao promover a abertura do serviço-escola de Psicologia da FFCLRP-USP à população que vivencia sucessivas experiências de negligência e exclusão das ações de cuidado em saúde por profissionais não qualificados nessas questões em diferentes serviços, o estágio *Intervenções psicológicas inovadoras: Atuação psicológica em diversidade sexual e de gênero* tem acolhido demandas de saúde mental por parte da população LGBT. Além disso, as atividades desenvolvidas possibilitam a aproximação dos(as) estagiários(as) a casos cujos processos de subjetivação são marcados por sentimento de estranhamento de si mesmo e que podem levar ao isolamento social, à inibição relacional e afetiva, a estados depressivos ou de muita ansiedade. Conforme os dados apresentados anteriormente no que tange à adesão, os pacientes parecem encontrar dificuldade para formação do vínculo terapêutico e com o próprio serviço.

Outro ponto merecedor de destaque é a possibilidade do futuro profissional de conhecer e compreender a diversidade de demandas que motivam a população LGBT a procurar por atendimento psicológico. Conforme se pôde observar, as queixas ultrapassam as presumíveis e naturalizadas expectativas relacionadas à insatisfação ou ao sentimento de inadequação quanto à orientação sexual ou à identidade de gênero, evidenciando as armadilhas das teorizações psicológicas reducionistas e feitas de antemão, capazes de direcionar o olhar dos alunos(as) apenas para o processo de estigmatização, um discurso bastante comum no próprio campo da psicologia.

A observação do breve recorte trazido a respeito do perfil dos pacientes que procuram o serviço e são encaminhados para o estágio vinculado ao VIDEVERSO, comprova a complexidade da temática e a necessidade de oferecer ao estagiário espaços nos quais possam ser

discutidas questões teóricas e práticas relacionadas ao conceito de gênero e sexualidade, segundo o arcabouço teórico da psicologia, psicanálise, sociologia e áreas afins, além de suas implicações para a prática profissional nas áreas da saúde, educação e trabalho.

Conforme identificado na trajetória de acolhimento e atendimento psicológico do estágio, a insatisfação com aspectos da sexualidade em si nem sempre são o principal motivo da busca de atendimento. Prevalecem, nos relatos, questões atreladas a um conjunto de determinantes da vulnerabilidade psicossocial que se entrelaçam e explicitam os mecanismos que servem para anular, calar ou tornar invisível o sofrimento psíquico dos pacientes.

As experiências relatadas sobre intolerância ou superproteção familiar, exclusão social, evidenciada principalmente pela dificuldade de inserção no mercado de trabalho ou no meio acadêmico, além de relatos sobre as diferentes modalidades de violência sofridas, são levadas para as sessões de psicoterapia, recebem acolhimento e escuta qualificada, que favorece ocasião para outros modelos de relação e ampliação dos sentidos das experiências vividas. A escuta com base na abordagem psicanalítica pretende, antes de tudo, compreender a experiência singular dos pacientes, para que "possam ser sujeitos e produtores de um saber sobre si mesmos e não objetos de um discurso científico normatizador" (Rodrigues, 2016, p. 179).

As atividades de supervisão, seminários clínicos e grupo de estudos oferecem recursos importantíssimos para ancorar a formação teórico-clínica e ética e, sobretudo, alicerçar os atendimentos realizados pelos alunos(as), aproximando-os das questões psicossociais relacionadas à vida daqueles(as) considerados como abjetos pelo conjunto da sociedade. Ao longo do estágio, os futuros profissionais são constantemente convocados a pensar e repensar suas concepções acerca da sexualidade e das relações de gênero, além de refletir como podem agregar aos tradicionais referenciais da psicologia e da psicanálise experiências profissionais que neles não se enquadram de antemão. Trata-se de desconstruir certezas teóricas, clínicas e técnicas

em prol de uma prática que busque refazer, em transferência, o fio de vida que emana dos poros da pele, do afeto e da inarredável busca pelo encontro.

Referências

American Psychological Association. (2012). Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist, 67*(1), 10-42. doi:10.1037/a0024659

Arán, M., & Murta, D. (2009). Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: Uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, 19*(1), 15-41. doi:10.1590/S0103-73312009000100003

Balieiro, F., & Risk, E. N. (2014). Escola e sexualidades: Uma visão crítica à normalização. In. R. Miskolci & J. Leite Jr. (Orgs.), *Diferenças na educação: Outros aprendizados* (pp. 149-197). São Paulo: Editora UFSCar.

Butler, J. (2014). Regulações de gênero. *Cadernos Pagu,* (42), 249-274. doi:10.1590/0104-8333201400420249

Conselho Federal de Psicologia. (1999). *Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da orientação sexual* (Resolução No. 1). Brasília: Autor.

Conselho Federal de Psicologia. (2018). *Estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis* (Resolução No. 1). Brasília: Autor.

Foucault, M. (2009). *História da sexualidade I: A vontade de* saber (M. C. T. Albuquerque & J. A. G. Albuquerque, Trads., 19a ed.). Rio de Janeiro: Graal. (Original publicado em 1976)

Giddens, A. (2011). *A transformação da intimidade: Sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas* (M. Lopes, Trad., 2a ed.). São Paulo: Editora UNESP.

Hocquenghem, G. (2009). *El deseo homosexual* (G. H. Marre, Trad.). Barcelona: Melusina. (Original publicado em 1972)

Knobel, M (1988). A síndrome da adolescência normal. In A. Aberastury & M. Knobel (Orgs.), *Adolescência normal* (pp. 24-62). Porto Alegre: Artes Médicas.

Ministério da Saúde. (2013). *Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde* (Portaria No. 2.803, de 19 de novembro de 2013). Brasília: Autor.

Miskolci, R. (2009a). A sexualidade e o espaço escolar. In I. Beleli, R. Miskolci, S. Riscal, & V. R. Silvério (Orgs.), *Marcas da diferença no ensino escolar* (pp. 105-148). São Carlos: UAB-UFSCar.

Miskolci, R. (2009b). Abjeção e desejo: Afinidades e tensões entre a teoria queer e a obra de Michel Foucault. In L. M. Rago & A. V. Neto (Orgs.), *Foucault: Para uma vida não fascista* (pp. 325-338). Belo Horizonte: Autêntica.

Miskolci, R., Leite Jr., J., & Jurado, T. (2014). Introdução: Outros aprendizados. In. R. Miskolci & J. Leite Jr. (Orgs.), *Diferenças na educação: Outros aprendizados* (pp. 9-17). São Paulo: Editora UFSCar.

Oliveira, C. M., & Santos, M. A. (2014). Em ti eu consigo encontrar um caminho, um motivo, um lugar para poder repousar quem eu sou: Grupo da diversidade como proposta inovadora no contexto sociocomunitário. In P. R. M. Ribeiro et al. (Orgs.), *Sexualidade e educação sexual: Pesquisa, intervenções e direitos* [E-book] (pp. 42-49). Araraquara, SP: Publicações CIEd: Pagu Aragon.

Penedo, S. L. (2008). *El laberinto queer: La identidad en tiempos de neoliberalismo.* Barcelona: Egales Editorial.

Porchat, P. (2011). A noção de gênero como operadora conceitual na clínica psicológica. In Conselho Federal de Psicologia (Org.), *Psicologia e diversidade sexual: Desafios para uma sociedade de direitos* (pp. 41-48). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.

Rodrigues, G. V. (2016). Escutando transidentidades na psicanálise: Potencialidades subversivas. *Periódicus, 5*(1), 171-184. doi: 10.9771/peri.v1i5.17183

Santos, M. A., Brochado Jr., J. U., & Moscheta, M. S. (2007). Grupo de pais de jovens homossexuais. *SMAD: Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas, 3*(2), 1-16. doi:10.11606/issn.1806-6976.v3i2p01-16

Tilsen, J. (2013). *Therapeutic conversations with queer youth: Transcending homonormativity and constructing preferred identities*. New York: Jason Aronson.

Algumas Publicações dos Autores Relacionadas à Atividades de Estágio

Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde - LEPPS-USP-CNPq. Diretório do Grupo de Pesquisa CNPq. Disponível em: http://dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/2603512781293779

Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS (FFCLRP-USP), *homepage*. Disponível em: http://sites.usp.br/lepps/

http://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n3/1982-3703-pcp-36-3-0763.pdf

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25643586

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26987831

GRUPO COMUNITÁRIO DE SAÚDE MENTAL: UMA MODALIDADE DE CUIDADO E DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Ana Paula Craveiro Prado
Gilda Tahan
Carmen Lúcia Cardoso

A Estratégia de Saúde da Família e o Cuidado à Saúde Mental

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2012), atualmente, no Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o modelo prioritário de (re)organização da Atenção Básica (AB), visando a expansão, qualificação e consolidação no país deste nível de cuidado. Enquanto política norteadora da AB, a ESF configura uma possibilidade de organização do trabalho em saúde que favorece a efetivação dos princípios e diretrizes daquela, dentre eles, a integralidade, a humanização, a equidade e a longitudinalidade do cuidado, a partir de ações territoriais que valorizem o contexto e a comunidade, pautadas pelo vínculo entre os diversos envolvidos. Ainda, a ESF trabalha nos âmbitos individual e coletivo, abrangendo a promoção e a manutenção da saúde, a prevenção da doença e de agravos, a realização de diagnósticos e de ações de reabilitação, além de práticas de redução de danos (Brasil, 2012).

Os serviços que integram a ESF são compostos por uma equipe interdisciplinar, que conta com, no mínimo, um médico generalista ou especializado em Saúde da Família; um enfermeiro generalista ou especializado em Saúde da Família; um auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, cujo número varia de acordo com a área de

abrangência de cada serviço; podendo integrar a equipe, também, profissionais relacionados à saúde bucal (Brasil, 2012).

Enquanto um eixo estratégico de cuidado à população, a ESF configura um espaço fundamental de cuidado à saúde mental (Brasil, 2012). Os princípios e a forma de estruturação da AB já discutidos, como a oferta de um cuidado pautado no vínculo, na comunidade, no território, na longitudinalidade, entre outros, tornam as USF's e as Unidades Básicas de Saúde (UBS's) importantes pontos da Rede de Atenção Psicossocial, estratégia nacional de organização da assistência em saúde mental (Brasil, 2011).

Contudo, na realidade cotidiana dos serviços, esta relação de articulação se desenvolve carregando desafios, dilemas e paradoxos para os profissionais e usuários. Se por um lado, usuários e profissionais de serviços de atenção primária reconhecem a importância do cuidado em saúde mental integral, longitudinal e contextualizado, por outro, referem a necessidade de preparo especializado para trabalhar com estas demandas, relacionando este trabalho a um campo separado, o da especialidade – conforme identificado por Frateschi e Cardoso (2016) e Gryschik e Pinto (2015), a partir de revisões de literatura.

Nessa direção, Gryschik e Pinto (2015), nos estudos revisados, identificaram que as práticas voltadas ao cuidado em saúde mental realizadas no contexto da ESF consistiam predominantemente em realização de psicoterapia individual e consultas psiquiátricas. Frateschi e Cardoso (2016) encontraram uma predominância de estudos que as ações em saúde mental no âmbito da Atenção Básica foram compreendidas e realizadas na forma de reuniões de discussão de caso, capacitação de profissionais, e ações de articulação entre a AB e os serviços especializados – sendo poucas as iniciativas voltadas para a população e com ênfase na promoção de saúde.

Considerando que os modelos de cuidado são uma síntese entre o preconizado formalmente, via leis e diretrizes, e aquilo que acontece no cotidiano dos serviços de saúde, via ações e relações estabelecidas neste espaço (Trapé & Onocko, 2017), é necessário refletir sobre a prática em saúde mental no contexto da ESF. Frateschi e Cardoso (2016) e Silva, Dalbello-Araujo, Iglesias e Badaró-Moreira (2017) discutem o potencial de práticas grupais no contexto da Atenção Básica, dada a possibilidade de fortalecimento de vínculos entre usuário-usuário e usuário-serviço; bem como da potencialização da autonomia dos participantes, e do fortalecimento da própria AB, uma vez que possibilita a correspondência das necessidades da comunidade.

A Disciplina-Estágio: O Psicólogo em uma Equipe do Programa de Saúde da Família: Desenvolvendo Programa de Promoção de Saúde na Comunidade I e II.

Esta disciplina-estágio, oferecida junto ao Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada do Departamento de Psicologia, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, é supervisionada pela professora associada do Departamento, Carmen Lúcia Cardoso, e pela psicóloga Drª. Licia Barcelos de Souza. Além disso, conta com a parceria externa com a Drª. Trude Ribeiro da Costa Franceschini, médica gerente de uma unidade de saúde do município. A disciplina-estágio reúne de quatro a seis estagiários, escolhidos por processo seletivo, distribuídos em duas Unidades de Saúde da Família*: UBS Profª Drª Maria Herbênia O. Duarte* (Centro de Saúde Escola Vila Tibério) que conta com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e *USF Prof. Dr. Domingos A. Lomônaco* (Jardim Eugênio Mendes Lopes), ambas no município de Ribeirão Preto.

Esta disciplina-estágio tem como objetivo geral possibilitar a participação do psicólogo na Estratégia de Saúde da Família (ESF), visando delinear sua inserção e possíveis contribuições para a equipe e para a população. Para o estagiário, pretende-se oferecer a oportunidade de conhecer a ESF e os fundamentos que a sustentam, como o trabalho em equipe interdisciplinar, e a ênfase na promoção da saúde, prevenção da doença e melhora da qualidade de vida da população, mediante sua própria participação nos serviços.

No contexto dos serviços pautados pela ESF, o estagiário desenvolve como atividades principais: 1) observação participante das atividades do serviço; 2) participação ativa na equipe interdisciplinar, mediante participação no cotidiano do serviço, das reuniões de equipe, entre outros; 3) visitas domiciliares realizadas a determinadas famílias cujas demandas foram discutidas em equipe; 5) acompanhamento terapêutico e longitudinal de usuários do serviço; 4) elaboração de propostas de intervenção junto à comunidade, a partir do reconhecimento de necessidades da população e implementação de estratégias de promoção de cuidado alinhado à ESF; e, 5) participação em supervisões realizadas semanalmente com duração de duas horas, que visa à discussão de aspectos teóricos, práticos e vivenciais das atividades desenvolvidas pelo estagiário. Foi no contexto desta disciplina-estágio que se iniciou a experiência de implementação de uma modalidade de promoção e cuidado à saúde mental, o Grupo Comunitário de Saúde Mental, que será descrito a seguir.

O Grupo Comunitário de Saúde Mental

O Grupo Comunitário de Saúde Mental (GCSM) se desenvolveu no Hospital-Dia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HD-HC-FMRP/USP), a partir de 1997, quando aconteceram os primeiros encontros. Estes

visavam o acesso dos usuários do serviço e seus familiares a informações relevantes acerca de temáticas em saúde mental. Desde então, eram abertos à comunidade e valorizavam o saber advindo da experiência cotidiana, por meio do relato de aprendizagens e reflexões. O grupo teve como inspirações epistemológicas, antropológicas e teóricas autores da Fenomenologia Clássica, como Edmund Husserl (1859-1938) e Edith Stein (1891-1942) e do Grupo Operativo, como Enrique Pichón-Rivière (1907/1977), além de um conhecimento tácito, empírico, provindo da própria prática da modalidade (Ishara & Cardoso, 2013).

Ao longo do tempo, por meio de observação sistemática, de discussões clínicas e de investigações científicas, percebeu-se que este oferecia possibilidade de ajuda mútua entre os participantes e à comunidade, ao promover a comunicação de experiências cotidianas e pessoais. Nesse percurso histórico, o grupo passou por ampliação e refinamento de seus objetivos e reformulações em sua metodologia, de forma a configurar um enquadre aberto e acessível à comunidade em geral, favorecendo a construção de uma "rede de pessoas articuladas na construção compartilhada da saúde mental" (Cardoso & Ishara, 2013), complementando e diversificando outras terapêuticas existentes no campo. O GCSM tem como objetivo "promover um exercício pessoal continuado de atenção e reflexão sobre a vida cotidiana, de forma articulada ao trabalho grupal, visando o desenvolvimento da saúde mental e o amadurecimento pessoal" (Ishara & Cardoso, 2013, p. 27).

Compreende-se que todos os participantes podem realizar este exercício de atenção, de reflexão e de compartilhamento de suas experiências cotidianas no grupo, como forma de cuidado a si e ao outro, mediante atitude de protagonismo na construção do trabalho grupal. Nesse sentido, todos os grupos são abertos a todas as pessoas interessadas, e assim, compostos de forma heterogênea. As sessões grupais são realizadas em formato de roda de conversa e

mediadas por um coordenador, com duração de uma hora e trinta minutos, divididas em três momentos, a saber:

a) *Sarau*, em que os participantes compartilham experiências com elementos da cultura, como livros, poesias, filmes, músicas, entre outros, buscando identificar aspectos destes que se revelam significativos para o cotidiano do participante;

b) *Relato de Experiências*, em que os participantes compartilham experiências pessoais e cotidianas, reconhecidas no contato com a sua própria vida; e

c) *Elaboração do trabalho grupal*, em que os participantes compartilham repercussões sobre sua participação em dada sessão grupal específica, visando o reconhecimento e apropriação diante das experiências compartilhadas no grupo.

Ao longo do tempo, o GCSM consolidou-se como recurso de cuidado alinhado aos princípios do modelo psicossocial, preconizado como estratégia de atenção à saúde mental, em termos de políticas públicas. Atualmente, os grupos ocorrem em diversos locais, como Unidades de Saúde da Família, Espaço de Cultura e Extensão Universitária, Universidades, Centros de Atenção Psicossocial, entre outros, também em outros municípios além de Ribeirão Preto. Em termos de formação profissional, o GCSM conta com um Curso de Aperfeiçoamento, que visa à capacitação de novos coordenadores da modalidade.

São mantidos, também, meios de divulgação eletrônicos, entre eles, um site (http://www.grupocomunitario.com.br/); um canal de vídeos no site YouTube (https://www.youtube.com/channel/UCGKHRUjCNYnpLtqVI_e5SAw), que conta com um vídeo explicativo e convidativo acerca do trabalho realizado (https://www.youtube.com/watch?v=Ki5Y2SMr-0k), bem como vídeos que trazem trechos dos Encontros Comunitários de Saúde Mental, nomeadamente o XVI, XVII, XVIII, XIX e XX. E ainda, uma página no site Facebook (https://www.facebook.com/grupocomunitariosm?fref=ts).

Nesse contexto, os objetivos deste capítulo são descrever e refletir sobre o percurso de implementação de uma modalidade grupal de promoção e de cuidado à saúde mental, o Grupo Comunitário de Saúde Mental, no contexto da Estratégia de Saúde da Família, através da inserção e participação de estagiários de Psicologia das disciplinas-estágio "*O psicólogo em uma equipe do programa de saúde da família: desenvolvendo programa de promoção de saúde na comunidade I e II*", destacando as contribuições para a formação profissional dos estudantes-estagiários.

Para tanto, será utilizada a experiência de implementação e consolidação do Grupo Comunitário de Saúde Mental, realizada nas referidas Unidades de Saúde, pautadas pela ESF, que foi parte das atividades desenvolvidas no âmbito da disciplina-estágio. Nessa direção, serão historiados os percursos de inserção e de realização do GCSM nas duas Unidades, será realizada uma análise reflexiva sobre os potenciais e os desafios do desenvolvimento do mesmo neste contexto e o papel deste percurso na formação do estagiário de Psicologia. Vale ressaltar que as autoras e os estagiários de Psicologia foram protagonistas do processo de implementação da modalidade nos referidos serviços.

Várias foram as fontes de dados para a elaboração deste texto, a saber: as gravações dos grupos realizadas rotineiramente pelo programa, que constitui acervo histórico da modalidade; vídeos dos Encontros Anuais do programa; diário de campo das autoras e relatos dos participantes. Durante o percurso, e na elaboração do capítulo, todos os cuidados éticos foram tomados. A identidade dos participantes foi preservada, com a adoção de nomes fictícios.

Breve Resgate Histórico do Percurso de Implementação e Apresentação da Atividade

Os profissionais e usuários da *UBS Profª Drª Maria Herbênia O. Duarte* (Centro de Saúde Escola Vila Tibério) tiveram contato com a proposta do Grupo Comunitário por meio de um

convite realizado pelos fundadores do programa, para participação nos Encontros Comunitários de Saúde Mental, eventos anuais que tem como objetivo divulgar, ampliar e discutir o trabalho. Assim, uma das autoras, com o apoio da Unidade e da comunidade, organizava formas de viabilizar a participação de profissionais e usuários no evento, por exemplo, encontrando formas de operacionalizar o transporte até o local, seja com um transporte alugado e com divisão de custeio, ou com ônibus municiais regulares, entre outros. As participações iniciais eram compreendidas como formas de "passeio" e de ampliar a inserção social dos usuários do CSE em outros espaços. Sempre contando com a colaboração dos estagiários do Psicologia.

Estas participações repercutiram positivamente nos usuários e nos profissionais, que passaram a participar sistematicamente dos Encontros Anuais, e a se preparar cuidadosamente para o evento: em outra atividade grupal da unidade, denominada "Descontração em Saúde", com a ajuda dos estagiários da Psicologia, escolhiam e preparavam a apresentação de uma música que fosse significativa para o grupo. No dia do evento, levavam seus instrumentos musicais e se apresentavam, sendo considerados pelos participantes como momentos de valorização e acolhimento de si pela comunidade. Nesse percurso, mobilizada pela potência dos encontros, a Agente Comunitária de Saúde e autora deste capítulo, participou algumas vezes das sessões do Grupo Comunitário realizadas semanalmente no HD, para conhecer a proposta em outro contexto que não o do Encontro Anual.

No ano de 2012, decidiu-se que seriam realizadas sessões grupais do GCSM na própria UBS, com frequência bimensal e coordenadas por um dos fundadores, Dr. Sergio Ishara; sendo que estas sessões integram o cronograma anual do Programa, que informa a realização dos grupos em diversos espaços. A atividade passou a figurar como campo de inserção dos estagiários da Psicologia, na perspectiva de que estes favorecessem o acontecimento das sessões grupais, enquanto colaboradores ativos. O GCSM acontece, agora, com frequência mensal,

contando com a participação de cerca de 30 pessoas, dentre profissionais da equipe de saúde, estagiários da Psicologia e usuários do serviço – e passaram a ser coordenados, também, pela co-autora deste capítulo, que realiza o Curso de Aperfeiçoamento promovido pelo GCSM.

Na USF *Prof. Dr. Domingos A. Lomônaco* (Jardim Eugênio Mendes Lopes), por sua vez, no contexto da disciplina-estágio, os estagiários da Psicologia vinham identificando a necessidade e a possibilidade de realização de atividades grupais que pudessem reunir os usuários e profissionais de forma comunitária e voltada para a promoção da saúde mental. Em parceria com o Programa "Grupo Comunitário de Saúde Mental", cujas características poderiam responder à demanda descrita, iniciou-se um percurso de implementação do mesmo.

Nos anos de 2013 a 2016, foram realizadas sessões grupais do GCSM, como forma de aproximação da proposta ao contexto da Unidade, que foram coordenadas por diversos estagiários da Psicologia, em que houve adesão da equipe e da comunidade. As sessões eram realizadas esporadicamente e de forma pontual, espaçadas por um longo período de tempo. Apesar disso, constatava-se um potencial significativo de ajuda aos participantes, considerados individualmente, e ao serviço e à comunidade como um todo, na medida em que promovia a constituição de vínculos.

A partir destas experiências pontuais, em 2017 e 2018, decidiu-se, em parceria com a Unidade, dar continuidade ao percurso de maneira mais sistemática e consistente. A partir do trabalho dos estagiários da Psicologia, em parceria com a USF, decidiu-se que o GCSM seria realizado com frequência mensal e foi possível agendar previamente as datas de todas as sessões grupais daquele ano. Estas foram decididas conjuntamente e em oportunidades em que o cronograma anual de atividades da Unidade estavam em pauta. Dessa forma, diferentemente dos anos anteriores, o GCSM foi discutido e integrado ao cronograma do serviço, indicando maior pertencimento daquela modalidade como uma atividade partilhada e não restrita aos estagiários

de Psicologia. Além disso, foi possível imprimir as datas nos folders de divulgação do GCSM, integrando as sessões grupais realizadas lá em um contexto mais amplo do programa GCSM (Anexo 1).

As sessões foram compostas por número de participantes flutuante ao longo do percurso, com o mínimo de 5 participantes e máximo de 21. Os participantes consistiam em funcionários da USF, entre Agentes Comunitários (cuja presença mostrou-se majoritária e mais frequente), Gestora da Unidade, Médicos, Enfermeiras, Auxiliares de Enfermagem, Dentista, estagiários de Psicologia, Medicina e de Odontologia. Além dos profissionais, os usuários do serviço participaram das sessões. Dentre as sessões grupais, os participantes variavam, havendo, contudo, o retorno de muitos deles. Considera-se, dessa forma, que o GCSM foi sendo experimentado e, processualmente, reconhecido pela equipe, pelos estagiários e pela comunidade como um espaço legítimo de ajuda e de cuidado.

O percurso de realização do GCSM, no contexto das Unidades, vem se desenvolvendo de forma processual, sendo gradualmente sistematizado, a partir do trabalho compartilhado dos estagiários e profissionais das respectivas Unidades. Observou-se, nas duas Unidades, que a vivência do grupo e da proposta "enquanto participante", "em primeira pessoa", pelos profissionais do serviço e estagiários, é um elemento de singular relevância de cuidado com a saúde mental dos mesmos. A experiência de se colocar enquanto pessoa no GCSM, em relações horizontais, possibilita a ampliação do auto conhecimento e a reflexão sobre as situações vividas o que favorece o trabalho de profissionais que lidam com pessoas.

Nessa direção, identificam-se relatos em que os profissionais compartilhavam experiências pessoais e significativas em suas vidas, como no seguinte trecho:

> *Gabriela: eu queria compartilhar uma coisa... que eu não compartilho com ninguém... essa deve ser a terceira vez que mostro isso que eu faço sabe? Gente é muito bobo... muito bobo mesmo [diz*

> *tremendo e pegando um objeto na mochila]. Eu faço bordado... e esse aqui eu estou fazendo pra uma amiga, pra minha melhor amiga. E eu tenho vergonha de mostrar, mas achei que devia mostrar aqui, nem sei porque... mas é isso. É uma coisa que gosto de fazer, e me ajuda... e ele não é perfeito... tem um monte de defeito... mas é meu. Eu bordo desde pequena, com a minha avó. Ela que me ensinou. Mas fiquei parada um tempo [...] Ah, essas ondinhas eu que bordei... e é muito difícil bordar uma curva sabe? Desse formato curvo da onda... porque os pontos têm que ser coladinhos, um no outro!!! Então é muito trabalho mesmo... Gente, obrigada... de verdade... por vocês acolherem... e ouvirem... acho que isso.. eu não mostro pra muita gente, de verdade, não gosto de mostrar... e vocês me acolheram...obrigada.*

No trecho apresentado, percebe-se que Gabriela, uma estagiária, compartilha timidamente um objeto bordado por ela, que tem especial relevância para a participante. Apesar de não costumar mostrar seu trabalho para outras pessoas, decide leva-lo para mostrar ao grupo, ainda que não saiba, a princípio, explicitar o porquê, surpreendendo-se com a simplicidade do mesmo "*gente, é muito bobo, muito bobo mesmo"* [*sic*]. Contudo, ao exercitar a descrição de sua vivência com o objeto, vai se dando conta que este implica em um cuidado consigo mesma "*é uma coisa que gosto de fazer e me ajuda"* [*sic*], com a amiga que será presenteada, com a sua história "*eu bordo desde pequena, com a minha avó"* [*sic*], e com o próprio bordado, "*é muito trabalho mesmo"* [*sic*]. Nesse sentido, não se trata de um objeto "*bobo"* [*sic*], mas um objeto que porta significados percebidos pela participante, que revela sua singularidade para além de seu papel na unidade, e que parece ser acolhido pelo grupo: "*gente, obrigada... de verdade... por vocês acolherem... e ouvirem...."* [*sic*].

Este trecho ilustra, também, um movimento gradual de aproximação, interação e abertura para a tarefa de atenção e compartilhamento de experiências cotidianas consideradas significativas pelo participante. Observou-se que este movimento de "*experimentação*" do grupo pôde ser vivido por outros profissionais, de maneiras distintas, criativas e particulares. Por exemplo, um profissional que aparentemente mantinha-se distante da proposta e não costumava

participar dos grupos, na véspera de uma das sessões, elaborou e imprimiu, espontaneamente, convites para a atividade, que entregou à população. Este gesto foi percebido como significativo, de protagonismo e de co-construção do grupo pelos coordenadores, ainda que, naquela época, ele não participasse das sessões em si; e o convite elaborado por ele foi utilizado como modelo para as sessões seguintes. Posteriormente, este profissional passou a integrar as sessões grupais, primeiramente como ouvinte, e depois, compartilhando algumas experiências. No sentido de favorecer a aproximação e a co-construção da modalidade, foram importantes a observação, o reconhecimento e a sustentação destes "pequenos" gestos, que poderiam ser dados como óbvios ou mecânicos. Esta capacidade de reconhecimento da aproximação gradual dos participantes mostrou-se como fundamental para o processo de implementação da modalidade, figurando como um importante aprendizado profissional para estudantes em treinamento no serviço.

Assim, progressivamente, a partir da experimentação de um "lugar" no GCSM, os estagiários e profissionais puderam se engajar na construção partilhada e, também, beneficiar-se do trabalho do Grupo "enquanto participante". No trecho a seguir, uma profissional compartilha no Sarau, uma cena do filme de animação "Moana: um mar de aventuras", produzido pela Disney, descrita a seguir: a personagem Moana, uma jovem destemida, enfrenta uma furiosa gigante de pedra e fogo; corajosamente, Moana diz "deixa ela vir até mim", fazendo com que a gigante avance sobre ela; Moana começa a cantar e devolve o coração roubado da gigante, que se transforma em uma colorida floresta:

"*Eu cruzei o horizonte para encontrá-la*
Eu sei o seu nome
Eles roubaram seu coração de dentro de você
Mas isso não a define
Essa não é quem você é/ Você sabe quem você é"

Na sequência, a profissional diz:

> *Marcela: Eu trouxe esse vídeo, porque eu achei muito lindo o filme [...] E eu acho que essa cena né... que todos podem se tornar monstros ou florestas dependendo do terreno que a gente cultiva né. E aqui na unidade, não sei se todo mundo está sabendo, mas vem a [refere profissão da nova funcionária] nova né... e tá todo mundo na expectativa "será que ela é um monstro? Ou será que ela é a floresta? Quem é ela?" E eu fiquei pensando nisso de ser um terreno fértil para o outro ficar mais colorido. Então por isso que trouxe...*

Nesse recorte, Marcela reflete, a partir do contato com a cena do filme, que "*todos podem se tornar monstros ou florestas dependendo do terreno que a gente cultiva né"* [*sic*]. Relaciona o sentido percebido da cena com a experiência cotidiana de se deparar com alguém novo que adentrará a rotina de trabalho da unidade. Além disso, posiciona-se diante de tal acontecimento, podendo significá-lo de maneira pessoal: "*E eu fiquei pensando nisso de ser um terreno fértil para o outro ficar mais colorido*" [*sic*], ilustrando como o exercício de atenção, elaboração e compartilhamento de experiências pode se tornar um recurso de ajuda para ela.

Compreende-se que a vivência da atividade "em primeira pessoa", a partir da apropriação da proposta e da vivência da mesma enquanto um recurso de ajuda para si, favorece que a construção partilhada do grupo não se dê de forma mecânica, como mais uma intervenção a ser aplicada. O trabalho passa primeiramente por mim, para então, ser ofertado ao outro. Esta possibilidade de significação e posicionamento pessoal diante do próprio trabalho é significativa para o percurso formativo de estudantes, uma vez que a formação é tomada como um processo amplo que inclui o papel profissional e a própria pessoa, sem cindi-los (Pinheiro, 2017).

A realização do GCSM, no contexto das Unidades, não se restringe ao momento de intervenção em si, mas gera desdobramentos e reflexões que reverberam longitudinalmente, para além do término da sessão grupal. Uma vez que a compreensão e a vivência da proposta são

atravessadas pelas concepções que se tem acerca de saúde mental e de cuidado, o GCSM parece contribuir para que estes temas sejam pensados e repensados, no cotidiano das interações no serviço, disparando questionamentos, dilemas, reflexões, revisões de papeis e estereótipos sobre os usuários do serviço, entre outros. Estas reverberações puderam ser reconhecidas, acolhidas e refletidas, pelos estagiários, junto aos profissionais da equipe, em uma espécie de formação continuada no dia-a-dia do trabalho. Nesse sentido, este movimento parece favorecer o empoderamento dos profissionais da ESF para o trabalho em saúde mental, favorecendo a integração deste campo como transversal ao cuidado, e não reservado ao campo da especialidade – discurso dilemático identificado por Frateschi e Cardoso (2016) e Gryschik e Pimto (2015). Amplia-se, desse modo, a compreensão do papel do estagiário da Psicologia em saúde mental no contexto da Unidade, que deixa de ser restrito a atendimentos e orientações de casos individuais, tradicionalmente valorizados, para se caracterizar, também como uma participação ativa nos processos de trabalho da equipe de saúde.

Na perspectiva dos usuários, por sua vez, a apropriação e vivência da tarefa também tem sido experimentada e legitimada enquanto uma forma de cuidado, que conforme discutido por Frateschi e Cardoso (2016) e Silva et al (2017) sobre práticas grupais na Atenção Básica, fortalece vínculos usuário-usuário e usuário-serviço, valorizando a autonomia dos participantes. No trecho a seguir, um participante relata, em um Encontro Anual, o significado de sua participação nos Grupos realizados em uma das Unidades:

> *Edgar: Comecei a participar de um grupo [...] onde nós vamos levar umas experiências e cantar umas músicas, e lá eu encontrei o Sr. José que tá aqui na frente e que toca violão, deficiente visual. Então eu pensei assim: vou fazer uma banda com ele: surdo e cego [risos do participante e do grupo]. E nessa brincadeira, eu falei pra mim mesmo: eu tenho alguma coisa pra levar pra esse grupo. Mas... eu senti completamente o contrário depois. Eu tenho muito a receber desse*

> *grupo, principalmente do José. Com essa minha deficiência... então nós nos entendemos, tocando alguma coisa.*

No evento, Sr. Edgar e Sr. José apresentaram uma música juntos. Nota-se que, corroborando o proposto por Frateschi e Cardoso (2016) e Silva et al (2017), a participação em uma prática grupal de promoção de saúde, notadamente o GCSM, favorece o empoderamento dos usuários e o fortalecimento de vínculos usuário-usuário e usuário-serviço, em que se pode perceber sua potência de contribuição, e ao mesmo tempo, a possibilidade de ser ajudado pelo outro: "*eu tenho muito a receber desse grupo, principalmente do José*" [*sic*].

Este percurso de implementação e realização de uma proposta de promoção e cuidado à saúde mental não é isento de paradoxos e desafios. No percurso de implementação, verificou-se, por exemplo, que os convites para a participação nas sessões grupais, embora abertas a todos os participantes em um enquadre de promoção de saúde mental, eram realizados predominantemente a usuários que passavam por algum tipo de sofrimento psíquico. Por parte dos usuários, observou-se que, muitas vezes, apresentavam-se, inicialmente, por meio de seu sintoma e de suas queixas, como é o caso abaixo:

> *Berenice: Bom... eu queria falar também... e como o colega ali, eu tenho transtorno de ansiedade, depressão... e às vezes, dá umas crises assim... eu tenho que tomar remédio; mas não me adapto aos remédios, sabe? [...]*

Conforme discutido por Rocha (2015), os participantes de um grupo – nesse caso, profissionais, estagiários e usuários – carregam concepções acerca do que é, como opera e como se portar em um grupo. Além disso, historicamente, o cuidado com a saúde mental foi balizado por ações e hermenêuticas que focam o sintoma e a solução do mesmo, predominando, no

campo grupal, psicoterapia grupal com forte influência das psicoterapias individuais ou grupos de psicoeducação (Vasconcellos, 2008). Nessa direção, a implementação de uma modalidade de grupo voltado para a promoção de saúde mental parece convidar à emergência destas representações e concepções nos participantes, que começam a operar a partir delas.

Diante disso, com o apoio dos estagiários, realizou-se um trabalho de acompanhamento e favorecimento da compreensão da proposta, do enquadre e da tarefa grupal, que consiste em compartilhar experiências cotidianas reconhecidas como significativas, independente de papeis sociais ou diagnósticos pré-estabelecidos, tratando-se de um grupo aberto a qualquer pessoa interessada (Ishara & Cardoso, 2013). A compreensão e a apropriação do cuidado à saúde mental como sendo do âmbito do humano e do cotidiano, transversal aos processos de saúde-doença, vem se dando processualmente, e é fundamental para que se possa vivenciar a proposta do grupo de forma significativa, legitimando-se o cuidado ofertado. Berenice, que vem frequentando o grupo em uma das unidades, após apresentar-se, conforme visto anteriormente, diz:

> *Berenice: Mas enfim, o que eu queria contar é que eu também fiz bodas com o meu marido. E pra comemorar, eu queria viajar, e decidimos viajar a família toda! Fomos pra praia nesse último feriado, todos juntos [se emociona]. Joguei bola com os meus filhos... e o mais novo até brincava comigo falando "velha, você jogava bola melhor"... porque quando eles eram pequenos, eu jogava bola até com eles!! E foi demais, sabe? Nesse fim de semana, também, fomos na casa de um cunhado, e ele disse, "nossa Berenice, seus filhos são tão família, são tão unidos..." [se emociona].*

Berenice inicia sua fala relatando seu sintoma, mas segue referindo "*o que eu queria contar é..."*[*sic*] e trazendo aspectos de sua vida cotidiana e familiar, como as bodas com o marido, a viagem com a família e a conversa com um cunhado. O Grupo Comunitário, nesse sentido, pode favorecer a ampliação da percepção sobre Berenice, por parte dos outros participantes, que

incluem profissionais e estagiários, bem como de Berenice sobre ela mesma. Assim, não se pretende negar a presença do sofrimento psíquico, mas favorecem o alargamento de possibilidades de compreensão e escuta à pessoa, abarcando seu horizonte de valores, projetos de vida e de felicidade, conforme proposto por Ayres (2004).

Outro desafio foi a permeabilidade da atividade às variações da instituição, considerando, sobretudo, que, conforme exposto a tarefa proposta demanda empenho, abertura e protagonismo, sendo que variáveis contextuais podem influenciar, favorecendo ou não certo "fechamento" para a mesma.

Considerações Finais

Os objetivos deste capítulo foram descrever e refletir sobre o percurso de implementação de uma modalidade grupal de promoção e cuidado à saúde mental, o Grupo Comunitário de Saúde Mental, em duas Unidades de Saúde pautadas pela Estratégia de Saúde da Família, através da inserção e participação de estagiários de Psicologia das disciplinas-estágio: *O psicólogo em uma equipe do programa de saúde da família: desenvolvendo programa de promoção de saúde na comunidade I e II*, e ainda, destacar as contribuições para a formação profissional dos estudantes-estagiários.

A realização de uma retomada histórica e reflexiva sobre o trajeto permitiu descrever como a presença desta atividade, no contexto da ESF, traz desdobramentos relevantes ao cuidado e ao trabalho em saúde mental, bem como ao percurso formativo dos estagiários que estão nesses serviços. Nessa direção, a implementação e realização do Grupo Comunitário favoreceu o trânsito e a fluidez da temática da saúde mental na saúde básica, disparando reflexões e discussões sobre a saúde mental; promovendo um cuidado ampliado à equipe, vivenciado "em primeira pessoa", possibilitando um espaço de escuta e compartilhamento de

experiências significativas do cotidiano; e favorecendo a integração do cuidado consigo e com o outro, neste campo.

A atividade oportunizou, também, um espaço de trabalho conjunto e cuidado partilhado entre equipe, estagiários e comunidade, em um horizonte comunitário. Na perspectiva dos usuários, favoreceu a constituição de vínculos, pautados pela perspectiva de ajuda mútua; a possibilidade de ampliação da percepção de si e do outro; entre outros.

O percurso de implementação e realização desta modalidade, nos referidos contextos, evidenciou a relevância de um trabalho que transcende a coordenação das sessões grupais, em si, ou seja, um trabalho no cotidiano do serviço que pôde ser acolhido, significado e transformado – favorecendo, por sua vez, a própria realização da sessão grupal. Este trabalho de "costura" entre as sessões tem sido fundamental para sustentar não só a compreensão, mas a construção partilhada da modalidade no contexto, bem como o exercício de atenção e reconhecimento de experiências cotidianas significativas. Tanto a compreensão, quanto a construção partilhada e o reconhecimento de experiências são elementos constitutivos da própria proposta; nesse sentido, a realização do GCSM está condicionada a eles (Ishara & Cardoso, 2013).

Assim, a própria tarefa central de atenção e elaboração da experiência proposta pelo GCSM precisou ser atualizada no percurso de implementação e desenvolvimento da modalidade, através da adoção de um trabalho de observação, registro, descrição e reflexão sistemáticos sobre o mesmo, que contou com apoio no espaço da supervisão do estágio. Este processo mais amplo da implementação de uma modalidade em um contexto de saúde, que não se restringe à realização da sessão grupal, mas permeia o cotidiano do trabalho em um serviço de saúde, pode contribuir de maneira significativa com a formação profissional dos estagiários da Psicologia, que serão convidados a responder a desafios profissionais abrangentes e complexos atinentes à realidade dos serviços em que trabalham.

Referências

Ayres, J. R. C. M. (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade, 13*(3), pp. 16-29.

Brasil (2011). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Brasil (2012). Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde (Série E. Legislação em Saúde)

Frateschi, M. & Cardoso, C. L. (2016). Práticas em saúde mental na atenção primária à saúde. Psico (Porto Alegre), 47(2), pp. 159-168.

Gryschik, G. & Pinto, A. A. M. (2015). Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? Ciência & Saúde Coletiva, 20(10), pp. 3255-3262.

Ishara, S. & Cardoso, C. L. (2013). Delineamento do Grupo comunitário de Saúde Mental. In: S. Ishara; C. L. Cardoso & S. Loureiro (Orgs.), *Grupo Comunitário de Saúde Mental: conceitos, delineamento metodológico e estudos* (pp. 19-40). Ribeirão Preto: Nova Enfim Editora

Rocha, R. M. G. (2015). *Análise Compreensiva de uma nova modalidade de trabalho em saúde: o Grupo Comunitário de Saúde Mental.* Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto

Silva, G., Iglesias, A., Dalbello-Araújo, M., & Badaró-Moreira, M. I. (2017). Práticas de Cuidado Integral às Pessoas em Sofrimento Mental na Atenção Básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *37*(2), 404-417.

Trapé & Onocko (2017). Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. *Revista de Saúde Pública, 51* (19), 1-8.

Vasconcelos, E. M. (2008). *Abordagens Psicossociais Volume I: História, Teoria e Trabalho no Campo*. São Paulo: Editora Hucitec.

O SERVIÇO DE ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL DA USP-RIBEIRÃO PRETO: FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO E DO ORIENTADOR PROFISSIONAL

Lucy Leal Melo-Silva
Dayane Barbosa
Karine Regina Jurado
Taísa Marques

O Serviço de Orientação Profissional (SOP), um dos serviços do Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada (CPA), é um espaço de realização de ensino e aprendizagem nos estágios profissionais oferecidos aos alunos do curso de Psicologia da FFCLRP. Desde 1994, as ações resultam em extensão de serviços à comunidade, sobretudo, no atendimento a adolescentes em situação de vestibular para ingresso em universidades.

Este capítulo está organizado em duas partes. A primeira aborda o referencial teórico-metodológico em quatro eixos temáticos. E, posteriormente são apresentados os objetivos dos estágios profissionais, o funcionamento do SOP, a interface entre orientação profissional e psicoterapia, o modelo de intervenção em grupo e as principais técnicas utilizadas. Os eixos temáticos que subsidiam o referencial teórico-metodológico são descritos a seguir.

1. *Escolha profissional*. Construto essencial na intervenção para a compreensão do problema apresentado pelos usuários do serviço.

2. *Competências requeridas ao psicólogo e ao orientador profissional e de carreira*. Competências que norteiam as estratégias de ensino e aprendizagem, objetivando o treinamento dos psicólogos para intervenções em diferentes cenários e contextos tanto no domínio da Orientação Profissional quanto em outros da Psicologia.

3. *Avaliação de dimensões psicológicas*. Com destaque para a avaliação da maturidade e dos interesses profissionais, objetivando a compreensão dos problemas dos clientes e para delineamento da intervenção.

4. *Avaliação da intervenção em Orientação Profissional*. Desenvolvida com o objetivo de compreender a eficácia do atendimento e seus limites, com vistas ao aprimoramento do serviço de extensão.

Referencial Teórico-Metodológico

Escolha Profissional

Desde a metade do século passado, o mundo do trabalho está passando por mudanças velozes, provocando alterações profundas nas carreiras e, consequentemente, nas possibilidades profissionais almejadas por jovens que aspiram ao ingresso na universidade. Tais jovens defrontam-se com questões do desenvolvimento humano, entre elas, a necessidade de decidir-se por uma profissão, via estudos técnicos, tecnológicos ou universitários para a posterior inserção no mundo do trabalho. Cabe destacar que a questão da "escolha" também deve ser considerada em termos de graus de liberdade, que podem ser maiores ou menores a depender das condições materiais, educacionais e espirituais, como apontaram Ferretti e Madeira (1992).

De acordo com Ribeiro (2011), a escolha vocacional, profissional ou de carreira pode ter diferentes significados: socioeconômico, psicológico e psicossocial. O significado socioeconômico remete a um lugar a ser ocupado no mundo do trabalho. O significado psicológico remete: (a) à resposta do ego diante de um objeto interno danificado que clama por reparação, no sentido psicodinâmico; (b) à atualização do autoconceito derivada das experiências,

no sentido desenvolvimental; (c) à expressão da intenção de ingressar em uma área profissional que melhor represente as preferências e aspirações; e (d) ao processo social cognitivo de tomada de decisão. O significado psicossocial remete à síntese possível entre as demandas da indivíduo e as exigências do sistema produtivo em relação às expectativas de papéis. A síntese seria operada em uma relação dialética entre a identidade vocacional (ser) e a identidade ocupacional (fazer).

A escolha da carreira universitária, foco deste capítulo, consiste em uma tarefa complexa, o que significa, também, vencer obstáculos quanto ao acesso e à permanência na universidade. Os adolescentes enfrentam questões internas, que dizem respeito ao processo de amadurecimento físico, emocional e social, acarretando ansiedade em relação ao futuro; e questões externas, o contexto e as circunstâncias de vida, incluindo o momento histórico, político e econômico no país, as condições socioeconômicas, as influências familiares, de colegas, de professores, entre outras. A escolha de um curso, profissão ou ocupação é definida por Pelletier et al (1982) como um processo de resolução de problemas, sendo, portanto, necessário um conjunto de habilidades para que se alcance o sucesso nessa tarefa de desenvolvimento, com particularidades para cada etapa do ciclo vital.

Assim, para intervir em processos de escolha da carreira, e com pessoas experimentando sentimentos de ansiedade, insegurança e incerteza, o psicólogo e/ou orientador profissional busca auxiliar os clientes na organização das informações de forma a construir conhecimentos específicos para que possa tomar decisões conscientes e autônomas. Para atuar com vistas aos objetivos das intervenções de carreira e da formação do psicólogo focalizam-se, a seguir, as competências requeridas dos profissionais da orientação profissional e de carreira.

Competências Requeridas ao Psicólogo e ao Orientador Profissional

A reflexão sobre as competências demonstradas e as requeridas tem sido objeto das avaliações educacionais. No domínio da Orientação Profissional não seria diferente. E o que significa "competência"? Um conjunto de conhecimentos, procedimentos, capacidades, aptidões e atitudes que podem ser aprendidas, desenvolvidas e são observáveis em atividades e tarefas, desde que tenham qualidade, eficiência e sejam comportamentos adequados para a situação em foco. As "competências" podem ser gerais: habilidades utilizadas em qualquer atividade profissional e aplicáveis em diferentes situações; e específicas ou técnicas: habilidades desenvolvidas para uma determinada área profissional, com aplicabilidade específica sendo assim considerada uma especialização profissional. (Talavera & Pérez-González, 2007; Gondim et al., 2014).

A fim de nortear a definição de competências requeridas para o desempenho eficaz de orientadores profissionais em diferentes contextos e países, a *International Association for Educational and Vocational Guidance* (IAEVG/AIOSP, sigla em Francês) produziu, em 2003, um documento objetivando propor recomendações para a capacitação prática. Assim, as competências foram organizadas em duas categorias: Centrais e Especializadas. As *Competências Centrais* são necessárias ao orientador profissional independentemente do local de trabalho. Elas englobam aspectos como: comportamento ético e conduta profissional, habilidade para planejar, implementar e avaliar programas de orientação e aconselhamento, entre outras. Por sua vez, as *Competências Especializadas* variam de acordo com o ambiente de trabalho e com a clientela atendida. Elas foram elaboradas em dez áreas tais como: diagnóstico, orientação educativa, desenvolvimento de carreira, aconselhamento, administração da informação, consulta e coordenação, pesquisa e avaliação, gestão de programas e serviços, construção da capacidade da

comunidade, e colocação (Talavera, Lévano, Soto, Ferrer-Sama & Hiebert, 2004; Antunes, Melo-Silva, Taveira, Soto, Ferrer-Sama & Hiebert 2009).

No Brasil, a Associação Brasileira de Orientação Profissional (ABOP) a partir das referências internacionais tem fomentado a discussão e o estabelecimento de Diretrizes Nacionais para a Formação do Orientador Profissional Brasileiro. Nas definições da ABOP, a diretriz visa contemplar três conjuntos de competências, habilidades e conhecimentos: formação teórica, formação prática e desenvolvimento pessoal e ético (Lassance, Melo-Silva, Bardagi, & Paradiso, 2007).

Cabe destacar que, no Brasil, historicamente, a Orientação Profissional tem sido vinculada à Psicologia, sendo uma das atribuições do psicólogo previstas na legislação que regulamenta o exercício da profissão. Dessa forma, observa-se consonância entre as competências requeridas do psicólogo e do orientador profissional no Brasil, como observado por Melo-Silva (2005), ao verificar congruência entre as Competências Centrais com os princípios e compromissos contidos no artigo 3° das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia. Assim, o Serviço de Orientação Profissional (SOP), no âmbito do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, objeto deste capítulo, busca propiciar um campo de estágio profissionalizante para o desenvolvimento e o treinamento de habilidades e competências necessárias à formação e atuação do psicólogo, de forma geral, e, especificamente, para atuação desse profissional enquanto orientador profissional. Dentre as competências especializadas figuram as de realização de diagnóstico e pesquisa e avaliação, focalizadas a seguir.

Avaliação de Dimensões Psicológicas

A avaliação psicológica no contexto das intervenções de carreira abrange uma vasta extensão de conteúdo. Segundo Savickas (2004, p. 21), a "avaliação vocacional desempenha um papel central no aconselhamento de carreira uma vez que proporciona aos psicólogos dados objetivos acerca dos clientes e dos seus problemas". Assim, avaliar é preciso e útil nas intervenções. Nesse domínio do conhecimento realizam-se avaliações da pessoa, de problemáticas e dos processos e resultados da intervenção. A avaliação da pessoa compreende dimensões ou variáveis psicológicas como: interesses, maturidade, valores, personalidade, autoeficácia e valores, entre outros. No SOP, a avaliação das dimensões psicológicas privilegia os construtos maturidade profissional e interesses e sobre eles há destaque neste capítulo, ainda que outros construtos possam ser avaliados no serviço.

O construto *Maturidade vocacional, profissional ou de carreira* é entendido como "a disposição da pessoa para abordar as tarefas vocacionais com as quais se confronta em função de seu desenvolvimento biológico e social, bem como pelas expectativas sociais de outras pessoas que alcançaram esta etapa de desenvolvimento" (Super, 1990, p. 213). Para a população adulta, Super e Knasel (1981) apresentaram o conceito de *adaptabilidade de carreira*, para melhor descrever a natureza do desenvolvimento na vida adulta, uma vez que nessa etapa as situações se apresentam de forma heterogênea para cada indivíduo e não se pode falar em crescimento ou maturação na vida adulta. Para fins deste estudo, utiliza-se o construto maturidade profissional em decorrência do instrumento utilizado no SOP ser a Escala de Maturidade para Escolha Profissional (EMEP).

Assim, o construto Maturidade Profissional é composto essencialmente por cinco dimensões: planificação, exploração, informação, tomada de decisões e orientação realista. No

que se refere à dimensão planificação, o indivíduo adquire autoconhecimento sobre si mesmo, tendo a capacidade de analisar suas características e projetar sua imagem no futuro, com base nos fatos já ocorridos e as suas aptidões atuais. Em relação à exploração, o jovem passa a refletir e perguntar a si mesmo o que quer de sua vida, essa análise abarca todos os contextos que cercam o indivíduo, tais como a escola, o trabalho, a família e a comunidade. A dimensão informação envolve todos os tipos de conhecimento sobre as carreiras e o mundo de trabalho, assim como a forma de ingressar na área profissional. No que se refere à dimensão tomada de decisões, o indivíduo passa a integrar as informações que possui tanto de nível pessoal (interesses) como profissional, a fim de tomar uma decisão e escolher a carreira que mais lhe agrada. A dimensão realismo é a mais complexa, pois consiste em agregar a tomada de decisão a todos os projetos e planos (Super, 1957).

Instrumentos que mensuram o nível de maturidade vocacional foram desenvolvidos com a finalidade de determinar se a pessoa em processo de intervenção de carreira possui as competências necessárias para tomar decisões e quais das dimensões da maturidade vocacional precisam ser trabalhadas na intervenção (Olivares, 2007). Muitos estudos avaliam a intervenção e a dimensão Maturidade Profissional por meio da EMEP, como aponta a própria autora (Neiva, 1999, 2014) e outros investigadores (Bardagi & Albanes, 2015). Destacam-se alguns estudos de avaliação da intervenção com o uso da EMEP. O estudo de Lassance, Bardagi e Teixeira (2009), realizado no Rio Grande do Sul, com uma amostra de 176 adolescentes e o estudo de Oliveira e Neiva (2013), em Pernambuco, com 10 adolescentes. Os resultados foram favoráveis ao aumento do nível de maturidade com a idade. Outros, dois estudos foram desenvolvidos em Ribeirão Preto no contexto do SOP/FFCLRP/USP, objeto deste capítulo, o de Melo-Silva, Oliveira e Coelho (2002) e o de Junqueira e Melo-Silva (2014). O primeiro avaliou a influência do processo de Orientação Profissional no desenvolvimento da maturidade para escolha de carreira

em adolescentes (n = 63), evidenciando ganhos na maturidade para a escolha da carreira. O segundo foi conduzido com uma amostra de 748 clientes para o estudo sobre o perfil de maturidade, sendo a maioria classificada com nível de maturidade abaixo de médio no início do atendimento. A comparação da maturidade antes e depois da intervenção foi feita com uma amostra de 492 clientes, mostrando que a intervenção favoreceu significativamente o desenvolvimento da maturidade para a escolha profissional. Este estudo, além de avaliar a intervenção, contribuiu para a validação do instrumento em uma amostra clínica. Portanto, a maturidade é uma dimensão psicológica chave para a Orientação Profissional e, consequentemente, para a avaliação do impacto da intervenção.

Por sua vez, o construto *Interesses Profissionais* possui diversos significados que diferem quanto às abordagens teóricas, mas prevalece em comum acordo que os interesses são um componente fundamental no desenvolvimento de carreira (Athanasou & Van Esbroeck, 2007). Dentre os modelos que estudam o funcionamento dos interesses, prevalecem a Teoria Social Cognitiva de Carreira (Lent, Brown & Hackett, 1994), o Modelo das Personalidades Vocacionais ou tipologias de Holland (Holland, 1997) e a perspectiva Psicodinâmica do final do século (Achtnich, 1991; Bohoslavsky, 1991; Nunes, Okino, Noce & Jardim-Maran, 2008). No modelo Social Cognitivo de Carreira, os interesses são conceituados como padrões de gostos, aversões e indiferenças a respeito de atividades relacionadas às carreiras. Possuiriam influência direta na formação dos interesses as crenças de autoeficácia (confiança na capacidade pessoal para organizar e executar certos cursos de ação) e as expectativas de resultados (crenças sobre as consequências intrínsecas e extrínsecas) das ações em questão (Lent, Brown & Hackett, 1994). Na tipologia de Holland (1997) os interesses profissionais representam a personalidade do indivíduo expressa no trabalho por meio de seis tipos psicológicos e seis modelos ambientais.

Destaca-se a abordagem psicodinâmica como base para a compreensão dos interesses, proposto por Achtnich (1991). Nessa perspectiva existiriam inclinações específicas em cada indivíduo que se organizam de forma a estabelecer certos perfis de inclinação ou de interesses, os quais influenciam as escolhas profissionais e se manifestam nas preferências e rejeições de atividades, ambientes e instrumentos de trabalho. Esses perfis são explicitados por meio de oito fatores/radicais de inclinação auxiliando no processo de autoconhecimento e de clarificação das preferências de modo a facilita a tomada de decisão.

O instrumento preferencialmente utilizado no SOP para aferir os interesses é o *Teste de Fotos de Profissões (BBT)* (Achtnich, 1991) adaptado por Jacquemin (2000) passando a denominar-se BBT-Br. No contexto da avaliação de interesses, diversos estudos vêm sido desenvolvidos, também com a finalidade de avaliar a intervenção fazendo uso do BBT-Br, entre eles o estudo de Melo-Silva (2000), Shimada (2011) e Shimada & Melo-Silva (2013). Os resultados mostram o BBT-Br como um instrumento efetivo para avaliar os interesses e facilitar a tomada de decisão dos clientes, e, consequentemente, avaliar se o propósito da intervenção foi alcançado, ou seja, auxiliar o cliente na clarificação de seus interesses.

A construção da carreira de egressos do SOP também foi avaliada em estudo de acompanhamento de egressos de Marangoni (2017), objetivando compreender a construção de vida/carreira por meio das histórias de vida obtidas por meio da atividade "Minha História de Carreira" de Savickas e Hartung (2012). Os resultados mostram que há continuidade nas narrativas de construção da vida/carreira, anos depois do atendimento, e que elas se relacionam com a história das cinco fotos preferidas do BBT-Br obtidas na época do atendimento. Assim, por meio de diferentes estratégias e instrumentos o SOP tem sido avaliado.

Avaliação da Intervenção em Orientação Profissional

Avaliar as intervenções é importante, sobretudo para garantir a continuidade dos serviços. Critérios foram estabelecidos para avaliar intervenções, dentre eles a necessidade de métodos refinados, estruturados e padronizados que pudessem ser utilizados com a finalidade de aperfeiçoar as práticas e os serviços oferecidos (Holland, Magoon & Spokane, 1981). Existe uma ampla gama de estruturas, formas de avaliação e procedimentos que dificultam a universalidade da avaliação (Spokane & Nguyen, 2015). Assim, além das questões metodológicas para a avaliação da intervenção, Melo-Silva (2011) aponta a diversidade conceitual e de práticas, a falta de clareza sobe os objetivos da intervenção e do referencial teórico-metodológico como alguns obstáculos para a avaliação no contexto brasileiro seja da intervenção psicológica seja da orientação profissional.

Embora não exista uniformidade dos métodos de avaliação, duas modalidades são comumente utilizadas: (a) a avaliação dos resultados, cujo foco são as mudanças, tendo como alvo a investigação do quanto se pode atribuir a uma dada intervenção os resultados obtidos pelos usuários do serviço; e (b) a avaliação do processo, que se centra no *feedback* contínuo, objetivando desenvolver possíveis adaptações no curso da intervenção (Leitão & Paixão, 2008; Loureiro, 2012). Nesse sentido, estudos focalizados nos resultados buscam avaliar a eficácia da intervenção, enquanto aqueles que se direcionam aos processos buscam investigar as condições associadas a um dado resultado (Taveira & Pinto, 2008). Quanto aos resultados de forma geral, eles podem ser averiguados por meio de três categorias temporais: (a) os resultados imediatos, obtidos através da avaliação de uma ação específica do profissional; (b) os resultados intermediários, avaliados pelos registros em diferentes estágios da intervenção; e (c) os resultados distais, ou seja, analisados a longo prazo por meio dos *follow-ups* (Heppner & Heppner; 2003).

No SOP a avaliação da intervenção tem sido recorrente. Estudos são delineados tanto para avaliar perfis, em função de alguma variável ou dimensão psicológica, como apresentados anteriormente e também para avaliar processos e resultados. Como exemplos, a seguir, são apresentados algumas pesquisas. O estudo de Almeida e Melo-Silva (2006) procedeu à avaliação do SOP na perspectiva de ex-usuários (n = 104) em um período de sete anos de funcionamento (1994-2000). A maioria avaliou positivamente o serviço, revelando compreensão da Orientação Profissional como uma estratégia que possibilita o autoconhecimento e o amadurecimento para a realização de escolhas vocacionais. Também foi investigada a perspectiva dos pais ou responsáveis (Loosli, 2003) e dos ex-estagiários (Fraga, 2003).

Na mesma direção, outro conjunto de estudos foi delineado para cobrir o período 2001-2006 (Arruda & Melo Silva, 2010). Participaram do estudo 77 ex-clientes que avaliaram positivamente as condições oferecidas pelo serviço, valorizando as atividades e os temas trabalhados, com sugestões de expansão do serviço para mais pessoas. Como parte deste estudo, um focalizou a visão de pais (Yokoyama, 2009) e o outro a de ex-estagiários. Assim, na perspectiva de 33 ex-estagiários (Alonso & Melo-Silva, 2013), as condições do serviço foram consideradas adequadas, os fatores processuais para a tomada de decisão foram considerados facilitadores e os temas trabalhados foram tidos como pertinentes para a construção do projeto de vida dos ex-usuários. Foram sugeridas propostas para o aprimoramento das práticas do serviço, do instrumento de pesquisa e da formação do estagiário. Os resultados das avaliações ao término dos atendimentos possibilitaram mudanças no serviço ao longo dos 24 anos de atividades.

Objetivos dos Estágios Profissionais

As atividades desenvolvidas no âmbito do Serviço de Orientação Profissional (SOP) objetivam: (a) auxiliar os estagiários no desenvolvimento e aprimoramento da formação teórica, prática e ética no que compete às múltiplas demandas de atribuições do psicólogo, em geral, e em especial as de orientador profissional; e (b) prestar um serviço especializado em orientação profissional à comunidade.

Na formação do aluno, dentre as competências desenvolvidas no treinamento, destacam-se como objetivos desenvolver a capacidade de liderança, a partir do papel do coordenador de grupos de orientação profissional; a de administrar e gerenciar intervenções, materiais e instrumentos; a de tomar decisões em relação às intervenções e ao atendimento dos usuários; e a de dar atenção à promoção da saúde do cliente, com vistas à facilitação da construção de um projeto de vida e da carreira dos clientes. Como via de mão dupla, ao estagiário também é facilitada a construção de sua carreira nesse processo de ensino e aprendizagem.

Funcionamento do SOP

O SOP é um serviço-escola que funciona desde 1994 no âmbito do Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada (CPA), do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Trata-se de um serviço de extensão à comunidade que cumpre a função também de formar psicólogos. As atividades formativas são realizadas por meio de dois estágios: (a) intervenção individual em desenvolvimento de carreira e (b) grupo de orientação profissional.

As atividades de extensão são voltadas ao atendimento de adolescentes em situação de escolha do curso universitário e de adultos em processo de transição de e na carreira. Segundo Melo-Silva (2000; 2003), o serviço é procurado predominantemente por adolescentes entre 16 e 19 anos, que buscam o acesso à universidade. Os candidatos ao atendimento são entrevistados no início de processo e os dados são registrados no roteiro de triagem. Nessa etapa são obtidas as informações correspondentes às situações de exploração vocacional, o que permite identificar a situação na qual o jovem se encontra. (Barbosa & Melo-Silva, 2018).

O termo "exploração" é útil, porque sugere a ideia de alguém que penetra num lugar desconhecido. Há adolescentes que "se animam" a ser exploradores e adolescentes que "não se animam". O explorador sabe *o que* vai explorar e *com que* equipamento de exploração. Da síntese destes dois fatores surge o conceito de "situação" (Bohoslavsky, 1971/1991).

Segundo Bohoslavsky (1991), as situações de exploração são classificadas em quatro tipos, de acordo com o nível de ansiedade, o tipo de conflito e as defesas evidenciadas no comportamento do adolescente, sendo elas: (a) *Pré-dilemática,* nela o adolescente não percebe que precisa ou deve escolher, não se dá conta de que deve explorar para dar continuidade aos estudos; (b) *Dilemática,* o adolescente percebe que deve fazer algo, sente-se invadido por uma urgência e ansiedade, além de um sentimento de ambivalência; (c) *Problemática,* o adolescente mostra preocupação em relação à escolha, há menos confusão e maior discriminação de seus interesses*;* e (d) *Resolução,* o adolescente age em busca de solução para o problema que ele formula e os outros problemas de escolha já foram solucionados. A partir da identificação das situações e de características tais como o tipo de dificuldade, faixa etária, disponibilidade do cliente e recursos internos, a equipe define a modalidade de atendimento para cada cliente, seja ela individual (adultos e adolescentes que demandam atendimento específico), em grupo (adolescentes com questões mais comuns e maior flexibilidade de tempo). Essa análise, permite

ainda ao estagiário avaliar a situação do cliente na chegada e ao término da intervenção, sendo introduzida no serviço com este propósito. (Barbosa & Melo-Silva, 2018).

Os atendimentos ocorrem em situação real de intervenção, assim, essas atividades configuram-se como estratégias de formação do aluno de Psicologia para que ele possa exercer a função de orientador profissional e possa desenvolver habilidades transferíveis para outros campos da Psicologia (Melo-Silva, 2003). Na modalidade de grupo é oferecida aos estagiários a prática da coordenação e liderança de um grupo, como base no Esquema Conceitual Referencial Operativo (ECRO) de Pichon-Rivière, como descrito por Melo-Silva e Jacquemin (2001). A modalidade individual, por outro lado, permite ao estagiário a coparticipação em projetos profissionais dos clientes, concebendo o planejamento das intervenções, o desenvolvimento e a avaliação. A intervenção individual tem por base a estratégia clínica de Bohoslavsky (1991) sendo a entrevista clínica a base da intervenção.

Interface entre Orientação Profissional e Psicoterapia

A coexistência entre dificuldades no âmbito profissional e de carreira e problemas emocionais é referida na literatura internacional e constitui um tema relevante na formação em Psicologia, motivo pelo qual é tratado neste capítulo. Anderson e Niles (1995 apud Oliveira-Cardoso, Melo-Silva, Piovesani & Santos, 2010) comprovaram tal hipótese ao verificarem que mais de um terço das preocupações manifestas por clientes com pedidos vocacionais encontravam-se relacionadas com problemas não-vocacionais, como dificuldades nos relacionamentos interpessoais e/ou outras perturbações emocionais. Nesse cenário, a orientação profissional, muitas vezes, atua como porta de entrada para o atendimento psicoterapêutico (Santos, Oliveira-Cardoso & Melo-Silva, 2009). Frente ao questionamento que indaga se

orientação profissional e psicoterapia seriam fundamentalmente diferentes e ainda quais seriam suas semelhanças e diferenças, muitos pesquisadores as negam, apontando que há uma interrelação entre questões emocionais e de aconselhamento de carreira e ainda afirmando como pode ser problemática a total separação entre elas, enquanto áreas estanques. (Oliveira-Cardoso, Melo-Silva, Piovesani & Santos, 2010).

Um dos aspectos apontados para a crença na existência dessa distinção é a visão estereotipada de que o aconselhamento de carreira se ocuparia apenas de aspectos cognitivos e racionais, usando para isso testes e formas objetivas de mensurar o processo. A respeito das semelhanças e diferenças entre orientação profissional ou aconselhamento de carreira e psicoterapia, pode-se dizer que a primeira busca tratar de uma ampla gama de procedimentos e tarefas, onde inclui-se o diagnóstico, a investigação, a prevenção e a solução, de problemáticas relacionadas ao campo vocacional (Bohoslavsky, 1991). Por sua vez, a psicoterapia pode ser definida, de forma ampla, como uma prática de atenção psicológica que busca auxiliar o indivíduo a lidar com o seu sofrimento psíquico (Oliveira-Cardoso, Melo-Silva, Piovesani & Santos, 2010). Nesse sentido, sabe-se que as estratégias de atendimento oferecidas são diversas, bem como o referencial teórico em que se apoiam as intervenções. Contudo, especialmente em contextos de Clínica-escola, como é o caso do serviço descrito nesse capítulo, o primordial é elencar abordagens e formas de trabalhar que resultem em um aprendizado para o psicólogo-estagiário, ao mesmo tempo em que resultem em uma real utilidade para os clientes que são atendidos. Nesse contexto, independente da abordagem, cumpre destacar a importância da relação terapêutica entre psicólogo e cliente em qualquer das situações.

No SOP, desde sua implementação, há uma articulação entre o atendimento por ele oferecido com as demais modalidades de atendimento do Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada (CPA), tais como os serviços de triagem de adolescentes e adultos, de psicodiagnóstico

e de atendimento psicoterápico. Essa interrelação busca definir propostas de encaminhamento mais apropriados à situação de cada cliente (Santos, Oliveira-Cardoso e Melo-Silva, 2009). Assim, após a entrevista de triagem eles são encaminhados para atendimento individual ou em grupo. A seguir, focaliza-se a intervenção em grupo por ser a modalidade que atende a um maior número de usuários do serviço.

O modelo de Intervenção em Grupo no SOP

A intervenção em grupo é desenvolvida com adolescentes que apresentam como principal conflito a escolha por um curso universitário. Em relação ao funcionamento do grupo, ele é organizado com cerca de 15 a 20 adolescentes que passam por um processo de triagem para a constituição dos grupos em função das demandas e dos horários disponíveis. Os grupos acontecem uma vez por semana, num período de, em média, doze sessões de duas horas e são coordenados por uma dupla de estagiários.

A Orientação desenvolvida no SOP focaliza temáticas como: autoconhecimento, escolha, escola e estudos, interesses, informação profissional, vestibular, informações sobre as profissões e transformações do mundo do trabalho, entre outros temas que emergem no atendimento. O processo interventivo baseia-se no referencial teórico clínico-operativo de Müller (1988), que integra os referenciais de Bohoslavsky (1991) e de Pichón-Rivière (1998), levando em consideração aspectos humanos articulados aos projetos de vida e à intervenção grupal (Melo-Silva & Jacquemim, 2001). Cada sessão é planejada com objetivos estabelecidos em torno dos temas relacionados com a escolha de carreira e com os subtemas especificados no processo, definindo-se as técnicas e o materiais de apoio. Em geral, as intervenções se estruturam numa linha de pensamento que permite que o tema do dia seja introduzido como disparador para uma

atividade, a seguir, que suscite reflexões mais aprofundadas. Tarefas extra grupo são propostas objetivando a continuidade das reflexões e as conexões para as sessões subsequentes de forma a atribuir sentido ao atendimento. O atendimento é organizado em três fases: (a) início do processo com foco na vinculação, (b) ativação do processo de intervenção (aprofundamento nas avaliações e nos temas) e (c) finalização. O planejamento é flexível como deve ser a intervenção, com escuta qualificada das demandas dos participantes e ajustes no encadeamento das sessões. O modelo apresentado é útil apenas como referência inicial. Nas supervisões semanais as decisões são tomadas e nelas muitas técnicas são criadas e incorporadas.

Na primeira fase, a de *vinculação*, os primeiros encontros são planejados com o objetivo maior de estabelecimento dos vínculos entre os participantes do grupo, dos participantes com os coordenadores e dos participantes com a tarefa da escolha. O primeiro encontro tem como objetivo a apresentação dos participantes, bem como o levantamento de expectativas e de primeiras informações sobre os participantes e o estabelecimento do contrato. Para isso, sugere-se a aplicação da EMEP como instrumento de pré-intervenção que possibilita o levantamento de informações sobre o perfil de maturidade do grupo e individual. Técnicas de apresentação são utilizadas e de autoconhecimento como uma das formas de embasar a escolha profissional.

A segunda fase, de *ativação do processo de intervenção (aprofundamento das avaliações e dos temas)*, compreende entre o quarto e o oitavo encontros, destinados ao aprofundamento das questões da escolha e da avaliação de interesses e das reflexões sobre a realidade no mundo do trabalho. Nessa fase também são trabalhados os critérios para a escolha da carreira, e aprofundadas as buscas de informações sobre as profissões por meio de diferentes estratégias, incluindo entrevistas com alunos da graduação que abordam a vida universitária. Diálogos com a família são estimulados por meio da carta aos pais.

O processo de orientação profissional em grupo conta com dois momentos de reflexão individual: após a avaliação de interesses, no meio do processo, e ao final do atendimento. O primeiro momento é destinado às reflexões sobre os resultados do BBT-Br e sobre o processo grupal até o momento. A introdução dessa devolutiva, de meio de processo, foi adotada em decorrência de avaliações anteriores do serviço, nas quais os egressos do serviço, atendidos em grupo, apontavam como necessários momentos mais individualizados com foco em suas questões pessoais, ainda que avaliassem muito bem a experiência em grupo. Ela tem sido eficaz também para a avaliação processual na perspectiva individual de cada cliente.

A partir do nono encontro é dado o início da fase de *finalização* do processo de orientação profissional. A dupla de coordenadores, na supervisão, faz um balanço das temáticas que ainda requerem trabalho no grupo e cuida do início do processo de separação do grupo. As sessões subsequentes aprofundam as questões destinadas à informação profissional sobre as profissões, à análise das possibilidades de ingresso na carreira universitária e as perspectivas de futuro no mundo do trabalho.

No último encontro, as atividades de encerramento centram-se nas despedidas dos integrantes com avaliações do processo e da vivência grupal. Também são agendadas as devolutivas individuais finais, o segundo momento de reflexão com cada integrante com os orientadores. Trata-se de um momento de síntese do processo, de integração dos resultados dos instrumentos e técnicas utilizados com o que faz sentido para a escolha de cada cliente. Assim, como apontam estudos sobre o serviço (Antunes, Valdo & Melo-Silva, 2003; Melo-Silva, Silva & Venturini, 2005), ao final da intervenção é realizado o fechamento das questões trazidas pelos clientes e suas percepções acerca do processo interventivo. Para o planejamento e desenvolvimento da intervenção técnicas e atividades são selecionadas, como mostra a seção subsequente.

Principais Técnicas Utilizadas no SOP

A fim de compreender o desenvolvimento do nível de maturidade para a escolha da carreira dos participantes do grupo aplica-se, como medida pré e pós intervenção, a *Escala de Maturidade para a Escolha Profissional - EMEP* (Neiva, 2014, 1999), uma escala do tipo likert, com 45 itens com cinco opções de resposta cada. O objetivo da EMEP é avaliar a maturidade para a escolha profissional de alunos que estejam cursando do 9º ano do ensino fundamental ao 3º ano do ensino médio (ou que já o concluíram), podendo ainda ser aplicada em universitários em processo de reescolha. O construto maturidade na EMEP é composto de duas dimensões: *Atitudes* e *Conhecimentos*. A dimensão *Atitudes* é organizada em três dimensões: (a) determinação (grau de segurança e decisão perante a escolha profissional), (b) responsabilidade (grau de envolvimento com a tomada de decisão profissional e com ações para sua efetivação), e (c) independência (grau de autonomia frente à escolha). Por sua vez a dimensão *Conhecimentos* tem duas subdimensões: (a) autoconhecimento (conhecimento de si em relação a interesses, habilidades, valores e características pessoais), e (b) conhecimento da realidade. As dimensões constituem as cinco subescalas do instrumento. O resultado total e das subescalas são apresentados com base nas classificações muito inferior, inferior, médio inferior, médio, médio superior, superior e muito superior. O uso desse instrumento nos dois momentos do processo permite observar possíveis evoluções nos clientes em função da intervenção.

Para a avaliação dos interesses profissionais comumente se faz uso do *Teste de Fotos de Profissões/ Berufsbilder Test (BBT)* (Achtnich, 1991, adaptado por Jacquemin, 2000 – versão masculina e por Jacquemin, Okino, Noce, Assoni & Pasian, 2006 – versão feminina). O instrumento de caráter projetivo, permite que o cliente faça escolhas (preferências, rejeições e áreas neutras, ou indiferentes) a partir 96 fotos que representam diferentes profissionais em

situação de trabalho. A partir da frequência de distribuição de escolhas (positivas e negativas) e dos fatores representados em cada foto do teste) é possível elaborar as estruturas de inclinação motivacional (primária e secundária, positiva e negativa) do indivíduo. Além da análise quantitativa é possível fazer uma a qualitativa por meio da investigação das impressões e preferências do cliente em cada grupo de fotos positivas por ele escolhido, a construção da história com as cinco fotos preferidas também permite elaborar um perfil das projeções.

Quanto às técnicas geralmente usadas ao decorrer do grupo, destacam-se os *Critérios para Escolhas Profissionais* (Neiva, 2015), cujo objetivo é facilitar na decisão profissional por meio da escolha de características que mais atrai o cliente em termos de Ambiente de Trabalho, Objetos/Conteúdos de Trabalho, Rotina de Trabalho, Atividades de Trabalho e Retornos do Trabalho. Após a definição desses critérios o orientando faz uma busca em guias ou na internet acerca da realidade profissional e avalia de acordo com as profissões escolhidas por meio desta pesquisa quais os critérios por ele escolhidos que se enquadram nas mesmas. Técnicas são criadas e utilizadas no serviço, uma dela é a *Carta aos Pais* é outra importante ferramenta principalmente para o restabelecimento do diálogo entre os adolescentes atendidos no serviço e seus familiares, possibilitando a discussão a respeito desse momento de decisão tão importante para o jovem, que diante de diversas influências, dentre elas a dos pais, tem dificuldade em fazer uma escolha autônoma e consciente (Melo-Silva, Silva & Venturini, 2005; Manaia, Medeiros, Gonçalves-dos-Santos, Melo-Silva, 2013).

Atividades complementares ao atendimento também são desenvolvidas. Trata-se de uma reunião com os pais antes do início do atendimento, efetivada desde 2002. Nessa reunião o serviço é apresentado, assim como os objetivos da intervenção, seus limites e possibilidades. Objetiva ainda a estrutura da faculdade e das imediações do serviço, além dos demais programas ofertados à comunidade no âmbito da Psicologia (Melo-Silva, Duarte, Santos & Bonfim, 2005).

Outras atividades de extensão desenvolvida no âmbito do serviço consistem na participação nas Feiras de Profissões da USP (capital e interior) e na realização de palestras em escolas da rede pública com o foco em informação sobre o acesso e a permanência em universidades públicas e gratuitas.

Considerações Finais

O SOP, inserido no contexto de uma Clínica-escola de Psicologia, tem por objetivos propiciar a formação teórica, prática e ética, como explicitado anteriormente, dos alunos, buscando com que eles desenvolvam competências para atuação enquanto psicólogos, de forma geral, e em específico atendam as demandas relacionadas à construção e ao desenvolvimento de carreira dos usuários do serviço. Provendo um ambiente de aprendizagem seguro e ao mesmo tempo real, além de atender aos objetivos de extensão, levando à comunidade um serviço de orientação profissional qualificado e gratuito, o atendimento do SOP auxilia alunos de ensino médio e adultos em situação de escolha/reescolha de carreira a desenvolver comportamentos exploratórios, que permitem ampliar a compreensão sobre si e sobre sua relação com o trabalho futuro.

Considerando a intervenção desenvolvida no SOP e seu objetivo enquanto processo de orientação e facilitação da tomada da decisão, verifica-se que a mesma tem um efeito positivo que vai além dessa primeira finalidade. As pesquisas mostram aumento do nível de maturidade profissional e o estabelecimento de novas formas de estabelecimento de critérios para se pensar em possibilidades de trabalho, que facilitam o desenvolvimento de carreira ao longo da vida, possibilitando escolhas conscientes e autônomas. Nesse sentido, entende-se a importância do desenvolvimento de intervenções em Orientação Profissional e de Carreira como estratégia de

promoção de saúde. Cumpre destacar a necessidade de se investir na avaliação de intervenções, a fim de obter dados quantitativos e qualitativos, além dos *feedbacks* obtidos ao término da intervenção, que permitirão mudanças e melhorias nas práticas, além de contribuir para a produção do conhecimento na área e para a continuidade dos serviços.

Referências

Achtnich, M. (1991). *O BBT - Teste de Fotos de Profissões: método projetivo para a clarificação da inclinação profissional.* (J. Ferreira Filho, Trad.). São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.

Alonso, W. C., & Melo-Silva, L. L. (2013). Avaliação de uma intervenção em orientação profissional na perspectiva de ex-estagiários. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *33*(1), 84-99. doi:10.1590/S1414-98932013000100008

Antunes, J., Melo-Silva, L.L., Taveira, L. F. M.C., Talavera, E. R., Soto, N. M., Ferrer-Sama, P., & Hiebert, B. (2009). Competências do orientador profissional brasileiro. *Revista Espanola De Orientacion y Psicopedagogia*, *20*(2). Recuperado em 14 de julho de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902007000100008&lng=pt&tlng=pt.

Anderson, W. P., & Niles, S. G. (1995). Career and Personal Concerns Expressed by Career Counseling Clients. *The Career Development Quarterly, 43*(3), 240-245.doi:10.1002/j.2161-0045.1995.tb00864

Antunes, J. B., Valdo, M., & Melo-Silva, L. L. (2003). Uma experiência de orientação profissional em grupo. Em L. L. Melo-Silva *et al* (Orgs.). *Arquitetura de uma ocupação: orientação profissional: teoria e prática* (vol. 1, pp. 281-289). São Paulo: Vetor.

Arruda, M. N. F. de, & Melo-Silva, L. L. (2010). Avaliação da intervenção de carreira: a perspectiva dos ex-clientes. *Psico-USF*, *15*(2), 225-234. doi:10.1590/S1413-82712010000200010

Athanasou, J. A., & Van Esbroeck, R. (2007). Multilateral perspectives on vocational interests. *International Journal for Educational and Vocational Guidance, 7*(1), 1-3. doi:10.1007/s107750079112x

Barbosa, D., & Melo-Silva, L. L. (2018). **S**ituações de adolescentes em dois momentos do processo de Orientação Profissional. In M. C. Lassance & R. Ambiel (Orgs.). *Investigação e práticas em orientação de carreira: cenário 2018*. Porto Alegre: Associação Brasileira de Orientação Profissional.

Bardagi, M. P., & Albanaes, P. (2015). Avaliação de intervenções vocacionais no Brasil: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Orientação Profissional, 16*(2), 123-135. Recuperado em 14 de julho de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbop/v16n2/04.pdf.

Bohoslavsky, R. (1991). *Orientação vocacional: a estratégia clínica*. (8ª ed., J. M. V. Bogart, Trad.). São Paulo: Martins Fontes (Obra original publicada em 1971).

Dias, M. L. (2002). *Profissão: no rumo da vida*. São Paulo: Editora Ática, 2002.

Dutra, J. S. (2004). *Competências: Conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna*. São Paulo: Atlas.

Ferretti, C., & Madeira, F. R. (1992). Educação/Trabalho: Reinventando o Passado? *Caderno de Pesquisa, 80*, 75-86. Recuperado em 14 de julho de 2018, de http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/cp/article/view/1005/1014.

Fraga, L. B. (2003). *Avaliação da intervenção em orientação profissional numa clínica-escola sob a perspectiva do ex-estagiário.* (Monografia de Conclusão de curso). Ribeirão Preto, SP: Universidade de São Paulo - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto.

Gondim, S. M.G., Morais, F. A. de, & Brantes,C. A. A. (2014). Competências socioemocionais: fator-chave no desenvolvimento de competências para o trabalho. *Revista Psicologia*

*Organizações e Trabalho, 14(*4), 394-406. Recuperado em 14 de julho de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572014000400006&lng=pt&tlng=pt.

Heppner, M. J., & Heppner, P. P. (2003). Identifying Process Variables in Career Counseling. *Journal of Vocational Behavior, 62*, 429-452. doi:10.1016/S0001879102000532

Holland, J. L. (1997). *Making vocational choices: A theory of vocational personalities and work environments* (3rd ed.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Holland, J. L., Magoon, T. M., & Spokane, A. R. (1981). Counseling psychology: career interventions, research, and theory. *Annual Review of Psychology, 32*, 279-305. doi: 10.1146/32020181001431

Jacquemin, A. (2000). O BBT-Br: Teste de Fotos de Profissões: Normas, adaptação brasileira, estudos de caso. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.

Jacquemin, A., Okino, E. T. K., Noce, M. A., Assoni, R. F., & Pasian, S. R. (2006). *O BBT-Br feminino. Teste de Fotos de Profissões: adaptação brasileira, normas e estudos de caso.* São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.

Junqueira, M. L., &; Melo-Silva, L. L. (2014). Maturidade Para a Escolha de Carreira: Estudo com Adolescentes de um Serviço-Escola. *Revista Brasileira de Orientação Profissional, 15*, (2), 187-199. doi: 10.18256/217550272017.v9i1.1487

Lassance, M. C. P. (1999). *Técnicas para o trabalho de orientação profissional em grupo.* Porto Alegre: EDUFRGS.

Lassance, M. C. P., Melo-Silva, L. L., Bardagi, M. P., & Paradiso, Â. C. (2007). Competências do orientador profissional: uma proposta brasileira com vistas à formação e certificação. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, *8*(1). Recuperado em 14 de julho de 2018, de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902007000100008&lng=pt&tlng=pt.

Lassance, M. C. P., Bardagi, M. P., & Teixeira, M. A. P. (2009). Avaliação de um intervenção cognitivo-evolutiva em orientação profissional com um grupo de adolescentes brasileiros. *Revista Brasileira de Orientação Profissional, 10*(1), 23-32. Recuperado em 14 de julho de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902009000100005&lng=pt&tlng=pt.

Leitão, L. M., & Paixão, M. P. (2008). Consulta psicológica vocacional para jovens adultos e adultos. In M. C. Taveira & J. T. Silva (Orgs.). *Psicologia vocacional: perspectivas para a intervenção* (pp. 59-91). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Lent, R., Brown, S. D., & Hackett, G. (1994). Toward a Unifying Social Cognitive Theory of Career and Academic Interest, Choice and Performance. *Journal of Vocational Behavior, 45*, 79-122. doi: 10.1006/jvbe.19941027

Loosli, L. (2003). *Orientação profissional: avaliação do atendimento na visão dos familiares de ex-clientes*. (Monografia de Conclusão de curso). Ribeirão Preto, SP: Universidade de São Paulo - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto.

Loureiro, M. N. P. S. (2012). *Intervenções de Carreira no Ensino Superior: Estudo da Eficácia de um Seminário de Gestão Pessoal de Carreira.* Tese de Doutorado não publicada. Escola de Psicologia, Universidade do Minho. Braga, Portugal.

Manaia, M. M. da C., Medeiros, A. P, Gonçalves-dos-Santos, G. A., & Melo Silva, L. L. (2013). Carta aos pais: uma estratégia de comunicação dos filhos sobre a escolha da carreira. *Revista da SPAGESP, 14*(2), 19-38. Recuperado em 13 de julho de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702013000200003&lng=pt&tlng=pt.

Melo-Silva, L. L. (2000). *Intervenção em orientação vocacional / profissional: Avaliando resultados e processos*. Dissertação de doutorado em Psicologia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Melo-Silva, L. L., Pereira, J. M. F. (2002). *Escolha da carreira: conversa na cozinha*. Ribeirão Preto: Maxicolor.

Melo-Silva, L. L. (2003). Formação do psicólogo: a contribuição da orientação profissional. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora, 4*(1), 42-53.

Melo-Silva, L. L (2003). Orienta a ação: uma proposta de divulgação da orientação profissional em feira de profissões. Em L. L. Melo-Silva *et al* (Orgs.). *Arquitetura de uma ocupação: orientação profissional: teoria e prática* (vol. 1, pp. 281-289). São Paulo: Vetor.

Melo-Silva (2005). Orientação Profissional em uma Clínica- Escola de Psicologia. In. Melo-Silva, L. L., Santos, M. A. D., & Simon, C. P. (2005). *Formação em Psicologia: serviços-escola em debate*. São Paulo: Vetor.

Melo-Silva, L. L. (2011). Intervenção e avaliação em orientação profissional. Em M. A. Ribeiro & L. L. Melo-Silva (Orgs.). *Compêndio de Orientação Profissional e de Carreira* (vol. 2, pp. 155-192). São Paulo: Vetor.

Melo-Silva, L. L., Duarte, C. V., Santos, M. A. & Bonfim, T. A. (2005). A influência familiar na escola profissional dos filhos, na perspectiva de mãe de clientes em processo de orientação profissional. In C. P. Simon, L. L. Melo-Silva & M. A. Santos (Org.). *Formação em Psicologia: Desafios da Diversidade na Pesquisa e na Prática* (Cap. 11, pp. 284-306). São Paulo: Vetor.

Melo-Silva, L. L., & Santos, M. A., & Paulin, C. (2005). *Formação em psicologia: serviço escola em debate*. São Paulo: Vetor.

Melo-Silva, L. L., Silva, L. M. & Venturini, F. P. (2005). Cartas que dizem muito: Pais e filhos na orientação profissional. In C. P. Simon, L. L. Melo-Silva & M. A. Santos (Org.). *Formação em Psicologia: Desafios da Diversidade na Pesquisa e na Prática* (Cap. 12, pp. 307-320). São Paulo: Vetor.

Müller, M. (1988). *Orientação Vocacional: contribuições clínicas e educacionais*. (M Fetzner Trad.). Porto Alegre; Artes Médicas.

Neiva, K. M. C. (1999). *Manual: Escala de Maturidade para a Escolha Profissional (EMEP).* São Paulo: Vetor.

Neiva, K. M. C. (2014). *Manual: Escala de Maturidade para a Escolha Profissional (EMEP).* 2ª. ed. São Paulo: Vetor Editora.

Neiva, K. M. C. (2015). *Critérios para Escolhas Profissionais* (3ª Ed., Vol. 1). São Paulo: Vetor.

Nunes, M. F. O., Okino, E. T. K., Noce, M. A. & Jardim-Maran, M. L. C. (2008). Interesses profissionais: perspectivas teóricas e instrumentos de avaliação. *Avaliação Psicológica*, *7*(3), 403-414. Recuperado em 14 de julho de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000300012&lng=pt.

Oliveira-Cardoso, E. A., Melo-Silva, L. L., Piovesani, F. P., & Santos, M. A. (2010). Orientação vocacional/profissional e psicoterapia: Alternativas mutuamente excludentes ou complementares. *Psico*, *41*(2), 214-221. Recuperado em 14 de julho de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167933902013000100013&lng=pt&tlng=pt.

Oliveira, C. M. R., & Neiva, K. M. C. (2013). Orientação vocacional/profissional: avaliação de um projeto piloto para estudantes da educação profissional. *Revista Brasileira de Orientação Profissional, 14*(1), 133-143. Recuperado em 14 de julho de 2018, de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167933902013000100013&lng=pt&tlng=pt.

Olivares, M. E. C. (2007). Efectos de talleres de madurez vocacional para estudiantes del primer año del ciclo diversificado. *Investigación arbitrada, 11*(39), 691 - 698. Recuperado em 14 de julho de 2018, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-49102007000400014&lng=es&tlng=es.

Pichon-Rivière, E. (1998). *O processo grupal* (6a ed.). (M. A. F. Velloso Trad). São Paulo: Martins Fontes.

Pelletier, D.; Noiseux, G.; Bujold, C. (1982). *Desenvolvimento vocactional e crescimento pessoal: enfoque operatório* (E. F. Alves, Trad.). Petrópolis: Vozes. Original 1977.

Rappaport, Clara Regina. Escolhendo a profissão. São Paulo: Ática, 1998.

Ribeiro, M. (2011). Orientação Profissional: uma proposta de guia terminológico. In M. A. Ribeiro & L. L. Melo-Silva (2011). *Compêndio de Orientação Profissional e de Carreira: perspectivas históricas e enfoques teóricos clássicos e modernos*, (V1, pp. 23-66). São Paulo: Vetor

Roe, A. (1957) Early Determinants of Vocational Choice. *Journal of Counseling Psychology, 4* (3), 212-217. doi: 10.1037/h0045950

Santos, M. A. D., Oliveira-Cardoso, É. A., & Melo-Silva, L. L. (2009). Orientação profissional como porta de entrada para psicoterapia: um estudo retrospectivo. *PsicoUSF*, *14* (2), 143-156. doi: 10.1590/S141382712009000200003

Savickas, M. L. (2004). Um Modelo para Avaliação de Carreira. In L. Leitão (Ed.), *Avaliação Psicológica em orientação escolar e profissional* (pp. 21-44). Coimbra: Quarteto.

Savickas, M.L., & Hartung, P.J. (2012). *A Minha História de Carreira [My Career Story]*. Lisboa: Instituto de Orientação Profissional.

Shimada, M. (2011). *O BBT-Br em contexto interventivo: um estudo com adolescentes em processo de Orientação Vocacional.* Dissertação de Mestrado - Universidade de São Paulo (USP). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto Ribeirão Preto.

Shimada, M., & Melo-Silva, L. L. (2013). Interesses profissionais e papéis de gênero: escolhas femininas no BBT-Br. *Avaliação Psicológica, 12*(2), 243–251. Recuperado em 14 de julho de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712013000200015&lng=pt&tlng=pt.

Soares-Lucchiari, D. H. P. (1993). *Pensando e vivendo a orientação profissional.* São Paulo: Summus.

Spokane, A. R., & Nguyen, D. (2015). Progress and prospects in the evaluation of career assistance. *Journal of Career Assessment, 24(*1), 3-25. doi: 10.1177/1069072715579665

Super, D. E. (1957). *Psicología de la vida profesional.* Madrid: Editora RIALP.

Super, D. E. (1990). The life span, life space approach to career development. In D. Brown & L. Brooks (Eds.), *Career choice and development*. San Francisco: Jossey-Bass. Recuperado em 13 de julho de 2018, de http://www.cedefop.europa.eu/files/etv/Upload/Information_resources/Bookshop/468/40_pt_repetto.pdf

Super, D. E., Savickas, M. L., & Super, C. M. (1996). The life-span, life-space approach to careers. In D. Brown, L. Brooks & Associates (orgs.), *Career Choice and Development* (pp. 121-178). San Francisco: Jossey Bass.

Talavera, E. R., Lévano, B. M., Soto, N. M., Ferrer-Sama, P. & Hiebert, B. (2004). Competências internacionais para orientadores profissionais. *Revista Brasileira de Orientação Profssional, 5*(1), 1-14. Recuperado em 14 de julho de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbop/v8n1/v8n1a08.pdf

Talavera, E. & Pérez-González, J. (2007) Formação em competências sócio-emocionais através de estágios em empresas. *Revista Europeia de Formação Profissional. 40*, (1), 90 113. Recuperado em 13 de julho de 1018, de http://www.cedefop.europa.eu/files/etv/Upload/Information_resources/Bookshop/468/40_pt_repetto.pdf

Taveira, M. C., & Pinto, J. C. N. C. (2008). Gestão pessoal da carreira no Ensino Superior. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 60*, 77-91. Recuperado em 14 de julho de 2018, de http://www.psicologia.ufrj.br/abp/.

Yokoyama, L. (2009). *Orientação profissional em um serviço escola na perspectiva dos familiares de ex-clientes: avaliação 2001-2006*. (Monografia de Conclusão de curso). Ribeirão Preto, SP: Universidade de São Paulo - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto.

Whitaker, D. (1997). *Escolha da carreira e globalização* (11ª ed.). São Paulo: Moderna.

Algumas Publicações dos Autores Relacionadas à atividade de Estágio

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902006000200008&lng=pt&tlng=pt.

doi:10.1590/S1414-98932013000100008

doi:10.1590/S1413-82712010000200010

Agradecimentos

Agradecemos aos ex-estagiários que diretamente contribuíram para o desenvolvimento das atividades de prestação de serviços à comunidade e aos ex-usuários pela oportunidade contínua de ensino e aprendizagem. Particularmente, agradecemos à Anália Almeida Silva e à Neide Rosa pelas atividades de secretaria e todos os cuidados com suporte material, técnico e humano.

PRÁTICAS EM PSICOLOGIA SOCIAL

José Francisco Miguel H.Bairrão

Em psicologia a primeira lição a ter em mente é a humildade de não pretender dar conta de todo o leque de desafios e muito menos presumir suprimir ou destruir outros enfoques ou recortes, desconsiderando que essa diversidade técnica e teórica deve ser sobrepujada pela livre concorrência de boa-fé entre estratégias de solução de problemas centradas nos resultados e não num certo narcisismo identitário do profissional, encantado com os cantos de sereia da possível superioridade de um enfoque teórico sobre o outro.

Estágios são oportunidades para se deparar com os limites dessas pretensões e com as limitações individuais. Subjacente a essa tomada de consciência cabe encontrar nesses defeitos a virtude do que pode ser feito e do para que pode servir um enfoque e trabalho do aprendiz.

Especificamente no caso da psicologia social, ao mencioná-la antecedendo-a de um artigo definido, ignora-se a amplitude da área e mesmo que, de certo modo, é mais ampla ou tão extensa quanto a generalidade da psicologia.

Nos albores do século 21, em larga medida pela restrição dos estágios então oferecidos pelo Curso de Psicologia na área, basicamente atividades subsidiárias de uma redução do social ao institucional e deste ao estatal, criaram-se duas disciplinas intituladas 'Práticas em Psicologia Social' (tendo em vista a organização curricular em semestres e a necessidade de uma dedicação à proposta no mínimo anual).

Visava-se criar uma alternativa de exercício e de aprendizagem em campo infensa ao fervor ideológico paternalista que, naquela altura como ainda hoje, tende a submeter o aprendiz a pontos de vista prévios, sem lhe proporcionar a oportunidade de aceder a um conhecimento

efetivo das suas ações, que lhe permita meditar e ter acesso às razões teóricas e epistemológicas da formação pretendida.

Alinhava-se uma sintonia fina entre rigor teórico embasado epistemologicamente em saberes tradicionais da psicologia, mas sem atropelar ou pressupor desprovidos de discernimento e de reflexão os estagiários. Aquela presunção de controle, dentro das salas de aula e por dentro das mentes, extravasa-se habitualmente também numa pretensão de tutela sobre iniciativas populares autônomas. Na contramão desse "consenso", desde então a proposta tem sido lidar com as mesmas, na forma de organizações não governamentais.

Do ponto de vista pedagógico, visou-se introduzir uma prática de alteridade efetiva, entendendo o mundo social não como um oceano de problemas e de carências (um repositório de lacunas referenciável à não devolução especular da autoimagem social do profissional e do seu grupo social), mas como um laboratório de iniciativas de autocuidado e um cenário de protagonismos com os quais a atuação do estudante e futuro psicólogo poderiam se articular, sempre em condições de respeito e de diálogo horizontal, sem nenhuma pretensão de se sobressair ou de subjugar pessoas e saberes mediante as tecnicalidades psicológicas adquiridas no decorrer do seu aprendizado.

Confiava-se em que um embasamento teórico sólido, entendido não como doutrina ou como verdade, mas como um esquema útil para resolver problemas, poderia servir de parâmetro para um começo de conversa e de diálogo; sem desconhecer que os desafios envolvidos não se reduzem a questões relativas à didática ou ao processamento cognitivo de informações e assimilação de técnicas relativas á execução da tarefa. Como é inevitável em se tratando de psicologia social, a biografia do estagiário atravessada pela memória coletiva e pela realidade social, assim como o horizonte histórico do país e da sociedade que dão forma ao contexto do

exercício do estágio, têm implicações e requerem uma atenção envolventes de uma escuta impossível de restringir a uma melhor ou pior assimilação de conteúdos curriculares.

Estes muitas vezes se fazem acompanhar sutilmente de implícitos direcionadores de traduções retóricas do conteúdo curricular em indicadores de como interpretá-los em práticas profissionais redutoras do impacto social almejável pela ação do profissional. No caso, o pano de fundo sempre foi o cenário de uma sociedade profundamente desigual e conservadora, combinado a uma má consciência da elite que, em larga medida, frequentava e ainda frequenta a universidade pública.

Essa casta social habitualmente se defende dessa culpa mediante uma cisão entre o que seria a história do país e a posição subjetiva (sempre de esquerda e de preferência radical) individual. Tal forma de desimplicação e de imoral inconsciência, por mais que se trate de um modo de defesa comum e genérico a ponto de ser naturalizada, não convém a uma formação rigorosa em psicologia e nunca produziu nada mais do que belas consciências contritas e almas sensíveis. Delicadas na sua autorrepresentação, mas truculentas na preservação delegada de uma realidade social contra a qual "confessam" a sua impotência e incapacidade de produzirem algo além da reiteração dos privilégios supostamente ofensivos ao seu caráter mas com os quais acabam convivendo bem, sem outras crises que não as da hipocrisia.

O estágio sempre pretendeu deslocar o estagiário desta "formação", advinda dos melhores colégios e famílias, sempre imbuída dos valores civilizacionais do colonizador, do qual estas pessoas são diretamente descendentes, ou com o qual se identificam, embora sistematicamente denegando-o. Terá sido este o desafio maior da proposta e da sua execução, em cada edição do estágio, concebendo-a como uma tarefa digna e necessária, imprescindível a uma formação ética e inerente a uma competência profissional sólida e a uma formação compatível com um exercício maduro da cidadania.

Dar peso à etnopsicologia dos outros e à sua cultura e palavras, aprender a ouvir o diverso e acatá-lo como capaz de ecoar uma voz estranha, irredutível a sentimentos de culpa e ao eco dos murmúrios de uma herança elitista e segregacionista, é o principal produto do estágio. Esse critério requereu uma base teórica compatível com essa meta, a qual se apoia na psicanálise e mais especificamente na noção de um inconsciente não entendido estritamente em termos de um conteúdo semântico desconhecido, mas precipuamente como lugar de uma agência desconhecida do ego.

Para alcançar aquele efeito não basta transmitir técnicas de intervenção numa perspectiva apassivante do aluno, subjugado a definições e convicções prévias do docente. É necessário um encontro de protagonismos, o do estudante, com a vida social, na forma de uma temática que fosse de seu interesse, mas também levar em conta o seu outro pessoal, a sua singularidade, que o possa ter levado a fazer essa 'escolha'.

Deste modo, uma parte fundamental do estágio, consiste em dar ouvidos a si mesmo, aos anseios do estudante, e em promover o seu encontro com o que dos saberes psicológicos poderia ter à mão ou vir ao encontro do seu desejo e, munido desse reconhecimento, dirigir-se à vida social e encontrar pontes de diálogo com ongs ou iniciativas sociais informais que ressoassem a sua motivação pessoal.

O resultado esperado, sempre uma ONG satisfeita, cujas pretensões podem ser ouvidas por um jovem profissional, e um estagiário que percebe a sua capacidade de abertura para a alteridade e um trajeto de construção profissional de uma identidade profissional sua em colaboração com a parceria estabelecida, posto que aquela não poderia desconsiderar o outro social, foco do seu interesse e que o levou ao estágio.

Um efeito secundário desse trabalho, claro, mais sutil, os aportes para o teste de descobertas da etnopsicologia em paralelo desenvolvida no laboratório, integrando pesquisa,

extgensao e na forma de ensino, e também alguma transformação pessoal, nem sempre estritamente reduzida à formação profissional do estagiário.

Fundamentação

O embasamento teórico da disciplina-estágio remonta a uma trajetória intelectual consumada numa Tese de Doutorado que possibilitou uma leitura do entendimento de sujeito e de alteridade em psicanálise para além das fronteiras do psíquico (BAIRRÂO, 2003, 2004). Ou seja, que permitiu interpretá-los de modo a evitar a sua tradução num sistema de representações atrelado a representações de subjetividade.

Desta forma, concomitantemente, possibilita-se um resgate de diversas etnopsicologias, tanto num sentido amplo, como num sentido estrito, subsetores da realidade social brasileira como grupos específicos.

Não é o caso de explanar detalhadamente o argumento, bastando para o presente propósito sintetizá-lo na ideia de que não é necessário reduzir o sujeito nem ao individual nem ao psíquico; ou melhor, que é possível traduzir a atividade humana em diversos entendimentos culturais da agência que lhe subjaz.

Doutra forma não é possível uma abertura ao desconhecido nem uma apropriação efetiva e relativização concomitante das tecnicidades "psi", ou seja um manejo das habilidades e competências adquiridas no percurso do estudante de psicologia de um modo não sectário nem doutrinário, mas antes na perspectiva lúdica de as por em uso para verificar se e em que medida permitem resolver problemas. Ou seja, é preciso dar-lhes o crédito de não as levar muito a sério, o que estritamente se afina com uma formação científica rigorosa, não dogmática, ciente de que o destino seguro de um estado de conhecimento atual é ser ultrapassado.

A par de uma abertura ao outro social real a proposta do estágio requer, portanto, um ceticismo sistemático relativamente aos essencialismos identitários, tanto no atinente ao estritamente profissional como mais genericamente no âmbito de uma indefinição da natureza dos protagonistas do estágio, que não necessariamente se reduzem ao indivíduo estagiário na sua atualidade (podendo mobilizar diversos momentos e perspectivas da sua coletividade e intrínseca historicidade) nem ao interlocutor emergente num diálogo com a ONG (que pode tanto ser situado na sua singularidade como na qualidade de um emergente ou de um porta-voz de uma enunciação coletiva).

Para efeito de execução da escuta requerida pela proposta, recorre-se aos mais simples e básicos operadores lacanianos (Lacan, 1966), que tanto instrumentalizam as práticas em vista, como permitem consolidar um discernimento contrastivo da teoria utilizada relativamente a diversas psicologias e às outras abordagens psicanalíticas. Operadores os quais têm sido igualmente empregues em pesquisa etnopsicológica vinculada ao Laboratório no qual o estágio se insere (Bairrão, 2015).

Embora Lacan tenda a ser visto como um pensador obscuro e de leitura difícil, o fato é que proporciona recursos extremamente úteis para dar ouvidos aos sentidos coletivos que se incorporam em vozes individuais. Fundamentalmente, na contramão de uma abordagem intersubjetiva, centrada em diálogos entre indivíduos empíricos que se reportem a contextos sociais, os seus operadores permitem inverter a relação entre figura e fundo e escutar o murmúrio coletivo que se manifesta nas falas particulares, ou seja, dar o crédito da enunciação a uma totalidade social que se faz ouvir de permeio a cada singularidade pessoal, sempre falha, incompleta, em processo de produção, que se encarna em figuras da alteridade, como a "sociedade", a "cultura", o "estado", a "família", a "personalidade", o "capitalismo", a "humanidade", a "criança", a "adolescência" etc.

Para lograr essa realização é importante ter em mente e distribuir a atenção da escuta em quatro polos, o de um sujeito irredutível a uma entidade psíquica e sem qualquer natureza e não localizável em parte alguma salvo como pura atividade enunciativa, a presença de representações de si e dos outros mais ou menos informadas imagética e linguisticamente e sempre imprecisas e reformuláveis, que operam concomitantemente como imagens do mundo e como espelhos de si (representações) e um sistema simbólico que dá forma e relativa consistência a si e aos outros e cuja gramaticalidade consusbstancia uma alteridade genérica.

A remissão mútua entre estas posições, sempre mediada por linguagens e mal entendidos, permite situar perpectivas de atravessamento do individual pelo social e das narrativas biográficas pela história coletiva, sem reduzir o real sujeito nem a alteridade em sua radicalidade e um entendimento específico ou a uma interpretação particular. Há remissões, vínculos e liames, bem como rupturas, entre estes quatro "pólos" mediadores de uma escuta analítica, e todos são relevantes numa análise, sendo imprescindível ao estagiário aprofundar não apenas o seu conhecimento deste modelo, como também uma sensibilidade para o desconhecido em si e na realidade outra sobre a qual na forma do estágio se debruça.

A melhor forma de aprender este procedimento é fazendo, expondo-se e pondo em cena a incompletude do saber, confiando que a verdade se faz intervir no tempo certo, marcando indelevelmente uma experiência de aprendizagem que põe em suspenso as representações cognitivas e dá primazia à inconsciência do ser mediante o reconhecimento da sua voz.

Objetivo do Estágio

O objetivo do estágio é introduzir o estudante ao exercício de uma escuta (psicanalítica) do inconsciente numa perspectiva além da clínica liberal.

Pressupõe dar ouvidos e enunciações não redutíveis aos meios conscientes e habituais da comunicação humana e incluir nesse processo também a pessoalidade de cada estagiário, igualmente entendido como um outro para si mesmo, que muitas vezes fica exilado da formação em psicologia; bem como proporcionar uma experiencia de alteridade em múltiplos e diversos níveis.

Descrição de Atividades Desenvolvidas

O primeiro passo, a cada edição, é um formação teórica mínima concomitante à escolha de uma ONG, a critério do estagiário, mediante uma escuta das suas motivações. Esta etapa faz-se acompanhar por parte do docente supervisor de uma escuta que tanto ilustra como inclui o estudante na tarefa que se propõe.

"Encontrar" uma ONG é basicamente ir ao encontro de expectativas pessoais no Outro, mas é fundamental não reduzir a um uso subjetivo essa autodescoberta.

Perfeita essa fase, é tempo de uma escuta em profundidade do que essa ONG seja, do seu desejo fundante, ou, noutro vocabulário, discernir a sua missão e o que terá sido a história daquele desejo, da sua constituição, para poder vir a cuidar dos seus eventuais impedimentos e entraves sociais e ou inconscientes.

Ou seja, dar ouvidos e dialogar com o sujeito que se enuncia na ONG em profundidade, de forma a desatar impasses e catalisar processos e facilitar ir ao encontro da realização da meta que propõe como missão e destino daquela iniciativa social.

Para todas estas etapas não há regras nem tempos previamente definidos, tudo dependendo da dinâmica e do processo relacional entre os protagonistas, que não são apenas o supervisor, os estagiários e as coletividades atendidas, mas algo que se inscreve no decurso dessa

interação marcando tempos e reviravoltas na compreensão recíproca e nos desdobramentos das atividades propostas, na forma de um progressivo desvelamento e incidência de "verdade".

Não se trata propriamente de explicar exaustivamente conceitos e procedimentos, mas de permitir uma vivência da escuta do ato analítico e um reconhecimento da ultrapassagem das representações construídas pela precipitação de outros sentidos, irredutíveis a preconcepções prévias. Portanto, quanto à Ong, não se trata de a submeter a uma tutela por parte do conhecimento academico e ou tecnologia psicológica, mas de se aliar e de desatar a sua capacidade de se projetar no cumprimento da missão a que se propõe.

Exemplos de Atividades Desenvolvidas

Os estudantes têm total liberdade para "escolher" o setor social e a ONG em que vão desenvolver o estágio. É claro que esta escolha é condicionada pela recíproca escolha do estudante pela ONG e que essa "liberdade" está sujeita a todas as injunções que formaram o desejo que motiva essa escolha.

Têm sido desenvolvidas atividades em ONGs que cuidam de população de rua, crianças em contraturno escolar, populações em situações existenciais de extrema precariedade, pacientes terminais, idosos etc.

As atividades são combinadas caso a caso e podem envolver outras habilidades do estagiário que tenha adquirido no decorrer da sua vida, que não as estritamente vinculadas à sua formação em psicologia, tais como dança, teatro, música, culinária, para citar alguns casos.

Ao longo do tempo estabeleceram-se com algumas ONGs parcerias profundas, por vezes descontinuadas por falta de estudantes motivados em lhes darem continuidade numa ou outra edição do estágio. Não se pode forçar esse interesse e por isso cada estagiário deve por si

próprio definir um plano completo e executá-lo, com princípio meio e fim. Para outro estudante, a mesma ONG será vista com outros olhos, os desafios poderão compor-se de outra forma e a proposta e sua execução serão distintas. Por exemplo, num trabalho com população de rua o recorte poderá ser de uma vez predominantemente étnico-racial e de outra feita assentar em problemática de gênero. Estas definições sempre são estabelecidas tendo em vista a o estagiário, mas também a incidência e pertinência dessas temáticas no contexto da ONG e é possível que um mesmo estagiário comece a sua intervenção por uma e depois prossiga por outra.

Também é imprescindível que o estudante se informe sobre a cultura da ONG, para além do espaço e das pessoas que ele atende. Por exemplo, se se tratar de uma ONG espírita (há muitas), é imprescindível que ele estude esse universo e essa literatura para poder melhor ouvir e "conversar" com ele.

Portanto, as técnicas e intervenções psicológicas, são apenas uma parte dos recursos mobilizados pelo estágio, que visa contribuir para uma formação atenta à alteridade e orientada para a efetiva complexidade da realidade social em que será exercida a sua futura atividade profissional.

Considerações Finais

Faz parte dessa referida realidade social o estatuto elitista da universidade e a condição social em geral bastante privilegiada dos seus alunos.

Uma das nossas preocupações principais tem sido combater a presunção de saber mais e melhor com a qual, algumas vezes inadvertidamente, os universitários uspianos se dirigem ao seu entorno social. Pelo menos no campo da psicologia social seria irresponsável e deprimente validar o misto de arrogância missionária e iluminista, paternalista, de que podem se imbuir

certos profissionais, infelizmente muitas vezes reforçada pelo espírito militante de quem, sob o manto da profissão, visa tutelar paternalistamente não apenas a formação e a atuação profissional dos psicólogos, mas também as populações a que estes profissionais deveriam servir, intentando privá-las de um protagonismo não tutelado.

Essa estratégia cínica de dominação "bem intencionada" ilustra bem o desconhecimento de que o conteúdo manifesto do enunciado (habitualmente numa retórica de libertação que, claro, performativamente reitera uma condição de subjugação) pode ser contraditório e entrar em conflito com o que se faz por meio de uma enunciação e aponta-se aqui para sublinhar a forma como neste estágio se concebe a implicação ético-política de uma formação em psicologia: não se visa substituir nem tutelar o protagonismo do outro na condução da sua própria vida mas tão somente contribuir para reforçar a sua independência e autonomia na condução da sua própria vida e na tomada de decisões quanto ao seu porvir. Qualquer extrapolação desta condição mínima de respeito ao direito à autodeterminação e livre condução da própria vida por parte das pessoas e instituições relativamente às quais exercemos a nossa atividade profissional e ou educativa, ainda que na forma da subtração condescendente de que suas ideias e convicções que desagradem a uma determinada elite sejam levadas a sério, não pode ser tomada por outra coisa que não aquilo que é: deformação profissional e hipocrisia ética.

Referências

Lacan, J. (1995) O seminário. Livro 4: a relação de objeto. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Originalmente proferido em 1956-1957)

Bairrão, J. F. M. H. (2015). Etnografar com Psicanálise: Psicologias de um ponto de vista empírico. Cultures-Kairós- Revue d'anthropologie des pratiques corporelles e des arts vivants , v. 5, p. 1197.

Bairrão, J. F. M. H. (2004). O Impossível Sujeito: implicações do tratamento do inconsciente. 1. ed. São Paulo: Rosari, 279p .

Bairrão, J. F. M. H. (2003). O Impossível Sujeito: implicações da irredutibilidade do inconsciente. 1. ed. São Paulo: Rosari, v. 1. 264p.

Algumas Publicações dos Autores Relacionadas à Atividade de Estágio

https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/18029

http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/160.%20narra%C7%C3o%20de%20mitos%20africanos%20na%20educa%C7%C3o%20infantil.pdf

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702010000200006

PSICOLOGIA EM TERRITÓRIO RURAL: FORMAÇÃO DE EDUCADORES E GRUPO DE CRIANÇAS EM ASSENTAMENTO DA REFORMA AGRÁRIA

Ana Paula Soares da Silva

Regiane Sbroion de Carvalho

Juliana Bezzon da Silva

Este texto fala sobre o encontro de estudantes de Psicologia com uma comunidade de assentamento rural. A simbologia do encontro sintetiza, para nós, as complexas mobilizações oriundas da prática em Psicologia. É no encontro e por seu meio que estudantes entram em contato com contextos diversos aos seus, são provocados a pensar possibilidades de atuação junto com sujeitos concretos e vivenciam diálogos que requerem a articulação de conhecimentos de diferentes áreas com a realidade social.

A experiência de encontro que será relatada aqui resultou da atividade de estágio em um assentamento de reforma agrária vinculado ao Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), no município de Ribeirão Preto (SP), durante os anos de 2007 a 2013. Como uma atividade realizada por um período prolongado e em um contexto pouco usual de atuação da Psicologia, ela exigiu aprendizados durante todo o seu desenvolvimento, numa relação dinâmica entre teoria e práxis.

Ao longo deste texto, procuramos apresentar os princípios norteadores do trabalho na formação de educadores/as assentados/as e no grupo de crianças, a descrição do desenvolvimento das atividades e alguns dos desdobramentos e aprendizagens que esse tipo de inserção possibilita. Espera-se, assim, partilhar uma forma particular de atuação da Psicologia em

áreas rurais e de assentamento da reforma agrária. Hoje, no Brasil, de acordo com o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), há mais de 9.200 assentamentos rurais, nos quais vivem quase um milhão de famílias assentadas (INCRA, 2015). Trata-se de um número expressivo de crianças, jovens, adultos e idosos que vivem modos próprios de subjetivação, a convidar a Psicologia para uma atuação reflexiva e propositiva junto a essas populações.

As atividades que inspiraram nossas práticas aconteceram, inicialmente, vinculadas à disciplina-estágio "Infância e Práticas Educativas I e II", oferecida a estudantes do quarto e do quinto anos do curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. A cada ano, quatro estagiários/as desenvolviam atividades com grupos de crianças e de adultos em oito horas semanais: quatro em campo e quatro em supervisão e discussões teórico-metodológicas. Posteriormente, a intervenção foi transformada em extensão universitária e contou com a participação de bolsistas de graduação, mestrandos e doutorandos.

Nossa inserção ocorreu no âmbito da Ciranda Infantil, uma prática nacional do MST, criada a partir das necessidades das mulheres para garantir a participação nas atividades de militância e no trabalho cooperado nos assentamentos (Rossetto, 2009). Com o tempo, as Cirandas Infantis constituíram-se em um dos principais instrumentos de educação e cuidado coletivos dos/as filhos/as de militantes do MST e de assentados/as vinculados/as a esse movimento social.

Em Ribeirão Preto (SP), no assentamento onde atuamos, a Ciranda Infantil era organizada pelos/as próprios/as assentados/as, desde a ocupação da área, e ocorria uma vez por semana, aos sábados, com pouca estruturação de atividades. A demanda apresentada para nosso grupo manifestou-se pelo desejo de qualificação dos/as educadores/as assentados/as para a ação com as crianças. O nosso encontro inicial com o contexto rural teve origem, assim, a partir de uma solicitação da própria comunidade (termo utilizado pelos assentados para se referirem

enquanto membros de um coletivo territorializado). Mais especificamente, a demanda partiu de assentados/as que, dentre as diversas possibilidades de participação na organização coletiva do assentamento (por meio dos setores de saúde, segurança, produção, cultura...), eram vinculados ao Setor de Educação e responsáveis pela pauta da infância.

As problemáticas abordadas pelo Setor de Educação eram amplas, por exemplo: a falta de vagas na escola; situações vividas pelas crianças no assentamento e na instituição escolar; definições do trajeto e dos pontos de ônibus no interior do assentamento; comportamentos das crianças no transporte; relação com a família. Cabia-lhe, ainda, a realização da Ciranda Infantil para a promoção de um espaço/tempo lúdico e de interação entre as crianças e adolescentes.

O ponto de partida do trabalho foi, portanto, o encontro do nosso grupo universitário e do grupo de assentados, fundado no que chamamos de um contrato tácito que supunha que os membros da Universidade pudessem colaborar na qualificação dos/as assentados/as para o trabalho com as crianças. Por um lado, estagiários/as supervisionados/as por docente com uma experiência de 10 anos com grupos formativos de professores de creche e pré-escola; por outro, os/as assentados/as exerciam uma prática social estruturada a partir de orientações gerais recebidas do movimento social ao qual pertenciam.

Do ponto de visto teórico-metodológico, a inserção baseou-se inicialmente na Psicologia histórico-cultural vigotskiana (Vigotski, 1996; 2000a; 2000b; 2006) que, a partir de uma concepção própria de sujeito, orientou-nos na elaboração de alguns princípios do trabalho e da forma de relação com os/as assentados/as.

A concepção de sujeito presente nesta perspectiva permitia-nos compreender: a subjetividade na sua dimensão dramática, que nos obrigava a ver os/as assentados/as no jogo entre razão e emoção, nos diversos papéis sociais por eles assumidos e, portanto, muito além de suas versões como militantes de movimentos sociais ou como assentados/as; o caráter sempre

contraditório e em movimento dos/as assentados/as, de suas identidades, de suas práticas e de seus contextos; a natureza social e historicamente situada dos sujeitos, ao mesmo tempo constituídos pelas interações sociais e constituintes dessas interações e de seus ambientes de vida.

Desde experiências anteriores, estruturamos nossas ações a partir dos seguintes princípios, alguns deles já explicitados em Silva *et al.* (2016): (i) a teoria e a prática em relação intrínseca de coconstituição; (ii) a constante leitura dos movimentos dos sujeitos no território, que modificam as demandas e as urgências das ações no local, a exigir flexibilidade, avaliação em processo e reorganização das ações planejadas; (iii) a construção de uma intervenção desde a escuta dos desejos e das necessidades da comunidade; (iv) a presença na comunidade e a continuidade das ações objetivando a autonomia dos sujeitos; (v) a formação como um processo de desenvolvimento humano de todos os sujeitos envolvidos (adultos assentados, membros da universidade e crianças), num aprendizado mútuo e que, por ser heterogêneo, também permeado por tensões e conflitos; (vi) a consideração de que há diferenças e desigualdades etárias na nossa sociedade e de que as práticas sociais e relações entre adultos e crianças são histórica e culturalmente construídas.

A relação com os/as assentados/as e com o próprio processo formativo foi guiada pelas intencionalidades e estratégias: (i) o investimento na relação para a construção de um vínculo de confiança e de comunicação dialógica com a comunidade, respeitando a cultura local, as decisões pessoais e coletivas e a relação com movimento social; (ii) a escuta atenta aos significados que organizavam a vida pessoal e coletiva dos/as assentados/as e a aposta nas possibilidades de reconstrução de significados, tanto pelos/as assentados/as como pelos membros da universidade; (iv) a leitura do cruzamento das linhas de história que constituem a situação de vida dos/as assentados/as – a história do grupo social ao qual pertencem, a história do assentamento local, a história pessoal de cada um – e os seus efeitos na produção de singularidades; (v) o uso

de diferentes linguagens como instrumento para o trabalho com a potencialidade humana dos/as assentados/as, considerando as especificidades de adultos e crianças.

Ao longo do desenvolvimento de nossas atividades, tornaram-se evidentes alguns aspectos que pareciam característicos daquele território e impulsionaram a busca por outras referências que pudessem contemplar a configuração própria daquele espaço. O tipo de vínculo construído, a observação e a escuta atentas permitiram identificar a recorrência de conteúdos, nas dinâmicas formativas, que constituíam os dramas subjetivos dos/as assentados/as e que mediavam as relações entre adultos e crianças, a exigir atuação voltada a esses aspectos. Entre esses conteúdos, destacamos: as expectativas dos adultos em relação ao espaço conquistado e em construção, significado como uma herança a ser cuidada pelas novas gerações; os conflitos vividos nas dinâmicas entre o assentamento e seu entorno e entre o campo e a cidade; os preconceitos vividos em virtude da condição de assentados e *Sem Terra*; a força do movimento social na construção das identidades e dos discursos dos/as assentados/as e, ao mesmo tempo, suas limitações.

A atuação passou, assim, a ser informada não apenas pelos princípios teórico-metodológicos descritos ou pela intencionalidade de promoção de um espaço lúdico de boa qualidade para as crianças, mas também pela atenção a conteúdos que indicavam certa especificidade daquele tipo de território na mediação das relações intra e intergeracionais: uma comunidade que se organizava na construção de um projeto de presente e de futuro, caracterizada pelas preocupações com a continuidade do projeto de assentamento rural; sua condição periurbana, pois o assentamento encontrava-se na franja fronteiriça com a cidade; o pertencimento a um movimento social e seus impactos nas vivências das crianças e dos adultos; o desejo de construir relações horizontais com as crianças, em convivência com concepções adulto centradas.

Dessas reflexões sobre o contexto, derivou a consciência da necessidade de incorporar, pelo nosso grupo, em qualquer ação em comunidades: o conceito de território (Valera & Vidal, 2010), a fim de compreender as correlações de forças que demandam apropriação na relação eu e outro, dentro e fora, semelhante e diferente, nos diversos níveis de interação socioambiental; a leitura do socioambiente (Tassara & Ardans, 2006) como uma ferramenta metodológica para apreender as marcas características do espaço e compreender os sujeitos espacializados.

As dinâmicas trabalhadas nos grupos formativos dos adultos e nos grupos lúdicos com as crianças resultaram, assim, de uma metodologia que conjugou princípios e referências teórico-metodológicas já consolidados e aprendizados da própria inserção no campo, mobilizando a incorporação de novos conceitos e instrumentos formativos ao longo do seu desenvolvimento. A inserção passou a compreender as significações como construídas em diferentes tempos e inscritas nas dinâmicas que interpelam e constituem os sujeitos em seus territórios.

Objetivos do Estágio

O objetivo geral do estágio foi capacitar estudantes de Psicologia para a promoção de processos formativos de educadores responsáveis por uma prática educativa não formal, vinculada a um movimento social de luta pela reforma agrária. Os objetivos específicos foram: a) permitir a reflexão sobre a inserção contextualizada das práticas e sobre a presença da Psicologia nos territórios rurais e em movimentos sociais; b) proporcionar oportunidades de construção de atividades coletivas e que agreguem saberes interdisciplinares; c) auxiliar no desenvolvimento do pensamento crítico da atuação da Psicologia na promoção de ações emancipatórias; d) contribuir com a produção de espaços/tempos que considerem as crianças como coconstrutoras de relações e práticas, rompendo com princípios de autoritarismo e dominação etários socialmente enraizados.

Descrição das Atividades Desenvolvidas

As atividades foram realizadas na Ciranda Infantil do Assentamento Mário Lago, localizado no município Ribeirão Preto (SP). O assentamento é resultado da luta, resistência e organização do movimento social de luta pela terra, em conjunto com grupos da sociedade civil organizada. A história do assentamento se inicia no ano de 2000, com recomendação do Ministério Público ao INCRA para dar início ao processo administrativo de desapropriação do imóvel rural para fins de reforma agrária, em razão do descumprimento da função ambiental e de fortes indícios de improdutividade. Em 2003, diversas famílias ocupam a área e a desapropriação ocorre em 2006. No momento da realização das atividades, estavam assentadas 465 famílias, destas, 264 no assentamento Mário Lago vinculado ao MST.

Desde uma perspectiva que busca compreender a prática educativa das comunidades (Rogoff, 2005), a nossa inserção inicial ocorreu de modo a conhecer as atividades já desenvolvidas pelos/as assentados/as na Ciranda Infantil, entendida como espaços "nos quais as crianças aprendem, em movimento, a ocupar o seu lugar na organização de que fazem parte" (MST, 2004, p. 37).

Originalmente proposta para crianças de até seis anos, a Ciranda Infantil passou a contemplar crianças de outras faixas etárias e jovens que fazem parte dos assentamentos (Rossetto, 2009). As Cirandas Infantis assumem diferentes configurações: permanente (realizada nas escolas, acampamentos, assentamento e centros de formação) ou itinerante (realizada em marchas e encontros). Os membros do MST são estimulados a criá-las em todas as ações e momentos da vida coletiva do grupo, o que inclui sua presença em assentamentos, acampamentos, ocupações e marchas. No horizonte formativo e educativo do MST, em sentido ampliado, as Cirandas Infantis são espaços de vivências coletivas de crianças e jovens, mediados

pelos adultos, com objetivo de promover as relações entre as crianças e a discussão e a problematização de temáticas que permeiam suas experiências enquanto assentados/as e membros de famílias de militantes da reforma agrária. Neste sentido, as Cirandas Infantis são instrumentos culturais desse grupo social para a construção da identidade *Sem Terra* e, de acordo com Arenhart (2004), elas atuam como um espaço que se contrapõe às experiências vivenciadas pelas crianças na sociedade capitalista.

Entre as funções das Cirandas Infantis, descritas em documentos nacionais do MST, está a promoção: da participação da criança; da valorização do coletivo; do cuidado mútuo; da construção de valores e símbolos que levam ao sentimento de pertença social; da solidariedade; do cultivo da memória social; do respeito à natureza; da valorização do ser humano como sujeito histórico.

Os adultos que se dedicam às atividades na Ciranda são chamados de *educadores* e, em alguns casos, de *cirandeiros*; como membros da comunidade, disponibilizam-se a pensar o lugar da criança no assentamento e a mediar a sua relação com a vida material e simbólica do grupo. As demandas pessoais, as experiências prévias e os conhecimentos sobre educação, infância e desenvolvimento, dentre outros, são diversificados, o que pode resultar em grupos de educadores heterogêneos.

Em Ribeirão Preto, por meio de um processo desenvolvido no âmbito da nossa atuação e que articulou diversas ações para mobilizar as crianças e a comunidade, a Ciranda Infantil foi denominada *Ciranda Rumo à Liberdade* e tinha como objetivo favorecer que a criança construísse uma relação identitária positiva com o seu grupo cultural e com o modelo de assentamento, baseado em princípios agroecológicos e na produção por meio do sistema agroflorestal.

Do ponto de vista da *estrutura*, as atividades consistiam de: reuniões de planejamento entre cirandeiros/as e estagiários/as; encontro com as crianças, realizados aos sábados; reuniões

de avaliação e de planejamento semestral. Semanalmente, os/as estagiários/as recebiam supervisão, momento em que eram abordados aspectos da história das populações do campo e dos seus movimentos sociais, história do assentamento, políticas e práticas de educação da criança pequena, história de constituição da infância, desenvolvimento infantil, aprofundamento teórico e em instrumentos e dinâmicas para o trabalho em grupo de adultos e crianças.

As atividades se estruturavam nos seguintes blocos: uma dinâmica inicial, denominada pelos/as assentados/as de *Mística*; o desenvolvimento da atividade, que consistia na efetivação das ações previamente planejadas; o lanche coletivo.

No *grupo de adultos*, as *temáticas* trabalhadas foram: a infância dos/as assentados/as; brinquedos e brincadeiras da cultura popular; músicas e cantigas; direitos de proteção e de participação da criança; o lugar da infância/criança no assentamento e na sociedade; desenvolvimento infantil; projeto político-pedagógico da Ciranda Infantil; organização de atividades e espaços para as crianças; planejamento, registro, avaliação e memória de atividades com as crianças; preconceito e enfrentamento; identidade coletiva e pessoal; educação do campo; relações campo-cidade; sistema agroflorestal; relação família-comunidade na educação de crianças e jovens.

Cada tema foi desenvolvido por um conjunto de atividades e em módulos geralmente semestrais, sendo escolhidos nas reuniões de avaliação que eram feitas no final do semestre. Para o trabalho com os adultos, nossa equipe realizava estudos prévios para a apropriação de cada tema e preparação de materiais que pudessem servir de instrumentos mediadores no processo de formação e construção de conhecimentos e práticas pelos/as assentados/as. As estratégias para a abordagem dos temas tiveram que levar em consideração a heterogeneidade do grupo e um movimento contínuo de reflexão das condições de cada sujeito e da potencialidade do coletivo e de quais seriam os melhores signos para a criação de novas possibilidades interativas no interior

da Ciranda Infantil; ou seja, isso nos implicava na discussão e na articulação das características individuais de cada cirandeiro/a e as possíveis estratégias formativas.

Como alguns dos instrumentos mediadores, podemos citar: teatralização; discussão e debate em grupo; recurso às artes plásticas; produção de textos; uso e produção de músicas e poesias; produção de jogos; uso de livros da literatura infantil; brincadeiras e produção de brinquedos; uso de fotografia; criação de bonecos e personagens com diferentes tipos de materiais. Estes recursos mostraram-se ferramentas importantes principalmente porque, no grupo, havia tanto cirandeiros/as que não sabiam ler como uma cirandeira com curso superior em Pedagogia.

O grupo formativo com os adultos sofreu modificações ao longo do tempo, tanto relativas a seus integrantes quanto a seu formato, em virtude de arranjos na vida dos/as assentados/as. No total, passaram pela formação dez cirandeiros/as. Sobre o formato, no primeiro ano, as reuniões ocorriam durante a semana e, posteriormente, no próprio horário dos encontros com as crianças, de forma que, aos sábados, tínhamos sempre dois grupos concomitantes: o de formação de cirandeiros/as e o de atividades com as crianças. Nos dois, havia estagiários/as e cirandeiros/as. Era realizado um revezamento semanal entre os/as cirandeiros/as e estagiários/as responsáveis pelo grupo de formação e os responsáveis pelas atividades com as crianças.

Em relação ao *trabalho com as crianças*, a natureza não formal da atividade permitiu flexibilidade em termos de agrupamentos etários, temáticas e atividades propostas. Embora fossem planejados materiais e atividades diferenciadas para crianças pequenas e para as crianças de demais faixas etárias, a escolha de qual atividade se engajar era da criança, resultando assim em agrupamentos multietários em praticamente todos os encontros, dos quais participavam, em média, 40 (quarenta) crianças e adolescentes. Os temas e as atividades planejadas pelos/as

cirandeiros/as podiam ser acatados pelo conjunto ou por parte das crianças, assim como era possível que as crianças se dedicassem total ou parcialmente no período proposto para as atividades. Nesse sentido, as crianças apresentavam diferentes graus de engajamento nas atividades podendo, ainda, negá-las, recriá-las ou propor atividades alternativas para realização em grupos menores.

Essa dinâmica, para além de evitar práticas demasiadamente estruturadas pelas quais as crianças já estão cotidianamente submetidas, buscava colocar em exercício o princípio da participação infantil (Carvalho, 2015), da consideração de suas opiniões e do respeito ao seu comprometimento nas escolhas feitas. Essa condição exigiu um trabalho com os/as assentados/as e, principalmente, com os/as estagiários/as, para que compreendessem a centralidade da atividade na criança e pudessem distribuir o poder de decisão. Disto resultou a explicitação, aos próprios assentados/as, do nosso entendimento acerca da necessidade de enfrentar, no debate e nas práticas cotidianas, a relação de dominação etária hegemônica que mantemos com nossas crianças. Neste contexto, a criança foi pautada como sujeito de direitos, de desejos e de voz própria e as ações no grupo buscaram problematizar as dificuldades em fazer deste reconhecimento uma ação concreta, na relação com cada criança e com o coletivo de crianças.

Aos poucos, a autonomia e a participação das crianças foram fortalecidas. À liberdade de escolha no engajamento das atividades propostas associaram-se a participação das crianças na *Mística* e em sua preparação, a condução de algumas atividades, a preparação de atividades para crianças menores e a adoção de cirandeiros/as mirins, constituídos por adolescentes que assumiam atividades de organização da Ciranda Infantil.

A brincadeira constituiu-se o eixo do trabalho com as crianças, uma vez que é ela a sua principal atividade promotora de desenvolvimento (Vigotski, 2000b). Os instrumentos e

procedimentos mediadores das interações e dos conteúdos com as crianças foram diversificados. Os procedimentos incluíam tanto o uso de instrumentos prontos como também provocavam a confecção de: brinquedos de materiais diversos (tintas, massinhas, argila, sucata, produtos naturais, lascas de árvores e folhas); materiais que permitissem o jogo dramático e protagonizado da criança; leitura e confecção de textos; cartas; músicas; fotografia.

No que se refere à *formação dos/as estagiários/as* e à possibilidade de inserção da Psicologia em comunidades, desde os primeiros encontros com a comunidade rural assentada, levavam suas percepções/sensações de estranhamento, de contemplação ou de identificação para as reuniões de supervisão. Nas supervisões, por meio de diálogos constantes para a atribuição de sentidos a essas sensações, aos poucos os/as estagiários/as iam se apropriando desses princípios e intencionalidades. No início de cada ano, em que era renovada a turma de estudantes, era possível observar que a experiência do encontro com a proposta do estágio provocava o incômodo com práticas psicológicas não tradicionais e requeria maior abertura em suas atitudes diante da interação com cada pessoa. Ademais, expressavam certo estranhamento inicial com um modo de vida rural, periurbano, periférico, assim como vinculado a movimento social. Ao longo do ano, os/as estagiários/as descobriam múltiplas possibilidades da prática psicológica em comunidade.

Nesse processo, três elementos do contexto jogaram força de maneira especial: o caráter não formal das ações com as crianças; a inserção em práticas protagonizadas por movimentos sociais; o contexto de assentamento da reforma agrária e das ruralidades.

No primeiro caso, as práticas não formais de educação da criança forçaram deslocamentos geracionais nos/as próprios/as estagiários/as ao desestruturar modos cristalizados de conceber o desenvolvimento infantil, as potencialidades das crianças e as formas de organização de tempos e espaços para infância. Apreenderam que os modos hegemônicos de

compreensão das competências infantis e de organização de atividades voltadas para as crianças foram histórica e socialmente construídos, mais em virtude das exigências de governo das crianças pelos adultos e pelas instituições formais do que pelo que orientam as teorias de desenvolvimento psicológico. Atuar em práticas não formais de educação faz romper separações forjadas em critérios meramente etários, que sucumbem as potencialidades interativas de coetâneos e não coetâneos nos processos formativos das crianças, de seus desenvolvimentos e de seus aprendizados culturalmente significativos e socialmente referidos. Os/as estagiários/as compreenderam que são esses aprendizados que mais interessam no contexto em comunidade, pois os espaços e tempos de educação não formal são instâncias de inclusão dos sujeitos nas práticas sociais e nas intencionalidades dos seus grupos; são, portanto, espaços de constituição de sujeitos e de (inter)subjetividades.

A inserção em práticas protagonizadas por movimentos sociais também fomentou deslocamentos, estes da ordem do ajuste dos/as estagiários/as à dinâmica da práxis nesse contexto e dos comprometimentos políticos da atuação da Psicologia. Movimentos sociais devem ser considerados em seu caráter dinâmico, ou seja, estão em constante processo de afirmação, submetidos a uma inevitável tensão entre transformação e continuidade: dos seus membros; dos envolvimentos de seus membros com as demandas coletivas que o movimento defende; das demandas individuais, que se modificam a partir das conquistas ou que se perpetuam nas lutas do movimento social. A renovação dos temas e de procedimentos nas atividades formativas acontece assim atrelada a ritmos por vezes apressados, em convivência com demandas que, dependentes de questões estruturais, permanecem estagnadas.

Lidar com essa característica requereu dos/as estagiários/as uma atuação psicológica interessada na vida do movimento social e atenta ao drama dinâmico dos/as assentados/as. Concomitantemente, os movimentos sociais questionam processos estabelecidos e ativamente

atuam na defesa de seus direitos. Movimentos sociais populares almejam a transformação social. Por mais que a experiência relatada tenha seu alcance no âmbito de ações desenvolvidas com crianças, esses aspectos constantemente se fizeram presentes, seja em termos de partilha de experiências pessoais, seja pelos conteúdos trazidos nos momentos de formação dos/as educadores/as. Relacionar-se com essas demandas, ao mesmo tempo em que questionou nossos lugares sociais também os afirmou, a exigir, de nossa inserção, compromissos éticos e políticos baseados na consideração das diferenças e na superação das desigualdades.

O terceiro aspecto nos informa que a inserção em contexto rural e da reforma agrária provocou, nos/as estagiários/as, o encontro com suas próprias ruralidades e urbanidades. Os/as/ estagiários/as compreenderam que aspectos da desvalorização da ruralidade impactam as identidades das suas populações rurais e a própria trajetória de seus grupos, uma vez que incidem nos desejos e nos projetos de futuro das gerações mais jovens. A inserção provocou a ruptura com a ideologia da superioridade dos modos de vida urbanos e da dicotomia entre campo e cidade. O tema também exigiu um encontro com as raízes da constituição econômica e cultural do país, e assim, com as raízes identitárias que constituem a todos, não apenas os que moram no campo, mas também os/as próprios/as estagiários/as. Essa condição questionou práticas generalizantes e padronizadas, que homogeneízam processos e sujeitos históricos. Em se tratando de populações assentadas da reforma agrária, compreenderam que as significações negativas dos movimentos de luta pela terra também repercutem nos processos de subjetivação e identificação de crianças, jovens e adultos. Em relação aos assentamentos da reforma agrária, os conflitos em torno da terra emergiram, desde a perspectiva da Psicologia, nas histórias pessoais dos/as assentados/as, aproximando assim os/as estagiários/as aos dramas subjetivos que esses conflitos produzem.

Ilustração de uma Atividade

Dentre as atividades desenvolvidas com as crianças, destacamos uma *Oficina de Fotografia* que teve como objetivo compreender o olhar das crianças sobre o assentamento e sobre a relação que estabeleciam com os seus espaços e os sujeitos que os compõem. A Oficina foi desenvolvida como parte de um conjunto de atividades de um módulo que trabalhava o fortalecimento da autoestima e da identidade grupal das crianças, como forma de enfrentamento das situações de preconceito que vivenciavam na escola, por pertencerem ao assentamento e ao MST. Além disto, a oficina associou-se a uma atividade que ocorreu na cidade; havia a organização, por parte dos adultos do assentamento e de membros da sociedade civil, de uma exposição de fotografias sobre assentamentos no Brasil e sobre o processo de produção ao agroflorestal do assentamento Mário Lago. A mística inicial foi a leitura por um estagiário de um trecho do livro "A Cidade e as Serras" de Eça de Queiroz, cuja passagem retrata a visão do personagem principal em relação ao campo, descrevendo a serra de forma que se percebe o apreço do personagem por aquele lugar onde escolheu passar sua vida após deixar a cidade.

Após a mística, houve a distribuição das crianças em pequenos grupos. A proposta era mobilizar as crianças para fotografarem o assentamento por meio de seus olhares. Retratariam, assim, o Mário Lago a partir da forma como o compreendiam, dos locais onde circulavam e que fossem representativos de sua população. As crianças discutiam, a partir das mediações dos adultos (cirandeiros/as e estagiários/as), os espaços a serem registrados, delimitavam um trajeto e as fotografias que seriam registradas. Assim, foram escolhidos as minas de água, o Rio Pardo, a entrada do assentamento, as árvores, paisagens e os objetos que representavam as conquistas coletivas, como a chegada da energia elétrica e as casas de alvenaria.

Cada grupo percorreu, então, os caminhos traçados, com o uso de várias máquinas fotográficas que iam mudando de mãos à medida que se deparavam com os lugares e objetos escolhidos. Posteriormente, os grupos retornaram à antiga sede da fazenda (local onde as atividades ocorriam e ponto de partida de nossa Oficina) e, com a ajuda de computadores, nos quais as fotografias foram descarregadas, realizou-se uma votação das fotos de que o grupo mais havia gostado e que mais representariam o assentamento. Junto com a votação, foram atribuídos nomes para cada fotografia. As fotografias escolhidas foram impressas e, em um encontro posterior, os grupos se reuniram novamente, e formaram-se contextos de discussão sobre os espaços retratados, sobre o assentamento, assim como sobre as relações estabelecidas nesse ambiente.

As discussões mobilizaram o diálogo sobre as especificidades de vivência da infância em um assentamento de reforma agrária, sendo refletidos aspectos positivos (proximidade com a natureza e liberdade para brincadeiras coletivas em função da percepção maior segurança quando comparado à cidade) e aspectos negativos (conflitos, carências materiais, dificuldades pela ausência de políticas públicas e preconceitos sofridos). As obras das crianças, que serviram como bases materiais concretas para que pudessem se expressar e significar suas vivências no espaço do assentamento, foram trabalhadas ainda como produção artística, sendo nomeadas e sua autoria reconhecida para que pudessem compor a mostra no evento realizado na cidade. Houve uma mesa de abertura do evento, da qual fizeram parte as crianças autoras das fotos e os/as cirandeiros/as.

Considerações Finais

O estágio relatado foi iniciado por um convite que pressupunha um conhecimento, dos representantes da Universidade, capaz de promover a qualidade das interações e das atividades

propostas pelos/as assentados/as às crianças. Esta suposição se dissipou e a construção de uma relação honesta, franca, horizontal e dialógica permitiu o co-reconhecimento de saberes diferenciados desses dois grupos, de suas potências e limitações, constituindo-se um processo de formação mútua e colaborativa. Se os conhecimentos sobre organização de tempos e materiais para o trabalho coletivo com as crianças, construídos na Universidade, ajudaram na ampliação das significações e das práticas dos/as assentados/as, os mundos dos/as estagiários/as expandiram com a partilha das experiências dos adultos e das crianças do assentamento.

Foram os desenvolvimentos deste encontro que possibilitaram a construção de um modo particular de atuação da Psicologia, responsivo aos questionamentos que o estar na comunidade provoca em nossos saberes e práticas. Para além da apreensão de técnicas de manejo de grupos, os/as estagiários/as foram inseridos em uma forma de atuação que exige entender, em profundidade, o que significa uma inserção dialogada com as demandas e com a realidade do campo de atuação. A práxis produzida por este tipo de ação, necessariamente, requer a contextualização dos saberes acadêmicos, a construção de um método de intervenção sensível às demandas e aos movimentos do grupo, o encontro com os sujeitos a partir da consideração de sua concretude, o desenvolvimento de instrumentos adequados ao grupo de atuação, a leitura histórico-crítica do lugar de atuação, a atenção à emergência de temas ou problemáticas resultantes das ações e sua constante avaliação, sem perder o foco na emancipação dos sujeitos.

Neste sentido, as atividades constituíram-se em uma situação de promoção do desenvolvimento não apenas das crianças – motivo central da existência do projeto – mas também dos adultos, assentados e membros da Universidade. Resultado de uma ação negociada entre os sujeitos, a construção da identidade como educadores/as, pelos/as assentados/as, e do lugar por eles ocupado na Ciranda, relacionava-se ao lugar que nosso grupo assumia neste movimento.

Não menos importante, é necessário finalizar mencionando que a experiência formativa, a partir da inserção em uma prática não formal, vinculada a movimento social e em comunidade de assentados da reforma agrária mobilizou deslocamentos teóricos no sentido de forçar os/as estagiários/as a considerar a dimensão espacial das subjetividades. A implicação prática disto é o convite à necessária superação de ações formativas que tratam as práticas educativas como abstrações atemporais e desterritorializadas.

Referências

Arenhart, D. (2004). A educação infantil em movimento: a experiência das cirandas infantis no MST. *Pró-Posições,15*(1), 175-189.

Carvalho, R. S. (2015). Política e infância: aproximações a partir da escuta de crianças de movimentos sociais de luta pela terra. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo. Disponível em http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-11052016-101413/pt-br.ph

Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária. (2015). *Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária*. Fonte: Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária. Recuperado de http://www.incra.gov.br/reforma_agraria.

Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. (2004). *Educação infantil:* movimento da vida, dança do aprender. São Paulo: MST. (Caderno de Educação, 12).

Rogoff, Barbara. (2005). *A natureza cultural do desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed.

Rossetto, E. R. A. (2009). *Essa ciranda não é minha só, ela é de todos nós:* a educação das crianças Sem Terrinha no MST. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

Silva, A. P. S.; Silva, J. B.; Rosa, L. A.; Carvalho, R. S.; Silva, A. C. O. & Vieira, T. (2016). Prática comunitária e o trabalho do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) com crianças e adolescentes em Ribeirão Preto/SP - Brasil. *Global Journal of Community Psychology Practice*, v. 7, p. 1-22.

Tassara, E. T. O. & Ardans, H. O. B. (2006). *Mapeamentos, diagnósticos e intervenções participativos no campo socioambiental*: guia de estudos para as práticas participativas. Brasília: IBECC/UNESCO-SP, MMA/DEA. 65p.

Valera, S., & Vidal, T. (2010). Privacidad y territorialidade. In J. I. Aragonés & M. Amérigo. *Psicología ambiental* (pp. 119-140). Madrid: Ediciones Pirámide.

Vigotski, L. S. (1996). *Teoria e método em Psicologia*. São Paulo: Martins Fontes.

_____. (2000a). Psicologia concreta do homem. Manuscrito de 1929. *Educação e Sociedade*, *21*(71), 21-44.

_____. (2000b). *A Formação Social da Mente*. 6ª edição. Trad. José Cipolla Neto, Luis S. M. Barreto e Solange C. Afeche. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

_____. (2006). *Obras escogidas IV*: Psicologia Infantil. Madrid: Visor y A. Machado Libros. (Original publicado em 1933).

Algumas Publicações dos Autores Relacionadas à Atividade de Estágio

Silva, A.P.S., Silva, J.B., Rosa, L.A., Sbroion de Carvalho, R., Silva, A.C., & Vieira, T. (2016). Prática comunitária e o trabalho do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) com crianças e adolescentes em Ribeirão Preto/SP – Brasil. *Global Journal of Community Psychology Practice, 7*(1S), 1-23. Recuperado de https://www.gjcpp.org/en/article.php?issue=21&article=114.

Silva, A.P.S. (2013). Comunas da terra: relações entre sujeitos na paisagem híbrida campo-cidade. *Diálogos Possíveis*, 14(2), 147-169. Recuperado de http://revistas.faculdadesocial.edu.br/index.php/dialogospossiveis/article/view/69.

PSICOLOGIA ESCOLAR E PRÁTICAS: AÇÕES DE UM ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

Luciana Carla dos Santos Elias
Fabiana Maris Versuti
Priscila Carvalho de Castilho
Marina Piran

> Há escolas que são gaiolas e há escolas que são asas. Escolas que são gaiolas existem para que os pássaros desaprendam a arte do vôo. Pássaros engaiolados são pássaros sob controle. Engaiolados, o seu dono pode levá-los para onde quiser. Pássaros engaiolados sempre têm um dono. Deixaram de ser pássaros. Porque a essência dos pássaros é o vôo. Escolas que são asas não amam pássaros engaiolados. O que elas amam são pássaros em vôo. Existem para dar aos pássaros coragem para voar. Ensinar o vôo, isso elas não podem fazer, porque o vôo já nasce dentro dos pássaros. O vôo não pode ser ensinado. Só pode ser encorajado. (Alves, 2008, p. 11)

A experiência escolar é central para as aquisições sociais e educacionais das crianças em nossa cultura (Del Prette & Del Prette, 2003). No entanto, nem sempre a escola oferece condições suficientes para o desenvolvimento e aprendizado dessas habilidades, transformando-se em um espaço onde as crianças são expostas diariamente a situações estressantes que podem desencadear comportamentos disfuncionais (Borges & Marturano, 2012). Historicamente, a instituição escolar prioriza a dimensão cognitiva no processo ensino-aprendizagem, em detrimento da parte afetiva, o que reduz o aprender a apenas uma acumulação e memorização de informações, levando à alienação (Oliveira, 2009). Souza, Petroni, Dugnani, Barbosa e Andrada (2014) destacaram que o significado do processo de aprendizagem, em geral, não é compartilhado por professores e alunos; dominar o conteúdo tem grande importância para o professor, mas, muitas vezes, é considerado inútil pelo aluno. Ainda de acordo com essas

autoras, o processo se repete nas atividades de formação docente, nas quais os professores comparecem para cumprir uma imposição e não para um momento de reflexão e aprimoramento.

Ao pensarmos no papel da escola, devemos ter clareza de que essa é um reflexo da sociedade e de sua ideologia (macrossistema). Considerando essa interdependência, analisar a escola enquanto organização, buscando uma compreensão abrangente e contextualizada, deve levar em consideração as variáveis econômicas, tecnológicas, culturais, ecológicas, demográficas, legais, sociais, dentre outras (Miranda & Siqueira, 2003). Com o sucateamento que vem ocorrendo na educação nos últimos anos, observamos que ter acesso a uma educação de qualidade exige uma melhor condição financeira, o que é uma realidade de poucos, já que a grande massa frequenta escolas que tentam sobreviver ao descaso público. Devemos pensar a escola como um microssistema que sofre influência do macrossistema; assim, ressalta-se a importância de compreender suas práticas (didática, linguagem e interações), que devem estar ao alcance de seus alunos, com foco nas diferentes realidades sociais a que pertencem; na importância de seus professores massacrados pelo sistema e; da comunidade escolar como um todo, bem como seus papéis e relações.

Souza et al. (2004) afirmaram que para que alunos e professores possam se apropriar de suas condições de aprendizagem e de trabalho, respectivamente, um caminho possível é a reflexão a respeito do que estaria na base de seus comportamentos, assim como na do comportamento de gestores e pais, utilizados de maneira recorrente para justificar resultados de aprendizagem abaixo do esperado. O processo reflexivo poderia levar a superação da condição alienada, por meio do trabalho cooperativo, vislumbrando a emancipação dos participantes da comunidade escolar. Sabe-se que essa reflexão exige a desconstrução de dezenas de crenças em

cada um dos atores, o que gera sofrimento, sentimentos de impotência, entre outros, mas que pode trazer à tona uma nova realidade escolar.

A sociedade mudou. A escola tem conseguido acompanhar essa mudança? Em tempos onde as informações são compartilhadas mundialmente em segundos, crianças são estimuladas a todo tempo a utilizar equipamentos eletrônicos e mídias sociais e muitas escolas continuam querendo que alunos fiquem enfileirados e em silêncio, ao mesmo tempo em que não os ensinam a questionar e não respondem suas questões. Por vezes, observa-se escolas que têm tentado repensar seu papel e atuação; que solicitam ajuda de diferentes profissionais como psicólogos, enfermeiras, fonoaudiólogos, promotores e até mesmo policiais, e que continuam atuando com modelos centenários. A grande pergunta é: como a escola dará certo e cumprirá seu papel de formação integral do cidadão?

Segundo Colello (2001) o desafio da escola atual é colocar o esforço do ensino a serviço de metas educacionais que visem o equilíbrio entre o saber e o saber ser; dentro desse contexto, as escolas têm feito revisões pedagógicas e curriculares em busca deste equilíbrio, visto que não se pode mais fechar os olhos à realidade. Propõe intervenções educativas, desde que flexíveis e adaptadas à dinâmica das escolas, que orientem o indivíduo em possibilidades simultâneas e complementares de desenvolvimento, personalização e socialização.

O cenário mais comum frente às dificuldades atuais da escola na efetivação de seu papel de formação é a culpabilização recíproca de todos que de alguma forma fazem parte ou influenciam a escola.

O papel da família na educação dos filhos é inquestionável e referendado legalmente. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (1996) estabelece em seu TÍTULO II - Dos Princípios e Fins da Educação Nacional, artigo 2° que:

> A educação, dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

Embora clara quanto ao papel da família e da escola na educação dos indivíduos, a quem cabe fazer o que?

A literatura aponta o papel fundamental que a família exerce ao promover a socialização das crianças e ao ensiná-las comportamentos, atitudes e valores aceitos socialmente, além de prepará-las para a inserção crítica, participativa e produtiva na sociedade (Marturano, Rizo, Elias & Fava, 2016; Oliveira & Marinho-Araújo, 2010); sinalizando assim a importância da família no desenvolvimento global e acadêmico dos filhos. Estudos mostram que, quanto maior a coesão familiar, maior é o repertório de habilidades sociais dos filhos e menor a delinquência destes, ao mesmo tempo em que quanto maiores os problemas familiares e quanto mais agressão verbal e práticas coercitivas maternas no processo de educação das crianças, mais frequentes são os problemas de comportamento delas (Bolsoni-Silva & Marturano, 2010). Estes problemas de comportamento estão frequentemente relacionados a um baixo desempenho acadêmico (Bandeira, Rocha, Souza, Del Prette & Del Prette, 2006) porque, entre outras coisas, impedem as crianças de manter relações harmoniosas com colegas e professores e de apresentar habilidades como a de fazer perguntas, participar das aulas e discutir pontos de vista (Del Prette, Rocha & Del Prette, 2011), já que tendem a apresentar um repertório menor de habilidades sociais (Casali-Robalinho, 2013). Daí depreende-se a importância de uma atuação voltada também para o trabalho com familiares e com membros da comunidade em que a escola está inserida.

Marturano et al. (2016) propuseram que ambas as instituições (escola e família) devem atuar em parceria, pois não é mais realidade que a família promova sozinha o desenvolvimento social da criança enquanto a escola seja responsável pela educação formal (conhecimento acumulado culturalmente). Segundo as autoras, atualmente existe uma alternância entre quem tem o papel principal e coadjuvante em cada momento da vida da criança, assim, a parceria é fundamental. Baseando-se na Teoria Bioecológica de Desenvolvimento Humano (Bronfrenbrenner, 2010), família e escola são dois microssistemas dos quais os indivíduos pertencem desde muito cedo em seu desenvolvimento, assim fica evidente o quanto a parceria e a comunicação se fazem necessárias.

Dentro desse contexto conturbado, mas extremamente desafiador, pode atuar a psicologia escolar. Cabe ao psicólogo ter clareza da realidade escolar existente, muitas vezes, marcada por descontinuidades em suas ações, visto que reflete políticas públicas descompromissadas e descontextualizadas das reais necessidades de seus atores. A conscientização dessa situação deve ter início durante a formação acadêmica, com uso de práticas como reflexões coletivas, fóruns de discussão e trocas de experiências, que sejam capazes de gerar transformações tanto no embasamento teórico, como na atuação profissional; de promover competências desejáveis ao exercício da profissão (tanto técnicas, como pessoais, interpessoais e éticas); e de fortalecer o compromisso político-social do psicólogo escolar (Marinho-Araújo, 2007).

Marinho-Araujo (2007) propôs uma categorização das habilidades e competências a serem desenvolvidas pelo estudante de Psicologia para enriquecer sua atuação em contexto escolar, destacando-se as seguintes: dominar práticas psicopedagógicas, possuir habilidade e postura de escuta, resiliência, autocrítica e autonomia, disponibilidade de socializar saberes e circular informações, estimular a participação coletiva e o diálogo, facilidade para a coordenação

de trabalhos coletivos e sensibilidade para integrar saberes e conhecimentos na relação com o outro. Essas habilidades e competências são capazes de tornar o trabalho dentro da escola mais efetivo, auxiliando no desenvolvimento acadêmico dos alunos e profissional de educadores.

As possibilidades de atuação da psicologia escolar ultrapassam a escola e pode compreender ONGs, creches e abrigos, além de outros contextos; contudo, esse texto terá como foco o exercício profissional nas escolas e seu compromisso de transformação social possível, quer através de práticas tradicionais (mais voltadas a psicoeducação como avaliação e encaminhamento de alunos com dificuldades específicas, orientação de pais, orientação profissional, orientação sexual, formação e orientação de professores, elaboração e coordenação de projetos, entre outras) ou contemporâneas (avaliação, diagnóstico e intervenção institucional visando a subjetividade da escola e de seus atores tendo como foco mudanças necessárias; participação na elaboração, acompanhamento e avaliação da proposta pedagógica, participação na seleção de membros da equipe pedagógica e avaliação do processo; contribuições com equipe de direção pedagógica; coordenação de disciplinas e oficinas voltadas ao desenvolvimento integral de alunos; execução de pesquisas no ambiente escolar voltadas a promoção de ensino-aprendizado; facilitar a implementação de políticas públicas, entre outras) (Martinez, 2009; Coutinho, 2009; Patias, Blanco & Abaid, 2009).

O presente estágio de formação profissional em Psicologia Escolar busca atuar frente às demandas postas pela instituição. Segundo Oliveira (2009) o psicólogo, diante da demanda posta, deve propor-se a buscar recursos que o auxiliem a compreender aspectos que vão além do espaço físico da escola; somente assim a intervenção psicológica consegue potencializar o processo de aprendizagem, instrumentalizando os agentes educativos.

Almeida (2007) apontou que um dos caminhos para atuação da Psicologia Escolar está em trabalhos embasados em teorias que enfatizam conteúdos objetivos e subjetivos do processo

ensinar-aprender, nas condições do contexto sociocultural, nas relações pessoais, no aprendiz como sujeito do conhecimento e no papel social da escola na formação do aprendiz.

É necessário contextualizar que, para a execução do estágio profissional em Psicologia Escolar, existem limitações ligadas a questões curriculares (número máximo de horas possível dentro de cada estágio profissionalizante) e a questões postas pelas instituições escolares (dias e períodos disponibilizados para a atuação). Dentro desse contexto e das possibilidades reais existentes, busca-se a formação sólida de alunos assim como auxílio real à escola.

Na realidade presente, tem-se trabalhado prioritariamente segundo o modelo de consultoria escolar, que se direciona para uma perspectiva relacional no âmbito da instituição, colocando em foco toda a complexidade do espaço escolar. De acordo com Santos, Fadel e Wechsler (2009), o processo de consultoria se caracteriza por ser uma ajuda prestada para solução criativa de problemas e um processo de cooperação entre quem busca e quem oferece a ajuda. Além dessas características, os autores apontaram como fundamental que, após o processo de consultoria, a pessoa que foi ajudada esteja habilitada a resolver problemas semelhantes no futuro. Mais especificamente, a consultoria escolar abrange serviços educacionais e psicológicos, objetivando melhorar a qualidade do ensino e promover a saúde mental. Assim, o consultor visa resolver os problemas da instituição a fim de estimular e ampliar o bem-estar dos alunos, favorecendo também seu desenvolvimento global e desempenho acadêmico. Para que a consultoria escolar tenha êxito, é necessário haver uma colaboração entre todos os envolvidos: consultor, direção, coordenação pedagógica, funcionários, professores e alunos. Essa colaboração deve acontecer durante todo o processo, desde a identificação do problema até a avaliação das intervenções propostas, permitindo um diálogo interdisciplinar.

As modalidades de intervenção do presente estágio têm sido propostas e executadas em diferentes frentes que vão desde buscar amenizar mazelas cotidianas às possibilidades efetivas de

transformação dos sujeitos envolvidos na escola e no processo de educação. Busca-se agir como catalisadores e mediadores das necessidades da escola, tendo como objetivo maior ensinar a pensar em atuações possíveis assim como deixar modelos possíveis de atuações.

Objetivo do Estágio

Considerando a abrangência do papel do Psicólogo Escolar que pode contemplar desde uma simples mediação na comunicação entre pares até o desenvolvimento de trabalhos preventivos na escola (Daolio, Elias & Neufeld, 2016), foram pensados os objetivos do estágio profissionalizante em Psicologia Escolar e Práticas.

O estágio tem como objetivo geral oferecer ao aluno formação teórica e prática em Psicologia Escolar, a partir de teorias psicológicas que articulam as práticas escolares aos processos de ensino, de aprendizagem e da instituição escolar, considerando as diferenças socioculturais e focando os aspectos relacionais e institucionais. Já como objetivos específicos busca-se levar os alunos a problematizar a ação da psicologia nas instituições educativas; desenvolver o pensar sobre acontecimentos nas instituições educacionais de maneira a compreender o processo de produção social, político e histórico dos mesmos; identificar as demandas escolares e avaliá-las considerando as diferentes variáveis envolvidas; e construir, executar e avaliar um plano de atuação em psicologia escolar embasado teoricamente e justificado pelas demandas existentes e trazidas pela instituição.

Descrição das Atividades Desenvolvidas

O estágio tem duração de dois semestres e, com isso, as atividades desenvolvidas são divididas em etapas complementares.

Inicialmente tem-se a etapa de caracterização, em que os estagiários se dedicam a entender o funcionamento da instituição como um todo e a levantar as demandas apresentadas por sua comunidade. Para isso, são realizadas observações - dentro das salas de aula de diferentes turmas e na aula de diferentes professores; durante os intervalos dos alunos e dos professores; do funcionamento geral da escola, incluindo a equipe gestora e de funcionários - e conversas com os professores, gestores, alunos e funcionários a respeito de questões cotidianas e de como acreditam que os estagiários podem ajudar naquele contexto enquanto psicólogos escolares. Além disso, busca-se contato com as famílias, quer em reuniões de pais, convocação de assembleias ou por cartas. Por fim, pode ser feita a consulta de documentos da escola.

Uma segunda etapa diz respeito à análise dos dados. Com base em todas as informações adquiridas, são realizadas discussões entre os estagiários, supervisores e coordenação da escola. Busca-se, com isso, refletir sobre as demandas e as reais possibilidades de atuação.

Após eleitas as frentes de atuação, passa-se para a etapa de elaboração do plano de ação. São elaboradas intervenções possíveis de serem realizadas na escola dentro do período do estágio. Diferentes intervenções podem focalizar diferentes públicos-alvo da comunidade escolar, como por exemplo, somente os professores ou somente os alunos ou realizar algo com ambos trabalhando em conjunto, além de outros recortes possíveis, como funcionários, gestores, alunos do grêmio estudantil, entre outros. O formato da intervenção será pensado de acordo com as demandas identificadas, levando em consideração as limitações da instituição e também do trabalho que os estagiários são capazes de realizar.

Um passo importante após a elaboração desse plano é apresentá-lo para os gestores da escola de forma que se sintam confortáveis para expressar se a proposta vai ao encontro de seus desejos e necessidades e, também, se a execução é viável dentro de seus planejamentos. A partir disso, é possível iniciar as intervenções, realizando os ajustes necessários durante o processo. Ao

fim do estágio e ano letivo, realiza-se uma avaliação e devolutiva com a equipe da escola, buscando verificar se os objetivos foram alcançados e sinalizando para a instituição como podem continuar usando os modelos desenvolvidos.

Cabe aqui ressaltar que as instituições nas quais o estágio é desenvolvido são municipais, decorrentes de uma parceria com a Secretaria Municipal de Educação de uma cidade do interior paulista; assim são os diretores e coordenadores que solicitam o auxílio e, anualmente, as instituições são alteradas.

Ilustração de Atividades Desenvolvidas

A seguir serão apresentadas algumas atividades desenvolvidas durante um ano letivo em uma escola de periferia, a qual solicitou ajuda alegando dificuldades na interação com os alunos (não obedecem a regras, não têm interesse em aprender e são agressivos verbalmente). Foi destacado que a escola havia passado por uma mudança de público: as crianças que estavam ingressando nos últimos dois anos eram moradoras do conjunto habitacional próximo a escola, construído para receber famílias que moravam em uma favela da cidade.

No primeiro semestre (início em fevereiro) foi realizado um período de observação participante na escola como um todo, conversas informais com a comunidade escolar e a elaboração e aplicação de um questionário para os alunos. O objetivo do instrumento foi identificar quais as demandas os alunos traziam sobre a escola, o aprender, professores e relacionamentos. A ideia do questionário surgiu a partir da participação em um Trabalho Docente Coletivo (TDC) em que o coordenador solicitou aos professores que respondessem a um instrumento proposto pela Secretaria Municipal de Educação, que continha questões sobre o perfil do aluno desejado, dificuldades e necessidades no dia-dia docente; esse instrumento foi respondido e devolvido a Secretaria. Durante esse TDC e em conversas com os professores, o

perfil esperado de alunos e suas dificuldades foram ficando claras, levando as estagiárias a pensar que seria importante os alunos terem voz e os professores escutarem quais as demandas postas por eles.

Assim, em um primeiro momento, o questionário foi entregue a grande parte dos alunos do Ensino Fundamental II. O instrumento possuía perguntas sobre o que eles mais e menos gostavam no local onde eles estudam, sobre a relação deles com os colegas, sobre a visão deles de um professor ideal, bem como sobre a importância da escola na vida deles, o papel do psicólogo escolar naquela instituição, entre outras. Após serem analisadas as respostas, estas foram apresentadas à coordenação e aos professores durante o horário do TDC para discussão com todos. Quanto aos alunos, as respostas foram trabalhadas posteriormente em rodas de conversas, as quais serão descritas abaixo.

Somados os resultados dos questionários, observações e conversas realizadas, iniciaram-se as discussões para a elaboração de um plano de intervenção específico para a instituição. Esse plano contemplava a principal demanda trazida pelos professores e alunos que estava relacionada à necessidade de promoção do respeito dentro da escola (grande parte dos professores almejava que os alunos se relacionassem de maneira mais socialmente aceita, além de que respeitassem os próprios professores, ao mesmo tempo em que a maioria dos alunos solicitava que os professores fossem mais respeitosos com eles). Após a elaboração do planejamento de intervenção e uma discussão com a diretora e a coordenadora sobre possibilidades de atuação (avaliação realizada a partir do cronograma escolar, possibilidades de horários e locais livres para o desenvolvimento as atividades), quatro ações foram eleitas: *treinamento de professores em habilidades sociais, rodas de conversa com os alunos, oficinas de habilidades sociais com os alunos e escola de pais*. Essas ações foram iniciadas e concluídas no segundo semestre.

O *treinamento teórico e vivencial de habilidades sociais para os professores* foi realizado quinzenalmente (10 encontros), durante o horário do TDC. Além da promoção do desenvolvimento e/ou aprimoramento dessas habilidades, esses encontros traziam à tona o manejo de comportamentos problemáticos de alunos. Foi previsto que cada encontro teria duração de uma hora (período estimado inicialmente). Durante os dois primeiros encontros, o próprio grupo rediscutiu o contrato e o treinamento passou a ter uma hora e meia. A participação das professoras foi voluntária e as que não aderiram ao treinamento faziam outras atividades junto com a coordenadora (duas professoras não aceitaram, alegando que já estavam para se aposentar), nenhuma professora desistiu do treinamento. O processo foi bastante reflexivo sobre suas habilidades e como essas influenciavam no dia a dia de sala de aula. Durante o treinamento, os relatos eram de ganhos no pensamento crítico sobre as interações, no relacionamento em sala de aula e no aproveitamento por parte dos alunos. As críticas eram relacionadas à necessidade de terem suporte mais constante e que respeitassem suas limitações. Embora o treinamento seja específico do profissional da psicologia, deixa-se registrado o modelo de procura por ajuda externa (parcerias com instituições de nível superior de ensino) frente a demandas identificadas; isso constitui um dos objetivos do trabalho em consultoria escolar.

As *rodas de conversa com os alunos* ocorriam nas duas últimas aulas e eram abertas aos alunos que quisessem participar e professores. As rodas ocorreriam uma vez por semana e os assuntos tratados foram eleitos pelos alunos, quer através do questionário inicial ou conversas; alguns dos temas trabalhados foram sexualidade, religião, profissão e violência. Para que os alunos pudessem participar sem prejuízo das aulas, esses eram dispensados e a coordenação fez um rodízio no calendário semanal de forma que nem sempre a mesma professora ficava sem dar aulas no dia das rodas (visto que as estagiárias possuíam dias fixos para ir à escola). O número de alunos variava, em torno da média de 12 alunos. Eram realizadas duas rodas simultaneamente.

Os espaços utilizados eram a biblioteca e a sala de informática. As rodas ocorreram durante todo o segundo semestre, duravam 50 minutos e diferentes técnicas e materiais eram utilizados como disparadores e condutores do processo. A coordenadora participou durante todo o processo voluntariamente, o que foi trabalhado como uma possível atividade futura da mesma junto a outras turmas da escola.

As *oficinas de habilidades sociais* com os alunos foram realizadas com os sextos e sétimos anos (turmas escolhidas pelos professores como as mais difíceis), dentro das próprias salas de aula, para que os professores também pudessem participar (o objetivo foi instrumentalizar o professor, que também passava pelo treinamento de habilidades sociais para professores). Os encontros tinham duração de 50 minutos, acontecendo para cada turma a cada duas semanas (rodízio realizado devido ao número de salas e estagiárias para a execução). As aulas nas quais ocorriam as oficinas também foram rodiziadas para não comprometer o cronograma de uma disciplina. Nas oficinas inicialmente foi trabalhado o reconhecimento de sentimentos e, na sequência, habilidades específicas como empatia, assertividade, autocontrole, fazer amizades e solução de problemas interpessoais. Para o desenvolvimento, diferentes recursos foram utilizados, como vídeos, histórias contadas, dramatizações, leituras, brincadeiras, construção conjunta de atividades, entre outras. Sempre ao final era dado um feedback à sala e proposta uma tarefa a ser desenvolvida durante a semana, seja na escola ou em casa; essa tarefa era retomada na semana seguinte. A participação dos alunos em todas as salas foi expressiva, apenas alguns se recusaram em alguns encontros, o que era respeitado. Inicialmente, quando no estabelecimento das regras das oficinas, a não participação foi discutida, tendo como possibilidades o assistir em silêncio ou o desenvolvimento de uma atividade na biblioteca com a monitoria de uma das estagiárias de atividade relacionada à matéria estudada em alguma disciplina. As oficinas duraram o semestre todo e a avaliação foi positiva tanto por alunos como professores. A ação teve como

objetivo desenvolver e /ou aprimorar habilidades sociais nos alunos de forma a auxiliar nas interações escolares e rendimento acadêmico e instrumentalizar professores em possibilidades de atividades que auxiliam o desenvolvimento dessas habilidades.

A *escola de pais* ocorria quinzenalmente no horário da última aula, tendo duração de uma hora e sendo aberta durante todo o processo (um pai que não participara de um encontro poderia participar de outro), nas quais os professores puderam também participar (no papel de pais). Os temas trabalhados eram trazidos pelos pais, os mais frequentes sendo sexualidade, drogas, não aprender, inclusão, falta de limites, entre outros. Os pais traziam suas experiências cotidianas e as estagiárias faziam mediações e realizavam orientações pontuais. Vale ressaltar que essa fora a frente mais difícil de ser realizada devido a duas grandes variáveis: disponibilidade de horário dos pais (muitos chegam a suas casas após as 18h30 e as oficinas ocorriam às 17h) e motivação desses para participar (experiências anteriores difíceis em instituições escolares, de culpabilização). Essa prática sinalizou a necessidade de outras práticas diferentes para trazer a comunidade escolar para dentro da escola, o que não foi possível realizar nessa instituição por questões operacionais durante o semestre de intervenção.

Durante e ao final das diferentes frentes de ações, foram realizadas avaliações e fornecido feedback a comunidade escolar, assim como dessa à equipe de estagiários.

Os exemplos acima mencionados são uma pequena amostra das atividades desenvolvidas de formação profissional em Psicologia Escolar. Vale ressaltar que durante todo o estágio os alunos passam por supervisão semanal que compreendem discussões teóricas e relatos de atividades.

Considerações Finais

Sabe-se que a atuação no estágio profissionalizante em Psicologia Escolar requer do aluno o conhecimento de diferentes áreas da psicologia e de áreas afins. Se isso por um lado requer, por parte desse, grande empenho, por outro o auxilia a tecer uma rede que une diferentes aprendizados. O estágio tem se mostrado relevante na formação dos alunos quer no sentido do desenvolvimento de habilidades e competências para atuação posterior na área, quer para a atuação em outras frentes que lidem com o indivíduo que vivencia ou já vivenciou o cotidiano escolar, já que isso de alguma forma faz parte de suas experiências subjetivas e recursos ou dificuldades objetivas de enfrentamento.

Referências

Almeida, S.F.C. (2007). O psicólogo no cotidiano da escola: re-significando a atuação profissional. Em Guzzo, Raquel Souza lobo (org.). *Psicologia escolar: LDB e educação hoje*. Campina, Sp: editora Alínea. 160p. 3 ª edição.

Alves, R. (2008) *Ensinar, Cantar, Aprender*. Campinas, SP: Papirus.

Bandeira, M., Rocha, S. S., Souza, T. M. P., Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2006). Comportamentos problemáticos em estudantes do ensino fundamental: características da ocorrência e relação com habilidades sociais e dificuldades de aprendizagem. *Estudos de Psicologia*, *11*(2), 199-208.

Bolsoni-Silva, A. T. & Marturano, E. M. (2010). Relacionamento Conjugal, Problemas de Comportamento e Habilidades Sociais de Pré-Escolares. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26*(1), 67-75.

Bronfenbrenner, U. (2011). *Bioecologia do desenvolvimento humano tornando os seres humanos mais humanos*. Porto Alegre: Artmed.

Casali-Robalinho, I. G. (2013). Relações entre automonitoria, problemas de comportamento e habilidades sociais na infância. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP.

Colello, S. M. G. (2001). Educação e intervenção escolar. *Revista Internacional d'Humanitats*, (4), 47-56.

Coutinho, R. G. Estratégias de mediação e a abordagem triangular. In: BARBOSA, Ana Mae (Org.). Arte/educação contemporânea: consonâncias internacionais. 3.ed. São Paulo: Cortez, p.171-185, 2009.

Daolio, C. C., Elias, L. C. S. & Neufeld, C. B. (2016) Aplicação da abordagem cognitivo comportamental nas escolas. In Neufeld, C.B., Falcone, E.M.O. & Rangé, B. (Orgs) *PROCOGNITIVA Programa de atualização em Terapia Cognitivo-Comportamental* (pp. 85-107). Porto Alegre, RS: Artmed Panamericana.

Del Prette, Z. A. P., Rocha, M. M., & Del Prette, A. (2011). Programas de habilidades sociais na infância: Modelo triádico de intervenção com pais. In: Petersen, C. & Wainer, P. *Terapia Cognitivo-Comportamental para Crianças e Adolescentes: Ciência e Arte*. (pp. 14-40). Porto Alegre: Artmed.

Lei No. 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (1996, 23 de dezembro). Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional [Establishes the Guidelines and Bases of the National Education]. Diário Oficial da União, seção 1.

Marinho-Araújo, C.M. (2007) A psicologia escolar nas diretrizes curriculares: espaços criados, desafios instalados. In Campos, H.R. (Org.) *Formação em psicologia escolar: Realidades e perspectivas*. Campinas, SP: Editora Alínea.

Martinez, Albertina Mitjáns. (2009). Psicologia Escolar e Educacional: compromissos com a educação brasileira. *Psicologia Escolar e Educacional*, *13*(1), 169-177. Recuperado em 06 de agosto de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572009000100020&lng=pt&tlng=pt.

Marturano, E. M., Rizo, L., Elias, L.C.S. & Fava, D. C. (2006) A fronteira da educação entre família e escola. In Fava, D.C. (Org.) *A prática da Psicologia na escola: introduzindo a abordagem cognitivo-comportamental.* Belo Horizonte, MG: Ed. Artesã.

Miranda, V.R. & Siqueira, I.L.S.M. (2009) Escola: Organização e Consultoria, sob a ótica sistêmica. In Silva, M. B. da. (Org.), *Consultoria em Psicologia Escolar/ Educacional: princípios teóricos e técnicos e contribuições de práticas sistematizadas* (pp. 75-87). Curitiba, PR: Juruá.

Neves, M.M.B.J. (2007) Formação inicial em psicologia escolar: questões apontadas por alunos de graduação. In Campos, H.R. (Org.) *Formação em psicologia escolar: Realidades e perspectivas.* Campinas, SP: Editora Alínea.

Oliveira, M.A.C. (2009) Considerações psicopedagógicas para compreender e intervir na instituição educacional. In Silva, M. B. da. (Org.), *Consultoria em Psicologia Escolar/ Educacional: princípios teóricos e técnicos e contribuições de práticas sistematizadas* (pp. 125-135). Curitiba, PR: Juruá.

Oliveira, C.B.E & Marinho-Araújo, C.M. (2010). A relação família-escola: intersecções e desafios. Estudos de Psicologia, Campinas,27(1),99-108.

Patias, N.D.; Blanco, H.M.; & Abaid, J.LW. (2009). Psicologia escolar: proposta de intervenção com professores. *Cadernos de Psicopedagogia*, *7*(13), 42-60. Recuperado em 06 de agosto de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-10492009000100003&lng=pt&tlng=pt.

Santos, E., Fadel, S. de J. & Wechsler, S. M. (2009) Consultoria escolar: um encontro entre psicologia escolar e educação. In Silva, M. B. da. (Org.), *Consultoria em Psicologia Escolar/ Educacional: princípios teóricos e técnicos e contribuições de práticas sistematizadas* (pp. 45-63). Curitiba, PR: Juruá.

Souza, V.L.T., Petroni, A.P., Dugnani, L.A.C., Barbosa, E.T. & Andrada, P.C. (2014) O psicólogo na escola e com a escola: A parceria como forma de atuação promotora de mudanças. In Guzzo, R.S.L. (Org.) *Psicologia escolar: desafios e bastidores na educação pública.* Campinas, SP: Editora Alínea.

Algumas Publicações dos Autores Relacionadas à Atividade de Estágio

Lopes, R. S.; Versuti-Stoque, F. M.; Elias, L. C. S.; Correia-Zanini, M. M. R. G. (2017). Habilidades sociais, estratégias de aprendizagem e desempenho acadêmico de alunos participantes e não participante do Pibid. *Scientia Plena*, (v. 13, pp. 1-7). https://www.scientiaplena.org.br/sp/article/view/3379

Rosin-Pinola, A.R.; Marturano, E. M.; Elias, L. C. dos S.; Prette, Z. A. P. D. (2017). Ensinando habilidades sociais educativas para professores no contexto da inclusão escolar. *Revista Educação Especial*, v. 30, p. 737-750, 2017. http://dx.doi.org/10.5902/1984686X28430

Elias, L. C. S. & Marturano, E. M. (2016). Promovendo Habilidades de Solução de Problemas Interpessoais em Crianças. *Interação em Psicologia* (Online), v. 20, p. 91-100, 2016. Doi: http://dx.doi.org/10.5380/psi.v20i1

TRIAGEM E ATENDIMENTO PSICOLÓGICO A CRIANÇAS E PAIS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Fernanda Kimie Tavares Mishima-Gomes
Luciana Carla dos Santos Elias
Daniel Bravo Rodrigues
Giovanna Antunes Botazzo Delbem
Maria Clara Sifuentes Rocha
Priscila Carvalho de Castilho

O estágio de Triagem e Atendimento Psicológico a Crianças e Pais em Unidade Básica de Saúde (UBS) teve início no ano de 2017, como uma necessidade de atender a demanda de casos encaminhados pela equipe da Pediatria da unidade de saúde do Centro Médico Social Comunitário da Vila Lobato, localizada no município de Ribeirão Preto (São Paulo). O convite para atuar junto à unidade foi feito pelo diretor do local, que solicitou que realizássemos a triagem e atendimento psicológico e psicopedagógico breve com a população infantil e seus familiares.

Com duração de um ano letivo, esta iniciação à prática profissional prevê que os alunos possam ter uma formação teórica e prática sobre o atendimento infantil e acolhimento às famílias na atenção básica à saúde, diferentemente de práticas clínicas ocorridas em âmbito privado e em outros níveis de atenção à saúde. Antes de iniciar os atendimentos, os alunos passam por um treinamento teórico de aproximadamente trinta horas, em que são abordadas técnicas de entrevista e avaliação interventiva, teorias psicodinâmicas focadas no desenvolvimento emocional infantil, psicopatologia infantil e aspectos referentes às experiências emocionais, como os papéis exercidos pelas figuras parentais e de outros membros da família (Winnicott, 1945/2000, 1960/2005; Soifer, 1983; Aberastury, 1986; Scaglia, Mishima & Barbieri, 2011).

Neste momento do curso preparatório inicial para o estágio são abordadas técnicas projetivas como possibilidade de intervenção diagnóstica e mediação terapêutica (Trinca, 1984; Barbieri, 2002, 2010), que podem ser utilizadas pelos estagiários nas entrevistas individuais com os pais ou responsáveis, nas sessões com a criança ou com a família toda.

Para dar suporte às atividades práticas dos estagiários, semanalmente ocorrem supervisões em dois momentos distintos: uma supervisora contribui com a avaliação e a intervenção psicopedagógica baseadas na perspectiva de Reuven Feuerstein (Beyer, 1996) e a outra ajuda nas demais queixas, supervisionado o processo de triagem interventiva realizado junto às crianças e suas famílias. Ao todo participam do estágio quatro alunos de graduação em Psicologia, do quarto e/ou quinto anos.

As atividades na UBS acontecem em quatro períodos diferentes da semana, em que cada estagiário fica responsável por uma carga horária semanal de atuação de quatro horas. Além desta atividade, eles participam de reuniões clínicas com a equipe médica e assistência social, que ocorrem mensalmente e que têm como um dos objetivos auxiliar os estagiários a pensar em equipe sobre os casos atendidos. O intercâmbio de conhecimento com outros profissionais é de fundamental importância para o desenvolvimento de habilidades interdisciplinares dos estagiários e pode contribuir com uma visão mais global das crianças atendidas, apreendendo melhor sua história de vida, desenvolvimento da queixa e a interação com os demais profissionais. Para Böing e Crepaldi (2010), a prática e o conhecimento sobre a interdisciplinaridade são uma forma de se promover uma relação entre as diversas áreas de conhecimentos da saúde, para a potencialização máxima de cada ciência, para que os profissionais possam transcender seus conhecimentos e, assim, desenvolver uma atenção ao usuário que seja integral e possa abordar toda a complexidade do processo saúde-doença.

Os encaminhamentos para atendimento psicológico são feitos pela equipe médica da UBS. Estes são organizados pela data em que o paciente foi encaminhado e o turno, manhã ou tarde, em que o usuário poderá ser atendido. Depois de marcada a primeira sessão, o atendimento se inicia com um processo de triagem, primeiro com a realização da entrevista de anamnese, depois a sessão lúdica com a criança, seguida da sessão familiar e devolutiva, na qual é conversado com as crianças e os responsáveis qual conduta será tomada para o caso. Todos os dados são analisados em supervisão a fim de realizar um diagnóstico psicodinâmico da criança e da família. Havendo a necessidade de maiores informações, os estagiários podem realizar mais sessões e fazer uso de testes e técnicas projetivas para maiores esclarecimentos.

Após o processo de triagem, os estagiários podem tomar diversas condutas, tais como: psicoterapia individual ou grupo operativo para as crianças; grupo de orientação de pais realizados pelos próprios estagiários; grupo de adolescentes, destinado a usuários entre 12 e 18 anos divididos em dois grupos diferentes, um contemplando a faixa etária de 12 a 14 anos e outro abordando as idades de 15 a 18; alta ou encaminhamento para outro serviço.

Devido à grande demanda para atendimento psicológico e pouca disponibilidade de tempo dos estagiários, os atendimentos individuais e grupais são realizados a cada 15 dias, para que seja possível atender um maior número de usuários. Além disso, após duas faltas sem justificativa antecipada, o usuário é desligado dos atendimentos psicológicos (desistência), sendo necessário um novo encaminhamento e, portanto, aguardar na fila de espera para ser atendido novamente. Esse tipo de fluxo será ilustrado mais adiante.

Toda essa estrutura tem por objetivo principal capacitar os alunos para a realização de processos de triagem infantil e acolhimento às famílias, atendimento individual a diferentes demandas e grupos de crianças, adolescentes e pais. Além disso, proporciona ao estagiário o desenvolvimento de conhecimentos diversos como: compreender o desenvolvimento emocional

infantil; entender as diferentes variáveis que atuam sobre as dificuldades na aprendizagem; aprofundar o conhecimento sobre a psicopatologia infantil e a influência do ambiente familiar na patologia da criança; realizar uma integração mais fluida e dinâmica entre o conhecimento teórico e a atividade prática da Psicologia Clínica em UBS; e, principalmente, vivenciar e aprender a rotina de trabalho neste tipo de equipamento de saúde.

Outro ponto a se destacar é que o estágio se passa no contexto da atenção primária à saúde, que possibilita: uma ação diferenciada que propicia maior acessibilidade para os usuários; abrangência de diversas ações de cuidado; coordenação das estratégias; continuidade do serviço ao longo do tempo, possibilitando um relacionamento mais próximo com a comunidade; e responsabilidade com uma atuação mais adequada às demandas locais (Ronzani & Rodrigues, 2006).

Primeiro Ano de Estágio – 2017

O estágio se iniciou em 2017 e neste tópico serão apresentados os resultados da atuação de março a dezembro deste mesmo ano. No total, foram atendidos 94 pacientes (crianças e adolescentes), sendo 81 em atendimento individual e 13 em atendimento em grupos. Dos pacientes acompanhados em atendimento psicológico individual, 43 eram do sexo masculino e 38 eram do sexo feminino, correspondendo a uma frequência de 53% e 47%, respectivamente. Essas crianças/adolescentes tinham entre 2 e 18 anos de idade, sendo que a média foi de 10,7 anos.

Tabela 1
Distribuição de Frequência das Idades dos Pacientes Atendidos Individualmente em 2017

Idade	Frequência *n* (%)	
2	2	2,47
3	3	3,19
4	2	2,47
5	1	1,23
6	3	3,70
7	6	7,41
8	8	9,88
9	12	14,81
10	3	3,70
11	5	6,17
12	3	3,70
13	12	14,81
14	6	7,41
15	5	6,17
16	2	2,47
17	4	4,94
18	4	4,94
Total	81	100

Durante esse ano as estagiárias realizaram 344 sessões de atendimento individual, sendo que o número de sessões realizadas por paciente variou de 0 (quando o paciente desistiu do atendimento e nunca compareceu) a 22, com uma média de 4,2 sessões por paciente.

O encaminhamento desses pacientes para tratamento psicológico é feito pela equipe da Pediatria, e comporta diferentes queixas. Relacionamentos, dificuldade de aprendizagem e problemas de comportamento foram as queixas com presença mais significativas, com

frequência de 20,99%, 18,52% e 13,58%, respectivamente. Essas três demandas somam 53,09% da totalidade.

Tabela 2
Distribuição de Frequência das Queixas das Crianças que Passaram pelo Atendimento Individual em 2017

Queixas	Frequência *n* (%)	
Abuso sexual	1	1,23
Agressividade	4	4,94
Ansiedade	7	8,64
Autismo	2	2,47
Dificuldade alimentar	2	2,47
Dificuldade de aprendizagem	15	18,52
Enurese	1	1,23
Luto	1	1,23
Medo	4	4,94
Obesidade	3	3,70
Problemas de comportamento	11	13,58
Queixas somáticas	6	7,41
Relacionamentos	17	20,99
Sintomas depressivos	5	6,17
Tentativa de suicídio	2	2,47
Total	81	100

No final do ano, as situações dos pacientes que foram atendidos individualmente pela psicologia foram divididas em: abandono (quando o paciente foi chamado, mas não compareceu a nenhum atendimento); alta (quando é identificado que aquele paciente não tem mais demanda

para atendimento psicológico); continuação no ano seguinte (quando era identificado que o paciente ainda necessitava de acompanhamento e continuaria em atendimento no ano posterior); desistência (quando o paciente desiste do serviço após ter dado início ao atendimento); encaminhado para o serviço escola de Psicologia da Universidade (quando o paciente é encaminhado para o atendimento psicológico no Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – CPA-FFCLRP-USP).

Tabela 3
Distribuição de frequência da situação das crianças que passaram pelo atendimento individual ao final do ano de 2017

Situação	Frequência *n* (%)	
Abandono	12	14,81
Alta	6	7,41
Continuação atendimento	21	25,93
Desistência	40	49,38
Encaminhado para o CPA	2	2,47
Total	81	100

Além do atendimento individual, as estagiárias também se responsabilizaram por dois grupos terapêuticos com os pacientes encaminhados para atendimento psicológico: um grupo de crianças e um grupo de adolescentes. Também foi realizado um grupo de orientação de pais para responder a uma demanda identificada no serviço.

Participaram do grupo de crianças três crianças de 7 anos de idade, um menino e duas meninas. O grupo de adolescentes era formado por dez adolescentes, sete meninas e três meninos, com idades entre 12 e 15 anos, sendo que dois meninos e duas meninas abandonaram o grupo sem frequentar nenhum encontro. Já o grupo de orientação de pais foi frequentado por

dez mães, cujos filhos, com idades entre 4 e 15 anos, haviam sido encaminhados para atendimento psicológico.

Segundo Ano de Estágio – 2018

No ano de 2018, o estágio conta com o trabalho de quatro estagiários. Foram analisados os atendimentos realizados no primeiro semestre deste ano, considerando o período de março a julho. Ao todo, até o momento foram atendidos 56 pacientes: 44 em atendimento individual e 12 em atendimento em grupos.

Dos pacientes acompanhados em atendimento psicológico individual 25 eram do sexo masculino (56,8%) e 19 do sexo feminino (43,2%). Eles tinham entre 2 e 17 anos, sendo que a média das idades foi de 8,86 anos de idade e a moda de 9 anos de idade.

Tabela 4
Distribuição de Frequência das Idades dos Pacientes que Passaram pelo Atendimento Individual em 2018.

Idade	Frequência *n* (%)	
2	2	4,55
3	2	4,55
4	1	2,27
5	6	13,64
6	3	6,82
7	2	4,55
8	2	4,55
9	9	20,45
10	4	9,09
11	3	6,82
12	2	4,55
13	2	4,55

Tabela 4
Continuação

14	2	4,55
15	1	2,27
16	0	0,00
17	3	6,82
Total	44	100

Até o presente momento, foram realizadas pelos quatro estagiários 168 sessões de atendimento individual. O número de sessões realizadas variou de 0 (quando o paciente desistiu do atendimento e nunca compareceu) a 12, com uma média de 3,8 sessões por paciente.

O encaminhamento feito pela equipe da Pediatria abarcou diferentes queixas dos pacientes. As queixas mais frequentes foram relacionamentos e ansiedade, com uma frequência de 18,18% e 15,91%, respectivamente, somando 34,09% da demanda. As queixas de agressividade, dificuldade de aprendizagem e problemas de comportamento, também têm uma presença significativa, cada uma com 11,36% de frequência e correspondendo juntas a 34,08% das queixas apresentadas.

Tabela 5.
Distribuição das Queixas das Crianças que Passaram pelo Atendimento Individual em 2018

Queixas	Frequência *n* (%)	
Abuso sexual	1	2,27
Agressividade	5	11,36
Ansiedade	7	15,91
Autismo	2	4,55
Dificuldade alimentar	1	2,27
Dificuldade de aprendizagem	5	11,36
Dificuldade na fala	1	2,27
Obesidade	1	2,27
Problemas de comportamento	5	11,36
Queixas somáticas	3	6,82
Relacionamentos	8	18,18
Sexualidade	1	2,27
Sintomas depressivos	2	4,55
Tentativa de suicídio	1	2,27
Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)	1	2,27
Total	44	100

A situação atual do atendimento dos pacientes pode ser: abandono (paciente foi chamado, mas não compareceu a nenhum atendimento); alta (quando é identificado que aquele paciente não tem mais demanda para atendimento psicológico); desistência (paciente desiste do serviço após ter dado início ao atendimento); em atendimento (quando o paciente está passando

pelo atendimento psicológico); em espera (quando, por algum motivo, o paciente deu início ao tratamento, mas precisou mudar de horário e aguarda uma nova vaga); encaminhado para o CPA (paciente é encaminhado para o atendimento psicológico na clínica-escola da USP); encaminhado para o grupo (paciente inicia o atendimento individual, mas o terapeuta identifica que tem demanda para o grupo terapêutico na própria unidade de saúde).

Tabela 6.

Distribuição de Frequência da Situação dos Pacientes do Atendimento Individual de 2018

Situação	Frequência *n* (%)	
Abandono	5	11,36
Alta	3	6,82
Desistência	6	13,64
Em atendimento	27	61,36
Em espera	1	2,27
Encaminhado para o CPA	1	2,27
Encaminhado para o grupo	1	2,27
Total	44	100

Em 2018 os estagiários também realizaram grupos terapêuticos com adolescentes encaminhados para a psicologia: um grupo com os adolescentes mais novos (entre 12 e 14 anos de idade) e um grupo com adolescentes mais velhos (entre 15 e 18 anos de idade). Do primeiro grupo, participaram sete adolescentes (todas do sexo feminino) e foram realizados 9 encontros. Três participantes desistiram de frequentar o grupo. Já o segundo grupo contou com a participação de cinco adolescentes (4 do sexo feminino e 1 do sexo masculino), em 5 encontros.

Outra atividade que continuou do ano anterior foi o grupo de orientação de pais. Nesta atividade, os pais são convidados a participar pelos estagiários de psicologia, pelas assistentes sociais ou pela equipe médica da pediatria quando é identificada uma demanda. Até o momento, nove mães frequentaram o grupo e foram realizados nove encontros.

Ilustrações Clínicas no Contexto da UBS

Alta

A., 14 anos, participou do grupo de adolescentes em 2017 e estava na fila para atendimento individual em 2018. Mesmo no aguardo, seu atendimento teve início quando, durante uma consulta na pediatria, a paciente mostrou para a residente os cortes que havia feito em seu braço. Como era um dia em que havia atendimento da Psicologia, a médica responsável pediu que fosse realizado um encaixe nos atendimentos para o acolhimento da jovem.

A gravidade da situação, observada durante o acolhimento, demonstrou que o caso precisava ser tratado com urgência e A. foi chamada para atendimento individual. No total, foram realizadas 10 sessões com a paciente. A princípio, dadas as características da queixa, as sessões foram realizadas semanalmente e, após 8 sessões, devido às melhoras observadas (principalmente em relação ao autocuidado e baixo risco de vida), o atendimento passou a ser quinzenal.

Depois de mais 2 sessões em que a melhora do estado emocional da paciente se mostrou consistente, em que se observou capacidade de reorganização e adaptação da paciente, além dos relatos da presença constante e crescente do apoio de seus familiares e amigos, foi sugerida a alta. A. foi bastante receptiva.

Desistências

S.

S. é uma menina de 2 anos de idade, filha mais nova de M. Foi encaminhada para a Psicologia em 2017 a pedido de sua mãe, que a considerava com diagnóstico de autismo. Foram realizadas duas sessões com a paciente, nas quais ela interagiu abertamente com a terapeuta e foi capaz de brincar. A terapeuta, porém, percebeu que S. chegava à sessão sem alguns cuidados básicos de higiene, foi feita uma tentativa de conversar com a mãe sobre isso, mas ela não parecia aberta ao diálogo, além de não comparecer às sessões de orientação, quando ia, parecia não ouvir as indicações da terapeuta e se mostrava sem tempo para conversar.

Em 2018, a terapeuta ligou para a mãe de S. em três momentos diferentes para dar continuidade ao atendimento, mas M. não levou a filha para nenhuma das sessões que foram agendadas pelo telefone. Por esse motivo, o acompanhamento psicológico de S. foi encerrado.

R.

R., 12 anos, foi encaminhado para a Psicologia porque apresentava sintomas de desidrose, principalmente nas mãos, e os tratamentos médicos não tinham o efeito desejado. A mãe de R. ficou muito satisfeita quando o filho foi chamado para o atendimento, relatando que aquele espaço seria muito bom para ele. Segundo o relato da mãe, R. é um menino tímido e com autoestima baixa, além de que a separação dos genitores (ocorrida há cinco anos) tinha afetado a sua vida e a de sua irmã, ambos não expressavam seus sentimentos para os pais.

Na primeira sessão com R., ele se mostrou tímido e retraído, disse que era a primeira vez que ia a um psicólogo e não sabia o que fazer. A terapeuta explicou que não tinha um certo e um errado, que ele poderia fazer o que quisesse, mas ele ainda estava resistente às atividades. A

terapeuta fez uma tentativa de conversar com ele, que declarou que seria mais fácil falar se ela fizesse perguntas específicas, mas ele respondia brevemente aos questionamentos e ainda estava bem quieto e fechado.

Depois de um tempo, R. escolheu um jogo e enquanto jogava, embora respondesse a algumas perguntas da terapeuta, ainda parecia incomodado e perguntou o que normalmente as pessoas faziam ali. A terapeuta explicou que dependia de cada um, que algumas pessoas gostavam mais de conversar, outras preferiam desenhar, que seria feito o que ele se sentisse mais confortável. Perguntou também o que ele esperava do psicólogo e ele disse que não tinha muita expectativa, tinha ido para ver como era, mas que sua mãe havia falado que seria bom para ele. A estagiária perguntou por que ela achava que seria bom e ele disse que a mãe tinha dito que seria um bom espaço para ele conversar e desabafar. Ao ser questionado se ele tinha alguma coisa para contar, para desabafar, R. respondeu que não. R. faltou aos dois encontros seguintes e, quando a terapeuta ligou para a sua mãe, ela explicou que ele não tinha mais interesse em frequentar as sessões.

Grupo Realizado

Foram realizadas 9 sessões no primeiro semestre de 2018 de um grupo aberto de adolescentes de 12 a 15 anos, apenas composto por meninas. No último encontro, compareceram 5 pacientes, apesar de geralmente comparecerem de 2 a 3 adolescentes. Abordaram-se temas de autoimagem, confiança, composição familiar e como expressar dificuldades e pedir ajuda. Cada tema foi proposto pelas próprias participantes do grupo, que a cada encontro trazem questões, reflexões e sugestões do que gostariam de falar ali. Quando há dificuldade de proposição de um tema, os dois terapeutas incentivam o grupo a propor algo,

baseados nos conteúdos das conversas realizadas. Utiliza-se material gráfico e recursos visuais como disparador para as conversas.

Triagem com Encaminhamento

Y., dois anos e sete meses, foi encaminhada para a psicologia em 2017 pela equipe de pediatria devido à dificuldade na mastigação e no desenvolvimento da fala. O processo de triagem se iniciou no ano de 2018. Foi realizada primeiramente uma entrevista de anamnese com a mãe em que ela reafirmou as queixas apresentadas no encaminhamento; com relação a todo o resto do desenvolvimento da menina a mãe conta que tudo aconteceu "normalmente".

Após isso duas sessões lúdicas foram realizadas com a criança, nas quais o estagiário pode notar a dificuldade na fala, sendo que ele não conseguia reconhecer nenhuma palavra que era dita por Y., ela também tendia a brincar sozinha e só interagia com o terapeuta se este insistisse muito.

Depois foi realizada a sessão familiar, em que compareceu a mãe, o pai e o irmão de cinco anos de Y. Nesta sessão as crianças ficaram brincando sozinhas no chão enquanto os pais ficaram sentados em cadeiras, aparentando estarem muito desconfortáveis com a situação vivida ali. Por vezes os pais tentavam interagir, mas Y. continuava a brincar sozinha, somente seu irmão buscava a interação com os pais.

Por fim foi realizada a devolutiva, sessão na qual apenas o pai compareceu. Foi ressaltada a dificuldade na linguagem da menina e sua autonomia para a idade, juntamente com uma necessidade da presença do outro, para que atendesse suas necessidades e a apoiasse afetivamente. Devido à importância de serem trabalhadas questões mais profundas, em uma frequência de atendimento maior que a possibilitada no contexto da UBS, foi sugerido

encaminhamento para o Centro de Psicologia Aplicada (CPA) da FFCLRP-USP, que foi prontamente aceito pelo responsável.

Vivências do Contexto do Estágio

Realizar esse estágio tem sido uma valiosa experiência, não só pela vivência do serviço público de saúde, como também pelo contato com uma parcela da população que raramente tem acesso a atendimento psicológico. Além disso, devido ao conhecimento das mais diferentes demandas, a prática profissional de atuação do psicólogo torna-se extremamente rica. Nesse sentido, esse estágio proporciona uma vivência ímpar ao colocar o aluno em contato com a realidade do sistema público de saúde e com seus usuários.

Além disso, o fato de o estágio ser realizado em uma UBS coloca os estagiários em contato com uma equipe multiprofissional composta por médicos e assistentes sociais que possibilitam uma melhor compreensão dos casos. As reuniões clínicas realizadas são ricas em relação a informações dos diversos âmbitos da vida da criança, informações que poderiam ser menos acessíveis caso trabalhássemos sozinhos em um contexto clínico. Ainda, essa vivência permite que se reconheça a importância do trabalho de outros profissionais. Esse aprendizado tem sido uma via de mão dupla: os estagiários aprendem a pedir auxílio aos médicos para melhor compreensão dos casos, assim como os médicos passam a reconhecer a importância do trabalho dos psicólogos da rede básica, recorrendo aos estagiários quando necessitavam de ajuda. Isso permite que a profissão do psicólogo passe a ter maior visibilidade e reconhecimento na saúde pública primária.

Referências

Aberastury, A. (1986). *Psicanálise da criança.* (Trad. de A. L. L. Campos). Porto Alegre: Artes Médicas.

Barbieri, V. (2002). *A família e o Psicodiagnóstico como recursos terapêuticos no tratamento dos transtornos de conduta infantis*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Barbieri, V. (2010). Psicodiagnóstico Tradicional e Interventivo: confronto de paradigmas? *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26*(3), 505-513.

Beyer, H. O. (1996). O método Reuven Feuerstein: Uma abordagem para o atendimento psicopedagógico de indivíduos com dificuldades de aprendizagem portadores ou não de n.e.e. *Revista Brasileira de Educação Especial, 2*(4), 79-89.

Böing, E. & Crepaldi, M. A. (2010). O psicólogo na Atenção Básica: Uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicologia Ciência e Profissão, 30*(3), pp. 634-649.

Ronzani, T. M., & Rodrigues, M. C. (2006). O psicólogo na Atenção Primária à Saúde: Contribuições, desafios e redirecionamentos. *Psicologia Ciência e Profissão*, *26*(1), 132-143.

Scaglia, A. P., Mishima, F. K. T. & Barbieri, V. (2011). Entrevista familiar como facilitadora no processo de triagem de uma Clínica-Escola. *Estilos da Clínica (USP. Impresso), 16*(1), 404-423.

Soifer, R. (1982). *Psicodinamismos da família com crianças: terapia familiar com técnica de jogo.* (Trad. de E. F. Alves). Petrópolis: Vozes.

Trinca, W. (1984). Processo diagnóstico de tipo compreensivo. In *Diagnóstico psicológico: A prática clínica* (pp. 14-24). São Paulo: EPU.

Winnicott, D. W. (2000). *Da pediatria à Psicanálise* – Obras escolhidas (D. Bogomoletz, Trad). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1945).

Winnicott, D. W. (2005). *A família e o desenvolvimento individual* (M. B. Cipolla, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1960).

"VALORIZANDO O QUE É NOSSO": PROMOÇÃO DA APROPRIAÇÃO DO ESPAÇO EM UM NÚCLEO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Ana Paula Soares da Silva
Amanda Martins Alves
Bianca Macedo
Gabriel Mendes Pássaro
Karine Regina Jurado

O capítulo aborda a experiência de extensão universitária em um Núcleo da Criança e do Adolescente, do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), do Distrito de Bonfim Paulista, município de Ribeirão Preto (SP). A experiência, desenvolvida por três estudantes de Psicologia, teve como sujeitos grupo de crianças, como tema geral a relação com o espaço em que viviam e, como fundamentação conceitual e metodológica, a Psicologia Ambiental. No projeto, foram colocadas em prática atividades elaboradas a partir da compreensão dos processos psicossociais implicados na relação dos indivíduos, do grupo e da comunidade com seu ambiente.

As inclinações e motivações para o desenvolvimento do projeto - cuja duração foi de um ano, entre 2016 e 2017 - originaram-se no segundo semestre de 2015, no âmbito das atividades trabalhadas na disciplina "Psicologia Ambiental e Problemas Ambientais", oferecida a estudantes do segundo ano do curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP. Por meio de atividades práticas da disciplina, desenvolvidas no Distrito de Bonfim Paulista, os alunos elaboraram um inventário socioambiental da localidade e a proposição de políticas e programas para a atuação da Psicologia no território. O inventário buscou

compreender a relação dos moradores de Bonfim Paulista com o lugar e, a partir da interface da história do Distrito com a vida dos sujeitos, identificou os vínculos sujeito-espaço existentes, além das problemáticas e das potencialidades do lugar. O contato com Bonfim Paulista e a composição do inventário socioambiental se deram a partir de quatro visitas, que eram acompanhadas de discussões teóricas e metodológicas acerca da relação dos indivíduos com o espaço no qual estão inseridos.

Na primeira visita, momento em que se buscou conhecer a localidade por meio de uma deriva urbana, deparamo-nos com uma grande construção abandonada na área central do Distrito, que sinalizava ter abrigado um Núcleo da Criança e do Adolescente, uma política de proteção básica do Serviço de Convivência Comunitária e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Instigados pelo abandono e depredação do prédio antes destinado ao acolhimento de crianças, fomos em busca das informações sobre este serviço. A partir de conversas com os moradores, encontramos a instituição que acolhia o Núcleo da Criança e do Adolescente, em substituição ao antigo prédio abandonado. O Núcleo estava localizado em uma região periférica de Bonfim, em uma casa pequena, antiga, com precária infraestrutura e capacidade para um número reduzido de crianças. A disparidade entre o prédio original (desativado em virtude de problemas na manutenção das instalações físicas) e a instituição em atividade mobilizou-nos em direção à compreensão do serviço e às possibilidades de atuação no local. Com funcionamento no contra turno escolar, as atividades com as crianças eram realizadas pelas educadoras sociais e por meio de projetos pontuais e padronizados ao conjunto dos Núcleos da Criança e do Adolescente no município de Ribeirão Preto.

Na continuidade das atividades desenvolvidas na disciplina, foram realizadas entrevistas com moradores antigos, que objetivavam conhecer a história desses sujeitos vinculada à

localidade. Durante essa atividade, muitos desses moradores descreveram um sentimento de perda de identidade do Distrito e fizeram constantes reivindicações de colaboração para que a história de Bonfim Paulista e de seus moradores não se perdesse diante das mudanças vivenciadas na localidade. Essas mudanças ocorriam em função de ações do setor imobiliário e da transformação da paisagem e da dinâmica social, causadas pela chegada de condomínios residenciais fechados nos arredores do centro urbano do distrito. As questões levantadas pelos moradores antigos e a experiência das gerações mais novas no Núcleo da Criança e do Adolescente mobilizaram-nos para a elaboração do projeto de extensão que se apoiou nas contribuições e conceitos da Psicologia Ambiental.

Esta área entende que os processos de construção de identidade se dão intrinsecamente associados aos espaços de vida dos sujeitos, em seus aspectos físicos e sociais, materiais e simbólicos (Moser, 1998). A Psicologia Ambiental compreende os indivíduos em seu contexto e busca conhecer as inter-relações que se dão entre os sujeitos e seu entorno. Considera-se, nesse processo, a presença das dimensões culturais e sociais do espaço como mediadoras das percepções, cognições, afetos e atitudes dos indivíduos frente aos ambientes. As ações dos indivíduos afetam o seu entorno a todo momento, ao passo que as características físicas e sociais influenciam o comportamento de tais indivíduos em uma via de mão-dupla (Corral-Verdugo, 2005). Os objetos, construções, formas e os aspectos psicossociais do espaço são convertidos em um conjunto significativo de elementos que o indivíduo percebe como bonitos, feios, restauradores, agradáveis ou não, seguros, acolhedores ou ameaçadores, grandes, pequenos, divertidos ou monótonos. Nesse sentido, defende-se que o espaço atribuído de sentido constitui um lugar para os sujeitos, vinculando suas biografias às continuidades e transformações do local. O significado dos lugares passa a depender do impacto emocional que o ambiente exerce nos indivíduos e como os afetam, bem como afetam suas ações. Em razão disso, quando se

estabelece uma via de comunicação com um *nativo* de determinada cidade ou bairro, percebe-se em suas falas a existência de espaços/tempos múltiplos que marcam as vivências da infância, da adolescência, das vida adulta e das velhice (Corraliza & Berenguer, 2010). Os relatos trazem ligações desses sujeitos com o espaço em que ocupam, as formas de vida que levam, lugares que agradam, atividades que desenvolvem ali e, ainda, as emoções vinculadas tanto aos lugares em si quanto aos pares ou relações pessoais construídas naquele ambiente. Ademais, os moradores podem trazer olhares que evidenciam o lugar como era, como está, o que pode vir a ser e como gostariam que fosse (Corraliza & Berenguer, 2010).

Nessa perspectiva, os espaços físicos constituem-se em território repleto de significados simbólicos à medida em que os sujeitos interagem e dele se apropriam, adaptando-o as suas necessidades. A apropriação evidencia o processo de transformação, ao longo do tempo, de um espaço vazio em um lugar significativo, do qual participam a (re)criação de significados que constituem a cultura e o entorno do sujeito (Pol, 1996). O apropriar-se traduz-se no sentimento de possuir e gestionar um local, de tê-lo como parte de si e dele ser parte, sentir-se bem no mesmo, ser atraído por ele, valorizando-o e preservando-o (Gonçalves, 2007; Pol, 1996). A apropriação manifesta-se como um sentimento pertencimento, de identificação, de apego e de defesa do indivíduo em relação ao seu lugar, de forma a implicá-lo em um maior cuidado com sua localidade e comunidade (Proshanky, 1978).

A partir desses conhecimentos, a experiência com a disciplina questionou-nos sobre os impactos que as transformações rápidas no território de Bonfim Paulista estavam exercendo nas identidades de seus sujeitos, na memória coletiva do lugar (que permite e sustenta os processos de identificação social e pessoal) e, principalmente, nos processos de apropriação do seu espaço sociofísico pelas novas gerações. Trabalhar a apropriação do espaço de Bonfim Paulista pelas crianças poderia ser uma forma de vinculá-las à história do lugar e fomentar a relação

comunitária e de pertencimento que, de acordo com as gerações mais velhas, estava colocada em risco.

O distrito de Bonfim Paulista encontra-se em contiguidade à zona Sul da cidade de Ribeirão Preto, cujas franjas urbanas são separadas por uma área nobre repleta de condomínios residenciais e alguns empreendimentos comerciais. Ribeirão Preto é o maior município da região Nordeste do Estado de São Paulo, com uma população estimada em torno de 605 mil habitantes (IBGE, 2010). De acordo com o Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS (IPRS, 2014), classifica-se no Grupo 2 que agrupa aqueles municípios que, embora com níveis de riqueza elevados, não exibem bons indicadores sociais (Fundação SEADE).

Bonfim Paulista possui 164 km² de área, 12 mil habitantes (IBGE, 2012) e guarda certa ruralidade, marca que se vincula à sua origem, atrelada às atividades agrícolas da região. No início do século passado, a região ficou conhecida pela significativa produção de café em extensas fazendas que atualmente produzem cana-de-açúcar. Este movimento produziu uma população basicamente de trabalhadores rurais assalariados. Com a industrialização do campo e o crescimento do agronegócio, a base econômica foi se modificando e, na atualidade, Bonfim Paulista depende basicamente do setor de comércio e serviços. Muitos habitantes que não conseguem emprego na localidade deslocam-se para Ribeirão Preto ou outra cidade da região. O comércio é pequeno e simples, sendo constituído por farmácias, mercados, padarias, lojas de móveis e vestuário, lava jato, oficinas entre outros.

As transformações que ocorrem na localidade nas últimas décadas englobam a venda para o mercado imobiliário, de antigas fazendas localizadas no entorno de Bonfim Paulista, para a construção condomínios residenciais fechados que atraem as classes média e alta de Ribeirão Preto. A nova população, que circunda o distrito, não mantém uma relação orgânica com as atividades econômicas locais, e consequentemente, com a sua população. As casas dos

bonfinenses, em contrapartida às casas nos residenciais fechados, são construções na maioria simples, com pouca proteção de muros ou grades altas, sendo possível ver e acessar os quintais. Mudanças no tráfego e na estrutura de serviços vêm ocorrendo com a chegada dos condomínios. Essas transformações, em sua maioria, vêm sendo significadas negativamente pelos bonfinenses (Jurado & Silva, 2017). Essas avaliações são também mediadoras das percepções das crianças sobre o Distrito, que manifestam descontentamento e desejo de se mudarem para Ribeirão Preto.

Do ponto de vista do atendimento à infância, Bonfim Paulista dispõe de duas Escolas Estaduais, com oferta educacional para crianças de 6 a 15 anos de idade, duas EMEIs para a faixa etária dos 4 e 5 anos de idade e uma Creche, que atende crianças de 0 a 3 anos de idade. O atendimento em pré-escolas e no Ensino Fundamental é realizado em meio período.

O Núcleo da Criança e do Adolescente de Bonfim Paulista busca enfrentar a problemática do atendimento educacional apenas em meio período, que provoca dificuldades para as famílias que possuem filhos nessa faixa etária e que precisam realizar arranjos frequentes para os cuidados desses no contra turno escolar. Ele é um dos 14 Núcleos da Criança e do Adolescente de Ribeirão Preto. Os Núcleos estão localizados principalmente em regiões periféricas e que apresentam riscos em relação à violação de direitos das crianças. Como parte dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), os Núcleos da Criança e ao Adolescente de Ribeirão Preto estão ligados administrativamente à Secretaria de Assistência Social e têm execução direta do CRAS. O trabalho desempenhado compõe os Serviços de Proteção Básica que são complementares ao trabalho com famílias realizado pelo Programa de Atenção Integral às Famílias (PAIF) (Secretaria Nacional de Assistência Social, 2017).

Os Núcleos da Criança e do Adolescente estão inseridos no amplo Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que é uma Política Pública da Seguridade Social constituindo-se em

um sistema público não contributivo, descentralizado e participativo, que tem o propósito de efetivar uma rede de proteção social estável e sustentável.

De caráter preventivo, o SCFV oferta atividades de maneira contínua e busca promover a convivência, a defesa de direitos e o desenvolvimento de capacidades dos usuários. Entre seus objetivos, estão: oportunizar o acesso às informações sobre direitos e sobre participação cidadã, de modo a estimular o protagonismo dos usuários; possibilitar experiências e manifestações artísticas, culturais, esportivas e de lazer, buscando a construção de novas sociabilidades; favorecer o desenvolvimento de atividades intergeracionais, de forma a promover trocas de experiências e vivências e fortalecer o respeito, a solidariedade e os vínculos familiares e comunitários (Secretaria Nacional de Assistência Social, 2017).

Os eixos norteadores dos SCFVs são: (a) convivência social, de modo a estimular o convívio social e familiar, o sentimento de pertença, a formação da identidade, a construção de processos de sociabilidade, os laços sociais e as relações de cidadania; (b) direito de ser, que estimula o exercício da infância e da adolescência; (c) participação, que tem como foco estimular a participação dos usuários nos diversos espaços da vida pública, sejam eles o SCFV, família, comunidade ou escola. O eixo "participação" tem como subeixos: participação no serviço; participação no território; participação como cidadão; participação nas políticas públicas (Secretaria Nacional de Assistência Social, 2017).

Partindo de alguns dos objetivos dos SCFVs, como os que se propõe a desenvolver a participação dos usuários nos diversos espaços da vida pública, alinhado com a promoção do sentimento de pertença e a estimulação das relações intergeracionais, encontrou-se um caminho dentro do Serviço para trabalhar e discutir as problemáticas enfrentadas em Bonfim Paulista relatadas anteriormente. Buscou-se promover uma mediação entre o sentimento de pertencimento dos moradores antigos do Distrito e as crianças usuárias do Serviço, a possibilitar

uma forma de participação no território em que viviam e o desenvolvimento de relações de cidadania.

Para Trindade e Teixeira (1998), a inserção do psicólogo na atenção primária, como é o caso dos CRAS e nos SCFV, é um importante ponto de partida para o desenvolvimento das comunidades, pois é através do bem-estar dos sujeitos e dos grupos sociais que se pode construir a autonomia e a cidadania. O CREPOP (Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas, (CFP, 2008) salienta que o/a psicólogo/a que atua na proteção básica deve desenvolver ações de acordo com as demandas da comunidade que se está atendendo e com as concepções do próprio profissional, (re)inventando e criando novas formas de intervenção para a transformação social dos usuários. Dessa forma, o projeto de extensão relatado, partiu desse olhar para constituir-se.

Objetivos do Projeto

O objetivo geral do projeto foi oferecer uma vivência profissional e prática aos estudantes de Psicologia no contexto do SCFV, por meio de ações de promoção da apropriação do espaço pelas crianças e adolescentes, no Distrito de Bonfim Paulista (SP).

Os objetivos específicos buscaram: (i) resgatar as memórias, as práticas socioespaciais e as histórias de Bonfim Paulista (SP); (ii) produzir espaços e tempos de relação das crianças com os lugares que lhes são significativos; (iii) propor meios que contribuam para a ressignificação e a valorização do espaço do Núcleo de Atendimento à Criança e do Distrito de Bonfim Paulista; (iv) colaborar para uma melhor interação entre as crianças.

Descrição das Atividades

O Núcleo da Criança e do Adolescente de Bonfim Paulista atendia, no momento do projeto, 40 crianças de 6 a 12 anos de idade, no contraturno escolar. Este número foi maior, assim como a faixa etária atendida, tendo sofrido redução em virtude da mudança forçada do prédio onde o atendimento era realizado. Existia uma promessa da Secretaria de Assistência Social de que a antiga sede fosse reformada e voltasse a atender também a faixa etária dos 12 aos 18 anos de idade. O Núcleo da Criança e do Adolescente contava com quatro educadoras, uma funcionária de apoio, um cozinheiro e uma assistente social ligada ao CRAS do qual fazia acompanhamentos quinzenais das atividades.

O local de funcionamento do Núcleo da Criança e do Adolescente era cedido por uma Associação de Moradores, fazendo com que as atividades e os espaços físicos fossem concorrentes.

As atividades no projeto de extensão foram previamente planejadas com a elaboração de um cronograma com duração de um ano. Contudo, estes procedimentos foram alterados ao longo do seu desenvolvimento, incorporando-se técnicas que pudessem atender melhor às demandas dos participantes, uma vez que a escuta da comunidade é um princípio norteador das atividades de extensão desenvolvidas pelo Laboratório de Psicologia Socioambiental e Práticas Educativas (LAPSAPE), ao qual o projeto se vincula (Silva *et al*, 2016). Assim, os momentos, instrumentos e exercícios que foram propostos inicialmente sofreram alterações, buscando contemplar o que foi conversado e vivenciado com os participantes envolvidos ao longo do processo.

Foram constituídos dois grupos de crianças, de acordo com a dinâmica das atividades já existentes e também das faixas etárias. Denominamos de Grupo I, o grupo com as crianças de 6

a 8 anos, e de Grupo II, o grupo com as crianças de 9 a 12 anos. As atividades eram adaptadas tendo em vista a idade das crianças de cada um dos grupos.

Os procedimentos adotados foram organizados e realizados em blocos temáticos para o alcance dos objetivos propostos, sendo eles: *explorando seu território*, que visou trabalhar a relação das crianças com o próprio Núcleo da Criança e do Adolescente; *o que conheço de Bonfim?*, que promoveu a aproximação das crianças com o Distrito como um todo; *o Distrito e sua história* e *conhecimentos intergeracionais*, que buscou resgatar as memórias vinculadas à localidade e as diferentes gerações.

A frequência dos encontros era semanal, com duração de duas horas. Os grupos alternavam-se em cada semana, em relação às atividades desenvolvidas do bloco temático que estava sendo trabalhado. Ao todo, foram realizados 20 encontros.

No início dos semestres, eram realizadas reuniões com as coordenadoras e responsáveis pelo Núcleo da Criança e do Adolescente para o alinhamento das responsabilidades e atividades a serem desenvolvidas.

No que tange à estrutura das atividades, eram realizados encontros semanais entre os extensionistas para preparação das mesmas, definindo-as e estruturando-as em termos práticos de acordo com os objetivos pretendidos e as adaptações necessárias. Semanalmente, também eram realizados encontros com a orientadora do projeto para supervisão das atividades. Por fim, as propostas também foram apresentadas e debatidas com os demais membros do laboratório de pesquisa, em reuniões e grupos de estudos.

Em linhas gerais, as atividades dos extensionistas foram caracterizadas por uma variedade de ações, tais como: a preparação de materiais; o contato com os participantes; condução de grupos com crianças; mediação de atividades de desenho, produção de textos e dinâmicas; mobilização das crianças para as atividades; estudo sobre temas relacionados ao projeto;

elaboração de relatório; reunião de equipe; elaboração e condução de um processo de avaliação do projeto. Por fim, foi elaborado um relatório e um portfólio visando o registro do trabalho realizado para os atores envolvidos na experiência aqui relatada: extensionistas, educadoras sociais e crianças.

Ilustrações de Atividades Desenvolvidas

Dentre as ações desenvolvidas com as crianças, destacamos algumas das atividades realizadas inicialmente, as quais denominamos de "conhecendo o Núcleo e a suas redondezas: criança-guia", do bloco temático *explorando o território*. O objetivo principal da atividade era explorar o Núcleo a partir da perspectiva das crianças, das histórias e vivências nos espaços que o compõem. Além de investigar os espaços preferidos e preteridos, seus lugares de interesse e as relações com eles estabelecidas, esperávamos também atender uma demanda das crianças de explorar e brincar nas redondezas do Núcleo.

Em um primeiro momento, todas as crianças foram convidadas a formarem um círculo para retomarmos o nosso encontro anterior. Após o resgate das lembranças, as crianças foram divididas em três grupos a partir de uma brincadeira. Depois dos grupos constituídos, iniciamos um '*walking tour*' pelo Núcleo, no qual cada grupo foi acompanhado de um extensionista. A instrução para a atividade foi: "*Somos novos aqui, queremos conhecer o lugar e precisamos de ajuda. Gostaríamos que vocês nos mostrassem os lugares aqui do Núcleo. Vocês podem contar histórias que tiverem vivido em cada lugar. Falar do lugares que mais gostam e que menos gostam. Vocês podem fazer um roteiro se quiserem".* Realizamos uma caminhada guiada pelas crianças, com uma escuta ativa de histórias e vivências das mesmas em lugares dentro do Núcleo (como a salinha de descanso, a horta, o banheiro, o campinho de futebol) e também em lugares próximos a ele (como a pracinha, e a

entrada do que chamavam de "sítio do pica-pau amarelo"). Retornamos ao Núcleo e as crianças se organizaram em uma roda para uma atividade de fechamento, na qual desenharam em grupos o percurso e as histórias apresentadas durante o '*walking tour*'.

No encontro seguinte, realizou-se uma atividade denominada "Construindo a planta do Núcleo e suas redondezas", a atividade teve como objetivo trabalhar a noção de espaço cotidiano das crianças no Núcleo. Foi inicialmente realizada uma roda de conversa na qual as crianças apresentaram as ilustrações com a rota que tinham feito no '*walking tour*', expondo os lugares que eram mais significativos, os que gostavam mais ou menos e o porquê. Depois, foi mostrada às crianças uma planta do terreno do Núcleo em um papel pardo. Antes de explicar o que era aquele papel, oferecemos a oportunidade delas adivinharem; após descobrirem, discutimos a função da mesma e convidamos as crianças para colocarem as figuras que desenharam no encontro anterior na planta. Os desenhos tinham sido previamente recortados, assim elas os colaram e pintaram os espaços da planta ilustrando o Núcleo. Como fechamento da atividade, realizou-se uma discussão acerca de todo o material produzido e o caminho percorrido até aquele momento. Essas atividades mobilizaram reflexões, construção conjunta de conhecimentos, sentimentos e narrativas sobre os lugares que frequentam todos os dias, além de discussão sobre como poderiam cuidar daqueles espaços, para manter os que gostavam e melhorar aqueles que não gostavam. Essas atividades iniciais foram fundamentais para desenvolvermos os encontros seguintes, criar vínculo com as crianças, compreender as suas rotinas, conhecer como ocupavam e se apropriavam dos espaços, saber quais locais poderíamos explorar e quais deles eram subutilizados.

Em sequência, foram realizadas diversas outras atividades, dentre elas relataremos uma cujo objetivo foi trabalhar a localização e a história de alguns lugares de Bonfim Paulista, como bairros, escolas, igreja, praças, sítios e comércios. Iniciamos com um exercício que buscava

levantar os locais em que as crianças tinham conhecimento, assim como o que seria Bonfim Paulista em sua visão, por meio de colagens de imagens retiradas de revistas. Foi explicada a proposta às crianças, as quais tinham que recortar e desenhar figuras representativas de lugares conhecidos em Bonfim Paulista. No segundo momento, elas realizaram a tarefa de colagem em papéis coloridos e, quando terminada, foram orientadas a colocar suas produções em um varal estendido em uma parede do Núcleo. No terceiro e último momento, as crianças se sentaram voltadas ao varal e foram estimuladas a apresentar o que haviam feito. Por esta atividade queríamos ver Bonfim Paulista a partir da experiência emocional, cognitiva e sensório-corporal das crianças. Houve um movimento de troca de informações e apresentação dos lugares que conheciam para aquelas crianças que nunca os tinham frequentado. Surgiram também locais dos quais todas gostavam e frequentavam, como por exemplo, uma sorveteria em específico e o campinho de futebol.

A partir dos lugares contemplados nessa atividade, elaborou-se um jogo de tabuleiro que foi idealizado e criado dentro da temática *o que conheço de Bonfim*, a fim de ser uma maneira interativa em que as crianças pudessem expressar o que sentiam por morar, instigar a curiosidade pela localização dos lugares que conheciam, entre outros objetivos. As crianças foram divididas em três grupos. Cada grupo possuía um tabuleiro, um mapa de Bonfim Paulista em papel pardo ampliado, 20 fotos de lugares do Distrito em formato de cartões e 50 cartas com comandos distintos, entre eles charadas e perguntas sobre Bonfim. O tabuleiro continha casas de 0 a 60, havendo quatro tipos de objetivos e tarefas, diferenciadas por cor. A criança deveria jogar um dado de 6 lados para saber em qual delas cairia. Na casa de cor vermelha, a atividade era pegar uma carta de mesma cor contendo uma charada se referindo a um lugar de Bonfim levantado pelas crianças nos encontros passados. Ao descobrir qual era o local, a criança pegava o cartão com as fotos dos respectivos lugares acertados e, por fim, necessitava adivinhar em qual parte do

mapa de Bonfim aquela foto pertencia. Na casa verde, as crianças podiam tirar cartas de sorte ou azar, das quais podiam avançar ou retroceder casas. Na casa azul, a criança podia pegar um cartão para responder perguntas abrangentes sobre o cotidiano, as atividades para se fazer no distrito, atividades preferidas das crianças, nome das escolas e mercados do distrito, onde ficavam suas casas etc. Por fim, na casa amarela, não havia atividade. Foi observada uma grande mobilização nas crianças ao longo da atividade, o que atribuímos ao envolvimento coletivo que implica os jogos de tabuleiro e ao prazer que elas demonstravam sentir por poder colocar as fotografias dos lugares no mapa de Bonfim Paulista. A empolgação se relacionava ainda com o fato das fotos serem dos lugares conhecidos e frequentados por elas, o que causou identificação das mesmas.

Depois do jogo, foi retomado o mapa que as crianças haviam composto por meio das fotos. Verificamos com as crianças quais os reais lugares em que as fotos se encontravam, montando um único mapa com a localização real de todos os lugares relatados pelas crianças, seguindo um mapa oficial do distrito. Para continuação da atividade, foi desenhado no chão, com giz de lousa, em escala maior, um mapa de Bonfim Paulista que coubesse todas as crianças dentro. Todos sentaram em roda e os extensionistas realizaram uma brincadeira de "corre cotia" adaptada: no lugar de depositar uma bola ou objeto atrás das crianças, depositaram placas referentes aos lugares do mapa, para que as crianças pudessem se apropriar de um local e se posicionarem em seu respectivo espaço dentro do mapa desenhado. Estes dois exercícios tinham como objetivo estimular as crianças a pensarem o distrito de uma maneira espacial e referencial, para que, por meio de comparação, pudessem deduzir a localização correta de cada lugar.

Após essas atividades as educadoras relataram que as crianças passaram a semana comentando sobre os lugares de Bonfim e suas histórias, e que as mães das crianças

mencionaram sobre perguntas que as crianças fizeram sobre os lugares, expressando ainda o desejo de frequentar aqueles que ainda não conheciam.

Considerações Finais

Na avaliação do projeto, realizada com as educadoras sociais no segundo semestre de 2017, foi manifestada a necessidade de uma formação para a atuação com as crianças. Indicaram uma ausência de estratégias formativas por parte da Secretaria Municipal de Assistência Social de Ribeirão Preto (SEMAS), abandonando-as ao trabalho intuitivo, aos esforços pessoais e às qualidades e competências individuais que desenvolveram com as crianças ao longo da experiência de muitos anos de trabalho no Núcleo da Criança e do Adolescente. Segundo os relatos, havia mais de dez anos que as atividades de formação deixaram de ser oferecidas. O trabalho desenvolvido pelas educadoras no Núcleo da Criança e do Adolescente era dependente das iniciativas pessoais e de projetos desenvolvidos por terceiros, a partir de financiamentos temporários, disponibilizados por programas governamentais pontuais, tais como oficinas de capoeira, contação de história, músicas, entre outros. Assim, resultado da falta de recursos e de investimento formativo, as educadoras avaliaram que o projeto de extensão cumpria uma função extremamente importante, oferecendo modelos de ação com as crianças mediados por projetos e planejamento de atividades.

Ademais, esse modelo buscava cumprir uma função no contra turno escolar de modo a promover a interação e o fortalecimento dos vínculos das crianças com o lugar, a partir de atividades corporais e de tempos que buscavam romper com o modelo escolar engessado no qual as crianças estavam diariamente submetidas nas horas em que não estavam no Núcleo. Dessa forma, segundo as educadoras sociais, o contato, por meio da observação, com as

atividades que os extensionistas realizavam com as crianças, despertou o desejo de construírem outros formatos interativos e de lidarem com problemáticas presentes no dia a dia do Núcleo. Avaliaram que as atividades até então desenvolvidas no Núcleo necessitavam de atualização e de reflexão para a promoção de possibilidades diversas, de forma a construir uma identidade distinta daquela de um serviço que apenas acolhe e protege as crianças enquanto seus pais trabalham.

As crianças, por sua vez, ao longo do projeto, manifestaram avaliações positivas e negativas, demonstrando abertamente o que gostavam ou não gostavam das atividades, postura esta que serviu como termômetro das propostas a serem desenvolvidas, de forma a construir ações que fizessem sentido para as crianças. A divergência de opiniões entre as crianças quanto às atividades preferidas e as atividades de que não gostaram demonstrou a importância de diversificar as ações para incluir e atender as demandas de todas as crianças.

No tocante do trabalho realizado, foi possível notar a mobilização que as propostas desenvolvidas geravam nas crianças, assim como sua reverberação, uma vez que participavam ativamente no momento das atividades e, após os encontros, discutiam sobre as atividades ao longo da semana, como relatado pelas educadoras e seus pais. O interesse por Bonfim Paulista foi crescente, e passaram a querer ouvir suas histórias e a questionar os adultos sobre seus lugares. Esta agitação sinaliza o engajamento das crianças tanto entre si como com as educadoras que, muitas vezes, atuavam como consultoras das crianças sobre as histórias de Bonfim, propiciando um espaço de resgate das memórias do distrito. Essa mediação também ocorreu por meio da confecção de três bonecos de pano representando idosos de Bonfim, inseridos para apresentação de lugares, costumes e memórias da vida no distrito. Tanto as educadoras como os bonecos mediaram a troca de informações entre as experiências de gerações mais velhas e a experiência das crianças, ampliando-lhes os lugares significativos. Por meio dessas estratégias, foi

possível às crianças conhecer lugares que não lhes chamavam a atenção e contribuir para novas apropriações dos espaços do Núcleo da Criança e do Adolescente e de seu entorno.

Do ponto de vista dos extensionistas, foi possível o desenvolvimento de um conjunto de saberes e fazeres relacionados às interações com as crianças, ao desenvolvimento e ao planejamento de atividades, ao manejo de grupos, às ações de confecção de materiais e de condução de estratégias de avaliação de projeto. Desafios em relação a imprevistos e ao tempo foram enriquecedores e contribuíram para a formação como futuros/as psicólogos/as engajados/as em comunidade e instituições.

A inserção do trabalho no contexto do SCFV (SUAS) permitiu conhecer e estudar uma realidade institucional com problemáticas e desafios próprios. Além do aprendizado de lidar com as dinâmicas institucionais que sempre impõem flexibilidade e rearranjos na condução de projetos, o trabalho no SCFV apresentou desafios específicos, dada a história de sua constituição, a vinculação à política de proteção básica, às características da profissionalização das educadoras, a natureza de um atendimento à criança no contra turno escolar.

Devido à recente atuação da Psicologia nesse serviço, fez-se ainda mais necessário perceber a importância da escuta das demandas dos sujeitos pertencentes ao lugar de atuação para a construção de um projeto que fosse significativo aos seus sujeitos.

Ao longo do projeto, o vínculo estabelecido com as crianças e com as educadoras permitiu a construção de um olhar mais reflexivo para a instituição, identificando problemáticas e pensando em futuras e potenciais intervenções. O trabalho com as crianças possibilitou ainda aprendizados acerca de seus tempos e interesses específicos.

Por fim, atuar no SCFV permitiu refletir a respeito das possibilidades de atuação da Psicologia neste contexto, visto que, para alguns autores, é um grande desafio o reconhecimento do psicólogo no serviço, uma vez que existe ainda certa incompreensão sobre o lugar da

Psicologia no SUAS. A comunidade e os profissionais de outras unidades governamentais e as vezes do próprio serviço questionam a atuação do psicólogo quando este trabalha numa ótica diferente daquela em que a psicologia tradicional atua (Araújo, 2014; Santos, 2016; Dentz & Oliveira, 2013; Andrade & Romagnoli, 2010; Oliveira, Andrade Oliveira, Nascimento, Araújo, Coelho-Lima & Amorim, 2014). Porém, com a extensão, pôde-se construir uma atuação dialogada com os objetivos do SCFV e do SUAS, o que contribuiu para o reconhecimento da prática da Psicologia pelas educadores do SCFV e pelos profissionais do CRAS que acompanharam o desenvolvimento do projeto e compreenderam e reconheceram as possibilidades de atuação desta área. Também para os extensionistas a experiência foi fundamental para uma formação que busca desenvolver conhecimentos e construir uma forma de atuação pautada nos objetivos e diretrizes dos serviços.

Referências

Andrade, L. F. & Romagnoli, R. C. (2010). O Psicólogo no CRAS: Uma Cartografia dos Territórios Subjetivos, *Psicologia, Ciência e Profissão, 30*(3), 604-619.

Araújo, M. E. (2014). *Atuação do psicólogo no CRAS e o enfrentamento da situação de vulnerabilidade social.* (Dissertação de Mestrado em Psicologia Social). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas - CREPOP (2008). *Referências técnicas para atuação do (a) psicólogo (a) no CRAS/SUAS*. Conselho Federal de Psicologia (CFP). Brasília: CFP.

Corral-Verdugo, V. (2005). Psicologia Ambiental: objeto, "realidades" sócio-físicas e visões culturais de interações ambiente-comportamento. *Psicologia USP*, *16*(1-2), 71-87.

Corraliza, J. A. & Berenguer, J. (2000). Emocion y Ambiente. Em Tapia, J. I. A., & Arango, M. A. C. (Coord.) *Psicologia Ambiental*, (pp. 59-76). Espanha: Ediciones Pirámide.

Dentz, K. K.M.V, Oliveira, E.L.C. (2013). O Psicólogo no CRAS: Uma nova experiência. *Revista Psicologia em Foco Frederico Westphalen, 5*(5), 82-100.

Gonçalves, T. M. (2007). *Cidade e poética: Um estudo de psicologia ambiental sobre o ambiente urbano*. Ijuí, RS: Unijuí.

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE. Disponível em: http://www.seade.gov.br

Jurado, K. R. & Silva, A. P. S. (2017). Identidade e apego ao lugar em moradores do Distrito de Bonfim Paulista (SP). (*Monografia* de Conclusão do Programa Optativo de Bacharelado em Psicologia), FFCLRP-USP, Ribeirão Preto.

Moser, G. (1998). Psicologia ambiental. *Estudos de Psicologia*, *3*(1), 121-130.

Oliveira, I. F. et al. (2014). Atuação dos psicólogos nos CRAS do interior do RN. *Psicologia & Sociedade*, *26*(2), 103-112.

Pol, E. (1996). La apropiación del espacio. Em L. Íñiguez & E. Pol (Coord.). *Cognición, representación y apropiación del espacio,* (pp. 45-62). Barcelona: Publicacions Universitat de Barcelona.

Proshansky, H. M. (1978). The city and self-identity. *Environment and behavior*, *10*(2), 147-169.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2010). Censo populacional do município de Ribeirão Preto. Recuperado de https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/ribeirao-preto/panorama

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2012). Censo populacional do Distrito de Bonfim Paulista. Recuperado de http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=354340

Instituto do Legislativo Paulista - Índice Paulista de Responsabilidade Social (2014). Recuperado em http://indices-ilp.al.sp.gov.br/view/index.php?prodCod=1

Santos, P.H.R. (2016). Psicologia e SUAS: problematizando a atuação do psicólogo no CRAS. *Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas, 1*(2), 147-165.

Secretaria Nacional de Assistência Social. (2017). Perguntas Frequentes-Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) [Ficha Técnica]. Brasília, DF:MDS.

Site de Bonfim Paulista - Disponível em: <http://www.bonfimpaulista.com.br>. Acesso em 5 de dez. de 2017.

Silva, J. V. & Corgozinho, J. P. (2011). Atuação do psicólogo, suas/cras e psicologia social comunitária: possíveis articulações. *Psicologia & Sociedade*, *23*(n. spe.), 12-21.

Algumas Publicações dos Autores Relacionadas à Atividade de Estágio

O trabalho a seguir foi premiado pelo XIX Encontro Nacional da ABRAPSO na temática de Territorialidades e modos de vida: atuação e pesquisa em Psicologia Social na cidade e no campo.

Alves, A. M., Macedo, B., Pássaro, G. M. & Soares da Silva, A. P. (2017). Promoção da apropriação do espaço pelas novas gerações no Distrito de Bonfim Paulista (SP). *Anais do XIX Encontro Nacional da ABRAPSO* (1643-1644). Recuperado de http://www.encontro2017.abrapso.org.br/trabalho/view?ID_TRABALHO=1455

SOBRE OS AUTORES

Alessandra Alves Patrício

Psicóloga colaboradora do Dialog-USP - Laboratório de Pesquisa em Práticas Dialógicas e Colaborativas da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Certificado Internacional em Práticas Colaborativas e Dialógicas pelo Instituto Interfaci, parceria com *Houston Galveston Institute & Taos Institute*. E-mail: lepatriciopsicologia@yahoo.com.br

Amanda Gentile Strozzi

Graduanda do Curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Membro do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental da Universidade de São Paulo (LaPICC-USP). Bolsista FAPESP com o projeto "Sintomas depressivos em adolescentes de 13 anos de escolas estaduais de Ribeirão Preto". E-mail: amanda_gentile11@hotmail.com

Amanda Martins Alves

Graduanda do Curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Membro do Laboratório de Psicologia Socioambiental e Práticas Educativas (LAPSAPE-FFCLRP-USP). E-mail: amanda.martins.alves@usp.br

Ana Irene Fonseca Mendes

Psicóloga pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de são Paulo (FFCLRP-USP). Mestre e Doutora pelo programa de Pós-Graduação em Psicobiologia da FFCLRP-USP. Supervisora e Colaboradora de Pesquisa do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental (LaPICC) da FFCLRP - USP e coordenadora do Ambulatório de Terapia Cognitivo-Comportamental no HCFMRP-USP. Atua em clínica particular como Terapeuta Cognitivo-Comportamental (Terapeuta Certificada pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas-FBTC). E-mail: anairene@terra.com.br

Ana Luísa Carvalho Guimarães

Psicóloga da Unidade de Transplante de Medula Óssea do HCFMRP-USP. Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). E-mail: analuisacg@yahoo.com.br

Ana Luiza Mendonça dos Santos

Psicóloga, graduada em Psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). E-mail: analuupsi@gmail.com

Ana Maria de Almeida

Docente senior da Universidade de São Paulo. Docente permanente do Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) e do Programa de Pós-Graduação Saúde Pública em Região de Fronteira da UNIOESTE. Enfermeira pela Universidade de São Paulo. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Doutora em Enfermagem pela USP. E-mail: amalmeid@eerp.usp.br.

Ana Paula Craveiro Prado

Psicóloga pela Universidade de São Paulo e Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Membro do Laboratório em Processos de Subjetivação em Saúde (LaProSUS). E-mail: anapaulacprado1@gmail.com

Ana Paula Soares da Silva

Docente do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Mestre e Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo. Pós-doutorado pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Departamento de Psicologia Social e do Trabalho (IPUSP). Coordenadora o Laboratório de Psicologia Socioambiental e Práticas Educativas (LAPSAPE/FFCLRP-USP). E-mail: apsoares.silva@usp.br

Bárbara Mazinini Pimentel

Graduanda do Curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Estagiária no estágio de Psicoterapia Breve de Orientação Psicodinâmica. E-mail: barbarampimentel@hotmail.com

Bianca Macedo

Graduanda do Curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Membro do Laboratório de Psicologia Socioambiental e Práticas Educativas (LAPSAPE/FFCLRP-USP). E-mail: bibistf@gmail.com

Breno César de Almeida da Silva

Psicólogo pela Universidade Federal de Uberaba (UFTM). Mestrando do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Bolsista Capes com o Projeto "Luto antecipatório em esposas de pacientes com câncer". E-mail: brenocesarasilva@gmail.com.

Caio César Carvalho

Psicólogo pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Psicólogo clínico e pesquisador na área de co-gestão em serviços de saúde, com ênfase no campo das Políticas Públicas em Saúde. E-mail: ccesarcarvalho@hotmail.com

Camila Martins Lion

Psicóloga pelo Centro Universitário UNIFAFIBE. Mestranda do Programa de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Bolsista Capes com o Projeto: "Práticas Narrativas Coletivas: Conversando com Adolescentes em Situações de Sofrimento". Especialista em Intervenção Familiar: Orientação e Psicoterapia Sistêmica pela FAMERP-SP. Certificado Internacional em Práticas Colaborativas e Dialógicas pelo Instituto Interfaci, parceria com *Houston Galveston Institute & Taos Institute*. E-mail: camila.m.lion@hotmail.com

Carla Guanaes-Lorenzi

Docente do Curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Mestre e Doutora em Psicologia pela FFCLRP-USP, com estágio de pesquisa (doutorado-sanduíche) na Universidade de New Hampshire (EUA). Coordenadora do LAPEPG-USP - Laboratório de Pesquisa e Estudo em Práticas Grupais (http://sites.usp.br/lapepg/). Membro associado do Taos Institute. Co-líder do Grupo de Pesquisa "Psicologia, Saúde e Construcionismo Social (CNPq). E-mail: carlaguanaes@usp.br

Carmem Beatriz Neufeld

Livre-Docente em Terapia Cognitivo-Comportamental pelo Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora e orientadora da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Mestre e Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Pós-doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Coordenadora do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental (LaPICC-USP). E-mail: cbneufeld@usp.br

Carmen Lúcia Cardoso

Livre-Docente na área da Psicologia da Saúde pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Professora Associada do Departamento de Psicologia Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP/USP). Coordenadora do Laboratório em Processos de Subjetivação em Saúde (LaProSUS). E-mail: carmen@ffclrp.usp.br

Carolina Leonidas

Docente do Departamento de Psicologia do Instituto de Educação, Letras, Artes, Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (IELACHS - UFTM) e do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFTM. Mestre e Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP - USP), com Doutorado Sanduíche pelo Institute of Psychiatry, Psychology and Neurosciences da King´s College London, sob orientação da Prof. Janet Treasure. Co-coordenadora do Hubris - Laboratório de Estudos e Pesquisa em Sexualidade

e Violência de Gênero (UFTM/CNPq) e da LiS - Liga da Sexualidade (UFTM). Pesquisadora sênior do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-FFCLRP-USP-CNPq). Colaboradora de pesquisa da equipe multidisciplinar do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA-HCFMRP-USP). E-mail: carol.leonidas@gmail.com.

Clarissa Mendonça Corradi-Webster

Docente do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Coordenadora do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicopatologia, Drogas e Sociedade (LePsis). E-mail: clarissac@usp.br. http://sites.usp.br/lepsis/

Cristiana Nelise de Paula Araujo

Psicóloga pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicopatologia, Drogas e Sociedade (LePsis). E-mail: crisnelise@yahoo.com.br

Daniel Bravo Rodrigues

Graduando do Curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). E- mail: danielbravorodrigues@gmail.com.

Dayane Barbosa

Psicóloga pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Mestranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP-USP. Foi estagiária no Serviço de Orientação Profissional. Foi Bolsista PUB, PIBIC/CNPq e FAPESP. E-mail: dayanebarbosa19@gmail.com

Eduardo Augusto Leão

Psicólogo pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP-USP. Membro do LePsis (Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicopatologia, Drogas e

Sociedade). Coordena o grupo de ouvidores no Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III) "Dr. André Santiago" de Ribeirão Preto – SP. E-mail: eduardoleaopsi@hotmail.com

Eduardo Name Risk

Psicólogo pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Mestre e Doutor em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP-USP. Pesquisador vinculado ao Vide-Verso: Grupo de Ação e Pesquisa em Diversidade Sexual (USP-RP) e ao Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP-CNPq). Membro da equipe editorial da Revista Paidéia, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP-USP. E-mail: eduardonrisk@gmail.

Élide Dezoti Valdanha-Ornelas

Psicóloga. Mestre e Doutoranda em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP) e pela École Doctorale Recherches en Psychanalyse et Psychopathologie, da Université Paris-Diderot (Paris 7 - Université Sorbonne Paris Cité). Membro do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP). Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-CNPq). E-mail: elide_dezoti@hotmail.com

Érika Arantes de Oliveira-Cardoso

Psicóloga do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Mestre e Doutora em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP-USP. Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS (FFCLRP-USP-CNPq). Membro do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP). Orientadora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP-USP. Supervisora de estágios em Psicologia Hospitalar, Psicologia da Saúde e Psicologia Clínica. E-mail: erikaao@ffclrp.usp.br.

Fabiana Maris Versuti:

Docente do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP), na área de Fundamentos Psicológicos da Educação e Ensino de Ciências. Membro do corpo de docentes do Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia. Graduada e Licenciada em Psicologia pela UNESP/Bauru. Mestre e Doutora em Educação para a Ciência pela UNESP/Bauru. Pós-Doutora pela USP/FFCLRP. Coordenadora do curso de Licenciatura em Ciências-Pólo de Ribeirão Preto. E-mail: fabiana_versuti@usp.br

Fabio Scorsolini-Comin

Professor do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da EERP-USP. Docente colaborador do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (PPGP-UFTM). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq. Psicólogo pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Mestre e Doutor em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP-USP, com Doutorado Sanduíche na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (Portugal/Bolsa USP/Santander). Realizou dois Pós-Doutorados na Universidade de São Paulo (ambos com Bolsa PDJ-CNPq). Especialista em Gestão da Educação: Supervisão Educacional e em Gestão da Educação: Administração Escolar. Líder do ORÍ - Laboratório de Pesquisa em Psicologia, Saúde e Sociedade, ligado à EERP-USP e cadastrado no Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq. Editor Chefe da Revista da SPAGESP. Editor Associado da Paidéia (USP Ribeirão Preto) e da Temas em Psicologia/Trends in Psychology. Foi coordenador e vice-coordenador do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e coordenador do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFTM. Membro do GT Juventude, Resiliência e Vulnerabilidade da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP). E-mail: fabio.scorsolini@usp.br

Fernanda Kimie Tavares Mishima-Gomes

Psicóloga do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Mestre e Doutora em Psicologia

pela FFCLRP-USP. Pesquisadora e coordenadora do Serviço de Triagem e Atendimento Infantil e Familiar da Clínica de Psicologia. Doutora E-mail: fktmishima@ffclrp.usp.br

Gabriel Fernandes de Oliveira

Graduando do Curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Membro do Grupo de Pesquisa/CNPq - DIALOG - Laboratório de Pesquisa em Práticas Dialógicas e Colaborativas coordenado pela Profa. Dra. Laura Vilela e Souza. Bolsista de Iniciação Cientifica com bolsa PIBIC-CNPq pela FFCLRP-USP. E-mail: ga_fol@hotmail.com

Gabriel Mendes Pássaro

Graduando do Curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Membro do Laboratório de Psicologia Socioambiental e Práticas Educativas (LAPSAPE/FFCLRP-USP). E-mail: gabrielmpassaro@gmail.com

Gilda Aparecida Cremonez Tahan

Agente Comunitária de Saúde, desde 2001, na Unidade Básica de Saúde Profª Drª M.ª Herbênia O. Duarte – Centro de Saúde Escola da Vila Tibério.

Giovanna Antunes Botazzo Delbem

Graduanda do Curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Bolsista PUB 2016/2018 e FAPESP 2018/2019 "Investigação dos psicodinamismos da criança e de seus pais em casos de dificuldade de relacionamento familiar". E-mail: giovannadelbem22@hotmail.com

Gisela Pires de Oliveira Marchini

Psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do município de Ribeirão Preto – SP. E-mail: gisela@marchinidobrasil.com.br

Isabela Lamante Scotton

Psicóloga pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP-USP. Membro do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental da Universidade de São Paulo (LaPICC-USP); E-mail: isabela.scotton@gmail.com

Isabela Maria Freitas Ferreira

Psicóloga pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Mestre em Psicologia e Doutoranda do Programa de pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Aluna do curso especialização em Neuropsicologia do Instituto de Pós-Graduação e Graduação (IPOG). Membro do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental (LaPICC-USP). E-mail: isa_mff@yahoo.com.br

Isabela Pizzarro Rebessi

Psicóloga pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Mestranda pelo Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo Comportamental (LaPICC-USP). E-mail: isabela.rebessi@hotmail.com

José Ernesto dos Santos

Docente Sênior da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Coordenador do Curso Médico da Universidade Estácio em Ribeirão Preto. Médico pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Mestre, Doutor e Livre-Docente em Clínica Médica pela FMRP-USP. Pos-doctoral Fellow da Universidade do Alabama-Birmingham. E-mail: jedsanto@fmrp.usp.br.

José Francisco Miguel Bairrão

Docente do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Livre-Docente pela FFCLRP-USP. Psicólogo e Filósofo pela Universidade de São Paulo. Doutor em Filosofia pela Universidade Estadual de Campinas (IFCH). Coordenador do Laboratório de Etnopsicologia. E-mail: bairrao@usp.br

Juliana Bezzon da Silva

Psicóloga do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Mestre e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade do Estado de São Paulo (FFCLRP-USP). Colaboradora nas atividades de estágio e extensão em assentamento rural. Membro do LAPSAPE/FFCLRP-USP. E-mail: julianabezzon@gmail.com

Juliana Maltoni

Psicóloga pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP-USP. Especializanda em Psicoterapia Cognitiva pelo Grupo Cognitivo. Membro do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental (LaPICC-USP). E-mail: julianamaltoni@gmail.com

Juliana Tomé Garcia-Mareze

Psicóloga pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Mestranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP-USP. E-mail: julianatomegarcia@yahoo.com.br.

Karine Regina Jurado

Psicóloga pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Bolsista FAPESP na graduação. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP-USP. E-mail: karinejurado@gmail.com

Lais Sette Galinari

Psicóloga pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Mestranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP-USP. Orientadora de medida socioeducativa de Liberdade Assistida na Organização Comunitária Santo Antônio Maria de Claret. E-mail: laissette@gmail.com

Laura Vilela e Souza

Docente do Curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Doutora em Psicologia pela FFCLRP-USP. Coordenadora do Laboratório de Pesquisa em Práticas Dialógicas e Colaborativas da FFCLRP-USP (Dialog-USP). Membro associado do Taos Institute. E-mail: laura@ffclrp.usp.br

Letícia Cavalieri

Psicóloga pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Especializanda do Curso de Mediação de Conflitos e Facilitação de Diálogos do Instituto Conversações, Ribeirão Preto – SP. E-mail: leticiacavalieri@gmail.com

Lícia Barcelos de Souza

Psicóloga do Departamento de Psicologia, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP- USP e Mestre em Saúde Mental, pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da USP (FMRP-USP). Co-coordenadora do Laboratório em Processos de Subjetivação em Saúde (LaProSUS) e colaboradora do Grupo de Ação e Pesquisa em Diversidade Sexual e de Gênero (Vide-Verso). Supervisora de estágios profissionalizantes, colaboradora e coordenadora de Projetos de Extensão e Orientadora de Pesquisas, no nível de iniciação científica, junto ao Programa de Bacharelado Especial do Departamento de Psicologia da FFCLRP-USP. Atualmente, tem se dedicado ao campo da Psicologia da Saúde, com ênfase na Atenção Primária, no Apoio à Cogestão dos Processos de Trabalho e nos Processos Clínicos, especialmente a clínica da diversidade sexual e de gênero e da psicoterapia breve de orientação psicodinâmica. E-mail: liciabs@ffclrp.usp.br

Lucas dos Santos Lotério

Psicólogo pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Mestrando do Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP-USP. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) com o projeto Qualidade de vida em pacientes com doença falciforme submetidos ao transplante de células-tronco hematopoéticas: um estudo longitudinal. E-mail:loteriolucas@gmail.com.

Luciana Carla dos Santos Elias

Docente do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Orientadora no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLR-USP. Coordenadora do Laboratório de Psicologia da Educação e Escolar- LAPEES e Presidente do Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada – CPA. E- mail: lucaelias@ffclrp.usp.br

Lucy Leal Melo-Silva

Livre-docente pela Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Docente na Graduação e Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP/USP). Coordenadora do CarreiraLab. Membro da Associação Brasileira de Orientação Profissional (ABOP), da International Association Educational Vocacional Guidance (IAEVG), da Associação Brasileira de Rorschach e métodos projetivos (ASBRo), e do GT "Carreiras: informação, orientação e aconselhamento" da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP). Coeditora da Revista Brasileira de Orientação Profissional. E-mail: lucileal@ffclrp.usp.br

Manoel Antônio dos Santos

Docente Titular da Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP-USP) e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Psicólogo pelo Instituto de Psicologia da USP (IPUSP). Mestre em Psicologia Clínica pelo IPUSP. Doutor em Psicologia Clínica pelo IPUSP e Livre Docência pela FFCLRP-USP. Especialista em Terapia Familiar e de Casal pelo Instituto Familae (Ribeirão Preto, SP). Especialista em Psicologia Clínica (Conselho Federal de Psicologia). Especialista em Psicologia Hospitalar (Conselho Federal de Psicologia). Vice-Chefe do Departamento de Psicologia, tendo ocupado as funções de Chefe de Departamento (2015-2017) e de Suplente de Chefia (2013-2015) nas gestões anteriores. Presidente da Comissão de Pesquisa da FFCLRP-USP (2016-2018), tendo sido vice-presidente (em exercício na presidência) na gestão anterior. Bolsista de Produtividade do CNPq, nível 1B. Membro titular do Comitê de Assessoramento de Psicologia e Serviço Social do CNPq (CAPS, 2015-2018). Membro Titular da Avaliação Quadrienal da CAPES 2017. Membro da Comissão Externa de Avaliação das bolsas de Iniciação Científica PIBIC-CNPq (UFSC e UNIFRAN). Membro do GT ANPEPP Psicologia e Relações de Gênero. Coordenador de convênios ou

parcerias internacionais com aUniversité Paris-Diderot Université Sorbonne Paris Cité (Paris 7 - USPC), com doutorado co-tulela em andamento, University of Alabama (EUA), NSERM-Paris (França), University of Cambrigde (UK), Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience / King´s College London (UK), University of New Hampshire (EUA). Líder do grupo Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde. Editor Responsável da revista Paidéia (Qualis-CAPES A1) e Editor Associado da Revista da SPAGESP. Coordenador da equipe de Psicologia/Psico-Oncologia do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Reabilitação de Mastectomizadas (REMA) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. Integrante do grupo Saúde e Gênero (CNPq-FMRP-USP). Coordenador do Serviço de Psicologia do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA) do Hospital das Clínicas da FMRP-USP. Coordenador do Grupo de Ação e Pesquisa em Diversidade Sexual e de Gênero - Vide-Verso da FFCLRP-USP. Membro do Grupo de Educação em Diabetes da EERP-USP. E-mail: masantos@ffclrp.usp.br.

Mara Soares Frateschi

Psicóloga e Bacharel em Pesquisa em Psicologia pela Faculdade Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Doutoranda e Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP-USP. Membro do Laboratório em Processos de Subjetivação em Saúde (LaProSUS). E-mail: msfrateschi@hotmail.com

Marcus Vinicius Santos

Psicólogo pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre em Psicologia pela USP. Coordenador do Programa de Saúde Mental da Secretaria da Saúde de Ribeirão Preto. E-mail: mvs_psicousp@hotmail.com

Maria Clara Sifuentes Rocha:

Graduanda do Curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Bolsista PUB 2017/2018 "Sistematização de informações de atendimentos do Serviço de Triagem Infantil e Atendimento Familiar (STAIF) do CPA em banco de dados informatizado" e 2018/2019 "Investigação das entrevistas iniciais de pais/responsáveis de crianças que buscaram o atendimento psicológico". E-mail: mclara.sifuentes@gmail.com

Maria Paula Foss

Psicóloga com atividades de coordenação da área de Neuropsicologia do Setor de Distúrbio de Movimento e Neurologia Comportamental do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da FMRP-USP. Mestre e Doutora pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. Pós-doutorado no exterior no Cognitive Neurology and Alzheimer Disease Center da Northwestern University (CNADC, 2016). E-mail: mpfoss@gmail.com

Mariana Rezende Figueira

Psicóloga. Especialista em psicologia clínica, colaboradora do Dialog-USP - Laboratório de Pesquisa em Práticas Dialógicas e Colaborativas da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. E-mail: marianarfigueira@yahoo.com.br

Marina Greghi Sticca

Docente do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP/USP), na área de Psicologia Organizacional e do Trabalho Psicóloga pela Universidade Federal de São Carlos e graduação em Administração pela Universidade Federal de Uberlândia. Mestre e Doutora em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de São Carlos na área de Trabalho, Tecnologia e Organização. Tem experiência na área de Psicologia Organizacional, com ênfase em ergonomia, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde do trabalhador, e organização do trabalho; e em Administração, nos subsistemas de gestão de pessoas. E-mail: marinagreghi@hotmail.com

Marina Piran

Graduanda do Curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Estagiária do Estágio profissionalizante em Psicologia Escolar e Práticas do Departamento de Psicologia da FFCLRP- USP. E-mail: marinapiran.scp@gmail.com

Marina Rezende Bazon

Docente do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. (FFCLRP-USP). Mestre en Science - Psychoéducation pela Université de Montreal. Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo. E-mail: mbazon@ffclrp.usp.br

Marina Simões Flório Ferreira Bertagnoli

Docente do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo (FFCLRP/USP). Doutora pelo Programa de Pós-graduação da FFCLPR-USP. Coordenadora do Laboratório de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde (LAPEPPS). Tem experiência em Saúde Pública, com ênfase em Psicologia, atuando nos seguintes segmentos: gestão pública e políticas públicas de saúde, educação permanente em saúde e coordenação de projetos sociais. E-mail: mainasimoes@ffclrp.usp.br

Marislei Sanches Panobianco

Docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Enfermeira, mestre em Enfermagem em Saúde Pública, Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública pela EERP-USP. Líder do Grupo de Pesquisa "Enfermagem, Mulher e Saúde" - GPEMS. Coordenadora do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas (REMA) e tutora da Liga de Prevenção e Combate ao Câncer, ambos da EERP/USP. E-mail: marislei@eerp.usp.br

Natália Feitosa de Oliveira.

Psicóloga pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP-USP. Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicopatologia, Drogas e Sociedade (LePsis). E-mail: feitosanatalia@outlook.com

Pedro Ernesto Rodrigues Maçaranduba

Psicólogo pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP-USP. Pesquisador vinculado ao Vide-Verso: Grupo de Ação e Pesquisa em Diversidade Sexual (USP-RP) e ao Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP-CNPq). E-mail: pedernesto@gmail.

Pedro Pablo Sampaio Martins

Psicólogo pela Universidade Federal de Uberlândia. Mestre e Doutor em Psicologia pela Universidade de São Paulo. É membro associado do Taos Institute e atua como psicólogo clínico na cidade de Uberlândia – MG. Foi pesquisador visitante na University of New Hampshire, Estados Unidos da América. E-mail: pedropablomartins@gmail.com

Priscila Carvalho de Castilho:

Graduanda do Curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Estagiária em Psicologia Escolar e Práticas do Departamento de Psicologia da FFCLRP- USP. E- mail: priscila.castilho@usp.br

Priscila de Camargo Palma

Psicóloga pela Faculdade Assis Gurgacz. Especialista em Terapia Cognitiva e Neuropsicologia clínica pelo Instituto Paranaense de Terapia Cognitiva. Mestre e Doutora em Psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Supervisora de atendimentos clínicos em TCC e na áreas de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), Fobia Social e ansiedade. E-mail: pripalma@gmail.com

Rafaelle CS Costa

Psicóloga no serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos na Organização Comunitária Santo Antônio Maria de Claret. Mestranda em Psicologia pela Universidade de São Paulo. E-mail: rafaellecscosta@gmail.com

Regiane Sbroion de Carvalho

Docente do Departamento de Estudos da Subjetividade e da Formação Humana (DESF) na Faculdade de Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (EDU-UERJ). Mestre e Doutora em Psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade do Estado de São Paulo (FFCLRP-USP). Realizou estágio doutoral no Institut d'Études Politique de Grenoble (França). É membro do LAPSAPE/FFCLRP-USP. E-mail: resbroion@yahoo.com.br

Regina Helena Lima Caldana

Docente do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP/USP). Psicóloga Possui graduação em Psicologia pela Universidade de São Paulo, Mestre e Doutora em Educação pela Universidade Federal de São Carlos E-mail: rhlcalda@ffclrp.usp.br.

Rodrigo Sanches Peres

Docente orientador credenciado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Uberlândia. Pesquisador do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde da Universidade de São Paulo. Psicólogo pela Universidade Estadual Paulista. Mestre e Doutor em Psicologia pela Universidade de São Paulo. Especialista em Psicologia Clínica pelo Conselho Federal de Psicologia. Editor Associado da revista Paidéia. Membro da Comissão Executiva da Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia. Autor dos livros Psicossomática psicanalítica: intersecções entre teoria, pesquisa e clínica e A exclusão do afeto e a alienação do corpo. E-mail: rodrigosanchesperes@ufu.br.

Rosane Pilot Pessa

Livre-Docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. Nutricionista pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Mestrado em Psicobiologia (USP-Ribeirão Preto) e Doutorado em Saúde Mental (USP-Ribeirão Preto). Coordenadora do Programa de Educação Alimentar do Campus da USP de Ribeirão Preto (PRAUSP) e Vice-Coordenadora do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. E-mail: rosane@eerp.usp.br.

Sonia Regina Pasian

Livre-Docente pela Universidade de São Paulo. Professora Associada do Departamento de Psicologia da Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLPR-USP). Psicóloga, Mestre em Filosofia e Doutora em Saúde Mental. Coordenadora do Centro de Pesquisas em Psicodiagnóstico e Presidente da Comissão de Pós-graduação da FFCLRP-USP. Membro fundador da Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos

(ASBRo), foi Presidente da ASBRo (2007-2008) e membro da Diretoria desde sua criação (1993 até o presente), como Conselho Consultivo. Membro do Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (IBAP). Editora Associada da Revista Avaliação Psicológica. Tem experiência na área de Psicologia Clínica e de Avaliação Psicológica, com ênfase em pesquisas de adaptação de instrumentos de avaliação psicológica ao contexto sociocultural brasileiro, investigando especialmente métodos projetivos. E-mail: srpasian@ffclrp.usp.br

Suzana Peron

Psicóloga pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP-USP. Possui Formação em Terapia dos Esquemas pela Wainer Psicologia Cognitiva/ International Society of Schema Therapy (ISST). Integrante do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental (LaPICC-USP). E-mail: peron.suzana@gmail.com

Sylvia Domingues Barrera

Docente do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo (USP). Membro do corpo docente do Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP-USP. Tem experiência nas áreas de Psicologia Educacional, atuando principalmente nos seguintes temas: alfabetização, consciência fonológica, habilidades metalinguísticas, dificuldades de aprendizagem, leitura e escrita. E-mail: sdbarrera@ffclrp.usp.br

Taisa Marques

Psicóloga pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Bolsista do Programa Unificado de Bolsas da Universidade de São Paulo (PUB-USP) na graduação. Foi estagiária no Serviço de Orientação Profissional. E-mail: taisamaraques@usp.br

Thaís Barbosa Benedetti

Psicóloga pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da

FFCLRP-USP. Membro e pesquisadora do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental (LaPICC-USP) com o foco no tema de Orientação de Pais. E-mail: thais_bbenedetti@hotmail.com

Thaís Zerbini

Livre-Docente do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Doutora e Mestre em Psicologia pela Universidade de Brasília. Bolsista Produtividade em Pesquisa Nível 2. Vice-Presidente da Associação Brasileira de Psicologia Organizacional e do Trabalho (SBPOT) – Gestão 2018-2020. Editora-Chefe da Revista Psicologia: Organizações e Trabalho (rPOT) – Gestão 2017-2019. Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e do Grupo de Trabalho de Psicologia Organizacional e do Trabalho na Associação de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia. Realiza pesquisas nas áreas de Psicologia e de Administração, com ênfase em Aprendizagem, Treinamento, Desenvolvimento e Educação de Pessoas (TD&E), Comportamento Organizacional e Gestão de Pessoas. E-mail: thais.zerbini@gmail.com

Trude Ribeiro da Costa Franceschini

Médica pediatra do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – FMRP-USP . Médica pediatra da Atenção Primária à Saúde (APS), no Centro de Saúde Escola de Vila Tibério da FMRP/USP, pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP). Graduada em Medicina pela FMRP-USP, residência médica em Pediatria no Hospital de Clínicas de Ribeirão Preto – FMRP/USP. Mestre em Saúde Pública, pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. Atua como médica assistente na APS da SMS-RP. Supervisora de estágios dos graduandos das várias disciplinas da saúde, em um projeto de formação interprofissional, colaborando no desenvolvimento de projetos de extensão e pesquisas. E-mail: trudefranceschini@gmail.com

Valeria Barbieri:

Livre-Docente do Departamento de Psicologia da FFCLRP-USP. Mestre e Doutora em Psicologia Clínica no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Tem pós-doutorado pela Université Sorbonne-Paris Cité (Paris VII - Denis-Diderot), na área de Psicanálise e Psicopatologia e livre-docência na área Psicodiagnóstico: enfoque avaliativo e interventivo.

Orientadora de pesquisas em nível de Mestrado e Doutorado nas áreas de Psicodiagnóstico Interventivo, psicodinamismos familiares e desenvolvimento emocional infantil na normalidade e na patologia, experiência da parentalidade em diferentes culturas e configurações familiares, muitas delas desenvolvidas em cooperação internacional. E-mail: valeriab@ffclrp.usp.br

ÍNDICE REMISSIVO

Almeida A. M. 346

Alves, A. M 626

Araujo ,C. N. P. 246

Bairrão, J. F. M. H. 558

Barbieri, V. 327

Barbosa, D. 527

Barrera, S. D 424

Bazon, M. R. 378

Benedetti, T. 200

Bertagnoli, M. S. F. F. 437

Caldana, R. H. L. 46

Cardoso, C. L. 403, 507

Carvalho, C. C. 437

Carvalho, R. S. 570

Castilho, P. C. 590, 608

Cavalieri, L. 63

Corradi-Webster, C. M. 109, 246

Costa, R. C. S. 378

Delbem, G. A. B. 311, 327, 608

Elias, L. C. S. 153, 590, 608

Ferreira, I. M. F. 200

Figueira, M. R. 63

Foss, M. P. 178

Franceschini, T. R. C. 343

Frateschi, M. S. 403

Galinari, L.S. 378

Garcia-Mareze, J. T. 218

Guanaes-Lorenzi, C. 131

Guimarães, A. L. C. 218

Jurado, K. R. 527, 626

Leão, E. A. 246

Leonidas, C. 82

Lion, C. M. 63, 311

Lotério, L. S. 218, 288

Maçaranduba, P. E. 269, 478

Macedo, B. 626

Maltoni, J. 200

Marchini, G. P. O. 109

Marques, T. 527

Martins, P. P. S. 131

Melo-Silva, L. L. 10, 527

Mendes, A. I. F. 200

Mishima-Gomes, F. K. T. 327, 608

Neufeld, C. B. 200

Oliveira, G. F. 311

Oliveira , N. F. 109

Oliveira-Cardoso, É. A 10, 82, 218, 269, 288, 346, 378

Palma, P. C. 200

Panobianco, M. S. 346

Pasian, S. R. 178

Pássaro, G. M. 626

Patrício, A. A. 63

Peres, R. S. 346

Peron, S. 200

Pessa, R. P. 82

Pimentel, B. M. 269

Piran, M. 590

Prado, A. P. C. 507

Risk, E. N. 288, 478

Rebessi, I. P. 153

Rocha, M. C. S. 327, 608

Rodrigues, D. B. 608

Santos, A. L. M. 63, 82

Santos, J. E. 82

Santos, M. A. 10, 82, 218, 269, 288, 346, 478

Santos, M. V. 131, 246

Scorsolini-Comin, F. 346

Scotton, I. 200

Silva, A. P. S. 570, 626

Silva, B. C. A. 218

Silva, J. B. 570

Souza, L. V. 63, 311

Souza, L. B. 269, 403, 437, 478

Sticca, M. G. 46, 458

Strozzi, A. G. 311

Tahan, G. 507

Valdanha-Ornelas, E. D. 82

Versuti, F. M. 590

Zerbini,T. 478