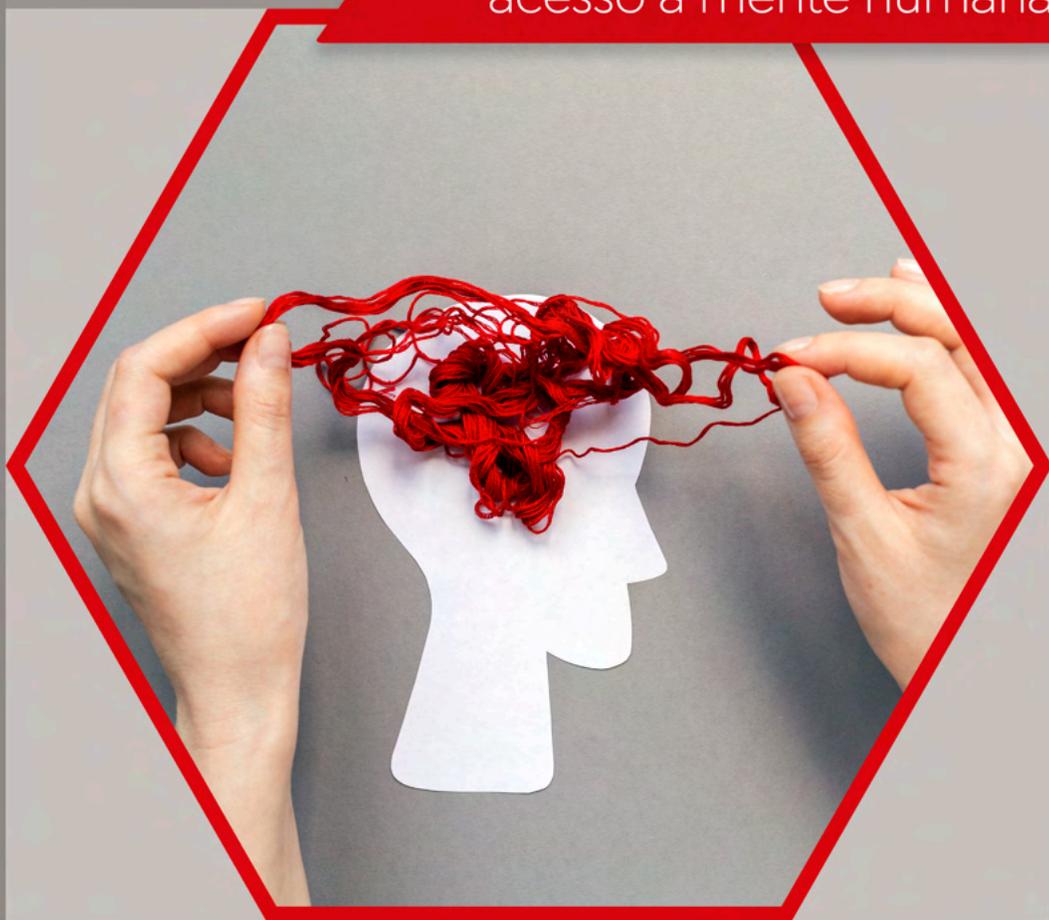


Psicologia:

Técnicas e instrumentos de
acesso à mente humana

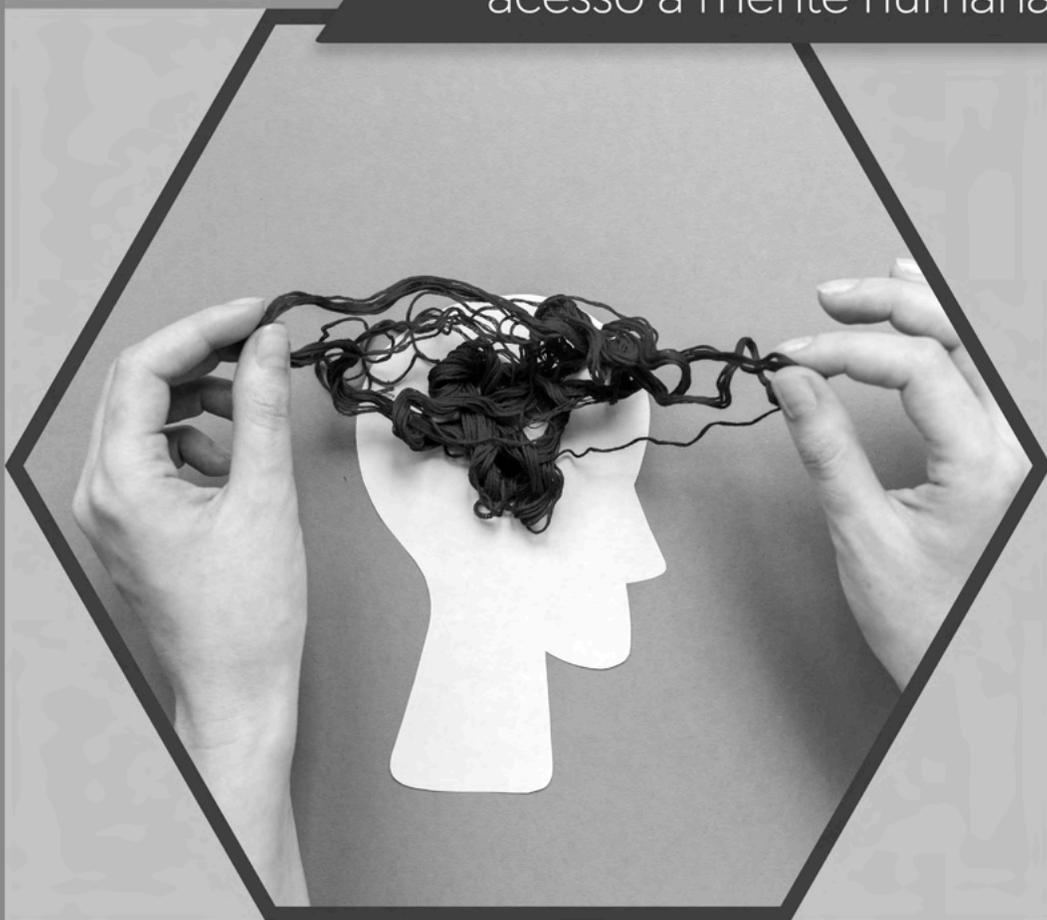


Ezequiel Martins Ferreira
(Organizador)

Atena
Editora
Ano 2022

Psicologia:

Técnicas e instrumentos de
acesso à mente humana



Ezequiel Martins Ferreira
(Organizador)

Atena
Editora
Ano 2022

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Gabriel Motomu Teshima

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

Prof. Dr. Alexandre de Freitas Carneiro – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Profª Drª Ana Maria Aguiar Frias – Universidade de Évora

Profª Drª Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa



Prof. Dr. Antonio Carlos da Silva – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Prof^o Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof^o Dr^a Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná
Prof^o Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadilson Marinho da Silva – Secretaria de Educação de Pernambuco
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. José Luis Montesillo-Cedillo – Universidad Autónoma del Estado de México
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Prof^o Dr^a Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal do Paraná
Prof^o Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^o Dr^a Lucicleia Barreto Queiroz – Universidade Federal do Acre
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Universidade do Estado de Minas Gerais
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^o Dr^a Marianne Sousa Barbosa – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Prof^o Dr^a Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso
Prof. Dr. Pedro Henrique Máximo Pereira – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
Prof^o Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins



Psicologia: técnicas e instrumentos de acesso à mente humana

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Bruno Oliveira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Ezequiel Martins Ferreira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P974 Psicologia: técnicas e instrumentos de acesso à mente humana / Organizador Ezequiel Martins Ferreira. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-911-7

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.117220703>

1. Psicologia. I. Ferreira, Ezequiel Martins (Organizador). II. Título.

CDD 150

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br



Atena
Editora
Ano 2022

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



APRESENTAÇÃO

A coletânea *Psicologia: Técnicas e instrumentos de acesso à mente humana*, reúne neste volume dezoito artigos que abordam algumas das possibilidades metodológicas do saber psicológico.

Ao longo da história da humanidade várias tentativas foram feitas em torno da discussão sobre a mente humana. Dos humores na Grécia, da Consciência no Iluminismo, ao inconsciente na modernidade, várias são as influências que a Psicologia herda para se tratar no psiquismo humano.

Com tantas influências, o que podemos esperar é uma grande variedade de visões sobre o humano, o que concorda com a própria diversidade subjetiva, em se tratando de personalidades humanas.

Essa Coletânea apresenta algumas dessas visões, a partir da concepção psicanalítica, cognitiva-comportamental, terapia familiar, social, entre outras perspectivas.

Espero que pela leitura dos textos que se seguem, uma abertura crítica sobre a diversidade das possibilidades de uma leitura psicológica surja para cada leitor.

Uma boa leitura a todos!

Ezequiel Martins Ferreira

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

A LÓGICA DO INCONSCIENTE NO NÓ BORROMEU

Ivanisa Teitelrojt Martins

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1172207031>

CAPÍTULO 2..... 7

CONVERSÇÕES NA ESCOLA E A CLÍNICA PSICANALÍTICA

Claudio Ramos Peixoto

Joyce de Paula e Silva

Shala de Souza Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1172207032>

CAPÍTULO 3..... 18

TRAUMA, VULNERABILIDADE E MEMÓRIA: CAMINHOS PARA UMA RESIGNIFICAÇÃO

Sonia Maria Gomes Siulva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1172207033>

CAPÍTULO 4..... 32

COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS: UMA REFLEXÃO A PARTIR DA IMPLANTAÇÃO EM UMA ESCOLA PÚBLICA MUNICIPAL

Maria de Fátima de Jesus Miranda

Alessandro Miranda Coelho

Leuzete Sousa de Oliveira Miranda Coelho

Gracimary de Jesus Godinho Bastos

Antonio Luis Nunes Bastos

Luzimary de Jesus Ferreira Godinho Rocha

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1172207034>

CAPÍTULO 5..... 46

TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E ADOLESCÊNCIA: O SOFRIMENTO INVISIBILIZADO

Kamila Andressa Rabuske

Amanda Angonese Sebben

William Gemelli

Naiana Priscila Kessler Amancio

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1172207035>

CAPÍTULO 6..... 55

TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL EM ADOLESCENTES

Eliza Regina Guilhem Gentilin

Mara Ilce Lopes Bedendo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1172207036>

CAPÍTULO 7	60
RELACIONAMIENTO ABUSIVO: O CICLO DE APRISIONAMENTO E DEPENDENCIA EMOCIONAL	
Viviane Soares Carvalho Talita Maria Machado de Freitas	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.1172207037	
CAPÍTULO 8	70
PRÁCTICAS PEDAGÓGICAS DE LAS DOCENTES QUE PROMUEVEN VOCACIONES CIENTÍFICAS EN LAS ESTUDIANTES	
Alba Esperanza García López Pamela Viñas Lezama	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.1172207038	
CAPÍTULO 9	80
A TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL: IDENTIFICAÇÃO DAS CRENÇAS, PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS E O ESTABELECIMENTO DA ALIANÇA TERAPÊUTICA	
Paulo Tadeu Ferreira Teixeira	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.1172207039	
CAPÍTULO 10	95
CONVERSACIONES DE SESIÓN ÚNICA ANTE EL SUICIDIO	
María Luisa Plasencia Vilchis Luz de Lourdes Eguiluz	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.11722070310	
CAPÍTULO 11	105
PROCESOS INTERDISCIPLINARIOS EN LA FORMACIÓN DE TERAPEUTAS FAMILIARES	
Martha Elena Silva Pertuz	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.11722070311	
CAPÍTULO 12	123
A IMPORTÂNCIA DA REDE SECUNDÁRIA NA TERAPIA FAMILIAR E NO PROCESSO DE MUDANÇA PARA AS FAMÍLIAS	
Cristina Cruz Goreti Mendes Helena Ventura Sofia Ferreira	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.11722070312	
CAPÍTULO 13	131
PROGRAMA DE TUTORÍAS: OPINIÓN DE ESTUDIANTES Y TUTORES DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA	
Irma Rosa Alvarado Guerrero Ana Elena Del Bosque Fuentes María Luisa Cepeda Islas	

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.11722070313>

CAPÍTULO 14..... 144

**A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA COM MOVIMENTOS SOCIAIS:
REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA**

Anderson dos Santos Furtado
Camilly Aline Mesquita Rodrigues
Janilce Guiomar Pinto
Jéssica Almeida Cruz
Ingrid Larissa Pinheiro da Silva
Karlene Souza dos Santos Costa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.11722070314>

CAPÍTULO 15..... 155

ATUAÇÃO DO PSICOLOGO NO CAPS-AD: REFLEXOS NA GESTÃO DA SAÚDE MENTAL

Enio Dioquene Luiz Filho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.11722070315>

CAPÍTULO 16..... 168

**ENTREVISTA MOTIVACIONAL NO TRATAMENTO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
NO CAPS-AD, BAGÉ-RS**

Enio Dioquene Luiz Filho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.11722070316>

CAPÍTULO 17..... 176

**TRANSBORDAMENTO DE VIDA ANTE A FINITUDE: A CLÍNICA PSICOLÓGICA NA
ASSISTÊNCIA A PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS IRREVERSÍVEIS**

Danielle de Andrade Pitanga
Margarida Maria Florêncio Dantas
Gilclécia Oliveira Lourenço
Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.11722070317>

CAPÍTULO 18..... 189

**A IMPORTÂNCIA DA ROTINA NO DESENVOLVIMENTO DA APRENDIZAGEM E
COMUNICAÇÃO DO ALUNO COM TEA**

Sara Alves Oliveira e Silva
Ezequiel Martins Ferreira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.11722070318>

SOBRE O ORGANIZADOR..... 203

ÍNDICE REMISSIVO..... 204

CAPÍTULO 1

A LÓGICA DO INCONSCIENTE NO NÓ BORROMEU

Data de aceite: 01/03/2022

Ivanisa Teitelroït Martins

Na rotação dos discursos não há um só discurso que escape ao semblante no jogo da fala, a partir do momento em que é dada a partida. A questão que se coloca é de como o discurso analítico opera na fala. O discurso analítico é o simbólico, o imaginário e o real, o que não quer dizer que os outros discursos se invalidem e que neles esses registros significantes não estejam presentes. No discurso do mestre as falas operam para que “as coisas andem no passo de todo mundo” (Lacan, J, *A terceira*, 1975). No discurso analítico é o Real que não anda, é o real que não cessa de se repetir para se opor à marcha, ao movimento: esta é sua qualidade. O discurso analítico baseia-se nisso, os outros discursos evitam. O real não coincide com a realidade, nem pode ser atingido pela representação, não é universal. Não há metonímia/desejo para sustentar a relação entre os “elementos” do conjunto que são “inexistentes”.

R é uma hiância que se escreve em S, em alíngua, por meio de uma negação, não se dizer, não se escrever, não admite o discernimento, não há todos, não há relações nem classes. O Um de R é igualmente diferente e semelhante,

persistente e efêmero, um e múltiplo, singular e anônimo: são os sintomas do Um real – o objeto a ou o sujeito – enquanto inscrito na cadeia significativa ou nas representações. Em I, para ser capturado pela trama do possível, R aparecerá como o impossível. R está fora do espaço e do tempo (que são instaurados por I). As rodinhas (representação) são indestrutíveis. Nunca cessam de existir, nunca cessam de se escrever, não cessam de se representar.

Jacques Lacan chama de sintoma o que vem do real, como “um peixinho cujo bico voraz só se fecha ao colocar sentido entre os dentes” (Lacan, J, *A terceira*, 1975). Outra questão que Lacan se coloca no campo do discurso analítico: como fazer para que o real do sintoma “morra”, seja desfeito ou aniquilado?

DIGRESSÕES EPISTÊMICAS

A dialética hegeliana se reporta às raízes lógicas, ao déficit intrínseco da lógica de predicação ou atribuição, ou seja, ao universal que se fundamenta na negação, sendo que o particular somente tem existência, se apresenta como contingente.

Toda a dialética hegeliana busca preencher esta falha do particular, no que este é contingente ao adotar uma operação universal pela via da escansão tese, antítese, síntese.

Em *Os limites de Hegel (Menos que Nada, Zizek, S, pg.307)* Zizek levanta a questão:

“poderia Hegel pensar o conceito que, segundo Lacan, condensa todos os paradoxos do campo freudiano, o conceito de *não-Todo*?” Zizek por sua vez enuncia uma lista do que Hegel “não pode pensar” que são conceitos elaborados em sua maioria pela psicanálise e pelo marxismo: repetição, inconsciente, sobredeterminação, *objeto a*, matema/letra (ciência e matemática), *alíngua*, antagonismo (paralaxe), luta de classes, diferença sexual.

Hegel também pensa o inconsciente, mas como o inconsciente formal. O inconsciente freudiano é o inconsciente de elos e associações contingentes particulares. Hegel pensa uma espécie de *objeto a* que é apenas a singularidade contingente à qual se prende a totalidade racional. Por mais que Hegel nos surpreenda com evocações sobre a *jouissance* enquanto Real, no espaço conceitual de Hegel não há lugar para a lacuna que separa a verdade do Real.

DIGRESSÕES SOBRE A ANGÚSTIA

Kierkegaard como contemporâneo ao desenvolvimento do sistema de Hegel, propõe que a angústia é signo, é testemunha de uma brecha, uma falha essencial na estrutura do sistema, o que veio a dar sustentação à proposição freudiana referente à falha essencial na estrutura do sujeito.

Já em a proposição freudiana, tendo como referência uma falha essencial na estrutura do sujeito, a angústia é elaborada em sua relação ao desejo. Vale nos remeter à concepção de estrutura e de sua falha essencial para desenvolver a emergência da angústia frente à queda do objeto na relação entre sujeito e objeto. Ao sujeito cabe desvelar, além da angústia, a função deste objeto perdido para vir a operá-lo como instrumento. É a falha da estrutura, esta mesma, que não nos permite tratar do desejo como um elemento que possa consistir, ter consistência no campo da lógica. (*Lacan, J, Des Noms-du-Père, 1964/2005*).

A angústia é um termo de referência crucial para a análise. A angústia é aquilo que jamais engana (*Seminário XI*), a angústia é um excesso de Real. A simbolização é bloqueada pela angústia porque toda simbolização supõe uma falta e, se há angústia, é porque esta falta está preenchida. O símbolo ocupa o lugar da falta sem o preencher, ele indica o que falta. Mas a angústia, “*falta da falta*”, corrói, apaga a própria falta como se o real contaminasse tudo. Por isto a angústia não engana, ela está ligada ao real em seu excesso, real que paralisa a função simbólica na ordem da falta. A angústia não é o real e o ato analítico não é desfazer a angústia como tal, a aposta do ato analítico é de que seja efetivo.

EM A TERCEIRA

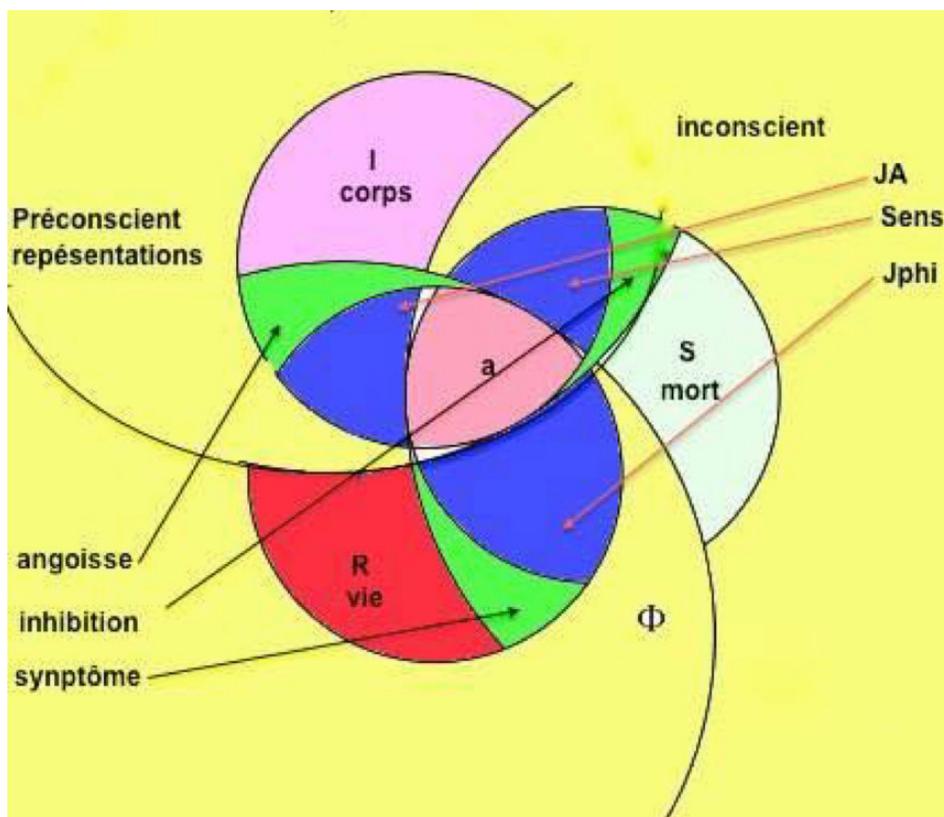
Lacan retoma a primeira (*Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise*), a que retorna para que não cesse de se escrever: “disse nela o que precisava dizer. A interpretação, emiti, não é interpretação de sentido, mas jogo com o equívoco. Eis por que

dei destaque ao significante na língua. Eu o designei de instância da letra”.

Diz Lacan em a Terceira que o corpo é o abismo, é desnodado do real, o corpo goza de objetos cujo primeiro, que Lacan escreve com “a”, é o objeto do qual não se tem ideia. É somente pela psicanálise que esse objeto constitui o cerne elaborável do gozo que somente se sustenta na existência do nó, nas três consistências de toros, de rodinhas de barbantes que os constituem.

O NÓ BORROMEU

Adicionar texto alternativo



O psicanalista pode abordar o real pelo grafo do desejo na dialética entre a demanda e o desejo, por uma série de letras rsi como nós. Diz Lacan em a Terceira que para que haja nó borromeu não é necessário que as três consistências fundamentais sejam todas tóricas. “Do imaginário, do simbólico e do real, pode haver um dos três, o real seguramente que se caracteriza justamente pelo que eu disse: por não fazer todo, isto é, por não se fechar”.

A decifração se resume ao que faz a cifra, ao que faz com que o sintoma seja algo que antes de tudo não cessa de se escrever do real. Ao operar o sintoma no intervalo entre

S2 e S1, em psicanálise, chega-se ao ponto em que a linguagem possa fazer equívoco.

Do grande Outro, diz Lacan em *“De um Outro ao outro” (Seminário XVI)* que o sujeito do inconsciente está incluído no campo do Outro, mas que o ponto em que ele se expressa como sujeito é externo, entre aspas, ao Outro. Daí a importância do psicanalista sustentar o discurso analítico.

Diz Patrick Valas em *“Da metáfora dos symptômes à estrutura do sinthome”* que é a topologia, acrescento no manejo transferencial, que permite fazer “fixão além do real”. Trata-se de identificar o sujeito do desejo no não-todo de sua enunciação. Trata-se de identificar como este sujeito asférico se projeta nos pontos-traços (no tracejamento da banda de *Moebius*) nos pontos de torção, onde ele se esferiza, como imagem, no todo da demanda, como sujeito do enunciado reenviado à significação. Isto para dizer que todo o interesse da topologia consiste em permitir fazer a distinção entre a forma e a estrutura.

Pode-se desenhar um destes pontos-traços no achatamento mais simples da banda de *Moebius*. Onde ele não é o traço oblíquo com que Lacan barra o sujeito (sujeito barrado) ou o *Autre* (Outro barrado), nos matemas que ele propõe.

Este traço lembra o traço da caligrafia em que Lacan diz que nenhuma mão ocidental pode reproduzir: traço obtido de um único gesto. Sua característica, além da beleza de sua curva, é tal que não se sabe onde começa nem onde acaba. É disto que Lacan quer falar ao inventar uma outra escrita, que não dependeria da precipitação do significante e cuja leitura seria polytonal como nas partituras de Stravinsky. Dito de outra forma, é uma escrita que deixa ao sujeito a liberdade de sua enunciação, que antes necessitava da segurança da palavra, mas que ao mesmo tempo não espera ser fonetizada. Não se pode fazer o sujeito dizer qualquer coisa: sua estrutura é estável.

Patrick Valas se reporta à topologia pela prática clínica no nível do sonho. No sonho há uma imaginarização do simbólico (Is); o imaginário se sobrepõe ao simbólico, pois sua interpretação é a simbolização da imagem (Si): o simbólico então se sobrepõe ao real em jogo no sonho, este retoma a questão da natureza do desejo, que Freud disse ser indestrutível. Durante o sonho este desejo é o realizador. Depois da interpretação, o desejo é a realização. Cerne-se assim um aspecto do nó do real, do imaginário e do simbólico. Nesse caso o estatuto do real mudou: o sonho é topólogo e não geômetra.

No seminário *“...ou pior” (Seminário XIX)* Lacan, segundo Patrick Valas, introduziu o uso do nó borromeu a partir desta frase em que ele identifica cada um dos verbos a uma das rodinhas de barbante, tentando dizer que o sentido de cada um esclarece um e outros. Eu te demando recusar (peço-te que me recuses) o que (eu) te ofereço, porque não é isto. Fazendo um corte após cada verbo encontraremos os diferentes sentidos que ganha o sinthome.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sintoma é irrupção dessa a-nomalia em que consiste o gozo fálico, na medida em que aí se mostra, em que se revela essa falta fundamental que Patrick Valas qualifica de não-relação sexual. É sobre o significante e pela equivocação que há intervenção analítica em que alguma coisa, no caso o gozo fálico, pode recuar do campo do sintoma. É no simbólico, em que é alíngua que o suporta, que o saber inscrito d'alíngua, que constitui propriamente o inconsciente, se elabora, então destituindo o sintoma no jogo da fala. O corte da torção e do reviramento se faz com propriedade sobre o gozo fálico. (Valas, P)

À psicanálise cabe evitar que esse saber não sabido não venha a ser reduzido nem pela ciência nem pelos epígonos de Freud e Lacan. Este saber, a saber, o Urverdrängt de Freud, o que do inconsciente jamais será interpretado: “L'insu que sait de l'une-bévue s'aile à mourre”.

Ivanisa Teitelroït Martins, psicanalista

Pós-graduada em Teoria Psicanalítica pela UNB, mestre em psicologia clínica pela PUC-SP, membro titular da Sociedade de Psicanálise Iracy Doyle, mestre em planejamento e políticas sociais pela London School of Economics and Political Science, gestora de políticas públicas do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

REFERÊNCIAS

Capeller, L. A antifilosofia de Lacan – O Seminário Alan Badiou 1994/1995. Textos de Alain Badiou, textos de Lacan, textos de Jean-Claude Milner, textos do tradutor Leon Capeller. Original

Lacan, J. – Escritos 1966/1998 – Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise, pg.238. Jorge Zahar Ed., 1998 – Rio de Janeiro

Lacan, J. – Escritos 1966/1998 – A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud, pg.496. Jorge Zahar Ed. 1998 – Rio de Janeiro

Lacan, J. - Outros Escritos 2001/2003 – Discurso de Roma, pg.139. Jorge Zahar Ed., 2003 – Rio de Janeiro

Lacan, J. – Outros Escritos 2001/2003 – O ato psicanalítico, pg.371. Jorge Zahar Ed., 2003 – Rio de Janeiro

Lacan, J – a angústia, Seminário X (1962-1963) 2004/2005 – Do a aos nomes-do-pai, pgs. 359 a 366. Jorge Zahar Ed. 2008 – Rio de Janeiro

Lacan, J. – de um Outro ao outro, Seminário XVI (1968-1969) 2006/2008 – O fato e o dito, pg. 61. Jorge Zahar Ed. 2008 – Rio de Janeiro

Lacan, J. - ...ou pior, Seminário XIX (1971-1972), 2011/2012 – Peça-te que me recuses o que te ofereço, pgs. 78-90. Jorge Zahar Ed. 2012 – Rio de Janeiro

Lacan, J. – Nomes-do-Pai – Introdução aos Nomes-do-Pai, pg.63. Jorge Zahar Ed. 2005 – Rio de Janeiro

Lacan, J. – A terceira/ La troisième. Lettres de l'EFP, Paris, n.16, pg.178-203, 1975. Tradução em Cadernos Lacan. Porto Alegre: APPOA, 2002. V.2

Rubinsztein, D. – El sujeto, uno Real, Comentario sobre Los Nombres Indistintos de J.C. Milner em Entre el Mito y la Logica 2001 – Letra Viva Editorial – Buenos Aires

Valas, P. – De la métaphore des symptomes à la structure du sinthome, Navarin Ed. Vol. 36 - Paris

Zizek, S. – Menos que Nada (2012) – Os limites de Hegel, pgs. 308 – 357. Boitempo Editorial – São Paulo

Ivanisa Teitelroit Martins

Apresentação na reunião lacanoamericana (lacanorio) em 20 de outubro de 2017

CAPÍTULO 2

CONVERSÇÕES NA ESCOLA E A CLÍNICA PSICANALÍTICA

Data de aceite: 01/03/2022

Claudio Ramos Peixoto

Mestre em educação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e professor titular do Centro Universitário Geraldo Di Biasi (UGB – FERP)

Joyce de Paula e Silva

Psicanalista, doutora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Shala de Souza Silva

Psicóloga graduada pela Universidade de Vassouras e Pós-graduanda em Psiquiatria e Psicanálise com Crianças e adolescentes pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ – IPUB)

RESUMO: Atualmente, a escola, espaço fundamental na formação moral, cognitiva e emocional de crianças e adolescentes, por vezes é regida de acordo com discursos e práticas medicalizantes, decorrentes do sistema capitalista vigente. Apostam na normatização dos indivíduos, na produtividade deste e acabam suprimindo e engessando ideias e posturas. Como resultado, sujeitos são apagados e a instituição escolar perde sua força motora para o novo. O presente artigo apresenta a possibilidade da Psicanálise ao espaço escolar, através do relato de experiência de uma equipe de pesquisa em duas escolas municipais. Optou-se pela ênfase na análise de dois dispositivos utilizados como instrumento de intervenção: a clínica psicanalítica e a prática da conversação.

Também aponta para a importância da escuta aos sujeitos imersos em tais espaços como aposta de transformação de impossibilidades.

PALAVRAS - CHAVE: Escuta, conversação, sujeito, o novo.

ABSTRACT: Currently, the school, a fundamental space in the moral, cognitive and emotional formation of children and adolescents, is sometimes governed according to medicalizing discourses and practices, resulting from the current capitalist system. They bet on the normalization of individuals, on their productivity and end up suppressing and plastering ideas and postures. As a result, subjects are erased and the school institution loses its driving force for the new. This article presents the possibility of Psychoanalysis to the school space, through the experience report of a research team in two municipal schools. We chose to emphasize the analysis of two devices used as intervention instruments: the psychoanalytic clinic and the practice of conversation. It also points to the importance of listening to subjects immersed in such spaces as a bet on transforming impossibilities.

KEYWORDS: Listening, conversation, subject, the new.

RESUMEN: En la actualidad, la escuela, espacio fundamental en la formación moral, cognitiva y afectiva de niños y adolescentes, en ocasiones se rige según discursos y prácticas medicalizantes, provenientes del actual sistema capitalista. Apuestan por la normalización de los individuos, por su productividad y acaban reprimiendo y

enyesando ideas y posturas. Como resultado, las materias se borran y la institución escolar pierde su fuerza motriz de lo nuevo. Este artículo presenta la posibilidad del Psicoanálisis al espacio escolar, a través del relato de experiencia de un equipo de investigación en dos escuelas municipales. Optamos por enfatizar el análisis de dos dispositivos utilizados como instrumentos de intervención: la clínica psicoanalítica y la práctica de la conversación. También apunta a la importancia de escuchar sujetos inmersos en tales espacios como una apuesta por la transformación de imposibilidades.

PALABRAS CLAVE: Escucha, conversación, sujeto, lo nuevo.

INTRODUÇÃO

A Escola é instituição controversa da sociedade: pode ser a legítima transmissora de saberes e valores que devem nortear a vida para formatar indivíduos que a ela se ajustem ou pode ser aquela que, apropriando-se dos saberes e valores instalados, se compromete em formar sujeitos implicados com o próprio desejo que vai além do estabelecido.

Desde a instalação das sociedades pós-industriais, as escolas se caracterizam como engrenagem formadora de seguidores das leis e normas legitimadas pelas ideologias dominantes e mão de obra adequada ao sistema de produção fundado na divisão social do trabalho. Aqueles que não se encaixam em seus padrões de aluno ideal ou são relegados ao último plano (quando não perturbam a ordem) ou direcionados a especialistas (quando suas subjetividades incomodam o ambiente) que assumem função normatizadora e importante contribuinte da genealogia de crianças e adolescentes desadaptados ou desajustados.

É urgente lançar dispositivos que criem possibilidades de corte desta realidade que se mascara em políticas da escola inclusiva e justifica o fracasso de seus alunos no cientificismo medicalizante.

A escola é um espaço importante na vida da criança ou adolescente. Precisa acolhê-los de forma cuidadosa para que seja significativa na formação integral e não um espaço de exclusão dos que não se adaptam ao modelo imposto pelo sistema político/educacional. Embora submetida a leis e normas, pode conquistar autonomias que lhe permitam ser um local de pessoas que trabalham coletivamente por uma educação libertadora. Ela é um espaço comum de alunos, famílias e profissionais da educação que a partir de suas diferenças individuais ou grupais podem construir uma identidade, elemento básico para emancipação. Partilhando suas heterogeneidades o coletivo pode ir em busca de objetivos que atendam também ao desejo de cada sujeito.

A conquista de autonomia pelo coletivo é a superação da alienação imposta pelo discurso pedagógico fechado, hierarquicamente centralizador, que descarta a heterogeneidade como peça chave para a construção do novo. É preciso distanciamento desse discurso por vezes único e fazer com que outros possam ecoar e cada sujeito possa perceber o papel que desempenha no processo de escolarização e com o que está comprometido. Possibilitar espaços em que a palavra de todos possa circular é viabilizar a

emersão de sujeitos e assim implica-los com suas práticas educativas. A partir da escuta do outro e de si próprio é que o sujeito se constitui e que reposicionamentos e mudanças podem acontecer na vida escolar.

Acreditamos que o binômio Psicologia-Psicanálise pode contribuir para o desvelamento da capacidade criativa sufocada nos coletivos das escolas. O trabalho com o coletivo é que pode gerar revoluções e este se constitui a partir de sujeitos histórica e culturalmente situados a partir dos seus desejos. Trabalhar falas a partir da psicanálise nos permite perceber o que move cada sujeito no trabalho e, assim, superar o que os sufoca e buscar o novo.

METODOLOGIA

O trabalho referencial para este artigo teve seu início há sete anos em duas escolas públicas, com horário integral, de municípios distintos: uma para crianças (A) e outra para adolescentes (B). Em ambas, fomos convidados devido à pesquisa desenvolvida desde 2009, cujo eixo inicial era a medicalização na rede escolar que, ao ser melhor avaliada, a partir da análise das demandas encontradas nos espaços mencionados, teve um redirecionamento para além de tal processo. As clientelas são compostas por crianças e adolescentes das classes mais baixas economicamente.

As demandas apresentadas eram referentes à violência entre os alunos, a problemas de aprendizagem – que por vezes culminavam em grande quantidade de encaminhamentos para atendimento especializado-, à indisciplina presentes no espaço escolar e à dificuldade de estabelecer parceria escola-família. Inicialmente, foi realizado longo trabalho de observação da instituição: como esta se organiza, como os sujeitos que ali frequentam e trabalham estabelecem suas relações e quais os discursos que ali circulam e determinam a dinâmica vigente.

Somente após tal momento de análise, partimos para a construção/elaboração dos projetos que seriam apresentados para os solicitantes, com propostas de intervenção. Sobre estas, é importante ressaltar que intervenções em espaço escolar com viés psicanalítico implicam em escuta constante do profissional das falas que circulam nos diferentes ambientes (sala de professores/ aula/direção, pátio, refeitório, portão de entrada). É ela que nos permite estar presentes em momentos cotidianos nos quais ficam expostas ideias e procedimentos nem sempre apresentados nos encontros formais, nos quais normalmente imperam modelos padronizados para explicitação de fatos ou propostas, sendo estes por vezes meticulosamente planejados e direcionados a quem os ouve.

Esta escuta “livre” permite, inclusive, que micro operações possam acontecer quando em conversa espontânea alguém menciona algo que o aflige. Significa circular pelo espaço geográfico do estabelecimento para conhecê-lo e nele ser conhecido. Concordamos com Geoffroy e Alberti (2015, p.249) quando afirmam que “circular dentro do espaço da escola,

ver e ser visto é importante para nossa atuação institucional, pois dá chance ao encontro, ao acaso e a construção de algo novo...”. Assim procedemos nos dois primeiros meses de ação.

Durante tal período, foram observados alguns dados importantes como longas jornadas de trabalho da equipe escolar, pouca flexibilidade por parte das secretarias de educação para implementação de uma ementa de ensino que atendesse ao público alvo de cada espaço escolar e espaços físicos nem sempre bem estruturados para atender as demandas dos sujeitos ali presentes. Por exemplo, em uma das instituições de atuação, de horário de funcionamento integral, era inexistente a presença de espaços como a sala dos professores para que pudessem descansar se necessário. Também não havia espaço físico e temporal para trocas entre os membros da equipe docente, gestora e de apoio da escola. Além disso, foi observado poucas “brechas” para a manifestação de escuta e voz dos que ali estavam.

O diagnóstico provisório elaborado a partir da análise dos dados obtidos nos serviu como suporte para, além da escuta “livre”, agirmos nos três novos dispositivos que colocamos em prática com a anuência da equipe escolar: atendimento clínico, rodas de conversação e oficina psicopedagógica. Iremos, agora, nos restringir aos dois primeiros.

AS INTERVENÇÕES E A ABERTURA DE POSSIBILIDADES DE AÇÃO

O atendimento clínico acontece concomitantemente com alunos encaminhados pela equipe escolar e aqueles que espontaneamente o desejem. Pode ser individual ou não, sendo livre escolha de quem procura; assim como a escolha de quem vai atendê-lo.

As rodas de conversação, técnica criada por Allain-Miller em 1990, foram utilizadas com a equipe escolar, famílias e alunos-adolescentes. Sobre tal instrumento de atuação, são encontros não obrigatórios em que não há temas pré-definidos (a menos que o coletivo escolha em roda predecessora), cuja finalidade é a circulação da palavra para que, com nossa intervenção, o grupo ou pessoas possam perceber entraves e desejar criar o novo. Como mostram Miranda e Santiago (2010, p.3)

No detalhe da Conversação, o sujeito do inconsciente daria sua entrada, podendo emergir na poética dos caminhos e descaminhos da fala: os equívocos, os lapsos, os erros, os tropeços, as contradições e mesmo os silêncios. O mal-estar expresso pelos professores em forma de queixa é acolhido, para que possa se abrigar e ser tratado pela palavra.

Pode-se dizer que é uma técnica que implica em uma subversão na ordem de papéis previamente estabelecidos pelas normas. Nela, não há um sujeito único a dizer para os outros ou sobre os outros e sim uma multiplicidade de sujeitos singulares que falam entre si suas verdades. É espaço aberto para trocas, solidariedades, choques e controvérsias em que todos podem falar e externar suas particularidades. Um tempo para que, através de

mediações dos condutores, os sujeitos possam se questionar sobre o que fazer com aquilo que lhes incomoda e perceber que sua modificação, além de necessária, é possível. Nas primeiras conversações realizadas em uma das escolas mencionadas por exemplo, eram frequentes falas recheadas de impossibilidades, frustrações da prática docente, e muitos dos problemas existentes no espaço escolar eram justificados com “culpados” de meios externos. O “nada adianta” imperava nos discursos:

“Não é nada fácil. Eu tenho que me preocupar com meus planos de aula, as atividades que vou realizar, cumprir com as minhas obrigações como professora (...), e ainda tenho que lidar com esses problemas todos que surgem a cada dia. Querendo ou não, essas crianças estão sob os meus cuidados. Mas o fato é que não podemos fazer nada em relação às famílias e às questões da comunidade Por vezes, a sensação é de que nada pode ser feito no sentido de intervir no âmbito familiar e comunitário acerca das questões que surgem e seus impasses. Nada adianta.”

A partir de cada vez mais abertura de tais espaços de “fazer ouvir e fazer fala” questões que antes eram imutáveis passaram a ser pelo menos debatidas e analisadas, como nos mostra uma das professoras ao falar sobre a possível causa da indisciplina dos alunos e da dificuldade de os professores darem conta da mesma:

“O problema do regime de educação integral é que, aqui, na nossa escola, eles querem que as crianças fiquem em sala de aula de forma integral, e não precisa ser assim, só sala de aula o tempo todo. É desgastante para eles e para nós também. Não conseguimos nem nos ver ao longo de um dia inteiro aqui. Estamos sempre ocupadas, alarmadas, vigilantes. Não podemos nem ir ao banheiro.”

Uma vez iniciado o processo de circulação da palavra, à medida que as conversações avançavam, a construção de alternativas se tornou possível, já que agora os agentes - professores e equipe escolar como um todo - tinham reconhecimento de seu papel e potencial na transformação do espaço e das relações em que estavam imersos. Passaram a surgir trocas de ações efetivas que já aconteciam no espaço escolar:

“Acredito que o vínculo que construímos ao longo de um tempo, a proximidade com eles, proporcionou que a minha palavra, a minha disciplina, tivesse mais efeito no sentido de manter a ordem, de resolver os conflitos que surgem. Não que isso funcione o tempo todo, às vezes é muito difícil. Mas percebo que o vínculo é algo que ajuda muito nesse aspecto.”

Assim, fica evidente que apostar na conversação como dispositivo de pesquisa-intervenção significa trabalhar com a circulação da palavra e os efeitos que provoca nos sujeitos participantes. Um dito evoca outro dito e assim dificuldades e desejos são desnudados, redescobertos e compartilhados, podendo produzir ressignificações de experiências e expectativas, que impulsionem os mesmos na busca de novos caminhos para atingir metas que lhes apareciam inatingíveis ou que até mesmo não eram consideradas como questão.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS

A partir das intervenções relatadas anteriormente, serão apresentados a seguir alguns dos resultados até o momento obtidos nas escolas A e B, em separado.

Escola A (crianças):

Após o primeiro ano de nossa intervenção, queixas e casos relativos à agressividade dos alunos se reduziram de forma expressiva, sendo isso constatado tanto no caderno de registros da escola como nas falas em reuniões com a equipe escolar. Avaliamos como significativos para tal mudança, além dos atendimentos clínicos, dois fatos que indicam movimentos inovadores da equipe escolar após rodas de conversação:

- 1) a escola passou a oferecer oficinas e atividades lúdicas no período da tarde, substituindo aulas de fixação e recuperação de conteúdo. As crianças passaram a ter maior tempo livre – com a possibilidade de contribuírem no processo de escolha das atividades ali realizadas -, antes restrito a 30 minutos pela manhã (lanche e recreio).
- 2) criação do grêmio estudantil, cuja chapa vencedora tinha como propostas: rebaixamento do espelho do banheiro e divulgação semanal das refeições oferecidas.

Escola B (adolescentes):

Embora a partir de 2018 nosso trabalho tenha se estendido para todo estabelecimento, os resultados referentes a esta escola estão relacionados a rodas de conversação realizadas com as cinco turmas do Curso Normal, cuja escola de origem foi fechada em 2017. Deles também destacamos dois fatos em que a postura assumida pelos alunos foi construída em conversações:

- 1) a unificação das cerimônia e festa de formatura das duas turmas de terceiro ano que antes seriam separadas devido à rixa entre elas que havia atingido o ápice nas olimpíadas internas (com agressões verbais e físicas).
- 2) a participação do coletivo de alunos na luta pelo não fechamento da escola e, posteriormente, para garantir, na nova escola, espaço (organização das salas, murais próprios nos corredores) e horário compatível (lanche e almoço) com a rotina de estágios.

DISCUSSÃO

O sistema capitalista tem como preceito que o indivíduo é totalmente responsável pelo lugar que ocupa economicamente na cena social: se ele se mantém rico ou pobre é sempre por própria escolha. Mas entendemos que embora apostemos com a psicanálise na escolha do sujeito, que é inconsciente, sabemos que o contexto social favorece ou não as suas escolhas e a sustentação destas. Existem circunstâncias por vezes tão adversas ao sujeito que a sobredeterminação inconsciente pode impulsioná-lo ao seu desejo, mas os entraves do sistema podem dificultar muito seu avanço. Sujeitos são diagnosticados como

doentes para atender às necessidades produtivas e aos grupos em que estão inseridos, sendo estes muitas vezes os produtores dos seus insucessos.

Há o estabelecimento de uma lógica de funcionamento em que impera a dialética adaptação ao meio x segregação, no sentido de, a partir do processo de medicalização, a sociedade assegurar que ou haja a primeira, ou não pertence ao coletivo já que, “[...] a lógica que se estabelece a partir do discurso da ciência é o comando do universal, o que vai implicar, em sua radicalidade, uma lógica da segregação e a eliminação da contingência [...]” (COSTA, 2019, p.84-5)

Nesse contexto, a exigência é que se siga a ideologia dominante – estabelecida pela ordem socioeconômica vigente, sobrando pouco espaço para o desejo do sujeito de fato “aparecer”, ser uma meta. Lacan, quando se refere à política ditatorial, afirma que diante do desejo dos cidadãos, trabalhadores, o discurso é sempre um “volte depois para falar do seu desejo, agora não é hora para isso” (LACAN, 1959-60/1986, p. 367). A escola, imersa à lógica vigente não foge a tal política, sendo o termo trabalhadores apenas substituído por alunos.

Como consequência, na maioria das escolas está presente a política ditatorial e, aquela, passa a ter participação efetiva na consolidação do sistema. Alunos, particularmente das classes pobres, são facilmente segregados, seja com a justificativa de serem portadores de enfermidades ou se não se comportam de acordo com o ideal de aluno produzido a partir de realidades que não são as suas. Cria-se aí um pretexto para que em ambos os casos os sujeitos sejam alvo de rotulações e encaminhamentos que só reforçam o processo medicalizante da sociedade. Assim:

[...] Acompanhamos um processo de biologização do cotidiano a partir do discurso da biociência e de pretensão de um controle cada vez maior da vida, acompanhado de um discurso que incentiva a medicalização da sociedade, em geral, e, em particular, do campo educacional [...]. (MELO, 2017, p. 249)

É um processo homogeneizante que reduz os alunos - sujeitos com subjetividades e modos de aprender e viver particulares – a nomeações e condições limitantes, sejam estas referentes à classe social ou a alguma patologia. Além disso, faz parte da prática medicalizante e segregacionista culpabilizar a equipe escolar pelo não cumprimento das metas de inclusão das políticas oficiais de ensino. As secretarias de educação cobram de seus profissionais tarefas que esses educadores não foram preparados para atender e não lhes fornecem suporte teórico e materiais para realizá-las. Projetos são depositados nas unidades escolares sem que a equipe possa dispor de tempo para discuti-los e ajustá-los a sua realidade. Será este o papel da instituição escola para a sociedade atual?

Sabe-se que a escola é um espaço importante na vida de uma criança ou adolescente. Tanto a infância como a adolescência colocam os sujeitos em condições cruciais de desenvolvimento e constituição subjetiva que implicam em acolhimento e cuidado, sendo a instituição escolar fundamental em tais processos. Mas como fazer para que a escola possa

ser um espaço significativo na formação integral daqueles que necessitam de cuidados especiais e não um espaço de exclusão legitimado dos que não se adaptam ao modelo imposto pelo sistema político/educacional?

Na tentativa de elucidar tais questionamentos e, com base nas observações e intervenções realizadas pela pesquisa mencionada, fica evidente o quanto é imprescindível que haja disponibilidade de tempo para trocas entre os envolvidos na educação escolar: alunos, profissionais e famílias. Ao se pensar em um viés psicanalítico de atuação, algumas alternativas surgem, tais como: promover conversações que possibilitem aos profissionais tomarem a palavra e se implicarem nas construções de soluções para os impasses identificados por eles; e proporcionar atendimentos psicopedagógicos aos alunos e atendimentos com base na teoria psicanalítica aos alunos e educadores. Coloca-se em pauta tanto a instância docente como a discente já que “a psicanálise não pode interessar à educação salvo no próprio campo da psicanálise, isto é, pela psicanálise do educador e da criança.” (Millot, 1987; [1979], p. 157).

O sujeito se constrói a partir do Outro em um tempo não cronológico e sim lógico de constituição. A necessidade de soluções rápidas para toda situação que comprometa a produção definida pelo modelo capitalista das sociedades atuais faz com que se preconize “verdades” cujos efeitos engessam vidas e segregam pessoas. São diversas as formas de violência material e simbólica.

Esse sistema se apoia no individualismo como condição reconhecível pelo modo de vida capitalista, em que o sujeito é encarado como o único responsável pelo seu sucesso ou fracasso, ainda que o contexto em que está inserido lhe imponha barreiras. Na realidade, o que está em jogo é a capacidade do sujeito de ultrapassar tais entraves e, isso, é responsabilidade exclusivamente sua, individual. Como evidenciam Moysés e Collares (2020, p.37) “nas sociedades ocidentais, ocorre crescente translocação de problemas inerentes à vida cotidiana para o campo da medicina, transformando problemas coletivos, de ordem social e política, em deficits individuais, de suposta origem biológica”.

No que se refere ao espaço escolar, buscam-se junto a isso especialistas externos à instituição que possam responder tecnicamente a toda demanda de “cura de um comportamento inadequado”, aprisionando o sujeito ao próprio sintoma e a uma categoria social. Como efeito, os sujeitos tendem a não se responsabilizarem pelos próprios sintomas, não se apropriarem das suas questões e são por isso despotencializados em suas ações.

A clínica psicanalítica age exatamente nesse ponto, na medida em que permite apostar na condição de potência de trabalho, na potência do próprio sujeito e de suas interfaces com o social. Ao corroborar com tal aposta, coloca em pauta a presença dos diversos sujeitos que compoem um coletivo, seja este pensado em um âmbito macroestrutural (tal como uma sociedade) ou microestrutural (como uma instituição, neste caso a escola). Dito de outra maneira, trata-se de enxergar os diversos “uns” imersos na homogeneidade que representa um todo, tal como ensina Oury (2009, p.19) em sua teoria

do Coletivo ao dizer que o

[...] objetivo é que uma organização geral possa levar em conta um vetor de singularidade: cada usuário deve ser considerado, em sua personalidade, da maneira mais singular. Daí um tipo de paradoxo: colocar em prática sistemas coletivos e, ao mesmo tempo, preservar a dimensão de singularidade de cada um. Era neste tipo de “bifurcação” que se formulava esta noção do coletivo.

Visto sob tal prisma, o coletivo passa a ser considerado como resultado de uma trama de laços sociais que, de acordo com Lacan (1992), são tecidos e estruturados pela linguagem e, portanto, denominados discursos. A partir do que se pode afirmar sobre a forma com que se tecem os laços entre os sujeitos é possível identificar também que discurso se estabelece e onde é possível intervir.

Os discursos são, na interpretação de Lacan, os quatro modos de relacionamento apontados por Freud (1930) como fontes do sofrimento do homem: governar, educar, analisar e fazer desejar. Dentre os quatro discursos que se referenciam aos tais modos de laços, há o discurso do analista. Este é o único que, na sua impossibilidade inerente, aposta na ideia de que o sujeito pode fazer a diferença para que algum trabalho, incluindo o sujeito, aconteça, uma vez que

O discurso do analista, por ser aquele que reinstaura o lugar do sujeito, pode instaurar a política da falta – falta-a-ser; falta-a-saber; falta-de-saber – para contrapor esses discursos que pretendem assegurar a onipotência do Outro. (MELO, 2017, p.264)

Mas que sujeito é esse, tão presente na teoria psicanalítica, que aparece e opera transformações? O sujeito que interessa à psicanálise é o sujeito do inconsciente, vazio, caracterizado pela possibilidade constante de vir a ser. Esse sujeito emerge da relação significante, pois um significante representa o sujeito junto a outro significante. Falar do aparecimento ou não desse sujeito é também falar dos discursos já mencionados. Estes atravessam e determinam o funcionamento de qualquer instituição, inclusive a escola.

Se a aposta é trabalhar para construção cada vez mais frequente de coletivos que deem margem para a manifestação e percepção dos sujeitos que os constituem, tal como mencionado anteriormente, é imprescindível que se faça preponderante o discurso do analista. Com relação às intervenções nos espaços escolares que objetivem a queda de posturas medicalizantes engessantes, lançar mão da psicanálise pode gerar bons resultados, semelhantes aos apresentados neste artigo.

Através interlocução Escola- Psicanálise, manifesta por meio da atuação do discurso do analista no espaço escolar, torna-se viável a queda de ideais cristalizados que só reforçam o apagamento dos sujeitos que ali se relacionam diariamente e, ao saírem, transmitem o que e como aprenderam. A escola pode sim ser canal de abertura de possibilidades de uma sociedade com valores e saberes mais plurais, desde que haja espaço para a palavra ali presente circular. Ofertar escuta e acolher as vozes dos sujeitos

é um começo interessante.

O trabalho clínico psicanalítico pode rearticular a dimensão política, questionando-a. Em virtude de nosso trabalho clínico na escola, podemos fazer valer a tese psicanalítica de que o laço social somente se efetiva se há a possibilidade do sujeito de se situar em um discurso, sustentando sua posição no discurso e não estando somente assujeitado a ele.

REFERÊNCIAS

COSTA, A. *Luz e tempo: ato e repetição*. São Paulo: Escuta, 2019.

FREUD, S. Totem e Tabu (1913). In: Edição Standard das Obras Psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, 1976. In: Estilos clin., São Paulo, v.20,n. 2,mai/ago 2015,246-264.

FREUD, S. Além do princípio do prazer (1976). In: Edição Standard das Obras Psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, 1920.

GEOFFROY,R.M.G. e ALBERTI,S. Contribuições de Jean Oury para verificar uma possível emergência do sujeito na escola.

KUPFER, Maria Cristina. Freud e a educação: o mestre do impossível. São Paulo: Scipione, 1989.

LACAN, J. (1997). O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar 1999.

LACAN, J. (1969-1970). O Seminário – livro 17: O avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar 1992.

LACAN, J. (1971-1972). O Seminário – livro 19: ...ou pior. Rio de Janeiro: Jorge Zahar 2012.

LACAN, J. (1972-1973). O Seminário – livro 20: mais ainda. Rio de Janeiro: Jorge Zahar 1996.

MELO, R. Uma interpretação para a medicalização da infância e da adolescência. In: PACHECO, A.L.; OLIVEIRA, B. (Org.). *Criança: objeto ou sujeito*. São Paulo: Escuta, 2016. p. 249-66.

MILLOT, C. Freud antipedagogo. Rio de Janeiro, Zahar, 1987 [1979].

MIRANDA, M. P.; SANTIAGO, A. L. As conversações e a psicanálise aplicada à educação: um estudo do mal-estar do professor e o aluno considerado problema. Artigo de doutorado FAE – UFMG, 2010. Disponível em < <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/lepsi/n8/a39n8.pdf> >.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. Novos modos de vigiar, novos modos de punir: a patologização da vida. Educação, Sociedade e Cultura, 2020, p.31-44. Disponível em < <https://www.fpce.up.pt/ciie/sites/default/files/3%20Maria%20Moyses%E2%95%A0%C3%BCs%20%26%20Ceci%E2%95%A0%C3%BClia%20Collares.pdf> >.

OURY,J. O Coletivo. São Paulo,Aderaldo &Rothschild, 2009 (trabalho original publicado em 1986).

PATTO, M.H.S. A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1996.

TRAUMA, VULNERABILIDADE E MEMÓRIA: CAMINHOS PARA UMA RESIGNIFICAÇÃO

Data de aceite: 01/03/2022

Sonia Maria Gomes Siulva

Professora do (SEI) *Somatic Experiencing Internacional*® membro sênior da Escola/ Faculdade de treinamento profissional em SE no Brasil, Europa, Estados Unidos, África do Sul e Ásia. Doutora em psicologia clínica, formada em *Rolfing Estrutural* e professora de *Rolfing Movimento*

RESUMO: Neste artigo aborda-se a noção de trauma a partir da perspectiva da Experiência Somática® e evoca-se as possibilidades de tratamento, lançando mão de práticas desenvolvidas e ensinadas no método de treinamento *Soma-Embodiment*®. Observa-se que muitas pessoas apresentam algum tipo de distúrbio mental crônico, como TEPT, depressão, ansiedade, alto nível de sensibilidade, outras estão presas a algum tipo de vício, que cresce vertiginosamente. Por outro lado, há pessoas sofrendo com distúrbios fisiológicos crônicos como hipertensão, doenças autoimunes, dores, síndrome de intestino irritado, entre outros. As origens desses e de outros problemas, muitas vezes, podem ser atribuídas a traumas diversos, choque, estresse crônico e/ou a alguma experiência adversa vivida na infância, e, em última instância, à desregulação do sistema nervoso; dessa maneira, faz-se necessário desenvolver ferramentas de tratamento que possam ajudar as pessoas traumatizadas a ressignificar suas experiências passadas, de modo que suas vidas, bem como seus corpos,

antes congelados pelo choque, voltem a entrar no fluxo da existência do presente. Por esse motivo, a terapia psicobiológica, praticada no *Soma-Embodiment*®, baseada no desenvolvimento da percepção ativa, tanto do terapeuta quanto do paciente, e na teoria e na prática para transformar o trauma pela reintegração sensório-motora é de fundamental importância para um resultado positivo no tratamento do trauma; essa terapia oferece principalmente exercícios de *Embodiment*, necessários para que o relacionamento terapêutico seja estabelecido dentro de um ambiente seguro.

PALAVRAS-CHAVE: Trauma; Memória; *Embodiment*.

ABSTRACT: This article addresses the notion of trauma from the perspective of Somatic Experience® and evokes treatment possibilities, making use of practices developed and taught in the *Soma-Embodiment*® training method. It is observed that many people have some type of chronic mental disorder, such as PTSD, depression, anxiety, high level of sensitivity, others are stuck with some type of addiction, which grows rapidly. On the other hand, there are people suffering from chronic physiological disorders such as hypertension, autoimmune diseases, pain, irritable bowel syndrome, among others. The origins of these and other problems can often be attributed to different traumas, shock, chronic stress and/or some adverse childhood experience, and, ultimately, to nervous system dysregulation; in this way, it is necessary to develop treatment tools that can help traumatized people to reframe their past

experiences, so that their lives, as well as their bodies, previously frozen by shock, re-enter the flow of present existence. For this reason, psychobiological therapy, practiced in Soma-Embodiment®, based on the development of active perception, both by the therapist and the patient, and on theory and practice to transform trauma through sensorimotor reintegration, is of fundamental importance for a positive result in trauma treatment; this therapy mainly offers Embodiment exercises, necessary for the therapeutic relationship to be established within a safe environment.

KEYWORDS: Trauma; Memory; Embodiment.

BREVE CONSIDERAÇÃO SOBRE TEMPOS DE CRISE COLETIVA

No atual contexto de crise sanitária global, a comunidade mundial encontra-se em uma situação de muita insegurança e vulnerabilidade, não apenas no que diz respeito à sua integridade física e emocional, mas também nos aspectos sociais, políticos e econômicos; a insalubridade da vida – fomentada pelo choque coletivo causada por uma pandemia global – tem tornado corpos e mentes vulneráveis e provocado um estresse coletivo só experimentado em situações extremas, que levam o ser humano ao limite das suas forças, como as guerras, as grandes catástrofes naturais, as pandemias de nível global etc.

Neste contexto histórico, cabe a todos, como parte da comunidade humana, e, sobretudo a nós enquanto profissionais de saúde, participarmos ativamente do debate e propor estratégias funcionais que possam ajudar tão vasta comunidade a lidar com as consequências avassaladoras da pandemia de COVID-19, que já provocou, em menos de 2 anos, mais de 3 milhões de mortes em todo o mundo e tem deixado milhares de pessoas com graves sequelas físicas e emocionais.

Assim sendo, é de fundamental importância tecermos algumas considerações sobre trauma, memórias traumáticas e os principais impactos desses eventos para a vida prática e emocional do indivíduo; também é urgente indicar, de maneira pontual, tratamentos possíveis e eficazes na luta contra o trauma, como o objetivo de devolver ao indivíduo a condição de estar vivo e inteiro para lidar com esse novo cenário. Foi partindo dessa premissa que elaboramos as reflexões que se seguem.

TRAUMA, MEMÓRIA E VULNERABILIDADE

Podemos afirmar que o trauma é uma experiência de estresse ou choque extremo que faz ou fez parte da vida. O estresse pode ser definido como qualquer evento fisiológico, externo ou interno, que exige que o corpo se adapte a ele. Mas o trauma, tem uma neurofisiologia diferente do estresse, suas origens remontam à uma luta não resolvida, em algum momento da história do sujeito, na qual a resposta de defesa de fuga foi impossibilitada, provocando um congelamento dos centros de excitação do cérebro e afeta a homeostase¹ autonômica.

¹ Conforme Peter Levine, o termo *homeostase* foi cunhado pelo fisiologista francês, Claude Bernard, ainda no século

A experiência traumática ameaça corpo e mente, ou seja, ela ameaça o organismo como um todo, pois afeta sua capacidade de assimilar e acomodar novas experiências no regulador interno, levando-o a reorganizar seu modo de funcionamento. Assim, o organismo é forçado, para além de sua capacidade de adaptação fisiológica, a regular o estado de ativação do sistema nervoso e falha em estabelecer relação com os demais sistemas do corpo.

Quando uma pessoa sofre um trauma, diz Levine (2012), a continuidade da experiência interna é rompida, provocando uma dissociação do momento presente. O rompimento provocado por uma experiência de choque e/ou estresse crônico manifesta-se nos estímulos sensorio-motores e nos estados cognitivos e emocionais, produzindo, assim, uma perda na capacidade rítmica autorreguladora, que conduziria a pessoa ao momento presente e à fluidez da vida.

O trauma pode começar como estresse agudo, causado por uma ameaça à vida, ou como estresse acumulado; ameaça é a sensação de medo ou ansiedade experimentada por uma pessoa diante de um ataque e/ou de um perigo físico ou psicológico. Conforme afirma Levine (2012), o corpo envia mensagens quando está se sentindo desconfortável; o objetivo dessas mensagens é informar que há algo errado por dentro e isso precisa de atenção. Se essas mensagens não forem respondidas, com o tempo, elas evoluem para os sintomas de trauma; os primeiros sintomas podem se desenvolver após um evento devastador, ou muito tempo depois.

Quando a fisiologia é esmagada pela magnitude e pela velocidade de um evento traumático vários sistemas do corpo podem ser afetados, e, em alguns casos, a urgência para lutar ou fugir pode ser frustrada, ocasionando um congelamento: nesses casos, o equilíbrio, a memória, o sistema musculoesquelético e outros sistemas alteram-se, dissociam-se.

DISSOCIAÇÃO

Chamamos de dissociação, uma distorção da realidade objetiva, incluindo a distorção do tempo e da percepção, que produz uma ruptura na continuidade da experiência, e opera, por conseguinte, uma desconexão fundamental entre o corpo da pessoa, ou parte dele; nesse caso, pode ocorrer uma separação entre o sentimento de si², as emoções, os pensamentos, as sensações e a memória. É como se a consciência se afastasse do presente para proteger a integridade pessoal; neste estado de analgesia, o sujeito, exposto a uma situação traumática, pode presenciar o evento como se estivesse fora do corpo, como se estivesse acontecendo com outra pessoa, ou como se fosse um sonho. A dissociação

XIX com o objetivo de descrever “a constância do ambiente interno [...] como a condição para uma vida livre e independente”. (BERNARD apud LEVINE, 2010, p.95)

2 Cf. VIGARELLO, Georges. O sentimento de Si: história da percepção do corpo, séculos XVI-XVII. Trad. Francisco Morás. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

é resultado de um “efeito analgésico ‘humano’ e decorre de uma inundação de endorfinas, que compõem o sistema de alívio da dor produzido pelo próprio corpo e é semelhante à morfina” (LEVINE, 2010, p.57-58).

Dissociar permite suportar experiências que estão além das possibilidades adaptativas dos sistemas sensoriais, vestibular e somatomotor; funciona como um mecanismo de defesa e permite à pessoa traumatizada se engajar na vida de alguma forma. É um recurso adotado para manter-se no mundo, uma resposta automática do corpo que prescinde de uma decisão consciente. A dissociação tem um papel importante para prevenir o acesso a imagens ou sensações incômodas e traumáticas, mas ao mesmo tempo impede que a pessoa traumatizada trabalhe os sintomas apresentados e perpetua seu estado de impotência; a dissociação também pode ser caracterizada pela perda de memória, que é particularmente prejudicada em transtornos dissociativos. Partes do corpo podem ficar paralisadas, desajeitadas ou anestesiadas, uma condição chamada transtorno de conversão ou histeria (SCAER, 2012, p. 106).

Como já mencionamos anteriormente, a dissociação, gerada pelo trauma, efetua uma ruptura na continuidade do *Self*, na continuidade da experiência corporal, na biografia da pessoa e na sua história, ela interfere no modo de experimentar o mundo, também pelo fato dos sentidos (tato, visão, audição, olfato, gustação) serem desintegradas pelo susto. Esta ruptura abre um campo dimensional que precisa ser trabalhado no processo terapêutico pós-trauma, uma vez que a memória traumática dispara comportamentos autônomos padronizados de defesas que a mente, o cérebro e o corpo criou para sobreviver.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A MEMÓRIA

Podemos chamar o processo que nos mobiliza para a vida de estratégia de sobrevivência. A estratégia de sobrevivência depende, fundamentalmente, do conhecimento que temos daquilo que nos ameaça. Até mesmo experiências intrauterinas que, de alguma maneira, ameaçaram o funcionamento natural do organismo, podem ter sido armazenadas na memória, para que possamos acessá-las quando necessário.

Memórias são constituídas por lembranças agradáveis ou desagradáveis, em muitos casos, elas trazem à tona impressões de experiências opressivas do passado, gravadas no cérebro, no corpo e na psique de uma pessoa traumatizada; essas impressões duras e congeladas não cedem à mudança, nem atualizam as emoções atuais, elas ficam guardadas no subconsciente ou no inconsciente e para acessá-las é preciso um trabalho sério.

A principal função da memória, na estratégia de sobrevivência, é nos fazer acessar, por uma via não-cortical, experiências que ameaçaram, concretamente, o fluxo vital. Em situações ameaçadoras, vindas do ambiente externo, nosso tempo de resposta deve ser o menor possível para garantir a sobrevivência, logo, não podem passar por uma avaliação

cortical; inclusive, toda a orientação muscular necessária para gerar movimento rápido, para atacar ou fugir, deve ser feita em uma velocidade adequada para que tenhamos sucesso em continuarmos vivos.

Assim sendo, a memória está ligada, de maneira indissociável, à sobrevivência e à necessidade de aprendizagem rápida, gerida pelas estratégias necessárias. Como podemos observar, há na nossa fisiologia um sistema organizado, que liga as áreas corticais às sub-corticais; ele permite ligar as memórias que estão no cérebro e na mente, ou seja, no tálamo e no hipotálamo.

Em todos os processos glandulares bem como na geração de neurotransmissores, a organização do sistema muscular conta com a hapticidade do sistema reticular³; este sistema precisa acessar, de forma rápida e consistente, memórias de situações que ameaçaram ou desorganizaram a fisiologia, a maioria delas estão guardadas no cérebro médio sub-cortical.

Um dos principais pressupostos definidos pela neurociência, a partir de 1950, afirma que o cérebro é plástico e é capaz de criar novos circuitos; o cérebro procura sempre economizar energia, já que mesmo estando em repouso, ele consome 40% da energia do corpo; diante de uma situação de ameaça, ou de rememoração do trauma, o consumo de energia é muito maior.

Portanto, se ensinarmos, por intermédio de um processo terapêutico como o da “SE”, por exemplo, o cérebro a consumir menos energia nas situações supracitadas – conduzindo-o aos circuitos originais – ou se criarmos um novo circuito – que anule o consumo elevado de energia, fixado pelo evento traumático – ele terá duas opções: manter o alto consumo de energia; ou seguir um novo circuito que consuma menos energia e permita o organismo funcionar de uma forma mais natural. Nesse caso, o cérebro deve escolher o caminho menos dispendioso; se o procedimento for repetido algumas vezes, o novo circuito criado se transformará em um hábito e, assim sendo, o dispêndio exagerado de energia perderá força.

A memória relacionada ao fato original – produzida durante o processo perceptivo, visual, auditivo, gustativo, olfativo e tátil – não foi perdida, quando estimulada o caminho que ela encontra para induzir o corpo a dar uma resposta não tem mais aquela organização de alta atividade e fixação, experimentada no instante em que foi ativada, agora ela percorre um caminho mais suave para reorganizar o corpo perante a ameaça.

Temos um bom exemplo disso, quando uma lembrança de um acontecimento desagradável nos assalta, mas não temos mais conteúdo emocional, nem energia, para fazer com que o corpo organize uma resposta diferente daquela elaborada no instante em que ocorreu a ameaça. De acordo com Peter Levine (2010), em contraste com as memórias comuns (boas ou más), mutáveis ao longo do tempo, as memórias traumáticas são fixas e

³ Faz parte do tronco encefálico que está envolvido em ações como os ciclos de sono, do despertar e a filtragem de estímulos sensoriais. A sua principal função é ativar o córtex cerebral.

estáticas.

Quando confrontada com uma situação emocionalmente opressora ou potencialmente fatal, a pessoa traumatizada entra em um estado alterado de consciência. Neste estado, a memória é armazenada como sensação somática ou imagem visual (VAN DER KOLK, 1994; HARTLEY, 2004). Ao mesmo tempo em que a memória está sendo armazenada, certos neuropeptídeos⁴ são liberados no corpo, num processo denominado aprendizagem dependente do estado (VAN DER KOLK; VAN DER HART, 1989; 1991; HARTLEY, 2004).

Memórias traumáticas podem permanecer inconscientes por anos, até mesmo por uma vida inteira. Mas as memórias e os sentimentos associados ao evento traumatizante também podem levar as vítimas de TEPT a experimentar sensação e emoções semelhantes às do evento original; isso desencadeia a uma nova liberação de neuropeptídios associados, ocasionando uma reentrada do estado alterado de consciência. Em todas os tipos de terapia é preciso ter cuidado para não retraumatizar os pacientes, evocando tais estados antes que eles estejam prontos e seguros para resolvê-los.

Traumas inconscientes ou não resolvidos, inevitavelmente, afetarão nossa experiência e funcionamento em diversos níveis. Por exemplo, quando somos rejeitados, humilhados, temos dificuldades de apagar esses eventos de nossas mentes e, por vezes, duram anos, em algumas ocasiões são lembrados como quando aconteceram pela primeira vez. Cheiros, visões, sons e sensações associados a essas memórias podem ser perturbadores, desagradáveis, agravantes ou mesmo repelentes.

MEMÓRIAS TRAUMÁTICAS E ESTRESSE

Segundo Bessel Van der Kolk (2020), o cérebro está continuamente formando mapas mentais: mapas do que é seguro e do que é perigoso para que o cérebro do indivíduo seja ativado. Esses neurônios especializados desse mapa mental, foi batizado por Stephen Porges como **neuroceptores**. Que são processos neurais subconscientes que detectam os sinais de ameaça, perigo e segurança. Este tipo de memória é um sistema de memória implícita. Ela é armazenada nos circuitos e processos cerebrais relacionados ao reconhecimento da realidade e à decisão de experiências futuras.

As pessoas se lembram de imagens, lugares, sons, cheiros e sabores sem contexto; a estimulação de um determinado momento de realidade, tende a vincular percepções ao passado, e a desencadear no presente estados emocionais que não são conscientemente reconhecidos como história, mas como parte do contexto do tempo da experiência real. (VAN DER KOLK *at al.*, 2005)

4 “Neuropeptídeos são substâncias químicas produzidas e liberadas pelas células cerebrais. Pesquisas indicam que esses neuropeptídeos podem fornecer a chave para um entendimento da química da emoção do corpo.” (SCHULZE, 2010). SCHULZE, Richard; *As Emoções e a Relação Mente/Corpo*. Disponível em: < <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/noticias/?p=18647>>. Acesso em: 27 mai. 2021.

COMO O TRAUMA AFETA O CORPO?

Conforme nos diz Van Der Kolk (2020), as pessoas traumatizadas ficam presas, interrompidas em seu crescimento porque não conseguem integrar novas experiências em suas vidas. Estar traumatizado significa: continuar a organizar a vida como se o trauma ainda estivesse acontecendo – inalterado e imutável –, pois cada novo encontro ou evento é contaminado pelo passado. O mundo é experimentado sob a lente de diferentes sistemas nervosos. A energia vital restante precisa ser focada em suprimir o caos interno para manter o controle sobre reações fisiológicas insuportáveis; por isso, é fundamental que o tratamento do trauma envolva todo o organismo, corpo, mente e cérebro.

Como já foi mencionado antes, quando a fisiologia é sobrecarregada pela magnitude e velocidade de um evento traumático, vários sistemas do corpo podem ser afetados e a urgência de lutar ou fugir pode ser frustrada: de uma maneira abrupta, o equilíbrio, a memória, o sistema músculo-esquelético e outros sistemas se alteram. É comum que apareçam lapsos importantes de memória ou representação mental do evento, bem como amnésia sensorio-motora. O trauma pode evocar conteúdo inconsciente e pré-verbal que se traduz em muitos comportamentos incomuns, ocasionados por mudanças repentinas na condição fisiológica de uma pessoa, como: sensações interrompidas, frequência cardíaca alterada, instabilidade emocional, respiração descontrolada contínua, convulsão física e emocional, medo de morte iminente e de uma possível lesão física.

O trauma afeta o corpo como um todo: afeta a cognição, o aprendizado e cria uma desregulação emocional severa; rompe a barreira protetora que contém o equilíbrio dinâmico do meio interno, bloqueia a relação entre os sistemas corporais, reduzindo a capacidade de percepção, de orientação física e gravitacional; ele reduz a consciência espacial, bem como a capacidade de concretização de algumas ações. Conforme os pressupostos da Experiência Somática®, precisamos, com terapeutas, ajudar as pessoas a reconhecer as marcas do trauma no corpo, na psique e no sistema metabólico, já que o trauma, uma vez instalado na fisiologia, pode ser tratado.

Quando nos interrogamos sobre a possibilidade de curar completamente o trauma, podemos começar a esboçar uma resposta nos perguntando: somos capazes de voltar ao estado de inocência, vivenciado de forma pura na infância, ou a um lugar de ilusão do passado? Certamente, a resposta será: não, de forma alguma. Mas se reformularmos a questão e perguntarmos: podemos recuperar a força e a segurança perdida após uma experiência traumática? A resposta que daí sobressai é: sim, podemos. E de que modo isso é possível?

Para recuperar a força interior, faz-se necessário desarmar as defesas físicas, sensoriais e emocionais que nos prendem ao passado, reaprendendo, sobretudo, a conter as emoções e sensações e a autorregular-se. Podemos ter momentos de expansão suficientes para dar espaço para uma transformação. Às vezes, podemos nos expandir

muito mais do que imaginávamos. Entretanto, não podemos afirmar que existe uma cura definitiva para o trauma, felizmente, o tratamento prescinde da exigência de uma cura definitiva.

O mais importante no tratamento do trauma, é oferecer recursos para ajudar o paciente a lidar com as consequências do evento traumático, de modo a compreender os próprios limites fisiológicos que precederam o trauma e a discerni-los da limitação autoimposta psicologicamente. A transformação vem com a ressignificação de vários aspectos pessoais, trazendo opções de respostas de defesas antes inexistentes, ancoradas na consciência no momento presente.

O QUE SE ENTENDE COMO CURA?

De acordo com as premissas da Experiência Somática®, o processo terapêutico terá sucesso quando o paciente voltar a se comprometer com a vida e aprender a se autorregular, podendo desse modo, se engajar e se desenvolver, nos níveis emocionais e relacionais, da melhor maneira possível no espaço e tempo, ou seja: no ambiente em que se encontra e no presente. A cura não passa por um apagamento das marcas traumáticas encontradas no corpo, tampouco, por um apagamento da história pessoal dos indivíduos traumatizados. O choque, o trauma, vai deixar as suas consequências, em diversos níveis, o mais importante é saber lidar com elas.

A estrutura oferecida pelo *Soma-Embodiment*®, ao processo de transformação do trauma, ajuda o paciente a se abrir para o mundo, para o lugar físico tridimensional onde está (orientação de seu corpo em relação ao espaço e da gravidade), para os outros, e a corrigir os seus lugares sensíveis com mais facilidade, porque o paciente é treinado para encontrar estabilidade física antes de renegociar o trauma. Preparar-se para o processo de tratamento do trauma inclui também, expandir a percepção pelos sentidos, em especial o sistema háptico GAMMA (motoneurônio que promove regulação da ação do motoneurônio alfa e promove um estado emocional de imobilidade sem medo por sua primazia periférica de explorar o ambiente externo saudável, ao tocar e ser tocado por ele pelos sentidos), para sair da fixação, dos lugares sem movimento no corpo. Uma pessoa traumatizada distorce a percepção da realidade.

Buscamos encontrar no corpo esses lugares vulneráveis, sem movimento, sem vida, para dar o suporte físico adequado que traga segurança para o sistema somatomotor se regular com o sistema nervoso autônomo permitindo que o cérebro encontre um novo circuito a percorrer um caminho mais suave para se adaptar ou reorganizar o corpo perante à ameaça. Os movimentos de defesa paralisados são restaurados, assim como os limites, no entanto, é preciso ressaltar que os lugares reestabelecidos nunca voltarão a ser como antes, pois adquirem um outro grau de sensibilidade. O lugar sensível pode ser ativado por qualquer ameaça; mas quando tratados adequadamente, em vez de recorrer ao padrão

de congelamento, os pacientes podem perceber que estão sendo afetados em um ponto sensível e que podem buscar a autorregulação e a correção com o mundo, por meio do sistema parassimpático de comunicação social do nervo vago ventral.

O desafio é dar assistência ao sistema nervoso que está sendo soterrado por uma resposta traumática e não encontra uma completude fisiológica para a ameaça. O praticante de SE reavalia o ambiente básico, modula o seu funcionamento para um estado natural e seguro, com o objetivo de levar a pessoa a autorregular-se, pois o trauma afeta a memória e provoca muitos sintomas que culminam na dissociação do paciente.

EMBODIMENT

Para que possamos obter resultados positivos no tratamento, desenvolvemos um programa focado no desenvolvimento do *Embodiment*, tanto do terapeuta como do paciente. Podemos definir *Embodiment* como um despertar sobre si mesmo. Estar no *embodiment* é ter consciência das próprias ações e do que está acontecendo dentro e fora do corpo, de uma forma reflexiva; é prestar atenção aos processos orgânicos, mentais e afetivos e, ao mesmo tempo, perceber que existe uma interação contínua entre os dois estados, o interno e o externo.

Esse tipo de percepção modifica o estado de alerta dos indivíduos que, por sua vez, modificarão suas ações no ambiente. Estar desperto requer um certo nível de atenção, de receptividade e um certo tônus muscular em todo o organismo. Para desenvolver e aprofundar todos esses aspectos do *Embodiment*, é preciso ampliar a autopercepção. A percepção pode ser entendida como uma integração dos sentidos, resultando em uma consciência refinada, esta pode desdobrar-se em: consciência da sensibilidade superficial e profunda; consciência do sentido da posição do corpo em relação ao tempo, espaço, gravidade. É preciso estar consciente da tensão e do relaxamento da estrutura neuromuscular no corpo. O corpo deve, por um lado, fornecer robustez e estabilidade suficientes para atuar como uma base para a consciência e, por outro lado, ele deve ser sensível, ajustado e auto-organizado para que o estado do eu possa mudar rapidamente em resposta ao ambiente relacional. (CARROLL, 2003, p. 247)

Podemos desenvolver o *embodiment* acrescentando, a este procedimento terapêutico, os ensinamentos de Hubert Godard sobre o Toque e a Educação pelo Movimento, assim como, outras intervenções integradas em sua metodologia. Quando alguém foi traumatizado, uma outra organização corporal adaptativa estabelece-se; dessa maneira, quando uma intervenção é feita neste corpo, pode-se criar um terceiro corpo ou uma reorganização fisiológica. Assim, se o toque e a reeducação do movimento forem usados na terapêutica, novas possibilidades de expressão poderão surgir para conservar a saúde em ótimo estado tônico. Dessa maneira, o corpo traumatizado poderá se liberar de inibições interna, de atitudes padronizadas, repetitivas, e reconfigurar sua relação com

o mundo externo.

É possível observar a partir da experiência que, quando um terapeuta somático lida com traumas, ele começa a perceber o complexo entrelaçamento entre corpo, mente e cérebro. Não podemos mensurar a grandeza da inteligência do corpo, mas por intermédio do *embodiment* pode-se evocá-la. Um corpo saudável está engajado no fluxo da vida, que não cessa jamais, mas se algumas restrições aparecerem, elas podem manifestar-se na forma de um congelamento, interrompendo o fluxo da força vital. Nesse caso, o terapeuta pode ajudar o paciente a sentir a imobilidade sem medo. Daí vem a necessidade do terapeuta estabelecer uma relação saudável e segura com o paciente, modulando a atividade neural com suas intervenções. A reeducação somática, psicológica e cognitiva ajuda o paciente a se sentir em um ambiente não ameaçador, em um estado nutritivo e restaurador, engajando-o na vida e tornando-o capaz de integrar novas experiências.

Utilizando a pedagogia de Hubert Godard, o terapeuta – por meio da palpação ou do toque gama⁵, que abre para a sensorialidade, toque que escuta o corpo – pode ajudar o paciente a desenvolver a consciência de sua presença corporal à medida que o corpo cede à gravidade. Este tipo de experiência é capaz de levar as pessoas a sentir a consciência viva do corpo. Ao acessar essa consciência, tem-se uma experiência revigorante que aumenta a vitalidade, a alegria e o bem-estar. Neste estado, percebe-se no espaço físico: a kinesfera, a dimensão de volume, o peso, o movimento ou, quando for o caso, percebe-se a ausência de tudo isso. É extremamente gratificante experimentar o corpo vivo e gozar de uma saúde integral.

SOMA-EMBODIMET®: UM OUTRO PARADIGMA PARA O TRATAMENTO DO TRAUMA

Com o objetivo de ajudar vítimas de trauma a renegociar a carga traumática, a restaurar os sentidos sensório-motores e a reorganizar o modo de ser e estar no mundo – abrindo-as às sensações, despertando nelas o sentimento de estar vivo e conectando-as aos próprios corpos e ao ambiente que as cerca – a psicóloga Sonia Gomes concebeu e desenvolveu o *Soma-Embodiment*®, um programa de treinamento, criado para complementar a Experiência Somática®, método terapêutico criado por Peter Levine. O programa foi composto a partir de técnicas do Rolfing Integração Estrutural e de Movimento, criado por Ida Rolf, da noção de função tônica e análise do movimento de Hubert Godard e, também, na análise das funções do Sistema Nervoso Autônomo (SNA), e sua dinâmica com o Sistema Nervoso Somatomotor, desenvolvidas na teoria Teoria Polivagal, de

5 Os motoneurônios gama começam no tronco cerebral, e não no córtex, eles são ligados aos fusos musculares, estão sob a influência do sistema emocional e regulam a tensão, portanto, agem como moduladores da sensibilidade dos fusos neuromusculares. O que mantém a tensão nos músculos é o fuso, e o fuso é o meio da atividade psicossomática.

6 No desenvolvimento deste programa, contei com a ajuda singular do professor de Rolfing, Marcelo Muniz, com o qual trabalhei por cinco anos. O apoio do professor suíço, de Experiência Somática®, Urs Honauer, foi imprescindível para implementar o SOMA, como uma ferramenta de intervenção terapêutica corporal, na Europa.

Stephen Porges. Por fim, de fundamental importância na concepção do *Soma* foram: as contribuições da psicologia ecológica da percepção de James Gibson e de pensadores como Henri Wallon, Donald Winnicott e André Bullinger para a compreensão das fases desenvolvimentais e de como restaurar a plasticidade perdida nas rupturas do sistema sensório-motor.

A premissa fundamental do *Soma-Embodiment*[®] é baseada na seguinte constatação: antes de renegociar o trauma emocional, o corpo precisa encontrar estabilidade física. Como dissemos antes, em qualquer tipo de trauma a continuidade interna da experiência é rompida e a pessoa vitimada acaba por dissociar-se do momento presente. A consciência perceptiva de seu corpo vivo fragmenta-se tanto no nível mental, cognitivo, como no corpo emocional.

Segundo a perspectiva de V.S Ramachandran, neurofisiologista indiano, e de Sandra Blacklee (1999), discutida no livro *Phantoms in the Brain*, na base do trauma está uma ruptura – uma dissociação abrangente no sistema dos sentidos, que estabelece a comunicação entre o ambiente interno e externo. No trauma, a informação captada pelos sentidos é distorcida; a comunicação fluida é bloqueada, alterando, na pessoa que vivencia uma experiência traumática, a autopercepção e a percepção do ambiente. Os sentidos são dissociados, resultando em uma mudança interna da integração sensorial. Um sistema sensorial equilibrado deve trabalhar em cooperação com o sistema motor. Quando ocorre uma ruptura na coordenação sensório-motora ou na comunicação entre mente e corpo, pode haver uma supressão da expressão do indivíduo no Sistema Nervoso Autônomo, ou seja, uma fixação.

A fixação de elementos do desenvolvimento, que não estão amadurecidos na memória implícita, pode levar o corpo traumatizado a um padrão postural de congelamento; tal padrão revela certas atitudes emocionais, cognitivas e comportamentais, que oferecerem pistas ao terapeuta, levando-o a descobrir onde o corpo e a mente estão presos pelas respostas fisiológicas interrompidas. O *Soma-Embodiment*[®] busca compreender a dinâmica funcional do sistema perceptivo, que inclui a atividade háptica, a fim de identificar as defesas corporais e emocionais nas pessoas traumatizadas.

O SOMA-EMBODIMENT[®] E O SISTEMA HÁPTICO

O tratamento é focado no sistema de orientação tridimensional do corpo físico, em relação ao espaço e à gravidade, e oferece, por meio de uma estimulação do sistema tátil, opções de suporte e de readaptação à vida. O sistema háptico, um dos conceitos trabalhados pelo psicólogo americano James Gibson, coordena, transmite e recebe, de modo dinâmico e interativo, informações do ambiente interno e externo de um indivíduo. A teoria ecológica da percepção de J. Gibson, elaborada no livro *The Ecological Approach to Visual Perception*, publicado em 1986, ainda, permanece única devido ao caráter holístico

da visão integrativa dos sistemas perceptuais. Segundo Gibson, não são apenas os órgãos motores que se movem, mas, também, os órgãos sensoriais e ambos dependem do sistema muscular.

Os órgãos sensoriais não são apenas canais de sensações, receptores passivos, mas constituem sistemas perceptuais complexos que, além de ativos, estão inter-relacionados, fornecendo ao organismo informações estáveis e contínuas que tornam possível a vida adaptativa na Terra. Extremidades como olhos, ouvidos, nariz, boca são modos de exploração, investigação e orientação. Modos de atenção a tudo que é mutável na estimulação, capaz de isolar informações pertinentes, ou seja, inibições, supressões no SNA e assim por diante. A teoria da percepção de Gibson é a mais adequada para compreender a polissensorialidade e o corpo perceptivo de uma pessoa traumatizada.

Os órgãos sensoriais exteroceptores (olhos, ouvidos, pele, boca, nariz), proprioceptores (músculos, articulações e ouvido interno, músculos suboccipitais) e interoceptores (terminações nervosas nos órgãos viscerais) trabalham juntos e trazem sensações de movimento ou sensações cinestésicas de origem interna, assim como sentimentos e emoções. Para Gibson, os sistemas perceptuais, incluindo os centros nervosos, são responsáveis por buscar e extrair informações que vêm do núcleo do fluxo de energia do ambiente interno e externo. Ainda conforme Gibson, para que o cérebro decodifique, interprete, organize e processe os dados recebidos, ele precisa do sistema de orientação geral compreendido em todo o corpo.

Aliadas aos princípios da Experiência Somática®, as teorias de Gibson, sobre o sistema háptico, nos ajudaram a desenvolver técnicas de rastreamento nos corpos traumatizados, partindo do sistema de orientação básica do corpo em relação ao espaço; como já observamos, em caso de traumas o espaço é reduzido por um desligamento no SNA, assim, é urgente restabelecer a coordenação dos sentidos sensório-motores, a partir da percepção háptica, da gravidade e da atividade tônica.

INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

No processo terapêutico da Experiência Somática®, quando rastreamos as sensações corporais dos pacientes, é normal encontrar inibições psicológicas e supressão da expressão emocional; ao incorporar técnicas do *Soma-Embodiment*®, a este processo, o terapeuta pode realizar um trabalho simultâneo de engajamento social, por meio toque tridimensional do sistema háptico, estimulando a sinergia, a ressonância, a intuição, a estabilidade física e a psicoeducação. Pois, quando tocamos, somos tocados e isso é válido para todos os sentidos. Não tocamos apenas com as mãos. Tocamos com todo o nosso corpo.

Dessa forma, o paciente aprende gradativamente a acessar as defesas incompletas

e, ao mesmo tempo, a refazer o caminho das atividades motoras gama e alfa⁷, aumentando a contenção para acessar a coerência. Então, finalmente, ser capaz de “ressignificar” a memória traumática. Esta é a grande contribuição do *Soma-Embodiment*[®] para tratamento do trauma, já que possui ferramentas para restaurar a percepção polissensorial perdida nas experiências traumáticas.

DE VOLTA AO CORPO

Os exercícios desenvolvidos no *Soma-Embodiment*[®] permite, às pessoas traumatizadas, renegociar a carga traumática, restaurar os sentidos sensório-motores e reorganizar seu modo de ser e estar no mundo, abrindo-as às sensações, despertando o sentimento de estar vivo, conectando-as aos próprios corpos e ao ambiente externo. Vítimas de traumas perdem a fluência dos cinco sentidos (audição, tato, olfato, visão e paladar) e dilatam a experiência no tempo e no espaço. Elas perdem a prontidão perceptiva e sua adaptação ecológica na vida fica comprometida, uma vez que os sistemas perceptivos são órgãos de atenção ativa e tornam-se inativos em caso de trauma. O ser humano também está em contato com o meio ambiente por meio da função exploratória do sistema de percepção, pelas extremidades do corpo – pele, mãos, pés, olhos, ouvido etc. O tato exploratório ativo permite tanto agarrar objetos quanto captar o seu significado.

Podemos citar alguns dos objetivos dos exercícios aplicados no Soma: criar possibilidades para tomada de consciência do corpo vivo⁸, no momento presente, diminuindo o excesso de dissociação intrínseco ao trauma; manter o corpo ativo para buscar estratégias para acessar a autorregulação dos elementos desorganizados, após o evento traumático; possibilitar o retorno à realidade do corpo-mundo, após a fuga diante de uma carga traumática não amparada pela psicofisiologia.

Portanto, é necessário restabelecer a conexão com a própria territorialidade, com mais segurança relacional, e despertar a plurisensorialidade para facilitar a orientação. O retorno ao corpo requer também o uso da intuição adquirida pelas experiências e ativada por todas as sensações emitidas pelas extremidades do corpo e pelos órgãos dos sentidos, necessários à adaptabilidade da vida aqui na Terra e à ecologia corporal, engendrada pela hapticidade. Retornar ao corpo é sentir um bem-estar a ponto de fazer todo o corpo ressoar e acessar a saúde pela coerência interna.

Em resumo, os princípios básicos do *Soma-Embodiment*[®] auxiliam, por meio do toque háptico e do movimento, terapeutas e pacientes a encontrar uma saída para os bloqueios no corpo, na mente e no cérebro, ocasionados por diferentes eventos traumáticos. O *Soma-Embodiment*[®] adota uma abordagem integrativa e promove uma prática clínica intuitiva, colaborando, assim, para aprofundar a eficácia proposta pela Experiência Somática. Desse

⁷ Os motoneurônios alfa são responsáveis pela execução de todo e qualquer movimento realizado pelo tronco e membros e está ligado ao sistema cortical.

⁸ Cf. Merleau Ponty; Peter Levine.

modo, o SE proporciona aos pacientes um alívio do sofrimento resultante do trauma e uma melhora do desenvolvimento pessoal e oferece aos terapeutas ferramentas eficazes para o processo terapêutico.

REFERÊNCIAS

CARROLL, Roz. At the Border Between Chaos and Order: What Psychotherapy and Neuroscience Have in Common. In: J. Corrigan & Wilkinson (ed). *Revolutionary connections: Psychotherapy and neuroscience*. London: Karnac Books, 2003.

GIBSON, James. *The Haptic System and its components*. Ithaca: Cornell University Press: Psychology Dept., 2008.

GIBSON, James. *The Ecological Approach to Visual Perception*. Classic Edition. New York: Psychology Press, 2015.

HARTLEY, Linda. *Somatic Psychology: Body, Mind and Meaning*. London: W. Publishers Ltd, 2004.

LEVINE, Peter. *Uma voz sem palavras: como o corpo libera o trauma e restaura o bem-estar*. Trad. Carlos Silveira Mendes Rosa e Cláudia Soares Cruz. São Paulo: Summus, 2012.

PORGES, Stephen. *Teoria Polivagal: fundamentos neurofisiológicos das emoções, apego, comunicação e auto-regulação*. Rio de Janeiro: Sense Aprendizagem e Comunicação, 2012.

RAMACHANDRAN, V.S; BLACKSLEE, Sandra. *Phantoms in the Brain: Probing the Mysteries of the Human Mind*. Haper Collins Publishers: William Morrow Paperbacks, 1999

SCAER, Robert. *8 Keys to Brain-Body Balance*. New York: W. W. Norton & Company, 2012.

VAN DER KOLK, B *et al.* Journal of Traumatic Stress. V. 18, n° 5, pp. 389-399, 2005.

VAN DER KOLK, Bessel. *O corpo guarda as marcas: cérebro, mente e corpo na cura do trauma*. Trad. Donaldson M. Garshagen. Rio de Janeiro: Sextane, 2020.

CAPÍTULO 4

COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS: UMA REFLEXÃO A PARTIR DA IMPLANTAÇÃO EM UMA ESCOLA PÚBLICA MUNICIPAL

Data de aceite: 01/03/2022

Maria de Fátima de Jesus Miranda

UEMA - Universidade Estadual do Maranhão
São Luís - Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/2693721905142623>

Alessandro Miranda Coelho

UFMA – Universidade Federal do Maranhão
São Luís - Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/6345760081995764>

Leuzete Sousa de Oliveira Miranda Coelho

UFMA – Universidade Federal do Maranhão
São Luís - Maranhão

Gracimary de Jesus Godinho Bastos

CEUMA – Universidade Ceuma
São Luís - Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/0747265963054352>

Antonio Luis Nunes Bastos

Faculdade Laboro
São Luís - Maranhão

Luzimary de Jesus Ferreira Godinho Rocha

Instituto Federal do Maranhão
São Luís - Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/7326088654509418>

RESUMO: Este artigo objetivou analisar práticas pedagógicas voltadas ao desenvolvimento das competências socioemocionais nos anos iniciais da Unidade de Educação Básica Olinda Desterro. Utilizou-se um modelo de pesquisa de abordagem quali-quantitativa e exploratória, que possibilitou investigar o problema. Os procedimentos

adotados foram: referências bibliográficas com consultas a livros, sites educativos e coleta de dados, através de uma pesquisa de campo na referida Unidade; questionário criado no *google forms*, com perguntas abertas e fechadas, que investigou a aplicabilidade das competências socioemocionais no planejamento escolar; conhecimento das competências na formação dos profissionais; avanços e dificuldades. Temos a convicção de que, o desenvolvimento das competências socioemocionais associadas as competências cognitivas alavancarão o processo ensino aprendizagem do educando de forma mais sólida e consistente para uma educação de qualidade e significativa.

PALAVRAS-CHAVE: Competências. Emoções. Aprendizagem.

SOCIOEMOTIONAL SKILLS: A REFLECTION FROM THE IMPLEMENTATION IN A MUNICIPAL PUBLIC SCHOOL

ABSTRACT: This article aimed to analyze pedagogical practices focused on the development of social and emotional competencies in the early years of the Basic Education Unit Olinda Desterro. A qualitative-quantitative and exploratory research model was used to investigate the problem. The procedures adopted were: bibliographic references with consultations to books, educational websites, and data collection, through a field research in the Unit; questionnaire created in google forms, with open and closed questions, which investigated the applicability of social and emotional skills in school planning;

knowledge of the skills in the training of professionals; advances and difficulties. We are convinced that the development of socioemotional competencies associated with cognitive competencies will leverage the teaching-learning process of the student in a more solid and consistent way for a quality and meaningful education.

KEYWORDS: Competencies. Emotions. Learning.

1 | INTRODUÇÃO

O artigo apresentado tem como propósito demonstrar as competências socioemocionais que integram a Base Nacional Comum Curricular, e sua implementação em sala de aula de modo intencional, com objetivos definidos, integrados nos diferentes componentes curriculares e no cotidiano escolar, conforme documento orientador: Proposta Curricular Flexibilizada da Rede Pública Municipal de Ensino de São Luís, na Unidade de Educação Básica Olinda Desterro, nas séries iniciais do Ensino Fundamental. Entende-se que o mundo é social, como também, emocional. Serna (2019, p. 12) afirma que: “De tal forma que aqueles que são mais qualificados em termos de desempenho emocional, também são os mais bem-sucedidos”.

Considerando o que afirma o autor, é importante trabalhar as competências socioemocionais dos alunos, para que estes possam lidar com maturidade e autonomia com as intercorrências do cotidiano e tenha sucesso em sua vida profissional e pessoal.

Para Garcia (2020, p. 19) “as competências socioemocionais devem ser ensinadas nas escolas, primeiro por haver uma avalanche de depressão nos dias atuais, em diversas esferas e em segundo, porque melhora a aprendizagem”. Deste modo, se faz necessário trabalhar as Competências Socioemocionais, pois se o educando não está bem consigo, isto acarretará consequências para a aprendizagem e sua saúde emocional. A sociedade está em constantes transformações e a educação precisa se adequar a essas mudanças, proporcionando ao aluno uma educação que desenvolva uma aprendizagem cognitiva associada às competências socioemocionais, capazes de possibilitar ao sujeito uma educação plena.

O interesse pela temática “Competências Socioemocionais” se dá pelo reconhecimento de sua importância no processo de desenvolvimento integral da pessoa, uma vez que são um componente essencial no estabelecimento de uma boa convivência em sociedade. A partir da sua implementação, o aprendizado com as seguintes habilidades: abertura ao novo, consciência ou autogestão, extroversão ou engajamento com os outros, amabilidade e estabilidade ou resiliência, possibilitará ao aluno aprimorar seus conhecimentos, desenvolver relações interpessoais com seus pares e consigo; se tornará capaz de enfrentar desafios, gerenciar e resolver problemas de forma responsável e, poderá ser capaz de resolver conflitos no contexto escolar.

As competências socioemocionais que integram a Base Nacional Comum Curricular foram implantadas no Currículo da Rede Municipal de Ensino de São Luís, desde 2019.

Dessa forma, temos a seguinte problematização: As competências socioemocionais estão sendo aplicadas vinculadas à prática de sala de aula com os componentes curriculares e o Projeto Político Pedagógico de forma intencional e sistemática em todo o contexto escolar nas séries iniciais do Ensino Fundamental, na Unidade de Educação Básica Olinda Desterro?

Segundo Garcia (2020, p. 14), “Em 1998, a UNESCO (Organização Educacional, Científica e Cultural das Nações Unidas) divulgou o relatório Educação: um tesouro a descobrir”. Os estudiosos em educação elaboraram um documento que serve de recomendação para os demais professores do século 21, que considerou pilares para o ensino, são eles:

Aprender a saber: capacidade para aprender a vida inteira. Aprender a fazer: competência pessoal. Aprender a conviver: Habilidade para evitar e resolver conflitos. Aprender a ser: habilidade para desenvolver a pessoa como um todo. (GARCIA, 2020, p. 14).

É um desafio trabalhar as competências socioemocionais, pois impacta não somente os currículos escolares, como todo o processo de ensino aprendizagem. É preciso trabalhar além dos conteúdos dos diversos componentes curriculares e, em paralelo, desenvolver as questões relacionadas a comportamentos, relacionamentos interpessoais e valores sociais.

Por isso, o objetivo desse artigo foi analisar essas práticas pedagógicas voltadas para o desenvolvimento de competências socioemocionais nos anos iniciais da Unidade de Educação Básica Olinda Desterro.

Entende-se que, o trabalho quando feito pensando na formação do educando como um todo é de fundamental importância para o seu desenvolvimento pessoal e profissional, o desafio é imenso, pois impacta em mudanças sistemáticas no processo de ensino aprendizagem, porém de grande relevância para todos os atores desse processo.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

Os jovens para viverem em uma sociedade competitiva é necessário fazer um trabalho educacional para além do conteúdo programático, alinhado com as competências socioemocionais e, promover mudanças reais e significativas, a fim de que o indivíduo tenha êxito em sua formação integral.

Na BNCC, **competência** é definida como a mobilização de conhecimentos (conceitos e procedimentos), habilidades (práticas, cognitivas e socioemocionais), atitudes e valores para resolver demandas complexas da vida cotidiana, do pleno exercício da cidadania e do mundo do trabalho. (BRASIL, 2017, p. 20).

Ressalta-se que, é importante compreender se faz necessário trabalhar as competências socioemocionais tanto quanto as competências cognitivas. Verifica-se que atitudes pequenas e diferentes posturas possibilitam a facilidade no processo, se for eleita

como prioridade. De todos os ensinamentos aprendidos na escola, o que fica na mente?

Outro ponto a ser mencionado, diz respeito às lembranças dos tempos de alunos. Possivelmente, elas não são dos conteúdos trabalhados naquele momento, mas sim, das diferentes emoções vividas. Os amores do tempo de escola, as paixões, as amizades, os medos, o que dava prazer. Dentre essas lembranças, algumas estão relacionadas a superações e incentivos, as perdas e fracassos vividos, de tudo que toca a alma da pessoa e, assim contribui para formar a personalidade (FONTE, 2019).

É importante destacar o que alguns teóricos pensam sobre a importância das emoções para o processo de aprendizagem do aluno, o professor precisa estar atento a elas, pois, podem influenciar de forma positiva ou negativa.

Conforme aponta Scalla (2012, p. 01):

A emoção para Piaget "O psicólogo valoriza o termo afetividade, em vez de emoção, e diz que ela influencia positiva ou negativamente os processos de aprendizagem, acelerando ou atrasando o desenvolvimento intelectual". A emoção, para Vygotsky "Para compreender o funcionamento cognitivo (razão ou inteligência), é preciso entender o aspecto emocional. Os dois processos são uma unidade: o afeto interfere na cognição, e vice-versa, a própria motivação para aprender está associada a uma base afetiva.". A emoção, para Wallon "O pesquisador defende que a pessoa é resultado da integração entre afetividade, cognição e movimento. O que é conquistado em um desses conjuntos interfere nos demais. O afetivo por meio de emoções, sentimentos e paixões, sinaliza como o mundo interno e externo nos afeta".

Dessa forma, as emoções estão diretamente ligadas a aprendizagem, nas relações no contexto escolar e no meio social, quando observadas atentamente e estimuladas positivamente, o processo ensino aprendizagem será facilitado.

2.1 O que são competências socioemocionais e quais são elas?

As pessoas são impregnadas por suas emoções, moldadas a partir de experiências nas relações sociais e nos diversos contextos. Nessa construção são adquiridos valores, modificando atitudes, fazendo escolhas, que nos permitirão enfrentar e resolver problemas do cotidiano, nessa mistura de emoções e situações diversas, as habilidades são desenvolvidas e aprimoradas. Então, o que são competências socioemocionais?

As Competências Socioemocionais constituem uma integração de saberes e fazeres sobre si mesmas e sobre as demais, apoiando-se na consciência, na expressão, na regulação e na utilização (manejo) das emoções, cujo objetivo é aumentar o bem-estar pessoal (subjetivo e psicológico) e a qualidade das relações sociais (GONDIN; MORAIS; BRANTES, 2014, p. 400).

A criatividade emocional, as habilidades sociais, a regulação emocional e a inteligência emocional compõem um amplo conjunto de são as Competências Socioemocionais. A **Base Nacional Comum Curricular - BNCC** (2017) determina que as escolas trabalhem as competências socioemocionais, entre as dez competências gerais, quatro enfatizam o

caráter socioemocionais. São elas:

Valorizar a diversidade de saberes e entender as relações próprias do mundo do trabalho, fazendo escolhas alinhadas à cidadania e a seu projeto de vida, com liberdade, autonomia, consciência crítica e responsabilidade;

Cuidar de sua saúde física e emocional, de forma a conhecer, apreciar e reconhecer suas emoções e as dos outros, com autocrítica e capacidade para lidar com elas;

Exercitar a empatia, o diálogo, a resolução de conflitos e a cooperação, fazendo-se respeitar; promovendo o respeito ao outro e aos direitos humanos sem preconceito de qualquer natureza;

Agir com autonomia, responsabilidade, flexibilidade, resiliência e determinação, tomando decisões com base em princípios éticos, democráticos, inclusivos, sustentáveis e solidários. (BRASIL, 2017, p. 19).

O desenvolvimento dessas competências deve colaborar para assegurar os direitos a aprendizagem, sendo fundamental para a formação do indivíduo e sua atuação no mundo social e do trabalho, com competência e no controle de suas emoções. A pergunta que a escola sempre faz: Que tipo de cidadão quero formar? Dessa forma, observamos que, para que aconteça de fato, se faz necessário que o cidadão tenha educação integral levando em consideração as questões cognitivas e as emoções considerando sempre a mesma importância no que tange o processo de ensino aprendizagem, é a integração entre o saber e o ser.

As competências socioemocionais estão constituídas da seguinte forma: Abertura ao novo (curiosidade para aprender, imaginação criativa e interesse artístico), Consciência ou Autogestão (determinação, organização, foco, persistência e responsabilidade), Extroversão ou Engajamento com os outros (iniciativa social, assertividade e entusiasmo), Amabilidade (empatia, respeito e confiança) e Estabilidade ou Resiliência emocional (autoconfiança, tolerância ao estresse e à frustração). (SANTOS, 2020, p. 01).

O trabalho com as competências socioemocionais precisa ser intencional através de atitudes e ações planejadas, para que a criança desde sua infância, possa internalizar a aprendizagem de valores através da prática de ações vivenciadas no cotidiano escolar, tomando consciência de suas atitudes, emoções e refletindo sobre elas, com a mediação dos profissionais da escola.

Conforme aponta Goleman; Senge (2015, P. 156) “A sincronia entre professores e alunos indica a intensidade da relação estabelecida entre eles [...]”;

Observações que foram feitas em salas de aulas revelam quanto mais próxima for a coordenação entre aluno e professor, mais satisfeitos e amigáveis serão entre si e, possibilitará mais interesses, entusiasmados e abertos na interação (GOLEMAN; SENGE 2015).

A interação é fundamental entre as pessoas, aprender a conviver com o outro, respeitar a si e seus pares. Portanto, além de desenvolver habilidades cognitivas na escola

é necessário desenvolver relacionamentos humanos saudáveis. Essas competências dialogam entre si, estão entrelaçadas, para o pleno desenvolvimento integral dos estudantes, conforme preconizado pela BNCC.

2.2 O que diz a lei sobre as competências socioemocionais?

Quando falamos nas questões legais no que se refere ao Brasil e Maranhão temos especificado na Constituição Federal de 1988, na Lei de Diretrizes Bases da Educação Nacional nº 9.394/1996, no Parecer do Conselho Nacional de Educação/CP nº 15/2017, na Base Nacional Comum Curricular e no Documento Curricular do Território Maranhense, orientações para pautar uma educação que venha garantir o desenvolvimento integral do ser humano, focando no crescimento intelectual, pessoal e emocional.

Conforme o art. 205 da Constituição Federativa do Brasil (1988, p. 136) que “A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”.

Segundo a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB, Lei nº 9.394/1996):

O desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, tendo em vista a aquisição de conhecimentos e habilidades e a formação de atitudes e valores; O fortalecimento dos vínculos de família, dos laços de solidariedade humana e de tolerância recíproca em que se assenta a vida social; Os currículos do ensino médio deverão considerar a formação integral do aluno, de maneira a adotar um trabalho voltado para a construção de seu projeto de vida e para sua formação nos aspectos físicos, cognitivos e socioemocionais. LDB, Art. 32- III, IV. 35-A, § 7º. (BRASIL, 2019, p. 01).

Considerando o que preconiza a lei deve ser garantido ao aluno um trabalho com o desenvolvimento de competências, dando ênfase também as socioemocionais, estabelecendo uma integração da educação, considerando as emoções como um dos fatores preponderantes para alavancar a aprendizagem.

O Conselho Nacional de Educação, no Parecer CNE/CP nº 15/2017, diz que:

Pode-se dizer que os saberes a serem adquiridos pelos estudantes durante a Educação Básica, embora nem sempre isso se dê na escola, englobam: conhecimentos (cognitivos, fatos, procedimentos e conceitos); habilidades (práticas cognitivas e socioemocionais); atitudes (motivações e disposições pessoais); e valores (éticos, democráticos), bem como respeito aos valores religiosos e expressões culturais, como os costumes e artes. Pode-se conceituar a educação como um processo intencional e organizado de aquisição de conhecimentos e de habilidades, de desenvolvimento de atitudes, de incorporação de valores e da cultura, bem como de desenvolvimento da capacidade de mobilizar, articular e aplicar estes recursos e lidar com emoções para encontrar a solução de problemas da vida dos estudantes. (BRASIL, 2017, p. 27).

Compreende-se que, as competências gerais são ratificam o comprometimento da educação do Brasil para com as solicitações da sociedade contemporânea, visto que ser

criativo, participativo, se comunicar, analítico-crítico, responsável e ético requerem mais que acumular conhecimentos. Dessa forma, a BNCC entende que a Educação Básica precisa visar ao desenvolvimento humano de maneira global, como também, a formação da pessoa. É necessário romper com pontos de vista reducionistas, que ora privilegia a dimensão intelectual (cognição), ora a afetividade (dimensão) ou o socioemocional, quando não complicam confundindo a “educação em tempo integral” com a “educação integral” (BRASIL, 2017).

O parecer vem reafirmar o que diz a Constituição, garantir o desenvolvimento pleno e integral do cidadão, para que este possa exercer sua cidadania com a integração dos saberes a emoções, preparando-o para a vida e o mundo do trabalho. Desse modo, reconhecendo a importância do trabalho por competências para suprir as demandas da sociedade em pleno século XXI.

A Base Nacional Comum Curricular afirma, de maneira explícita, o seu compromisso com a **educação integral**. Reconhece, assim, que a Educação Básica deve visar à formação e ao desenvolvimento humano global, o que implica compreender a complexidade e a não linearidade desse desenvolvimento, rompendo com visões reducionistas que privilegiam ou a dimensão intelectual (cognitiva) ou a dimensão afetiva. Significa, ainda, assumir uma visão plural, singular e integral da criança, do adolescente, do jovem e do adulto – considerando-os como sujeitos de aprendizagem – e promover uma educação voltada ao seu acolhimento, reconhecimento e desenvolvimento pleno, nas suas singularidades e diversidades. Além disso, a escola, como espaço de aprendizagem e de democracia inclusiva, deve se fortalecer na prática coercitiva de não discriminação, não preconceito e respeito às diferenças e diversidades. (BRASIL, 2017, p. 23).

A BNCC orienta que, não se deve fazer um trabalho educacional de forma independente entre os aspectos cognitivos e socioemocionais, pois estes estão sempre interligados. O trabalho educativo orientado com competências socioemocionais evidencia o valor de sua integração no fazer pedagógico e na formação do educando. No documento Curricular do Território Maranhense diz que:

É importante citar que a educação precisa ser vista com instrumento histórico e social da pessoa, que possibilita a capacidade de desenvolver integralmente suas capacidades humanas. A educação integral, diz respeito a evolução do processo educacional que engloba todas as áreas (cognição, social, ética, estética, afetiva e física) do ser humano (Maranhão, 2019). “A formulação do currículo nessa perspectiva deve pensar uma educação que possibilite a formação integral do ser humano, em todos os seus aspectos e possibilidades” (MARANHÃO, 2019, p. 27).

Esse documento curricular converge para a aplicabilidade na prática, conforme o que foi pautado a nível nacional para a educação brasileira, orientando as propostas pedagógicas e os currículos das escolas, que inclui as competências socioemocionais.

Podemos considerar que os diversos documentos oficiais que regulam a educação

brasileira convergem para a formação integral do educando em suas diversas dimensões, rompendo com um processo de ensino e aprendizagem somente com ênfase no conteúdo, focando no desenvolvimento das potencialidades do indivíduo através do trabalho com competências, visando uma educação de qualidade, levando em conta, que o aprender envolve, não só os aspectos cognitivos, mas também os emocionais e os sociais.

2.3 Qual a importância do trabalho por competências socioemocionais?

Diversas instituições educacionais dentro e fora do país passaram a implementar a aprendizagem socioemocional, porque já perceberam a sua importância para a formação integral do aluno, pois este precisa ser capaz de interagir com o conhecimento que aprende, e ainda, saber lidar com ele e com situações diversas e desafiadoras, tornando-se apto a progredir em seus estudos e no mundo do trabalho.

Desde 2009, escolas canadenses introduziram em suas grades curriculares o desenvolvimento de habilidades socioemocionais nos alunos. Algumas aulas, por exemplo, são voltadas para desenvolver, especificamente, a resiliência dos estudantes, afim de que não fiquem desmotivados diante das dificuldades com alguma disciplina escolar. (GARCIA, 2020, p. 11).

Essas competências impactam positivamente na aprendizagem, o aluno aprimora seu conhecimento, aprende a lidar com ele, convive melhor com seus pares, torna-se protagonista de seu aprendizado, desenvolve suas potencialidades e valores morais, é capaz de argumentar e defender seu ponto de vista, trabalha em equipe e respeita a opinião dos outros, torna-se também um cidadão de sucesso que sabe lidar com suas emoções diante dos problemas e resolvê-los.

A escola deve preparar-se para trabalhar conteúdos, mas também, promover atividades que desenvolvam o socioemocional de seus alunos, trazendo para o ensino uma visão mais humanizada.

A aprendizagem social e emocional complementa a vivência acadêmica – a soma das duas coisas é a educação integral da criança. Examinamos as competências de autodomínio que proporciona as crianças resiliência na vida e no aprendizado, e que lhes servirão para perseguir seus objetivos a despeito dos reveses. (GOLEMAN; SENGE, 2015, p. 35).

Essa aprendizagem precisa ser uma etapa contínua e progressiva e não esporádica; não focar apenas nas áreas cognitivas, mas associá-las com as competências socioemocionais nos diferentes componentes curriculares dentro de sala de aula e também nas diversas atividades desenvolvidas no ambiente escolar, para que realmente o aluno aprenda a lidar com suas emoções e entenda as do próximo, exercitando a empatia.

Garcia (2020, p. 15) “quando as escolas se comprometem em promover a aprendizagem socioemocional dos alunos, elas se posicionam para engajar todas as partes interessadas na educação [...]”, criando um ambiente seguro, envolvente equitativo, como também, adquirir e aprimorar os saberes, disposições necessárias, as habilidades para

sucesso na vida e convivência interpessoal (GARCIA, 2020).

Além disso, é também responsabilidade da escola abordar essas competências para formar alunos capazes de defender suas opiniões, resolver problemas e atuar em seu meio social de forma crítica e ativa. O aluno deve ser protagonista de seu aprendizado, mas para isso precisa desenvolver habilidades e valores que o prepare integralmente para a vida.

As emoções desempenham um papel central em nossas vidas, especialmente por serem estruturantes no desenvolvimento de uma pessoa. Elas influenciam a personalidade, estão nos comportamentos, têm impactos na nossa saúde. Além disso, estão na fonte de aquisição de competências fundamentais para lidar com exigências sociais, que clamam por pessoas com disposição para trabalhar em grupos e que tenham capacidade de estabelecer relações interpessoais harmoniosas e saudáveis (GONSALVES, 2015, p. 11).

Portanto, o processo educacional é impregnado por emoções que ocorrem em todos os momentos da vida escolar do aluno seja da raiva a admiração por um professor, essas emoções marcam positivamente ou negativamente e precisam ser trabalhadas em prol da aprendizagem. É fundamental ficar atento às influências que as emoções exercem no processo ensino aprendizagem. Goleman e Senge (2015) afirmam que:

[...] nomear as emoções com precisão ajuda as crianças a ter mais clareza acerca do que está acontecendo com seu íntimo - fator essencial tanto para tomar decisões lúcidas como para administrar as emoções ao longo da vida. Deixar de compreender isso pode fazer a criança perder o rumo. (GOLEMAN; SENGE, 2015, p. 12).

As competências socioemocionais são essenciais, pois, contribuem para uma melhor aprendizagem, previne focos de violência e o combate ao bullying, promovendo um ambiente mais respeitoso e empático, ajuda a reduzir o abandono escolar e fortalece a saúde mental dos alunos, pois este aprende a lidar com suas emoções, reduz as desigualdades de oportunidades e possibilita alcançarem seus projetos de vida.

A curto prazo, a formação integral com base na educação socioemocional pode ser fundamental para o combate ao *bullying*, ao preconceito de qualquer natureza e aos maus comportamentos escolares. Já a longo prazo, é possível formar futuros adultos que saberão administrar os próprios sentimentos, serão mais conscientes e críticos em relação às injustiças sociais e às demandas de grupos marginalizados, levarão de forma mais séria as responsabilidades cotidianas da vida e possivelmente terão mais familiaridade com a criação de soluções e melhorias para a sociedade como um todo. (THADEU, 2019, p. 01).

Podemos observar que, o trabalho realizado com as competências socioemocionais todos ganham e o processo de ensino e aprendizagem vislumbra novos caminhos tornando a aprendizagem significativa para o aluno. Este aprende com prazer, pois os conteúdos trabalhados também são adequados aos seus interesses. O ambiente escolar é mais agradável, conflitos e problemas são resolvidos com equilíbrio pelos próprios alunos.

Aprende-se o aspecto cognitivo e emocional, importantes para uma vida equilibrada.

2.4 Resultados e discussões

Na perspectiva de fazer uma reflexão crítica sobre o trabalho com as competências socioemocionais na Unidade de Educação Básica Olinda Desterro, foi realizada uma pesquisa, para contribuir com o estudo deste artigo, sendo coletadas informações significativas. A amostra atingiu 1 Gestor, 1 Suporte Pedagógico, 1 Apoio Pedagógico e 9 Professoras. O questionário utilizado abordou: Há um trabalho com as competências e como é trabalhado? Qual a importância? Quais os avanços, as dificuldades e as ações praticadas na escola para desenvolver as competências socioemocionais?

Na questão, você costuma trabalhar as competências socioemocionais no ambiente escolar, 16,7% dos profissionais da escola responderam que não trabalham as competências socioemocionais, enquanto 83,3% trabalham. Evidenciando que não há um trabalho de unidade entre todos.

Existem na escola diferentes propostas de atividades para trabalhar as competências socioemocionais, no entanto, percebe-se que cada profissional trabalha de uma forma diferenciada, alguns dissociando as competências socioemocionais do cognitivo, trabalhando de forma isolada, outros, já demonstram integrar com Linguagem e Religião. De modo geral, não se percebeu um trabalho em conjunto, planejado, sistematizado. Quando essas competências são trabalhadas concomitantemente com os componentes curriculares a aprendizagem do aluno tem um ganho significativo, pois, juntas colaboram para o desenvolvimento pleno do aluno.

Quanto à importância de se trabalhar com as competências socioemocionais no contexto escolar foram unânimes ao considerarem que é fundamental trabalhá-las no contexto escolar, para que o cidadão se torne responsável e possa se posicionar em suas relações com seu meio social de forma harmoniosa. Além disso, ajuda a desenvolver a saúde emocional, física, o senso crítico, resolver conflitos, conduz ao autoconhecimento de suas emoções e sentimentos contribuindo para a formação de um adulto feliz e equilibrado e melhora o seu aprendizado.

Constatou-se diferentes opiniões sobre quem e como deve ser o trabalho com as competências, no entanto, grande parte do grupo tem consciência sobre a importância que elas exercem no processo de aprendizagem e formação do cidadão. Relataram ainda, que o professor não deveria trabalhar as competências socioemocionais e sim outro profissional que tivesse conhecimentos específicos. Daí então, propõe-se que as competências socioemocionais fossem trabalhadas através de temas para esse fim. Portanto, fica evidente, que existe a necessidade de um maior esclarecimento aos profissionais sobre quem deve trabalhar as competências e como estas devem ser desenvolvidas.

Sobre os avanços alcançados pelo trabalho realizado na escola com as competências socioemocionais destacam-se como ponto positivo: o aluno demonstrar mais segurança,

criatividade, responsabilidade, empatia, gerenciamento e diminuição de conflitos, aumento do rendimento escolar, pessoas mais calmas, compreensivas e resilientes, sucesso pessoal e profissional.

Em relação as dificuldades destacam-se as divergências de opiniões, em alguns momentos; o individualismo que ainda permeia o ambiente escolar; conhecimento de novas estratégias; a descontinuidade das intervenções; a falta de acompanhamento da família. As dificuldades elencadas são significativas, o que requer intervenções no contexto escolar, pois convergem para o gerenciamento de questões emocionais entre a própria equipe pedagógica.

Relataram também, que: “Pouco se trabalha na escola dentro desse contexto”. Diante do exposto, observa-se que existe na escola uma divergência significativa sobre as ações praticadas para desenvolver as competências socioemocionais. Os profissionais demonstram conhecimento sobre as competências, porém precisa ser potencializado para uma prática mais coesa entre todos no ambiente escolar.

Quanto as ações praticadas na Unidade de Educação Básica Olinda Desterro, para desenvolver as competências socioemocionais junto aos alunos obtivesse como respostas: atividades artísticas, projeto de leitura e étnico-racial, palestras, rodas de conversas, atendimento individualizado caso haja necessidade pelos profissionais competentes e também pelos professores em sala de aula; encontros com a comunidade escolar através do diálogo com família e alunos; parcerias com instituições de nível superior para desenvolvimento de projetos psicopedagógico; projeto de valores, atividades referentes a datas comemorativas, coral e encenações com os alunos; contação de histórias, observação, orientação e intervenção; projeto semana da consciência negra; gincanas. Dentre os resultados um profissional enfatizou que “*desconhece qualquer ação praticada na escola* (sic.)”. Entretanto, apesar da família exercer função central na vida do aluno, à medida que ele cresce, vai se inserindo em novos contextos sociais, trocas cognitivas e experiências socioemocionais que favorecem o desempenho socioemocional saudável (Petrucci, Borsa, & Koller, 2016).

São desenvolvidas diversas ações, no entanto, o que se percebeu a necessidade de formação continuada para esclarecer melhor como se deve trabalhar as competências socioemocionais alinhadas a um planejamento articulado com os componentes curriculares.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo indicam que muitos profissionais da Unidade de Educação Básica Olinda Desterro têm conhecimento sobre as Competências Socioemocionais, e embora realizem atividades excelentes, estas poderiam estar contemplando e desenvolvendo o gerenciamento das emoções; fazendo com que o aluno pudesse se tornar emocionalmente educado, consciente de suas emoções e capaz de estabelecer

relacionamentos saudáveis. Entretanto, as ações trabalhadas estão desarticuladas de um planejamento coeso, com objetivos claros e bem definidos, onde se possa trabalhar em conjunto e haja a participação de todos os profissionais, tendo em vista que ficou evidente, a existência de profissionais, na escola, que desconhecem as atividades que estão sendo realizadas e que ele não deveria ser o mediador do trabalho com as competências socioemocionais.

Considerando a relação professor e aluno, um dos elos fundamentais para que o processo ensino aprendizagem aconteça, as competências socioemocionais não podem ser trabalhadas por outro profissional em sala de aula, elas são construídas nessa relação, que é intensa, constante e nos exemplos do professor. No entanto, nos outros espaços da escola todos os outros profissionais devem mediar essa educação. Nessa troca de experiências e informações ocorre mudanças de atitudes mutuamente e conseqüentemente essas competências serão desenvolvidas ao longo da vida escolar dos alunos em suas dimensões individuais e coletivas.

A educação familiar também faz parte desse processo, como primeiro grupo social do aluno, pois é importante para complementar o trabalho da escola, visto que essa parceria fortalece os vínculos, resgata valores e previne a violência.

A sociedade e a educação estão em constantes transformações, o século XXI exige seres humanos capazes de lidar com diferentes situações no mundo do trabalho e isso requer que a escola prepare cidadãos capazes de lidar com suas emoções com responsabilidade e autonomia. Assim, a aprendizagem cognitiva e emocional não pode ser individualizada pois ambas se completam e juntas vislumbram reais possibilidades que venham atender os anseios de todos. É importante trabalhar não somente conteúdos, mas associá-los com amor, senso moral, étnico, cooperação, fortalecendo o indivíduo, resgatando valores, respeito, solidariedade e responsabilidade.

Portanto, é preciso operacionalizar formações continuadas consistentes, com teorias e oficinas, para que possam subsidiar o fazer pedagógico. O professor tem um papel relevante na consolidação das competências socioemocionais, ele é o mediador de toda aprendizagem sistematizada e suas ações proporcionam situações de aprendizagens significativas, levando o educando a ser ativo, coautores na construção dos conhecimentos e de sua história, intervindo no meio em que vive.

Temos a expectativa de que os resultados da pesquisa contribuam para que a Gestão, Coordenadores e Professores da Unidade de Educação Básica Olinda Desterro compreendam a importância da concretização de práticas pedagógicas com foco no desenvolvimento das habilidades socioemocionais, levando-se em consideração sua potencialidade para uma formação socialmente responsável. Isso, em coerência com um entendimento que são essas habilidades que desenvolvem a capacidade de lidar com as próprias emoções, assim como atitudes positivas diante da vida e nas relações com o mundo. Nesse sentido, recomendamos que esses profissionais da escola reflitam sobre

suas práticas e a redimensionem, modificando as relações interpessoais e contribuindo para uma aprendizagem além do conteúdo.

A BNCC reforça o trabalho com as competências socioemocionais e o Currículo da Rede do Municipal de Ensino de São Luís- Ma está planejado incluindo essas competências, o que precisamos fazer é fomentá-las de forma efetiva na prática pedagógica associando o cognitivo com o socioemocional, utilizando recursos como jogos, vivências, arte, dentre outros; pois quando essas competências são associadas aos componentes curriculares, o processo de ensino e aprendizagem torna-se significativo e ainda contribui para o desenvolvimento e aprimoramento de uma educação de qualidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Educação/Conselho Pleno. Parecer nº 15, de 15 de dezembro de 2017. Base Nacional Comum Curricular BNCC. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 dez. 2017. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/dezembro-2017-pdf/78631-ppp015-17-pdf/file>. Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1998.

BRASIL. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. 3. ed. Brasília: Coordenação de Edições Técnicas, 2019. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/559748>. Acesso em: 10 jan. 2022.

FONTE, Paty. **Competências socioemocionais na escola**. Rio de Janeiro: Wak, 2019.

GARCIA, Carol. **Competências socioemocionais em sala de aula: guia prático do ensino infantil ao ensino superior**. São Paulo: Salto: Scoba, 2020.

GOLEMAN, Daniel; SENGE, Peter. **O foco triplo: uma nova abordagem para a educação**. Tradução: Cássio de Arantes Leite. Rio de Janeiro: Objetiva, 2015.

GONDIN, Sônia Maria Guedes; MORAIS, Franciane Andrade; BRANTES, Carolina dos Anjos Almeida. Competências socioemocionais: fator-chave no desenvolvimento de competências para o trabalho. **Revista Psicologia, Organizações e Trabalho**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 394-406, out./dez. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v14n4/v14n4a06.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2021.

GONSALVES, Elisa Pereira. **Educação e emoções**. Campinas: Alínea, 2015.

MARANHÃO. **Documento Curricular do Território Maranhense para a Educação Infantil e o Ensino Fundamental**. Maranhão: Secretaria Estadual de Educação, 2019.

PETRUCCI, G. W., BORSA, J. C., & KOLLER, S. H. (2016). **A Família e a escola no desenvolvimento socioemocional na infância**. *Temas em Psicologia*, 24(2),391-402.

SANTOS, Victor. Competências gerais e socioemocionais: como fazer o melhor uso delas? **Revista Nova Escola**, ago. 2020. Disponível em: <https://novaescola.org.br/conteudo/19679/competencias-gerais-e-socioemocionais-como-fazer-o-melhor-uso-delas>. Acesso em: 21 dez. 2021.

SCALLA, Fernanda. Neurociência: como ela ajuda a entender a aprendizagem. **Revista Nova Escola**, jun. 2012. Disponível em: <https://novaescola.org.br/conteudo/217/neurociencia-aprendizagem>. Acesso em: 08 jan. 2022.

SERNA, Juan Moisés de la. **Inteligência emocional na escola**. Tradução: Rosane Bujes. Sevilla: Babelcube Books, 2019.

THADEU, Victor. A importância do ensino socioemocional para a base nacional comum curricular (bncc). **E-docente**, maio 2019. Disponível em: <https://www.edocente.com.br/blog/bncc/importancia-do-ensino-socioemocional-para-bncc/> Acesso em: 10 jan. 2022.

TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E ADOLESCÊNCIA: O SOFRIMENTO INVISIBILIZADO

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 08/01/2022

Kamila Andressa Rabuske

Universidade do Oeste de Santa Catarina –
UNOESC
Pinhalzinho – Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/6507397036195344>

Amanda Angonese Sebben

Universidade do Oeste de Santa Catarina –
UNOESC
São Miguel do Oeste – Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/0379750227034360>

Willian Gemelli

Universidade do Oeste de Santa Catarina –
UNOESC
Pinhalzinho – Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/8662582430605395>

Naiana Priscila Kessler Amancio

Universidade do Oeste de Santa Catarina –
UNOESC
Pinhalzinho – Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/0395247005994148>

Artigo derivado de pesquisa aprovada no Edital 60/Unoesc-R/2019 (Art. 170), da Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC.

RESUMO: Observa-se anualmente um crescimento progressivo da incidência de Transtornos Mentais Comuns (TMC), sendo sobretudo diagnosticados mais frequentemente

em adolescentes, com predomínio do sexo feminino. Nesta conjuntura, este artigo trata-se de um recorte de uma pesquisa abrangente, que objetivou compreender os sintomas de TMC em adolescentes de escolas públicas e a percepção destes sobre o tema. Neste recorte foram abordados os resultados obtidos através da realização de sete grupos focais, com a participação de aproximadamente 40 adolescentes de quatro escolas estaduais, de turmas do primeiro ano do ensino médio, com idades entre 15 a 17 anos. A partir dos conteúdos surgidos nos grupos, utilizou-se a análise de conteúdo de Minayo para análise dos dados, resultando em duas categorias de análise: relações familiares e relações escolares. Identificou-se em todos os grupos, discursos indiciando que a dificuldade no relacionamento com os familiares apresenta-se como fator relevante para o adoecimento psíquico. No que concerne a relações escolares, identificou-se *bullying*, exercido entre colegas e, até mesmo por docentes; e dificuldade de as instituições escolares reconhecerem, acolherem e manejarem o sofrimento psíquico dos estudantes como principais fatores que contribuem para o adoecimento destes. Considera-se necessário que os profissionais da área da saúde mental, gestores e sociedade, se atentem para a existência de TMC nesse grupo etário, e realizem, de forma conjunta com a escola, família, e demais instituições, formas de promoção, proteção e recuperação de saúde mental no ambiente escolar.

PALAVRAS-CHAVE: Escola. Adolescentes. Transtornos mentais comuns. Bullying.

COMMON MENTAL DISORDERS AND ADOLESCENCE: THE INVISIBLE SUFFERING

ABSTRACT: Anually, there is a progressive increase in the incidence of Common Mental Disorders (TMC), which are diagnosed more frequently in adolescents, with a predominance of females. In this context, this article is an excerpt from a comprehensive research, which aimed to understand the symptoms of TMC in adolescents from public schools and their perception of the subject. In this excerpt, the results obtained through the realization of seven focus groups were addressed, with the participation of approximately 40 adolescents from four state schools, from classes in the first year of high school, aged between 15 and 17 years. From the contents that emerged in the groups, Minayo's content analysis was used for data analysis, resulting in two categories of analysis: family relationships and school relationships. It was identified in all groups, speeches indicating that the difficulty in the relationship with family members presents itself as a relevant factor for mental illness. With regard to school relationships, bullying was identified, carried out between colleagues and even by teachers; and difficulty for school institutions to recognize, welcome and manage the psychological suffering of students as the main factors that contribute to their illness. It is considered necessary that mental health professionals, managers and society, pay attention to the existence of TMC in this age group, and carry out, together with the school, family, and other institutions, forms of promotion, protection and mental health recovery in the school environment.

KEYWORDS: School. Teenagers. Common mental disorders. Bullying. Psychic illness.

1 | INTRODUÇÃO

Transtornos mentais comuns (TMC), ou Transtornos Mentais Menores, é uma expressão cunhada por Goldberg e Ruxley. Também conhecidos como Transtornos Mentais Não Psicóticos, essa categoria monográfica refere-se a quadros de transtornos mentais mais frequentes e menos grave. Podem ser exemplificados como queixas somáticas, irritabilidade, fadiga, dificuldade em tomar decisões e em manter a concentração (LUDERMIR, MELLO FILHO, 2002, p. 213- 220; ANSOLIN et al, 2015). Esses transtornos também podem ser descritos como aquelas intercorrências de ordem psicológica que não atendem a todos os critérios diagnósticos, como aqueles encontrados no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), ou na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID).

Por outro lado, Fonseca, Guimarães e Vasconcelos (2008, grifo nosso), apontam que o conceito de TMC, referindo-se ao nervosismo, dores no corpo e na cabeça, insônia e queixas somáticas inespecíficas, é bastante criticado. Isso porque tal conceito poderia estar a serviço de uma medicalização e “psiquiatrização” da vida, à medida que tornam queixas comuns como algo passível de investigação. Os mesmos autores contrapõem essa visão afirmando que esse conceito pode ser útil para além da perspectiva medicalizante,

isso porque permite que se pesquise e investigue uma determinada forma de manifestação de sofrimento, tornando possível, então, relacionar esses estudos a características sociodemográficas.

Já em relação aos TMCs no período da adolescência, a alta incidência desses transtornos se mantém ainda mais expressiva quando relacionada ao público feminino. O que leva Lopes et al (2016) a defender que os estudos sobre esse contexto na adolescência são a pedra angular para a promoção de cuidado e prevenção em relação a saúde mental. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS), divulgou em 2018, que um em cada cinco jovens enfrenta algum problema de saúde mental, sendo que, a maioria das patologias nesse público, iniciam-se em torno dos 14 anos de idade. A OMS ainda ressalta que a maioria desses transtornos sequer é diagnosticada, quiçá tratada. O que, por sua vez, pode ocasionar perdas na qualidade de vida e no desempenho escolar, facilitando, por sua vez, o surgimento de comportamentos de risco, como o uso abusivo de álcool e outras drogas, a prática de sexo desprotegido e/ou condução de veículos de maneira perigosa. Esse órgão também esclarece que, dentre os transtornos comuns a essa faixa etária, o mais frequente é a depressão, o que contribui para que o suicídio seja a segunda maior causa de morte entre o público de 15 a 29 anos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018).

Em meio a tudo isso, não podemos deixar de olhar para a adolescência em si, com todas as características e mudanças que suscita, tão culturalmente famigerada pelos conflitos intergeracionais que gera. A visão pejorativa do público adulto para com a adolescência dita o tom pelo qual serão tratados os sofrimentos desse público. Nesse sentido, a presente pesquisa é uma proposta de atenção à saúde mental do público adolescente. Para tanto, a investigação da qual resultou esse artigo, teve como foco a incidência de TMCs em adolescentes, mantendo-se atenta à percepção de adolescentes em relação ao que sentem, o que se deu através de grupos focais.

O ambiente escolhido para a realização desse estudo foi a escola. Isso porque escola e família são os primeiros grupos nos quais ocorre a socialização humana. Além disso, considera-se que a escola exerce papel central na vida desse público (adolescentes). Nesse sentido, para Marriel et al (2006) a escola é um universo próprio, onde ocorre (ou não) o desenvolvimento pessoal dos indivíduos, a constituição da cidadania e a formação de opiniões. Ademais, Njaine e Minayo (2003) afirmam que é papel da escola fomentar debates sobre as problemáticas que afligem a humanidade e sobre o cotidiano dos indivíduos. Segundo as autoras, a escola, juntamente com a família, como local de promoção de inserção social, é historicamente percebida como espaço privilegiado para a mediação e a prevenção a violências.

2 | MÉTODO

Este artigo foi construído a partir de um recorte de uma pesquisa maior, realizada com o uso de dois diferentes métodos de coleta e interpretação de dados utilizados, com o objetivo de uma maior abrangência aos dados coletados. Dessa forma, a etapa quantitativa, pela qual a coleta de dados se iniciou, recorreu a uma linguagem matemática e a objetividade dos dados. O método utilizado na etapa subsequente foi o qualitativo, que se ocupou dos significados, motivações, e aspectos profundos das relações humanas, que forneceu os dados que iremos discutir neste estudo (MINAYO, DESLANDES, NETO, 2002).

Para tanto, aplicou-se inicialmente o instrumento SRQ-20 (*Self-Reporting Questionnaire*) em estudantes de quatro escolas públicas estaduais de dois municípios da região Extremo Oeste de Santa Catarina (com a anuência da Gerencia Regional de Educação, oficializada através do Declaração de Instituição Coparticipante), entre 15 e 17 anos, que estavam cursando o primeiro ano do ensino médio no ano de 2019. A partir dos resultados do questionário, o SRQ-20 tornou possível uma triagem dos participantes da pesquisa para que só aqueles que apresentassem sintomas de TMCs em algum grau (sem diagnóstico prévio, identificado apenas pelas respostas ao questionário), participassem da etapa seguinte, na qual realizaram-se pequenos grupos focais, com o objetivo de compreender as percepções dos próprios adolescentes sobre seus sofrimentos.

Optou-se pela realização dos grupos focais por considerá-los como uma eficiente maneira de abranger um número maior de participantes, possibilitando o momento de compartilhar suas experiências. (ROSA, 2011) Os participantes foram divididos em grupos segundo a conveniência destes, sendo que o principal público era do sexo feminino, totalizando na realização de sete grupos focais, com a colaboração de em torno de 40 participantes. A partir dessas discussões utilizou-se a análise de conteúdo de Minayo (2002). Esse método de análise se constitui por três diferentes etapas: fase exploratória da pesquisa, trabalho de campo e tratamento do material.

Vale destacar que, por se tratar de um público com menos de 18 anos, também foi necessário que todos os participantes apresentassem o Termo de Assentimento e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelos responsáveis e pelos próprios adolescentes. Ressalta-se que esta pesquisa possui parecer favorável pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sob o parecer de número 3.676.856 e CAAE 23419219.6.0000.5367, com data de aprovação em 01 de novembro de 2019.

3 | APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir da realização dos grupos focais, bem como seleção dos materiais compartilhados pelos adolescentes, foram delimitadas duas categorias de análise: sobre as relações familiares e as relações escolares.

Na categoria de **relações familiares** é possível vincular muitas falas dos adolescentes

no sentido de não sentirem que possuem sua individualidade e principalmente sua privacidade respeitada pelos pais, o que por sua vez é fonte de conflitos intergeracionais. Nas falas dos adolescentes fez-se visível suas queixas em relação aos pais não permitirem que eles fiquem no quarto enquanto o restante da família interage, como que em uma tentativa de que os adolescentes não se isolem ou demonstrem comportamentos depressivos, de acordo com a percepção dos jovens a partir de falas de seus pais.

Nesse sentido fica evidente a tentativa de controle do corpo adolescente, que é submetido a norma “adultocêntrica”. Foucault (1999) nos fala sobre o “poder sobre a vida” perpassando o corpo desses adolescentes, tornando-os úteis e previsíveis, buscando adequá-los a normas de controle e de governo. Produz-se assim a subjetividade adolescente.

Entretantes, surgem dessa tentativa de assujeitamento para com o adolescente, as conflitivas intergeracionais, e o adolescente se rebela como uma forma de resistência. Surge, assim, o que é chamado por Aberastury e Knobel (1981) como adolescência normal. Segundo os autores, nessa fase o adolescente carrega traços de uma personalidade antissocial, a medida que questiona e/ou subverte as regras socialmente aceitas e busca afastar-se de seus pais, aproximando-se, assim, dos amigos integrantes dos grupos dos quais pertence.

Outro relato de fundamental importância apresentado pelos adolescentes diz respeito a dificuldade de diálogo intergeracional. Assuntos como sentimentos, sexualidade, desempenho escolar, são tratados como tabus, impedido uma troca de informações saudável ou até mesmo atuando como estopins para conflitos. Em relação a essa falta de diálogo, os adolescentes defendem seu lado afirmando que os responsáveis “*não nos entendem*”. De acordo com Pratta e Santos (2007), a falta de diálogo no ambiente familiar acentua dificuldades e, pode afetar, inclusive, o bem-estar e a saúde psíquica dos adolescentes.

Também chama atenção os adolescentes citarem a influência dos conflitos conjugais entre os responsáveis por eles, afetar em sua saúde mental. Com os conflitos familiares, os adolescentes afirmam surgir uma sequência de acontecimentos que são potenciais causadores de sofrimento. Como por exemplo, o conflito familiar influencia negativamente no desempenho escolar, que por sua vez resulta em conflitos familiares, e assim o ciclo continua.

Cabe destacar que separação conflituosa dos pais, abandono afetivo, desvalorização ou rejeição por parte da família, depressão de um ou de ambos os pais, uso de drogas, violência familiar, e relações familiares disfuncionais, são fatores de risco para o surgimento de comportamentos autolesivos. Além disso, outros fatores que podem perpassar o ambiente familiar, como violência intrafamiliar (negligência; maus tratos; abusos físicos, sexuais, e psicológicos;), estresse precoce, dentre outros, também acabam por favorecer esses comportamentos, assim como contribuir para o surgimento dos próprios TMCs, já abordados anteriormente. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2019)

Um ponto importante a ser destacado é que em todos os grupos focais ouvidos, em todas as quatro escolas, surgiram queixas apontando para as relações familiares como causa de sofrimento mental.

Já a respeito das **relações escolares** foi possível identificar o *bullying* como algo frequente na vida desses adolescentes. O que mais chama a atenção nesses casos é que alguns adolescentes relataram que o *bullying* parte dos próprios professores. Em uma das escolas pesquisadas, um dos grupos focais afirmou que, quando algum estudante tinha demandas de cunho emocional, como crises de ansiedade ou de choro, os docentes faziam chacota ou rechaçavam quem estivesse nessa situação.

Em relação aos efeitos psicológicos do *bullying*, Souza (2019), utilizando-se da teoria de Freud, indica que esse processo pode resultar em traumas, isso porque a vítima apresenta-se sem meios de defesa frente a agressão. Isso equivale a dizer que o *bullying* deixa marcas, tanto emocionais quanto psicológicas. Dessa forma, estudar, projetar formas de combater o *bullying* nas escolas é indispensável. Para tanto, pode-se abandonar o comodismo dos cartazes (em sua grande maioria, ignorados pelos adolescentes), e almejar práticas efetivas, como grupos reflexivos com crianças e adolescentes, por exemplo. O combate ao *bullying*, com toda certeza, deve considerar a opinião dos adolescentes sobre o assunto possibilitando, então, com que as práticas e intervenções sejam efetivas e, antes de tudo, inclusivas.

Por outro lado, em outra escola pesquisada, os estudantes relataram que, quando surgiam casos de crises de ansiedade, episódios de choro descontrolado ou até mesmo de autolesão, a coordenação da escola se organizava para dar suporte a esses adolescentes. Esse suporte se dava por meio de acolhimentos e/ou de encaminhamentos para serviços de atendimentos psicológicos. Segundo Carvalho et. al (2011), o ambiente escolar torna-se um lugar relevante para o desenvolvimento de ações de promoção à saúde, uma vez que permite atingir muitas pessoas, mas também porque ações nas escolas demonstram ser eficazes e eficientes.

O suporte psicológico ou emocional se faz importante à medida que oferece outras formas de lidar com a dor ou com o sofrimento, que não seja se isolando ou se autodepreciando. Todavia, a oferta desse suporte que, ressaltando, só foi observada em uma das escolas participantes, esbarra em muitos empecilhos. O primeiro deles é o despreparo de professores e orientadores em realizar o acolhimento inicial dessas demandas e o encaminhamento para atendimento especializado. Outra dificuldade para o alcance desse suporte é a sobrecarga dos setores de atendimento psicológicos públicos, com longas filas de espera, em sua grande maioria, e poucos profissionais disponíveis. Isso equivale a pensarmos que as políticas públicas voltadas à saúde mental ainda precisam crescer e evoluir, em toda sua estrutura, para atingir toda a demanda que a elas recorrem.

Os grupos focais, em sua maioria, apresentaram um denominador comum: a autolesão na escola. Seja por demandas emocionais, seja por influência de colegas,

muitos adolescentes utilizam o espaço da escola para se cortar. Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2019) a autolesão sem ideação suicida (ALNS) está associada a uma disfunção neuroquímica referente a endorfina. Esse neurotransmissor é liberado quando ocorrem danos corporais, em um processo chamado analgesia opiácea natural. Dessa forma, a ALNS possibilita que o sofrimento psíquico seja substituído pela dor física, atenuada pelo efeito da endorfina, causando um alívio temporário.

O uso do termo autolesão, e não automutilação, justifica-se pela teorização de vários autores que indicam a utilização de automutilação apenas em casos em que ocorrem danos irreversíveis, como uma amputação. Tais mutilações em geral ocorrem em quadros psicóticos, ou por intoxicação por psicoativos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2019).

Bakken e Gunter (2012, apud TARDIVO et al, 2019) apontam para a alta incidência de autolesão em adolescentes que frequentam o ensino médio. Sendo em sua maioria meninas. Ademais, os autores estabelecem uma relação entre a autolesão e a ideação suicida, mesmo que esta seja inconsciente. Fica evidente a relação entre a autolesão e a presença de decréscimo de energia vital e um estado depressivo. O que, por sua vez, pode indicar a presença de TMCs. Isso, é claro, quando o quadro apresentado pelos adolescentes não pode ser diagnosticado a partir dos critérios do DSM-V ou da CID-10.

Assim como os estudos em torno dos comportamentos autolesivos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2019; TARDIVO et al, 2019; SANTOS, et al, 2018), a presente pesquisa pode constatar a necessidade de intervenção nestes casos. Seja para mitigar esse comportamento, seja para impedir que surjam consequências danosas. Além disso, a prevenção, tanto da autolesão, quanto do surgimento de TMCs relaciona-se com a manutenção da saúde mental dos adolescentes, sendo que, para isso, a escola e a família se mostram como grupos potencialmente protetores, ou agressores, dependendo das interações neles perpetuadas.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ficou evidente, no decorrer de toda a pesquisa, que a escola e a família exercem um papel central na vida dos adolescentes. Como eles são tratados nesses ambientes podem refletir em comportamentos adaptativos ou de risco. A necessidade de preservação da saúde mental, a importância do diálogo e do estabelecimento de limites, mostram-se de relevância influência e necessária atenção.

Tão evidente quanto isso é a urgência de políticas públicas efetivas voltadas para a preservação da saúde mental, bem como de assistência especializada e direcionada para os adolescentes que estejam em sofrimento. A presença de psicólogas nas escolas, abordando temáticas voltadas a saúde mental, e realizando a triagem dos adolescentes que apresentam a necessidade de receberem tratamento psicoterapêutico, é emergente.

Para além disso, também se identificam demandas por políticas públicas capazes de mitigar os potenciais fatores de risco para o surgimento de TMCs, tais como a violência doméstica, violência familiar/intergeracional, *bullying*, e a falta de qualidade de vida.

É urgente que a rede de garantia de direitos da criança e do adolescente volte-se para esta temática.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, Arminda; KNOBEL, Mauricio. **Adolescência normal**: um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artmed, 1981.

ANSOLIN, Alana G. A. *et al.* **Prevalência de Transtornos Mentais Comuns Entre Estudantes de Psicologia e Enfermagem**. Arquivos Ciência e Saúde.

[Toledo]: v. 22, n. 3, p. 42- 45, out. 2015. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/83>. Acesso em: 14 jun. 2020.

CARVALHO, Priscila Diniz de et. al. Prevalência e fatores associados a indicadores negativos de saúde mental em adolescentes estudantes do ensino médio em Pernambuco, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 11 (3): 227-238 jul. / set., 2011. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/VFs3xHTKHYL58GhfjX9ZMnG/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 14 jun. 2020.

FONSECA, Maria Liana Gesteira; GUIMARÃES, Maria Beatriz Lisboa; VASCONCELOS, Eduardo Meurão. **Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns**: uma revisão bibliográfica. Revista APS. v. 11, n. 3, p.285-294, jul./set. 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14269>. Acesso em: -4 jan. 2022.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramallete. 20. ed. Petrópolis: Editora Vozes Ltda., 1999.

LOPES, Claudia S. *et al.* **Erica: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros**. Revista de Saúde Pública. São Paulo: 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/rsp/article/view/114205/112126>. Acesso em: 8 out. 2019.

MARRIEL, Lucimar Câmara; *et al.* **Violência escolar e Auto-Estima de Adolescentes**. Cadernos de Pesquisa. Rio de Janeiro, v.36, n. 127, p. 35-50, jan./abr. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-15742006000100003&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 8 out. 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.); DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, Otávio Cruz; GOMES, Romeu. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

NJAINÉ, Kathie. MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência na escola**: identificando pistas para a prevenção. Revista Interface, Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu: v.7, n. 13, p. 119-134, ago. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v7n13/v7n13a08.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **1 em cada 5 adolescentes enfrenta problemas em saúde mental**. [S. l.] OMS out. 2018. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-1-em-cada-5-adolescentes-enfrenta-problemas-de-saude-mental/>. Acesso em: 9 out. 2019.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio dos. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 247-256, maio/ago. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pe/a/3sGdvzqtVmGB3nMgCQDVBgL/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 07 Jan 2021.

ROSA, Carlos Mendes. Por uma Psicoterapia Psicanalítica de Grupo. **Revista Polemica**. Rio de Janeiro: v.10, n.4, p. 575-596, out./dez. 2011. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/2974>. Acesso em: 9 out. 2019.

SANTOS, Amanda Albino dos; et al. **Automutilação na adolescência**: compreendendo suas causas e consequências. *Revista Temas em Saúde*. João Pessoa: v. 18, n. 3, p. 120-147, 2018. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/09/18308.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2022.

SANTOS, Kionna Oliveira Bernardes; ARAÚJO, Tânia Maria de; OLIVEIRA, Nelson Fernandes de. **Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)** em população urbana. *Cadernos de saúde pública*. Rio de Janeiro: v.25, n.1, mai. 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2009.v25n1/214-222/pt/>. Acesso em: 08 abr. 2019.

SCHIRMANN, Jeisy Keli et al. **Fases de desenvolvimento humano segundo jean piaget**. Anais VI CONEDU – Congresso Nacional de Educação. Campina Grande: Realize Editora, 2019. Disponível em: <<https://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/60497>>. Acesso em: 04 jan. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Autolesão na adolescência**: como avaliar e tratar. *S. I.* jul. 2019. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/departamentos-cientificos/adolescencia/manuais/>. Acesso em: 04 jan. 2022.

SOUZA, Léila Castro de. **Quando o bullying nas escolas afeta a vida adulta**. *Revistas Associação Brasileira de psicopedagogia*. v. 36, n. 110, p. 153-162, 2019. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/revistapsicopedagogia.com.br/pdf/v36n110a04.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2022.

TARDIVO, Leila Salomão de La Plata Cury; et al. **Autolesão em adolescentes, depressão e ansiedade**: um estudo compreensivo. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*. São Paulo: v. 39, n. 97, p. 157-169, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2019000200002. Acesso em: 05 jan. 2022.

TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL EM ADOLESCENTES

Data de aceite: 01/03/2022

Eliza Regina Guilhem Gentilin

Estudante do Curso de Psicologia do Departamento de Saúde da Faculdade de Apucarana-FAP

Mara Ilce Lopes Bedendo

Professora Orientadora do Curso de Psicologia do Departamento de Saúde da Faculdade de Apucarana-FAP

RESUMO: O presente artigo aborda questões sobre o Transtorno de Ansiedade Social em adolescentes e seu tratamento mediante a Terapia Cognitivo Comportamental. Propõe-se expor questões referentes a este transtorno e conceituar suas principais características. O estudo foi realizado com revisão bibliográfica e justifica-se pela necessidade de pesquisas referente ao grande aumento da demanda em casos de adolescentes. Os resultados indicaram eficácia com o tratamento da Terapia Cognitiva Comportamental.

PALAVRAS-CHAVE: Terapia Cognitivo Comportamental. Transtorno de Ansiedade Social. Adolescentes.

ABSTRACT: This article addresses questions about Social Anxiety Disorder in adolescents and its treatment through Cognitive Behavioral Therapy. It is proposed to expose issues related to this disorder and conceptualize its main characteristics. The study was carried out with a bibliographic review and is justified by the

need for research regarding the great increase in demand in cases of adolescents. The results indicated efficacy with the treatment of Cognitive Behavioral Therapy.

KEYWORDS: Cognitive Behavioral Therapy. Social Anxiety Disorder. Adolescents.

INTRODUÇÃO

O adolescente que sofre com o Transtorno de Ansiedade Social é possuidor de medo. Medo de ser avaliado negativamente por outras pessoas, medo de falar em público, pedir informações, se aproximar de pessoas do sexo oposto, usar banheiros públicos, falar em sala de aula, fazer ligações telefônicas, conhecer novas pessoas, submeter-se a entrevista de emprego entre outras situações.

Considerando que o Transtorno de Ansiedade Social em adolescentes provoca grandes prejuízos, tanto em sua vida acadêmica quanto a social, questionamos até que ponto o grau de ansiedade pode afetar o comportamento deste indivíduo? O objetivo deste trabalho é expor questões referentes ao Transtorno de Ansiedade Social em Adolescentes e o possível tratamento psicoterápico utilizando a abordagem Terapia Cognitivo Comportamental, bem como, o seu conceito e características. O presente estudo será realizado com revisão bibliográfica e posteriormente apresentação do assunto em questão.

TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL (TAS)

O transtorno de ansiedade social (TAS), também conhecido como fobia social, é um transtorno de ansiedade caracterizado pelo medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho, situações essas em que o indivíduo é exposto a pessoas estranhas ou a grupo de pessoas (APA, 2000 *apud* ISOLAN *et al* 2006). O indivíduo teme agir de um modo que lhe seja humilhante ou embaraçoso e as situações fóbicas são evitadas ou enfrentadas com intensa ansiedade e sofrimento (ISOLAN *et al* 2006).

Caballo (2000 *apud* Knapp 2004) diz que a Ansiedade Social é aquela experimentada por uma pessoa quando está em companhia de outras, aumentando o nível de formalidade na situação social e o grau em que o indivíduo se sente exposto ao escrutínio, logo surge o desejo de evitar ou fugir dessa situação social.

Segundo a CID-10, a fobia social frequentemente se inicia na adolescência e está centrada em torno do medo de se expor a outras pessoas em grupos pequenos, levando o indivíduo a evitar qualquer situação social. Diferentemente da maioria das outras fobias, a fobia social é igualmente comum entre os homens e as mulheres. (FERREIRA E TELLES, 2011).

Segundo Morais *et al* (2008), os principais medos relacionados à exposição do indivíduo são: parecer ridículo, dizer tolices, ser observado pelas outras pessoas, interagir com estranhos ou pessoas do sexo oposto, ser o centro das atenções, comer, beber ou escrever em público, falar ao telefone e usar banheiros públicos. Quando tais situações não podem ser evitadas, são vivenciadas com grande ansiedade e, na maioria das vezes, acompanhadas por sinais e sintomas como: palpitações, tremores, sudorese, desconforto gastrointestinal, tensão muscular, rubor facial e confusão (MORAIS *et al* 2008).

Morais *et al* (2008) ainda comenta que os prejuízos funcionais do indivíduo de distanciamento das relações pessoais, sociais, de lazer, e de autocuidado, assim como a dificuldade na participação de atividades profissionais, implicam em condições de saúde desfavoráveis.

De acordo com Bahls (Navolar, 2004 *apud* Brito e Rodrigues, 2008) a Psicologia Cognitiva afirma que os indivíduos atribuem significado a acontecimentos, pessoas, sentimentos e demais aspectos de sua vida, comportando-se de determinada maneira e constroem diferentes hipóteses sobre seu futuro e sua própria identidade.

São múltiplas as causas para o surgimento de fobia social em um indivíduo. Provavelmente diferentes indivíduos com fobia social combinando diferentes componentes em suas cargas genéticas, desenvolvimento psicológico precoce e experiências de vida, determinarão o surgimento da doença (KNAPP, 2004, p.226).

Os quadros de fobia social foram categorizados em dois subtipos: o primeiro, fobia social circunscrita ou restrita, limitada a uma ou duas situações sociais específicas, como

nos casos de falar, comer ou assinar cheques em público e o segundo subtipo, a fobia social generalizada, em que aparecem temor, ansiedade e evitação à maioria das situações sociais, como por exemplo, iniciar ou manter conversações, manter-se próximo de alguém, falar com pessoas de autoridade e participar de festas, com diferentes graus de déficit de habilidades sociais (PICON & PENIDO apud RANGÉ, 2011, p. 269).

Para Mululo *et al* (2009) a TCC funciona por meio da aliança colaborativa entre terapeuta e paciente em direção à questão do problema, aprendendo competências cognitivas e comportamentais necessárias para melhorar seu desempenho interpessoal e alterar seus pensamentos distorcidos.

Segundo D'El Rey & Pacini (2006) os pacientes com fobia social são ensinados a identificar estes pensamentos, fazer o teste da realidade e corrigir os conteúdos distorcidos e as crenças disfuncionais subjacentes.

Os objetivos da TCC em pacientes portadores de fobia social são: diminuir a ansiedade antecipatória que antecede as situações sociais temidas, reduzir os sintomas fisiológicos de ansiedade associados, diminuir as cognições de auto-avaliação negativa e também de avaliação negativa pelos outros, diminuir as evitações sociais, tratar as comorbidades, diminuir as limitações do paciente melhorando assim sua qualidade de vida. O tempo de tratamento com a TCC, está em torno de 12 a 16 sessões com frequência semanal, em grupo ou individualmente. (KNAPP, 2004, p.230).

A TCC aplicada em grupos foi considerada tão efetiva quanto a terapia individual. No caso da fobia social, muitos pacientes acreditam que o transtorno é uma característica de personalidade imutável, por isso, ao conhecer outros com o mesmo problema, mudam a postura para uma mais ativa no processo de psicoterapia (RANGÉ, 2011, p. 282).

Existem programas estruturados para o tratamento da fobia social como: a) Psicoeducação, que consiste em informar os pacientes sobre a fobia social e o modelo cognitivo-comportamental desse transtorno, esse é um estágio inicial que procura favorecer o trabalho em grupo pelo compartilhar de informações tanto técnicas, fornecido pelo terapeuta, quanto pessoais, fornecidas pelos pacientes. B) THS (Treinamento de Habilidades Sociais), ensina e/ou refina as habilidades sociais do indivíduo e proporciona a prática das interações sociais, focando nos componentes cognitivos das habilidades sociais. C) Exposição: consiste em expor, ao vivo ou na imaginação, o sujeito às situações ansiogênicas. D) Tarefas de casa ou atividades entre as sessões: consiste em programar atividades entre sessões para a generalização dos comportamentos aprendidos ao cotidiano de cada um (RANGÉ, 2011, p. 285).

O diagnóstico do TAS é essencialmente clínico, o profissional diante do paciente utiliza-se de três perguntas básicas para identificar a doença: 1) Você se sente desconfortável ou envergonhado e evita falar com pessoas? 2) Você evita ser o centro das atenções? E 3) Você fica constrangido e seu maior medo de interagir com as pessoas é parecer estúpido? (PICON & PENIDO apud RANGÉ, 2011, p. 271).

RESULTADOS

Magee et al (1996, apud Knapp 2004) afirma que o diagnóstico precoce certamente pode prevenir a piora e a deterioração do quadro, com melhora na situação ocupacional do paciente, em sua qualidade de vida e na redução das co-morbidades.

Observa-se que o treinamento em habilidades sociais é uma abordagem útil para casos mais difíceis de fobia social generalizada. Assim como, o treinamento em grupo ou individual apresenta resultados positivos (KNAPP, 2004, p. 229).

Isolan et al (2007) afirma que o tratamento com a abordagem da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) dos transtornos de ansiedade, incluindo TAS na infância e na adolescência, tem demonstrado maior eficácia em estudos controlados.

O Instituto Nacional da Saúde e da Pesquisa Médica da França realizou revisão de mais de 1000 artigos e documentos em que avaliaram a eficácia de três abordagens, concluindo que a TCC se mostrou mais eficaz do que as outras em diversos quadros psiquiátricos, incluindo a fobia social (INSERM, 2004, apud RANGÉ, 2011, p. 282).

DISCUSSÃO

Kessler et al (1999, apud Andreatta, 2011, p.329) argumenta que os estudos revelam que esse transtorno é mais comum em mulheres do que em homens, porém, são os homens que mais buscam tratamento, em geral de baixo poder aquisitivo, com menor nível educacional, com dificuldades de desempenho escolar e problemas de conduta no ambiente acadêmico, apresentando altas taxas de comorbidade. O pico de incidência ocorre aos quinze anos.

Knapp (2004, p.226) afirma que um grande número de estudos tem sido realizado desde o início de 80, com bons resultados e importantes avanços nas abordagens psicoterápica e farmacológica. O conhecimento e apreço pela abordagem cognitivo comportamental, justifica-se, portando, o desenvolvimento de estratégias terapêuticas cada vez mais específicas e de comprovada efetividade. Acredita-se que para atingir os objetivos de uma melhora de vida do paciente, faz-se necessária uma abordagem integrada, aliando o tratamento farmacológico sempre que indicado.

CONCLUSÃO

O indivíduo adolescente que sofre com o Transtorno de Ansiedade Social, é acometido de grande prejuízo em sua vida social. O medo e a timidez o isola de momentos que poderiam ser agradáveis em sua vida.

A Terapia Cognitiva Comportamental é um dos tratamentos psicoterapêuticos indicados na reabilitação do indivíduo com Transtorno de Ansiedade Social, uma de suas principais intervenções é a reestruturação cognitiva, que consiste em questionar os pensamentos fóbicos, buscando alternativas mais realistas de avaliação das situações

vividas. Seu foco é no aqui-agora, no presente. O passado e o futuro são vistos como sendo constantemente filtrados através do momento presente.

REFERÊNCIAS

ANDREATTA, Ilana; OLIVEIRA, Margareth da Silva. **MANUAL PRÁTICO DE TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2011.

BRITO, S. C.; RODRIGUES, E. P. O Estresse E A Ansiedade Na Sociedade Do Século XXI: Um Olhar Cognitivo Comportamental. **Rev. FSA**, Teresina, v.5, n.1, jan./dez. 2008. Disponível em: <<http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/470>> Acesso em 03 Abr 2020.

D'EL REY, Gustavo J. Fonseca; PACINI, Carla Alessandra. Terapia cognitivo-comportamental da fobia social: modelos e técnicas Cognitive-behavioral therapy of social phobia: models and techniques Terapia cognitivo-comportamental de la fobia social: modelos y técnicas. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 269-275, Aug. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Abr. 2020.

FERREIRA, A. V. C.; TELES, R. B. F. Transtorno de Ansiedade Social: Consequências no Desempenho do Indivíduo. **Psicologado**. (2011). Disponível em <<https://psicologado.com.br/psicopatologia/transtornos-psiquicos/transtorno-de-ansiedade-social-consequencias-no-desempenho-do-individuo>>. Acesso em 02 Abr. 2020.

ISOLAN, L.; PHEULA, G.; MANFRO, G. G. Tratamento do Transtorno de ansiedade social em crianças e adolescentes. *Rev. Psiquiatr. Clín.* vol.34 no.3 São Paulo, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832007000300004&script=sci_arttext> Acesso em 08 Abr. 2020.

KNAPP, P. **Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MORAIS, Luciene Vaccaro de; CRIPPA, José Alexandre S.; LOUREIRO, Sonia Regina. Os prejuízos funcionais de pessoas com transtorno de ansiedade social: uma revisão. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, supl. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082008000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 Abr. 2020.

MULULO, Sara Costa Cabral et al. Terapias cognitivo-comportamentais, terapias cognitivas e técnicas comportamentais para o transtorno de ansiedade social. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 221-228, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832009000600002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

RANGÉ, Bernard et al. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RELACIONAMENTO ABUSIVO: O CICLO DE APRISIONAMENTO E DEPENDENCIA EMOCIONAL

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão 20/01/2022.

Viviane Soares Carvalho

Acadêmica do curso de psicologia da
Universidade Católica Dom Orione

Talita Maria Machado de Freitas

Discente do curso de psicologia da Faculdade
Católica Dom Orione, Mestranda Ppgsdf, pós-
graduada em terapia cognitivo comportamental
e psicologia clínica

RESUMO: O presente trabalho acadêmico teve como objetivo elucidar alguns dos fatores que contribuem para que relações abusivas sejam mantidas dentro do ambiente familiar e como elas podem impactar nas demais relações dos sujeitos vítimas de violência e possíveis intervenções para a prevenção. Para que fosse possível foi utilizada uma revisão de literatura narrativa trazendo dados que pudessem contribuir com o debate a partir de uma relação com a realidade das quais foram utilizadas plataformas como sciELO, Google Acadêmico, dissertações, E-books, etc. Como resultados foi possível observar que um dos fatores que contribuem se relaciona com a dependência financeira, a naturalização da violência, o silenciamento e apagamento das subjetividades, as desigualdades sociais, entre outros fatores. Também foi possível observar que a reeducação do praticante da violência a partir da conscientização e trabalhar a autonomia e o autocuidados dos sujeitos vítimas aliado a

defesa das políticas públicas são algumas das possibilidades de prevenção e interrupção da dinâmica e ciclo da violência intrafamiliar.

PALAVRAS-CHAVE: Relações abusivas; Violência; Relações de poder; Autocuidado; Intervenção psicológica.

ABUSIVE RELATIONSHIP: THE CYCLE OF ENTRAINMENT AND EMOTIONAL DEPENDENCE

ABSTRACT: The present academic work aimed to elucidate some of the factors that contribute to abusive relationships being maintained within the family environment and how they can impact the other relationships of the victims of violence and possible interventions for prevention. In order to make it possible, a narrative literature review was used, bringing data that could contribute to the debate from a relationship with the reality of which platforms such as sciELO, Google Scholar, dissertations, E-books, etc. As a result, it was possible to observe that one of the contributing factors is related to financial dependence, the naturalization of violence, the silencing and erasure of subjectivities, social inequalities, among other factors. It was also possible to observe that the re-education of the perpetrator of violence based on awareness and working on the autonomy and self-care of the victims, allied to the defense of public policies, are some of the possibilities for preventing and interrupting the dynamics and cycle of intrafamily violence.

KEYWORDS: Abusive relationships; Violence; Power relations; Self-care; Psychological intervention.

1 | INTRODUÇÃO

Pensar as relações em uma sociedade marcada pela luta pelo acesso a lugares de poder requer uma análise crítica que considere a cultura, o gênero, a raça e a classe social a qual estes sujeitos se encontram inseridos. Dessa forma, pode-se observar que relacionamentos abusivos apesar de resultarem em boa parte dos casos em crimes de feminicídio não se limita apenas às mulheres, mas também afeta as masculinidades e sujeitos do gênero masculino. Como é o caso da produção e reprodução de atitudes machistas dentro da sociedade.

De acordo com Gomes e Fernandes (2018) existe um diferencial em relação a como a violência ocorre dentro dos relacionamentos para mulheres e para homens, quer dizer, mulheres encontram-se mais sujeitas a passar por relações abusivas no ambiente interno do lar, enquanto que homens é mais visível e ocorre em ambiente externo. O estar em um relacionamento abusivo também pode estar associado a dependência emocional, financeira, etc. Dessa forma, deve-se observar que os relacionamentos abusivos também não se restringem apenas a uma relação amorosa conjugal, mas, também pode estar associada a dinâmica familiar a qual o sujeito pertence, podendo reproduzir ou não nas suas relações interpessoais.

Em uma sociedade na qual as pessoas chegam a ser tratadas como propriedade privada recebendo os anseios de quem o “protege” tal condição pode ocasionar uma relação de dependência emocional, algo que pode ser observado diante da superproteção exagerada que algumas famílias podem exercer com a urgência de ser amadas, ou a tentativa de um pai em dar ao filho tudo aquilo que esperava receber dos seus pais, uma necessidade de preencher o vazio deixado possivelmente por inseguranças, passividade, violências, entre outras possibilidades (SOUZA, 2018; BUTION; WECHSLER, 2016).

Portanto, a análise da dinâmica familiar do sujeito que pratica violência e aquele que sofre deve ser considerada a fim de promover condições estratégicas para a subversão de uma situação de violência. Para que seja possível efetuar o rompimento do ciclo que mantém a condição de dependência emocional, a qual é fundamental para a continuidade de um relacionamento abusivo, requer o trabalho da autonomia que servirá como base para a dependência não apenas emocional mas em outros aspectos da vida de cada sujeito.

Este trabalho se justifica devido ao aumento notado de casos de relacionamentos abusivos e violências intrafamiliar durante a pandemia que trouxe a necessidade de convivência maior das famílias por conta do isolamento social, aumento dos crimes de feminicídio e a condição a qual a pessoa encontra-se sujeita dentro de uma relação não saudável devido a dependência emocional que tem contribuído para o agravamento das condições de saúde mental como pontuado por (MADEIRA; FURTADO; DIL, 2021).

Após observar relacionamentos abusivos no contexto das minhas relações interpessoais também tive motivações subjetivas que me levaram a querer pesquisar

acerca da temática. Indo de encontro com Rodrigues (2017) percebe-se que a motivação pode ser utilizada como justificativa sendo que pesquisar um assunto não acontece por acaso e sim, o pesquisador faz parte de uma série de fatores vivenciados ao longo da sua história que o levaram a desejar pesquisar um determinado tema.

O que mantém o ciclo de violência dentro de um relacionamento abusivo dentro do ambiente intrafamiliar? Será que as desigualdades sociais contribuem para manter relações abusivas? De acordo, com Albertim e Martins (2018) o ciclo da violência dentro de relações abusivas ocorre independente da classe social, entretanto, quanto maior o índice de desigualdade social pode ocorrer um aumento de violências devido a marginalização social e criminalização da pobreza, desemprego, etc.

A dependência emocional é uma condição social ou subjetiva que o sujeito mantém para não tomar suas próprias decisões? A dependência emocional pode ser uma condição que pode contribuir para a manutenção de relações abusivas, tal afirmativa é apontada nos mais variados tipos de relações nas quais envolve familiares, amigos, relacionamentos afetivos sexuais, etc. Compreende-se que socialmente tal estrutura se apresenta mais palpável nas relações familiares como por exemplo o adolescente que depende dos pais e os pais não permitem que ele possa construir relações para além da familiar (NASCIMENTO; SOUZA, 2018; SALES, 2005; PRATA; SANTOS, 2007).

Dessa forma, o presente trabalho teve como objetivo analisar estudos acerca dos processos que mantêm relacionamentos abusivos dentro da dinâmica da família. Fazer um levantamento das condições que levam a dependência emocional e como as famílias produzem ou reproduzem tais padrões de comportamentos. Analisar as produções no campo da psicologia acerca da temática e tecer estratégias que promovam a autonomia e independência emocional dos sujeitos.

2 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As relações dentro de uma estrutura de sociedade se organizam a partir das experiências compartilhadas entre as pessoas, essas vivências fazem parte das construções sociais que o sujeito adquire se relacionando em um primeiro momento com a família e posteriormente com as demais pessoas de setores como trabalho, educação, relações afetivas sexuais, etc. As relações podem surgir em qualquer um dos contextos citados se diferenciando através das estruturas sociais, conceituadas por Cordeiro (1961) como o processo de interação das pessoas em relação a convivência com outras, podemos compreender essas vivenciais como o processo histórico que remete aos primórdios da raça humana.

O surgimento das relações abusivas em vários contextos encontra-se relacionado às construções sociais, culturais, etc. Dentro da sociedade podendo utilizar-se das estruturas de gênero, raça e classe para tornar possível o estabelecimento de um vínculo que pode

vir a afetar as demais relações do sujeito. Logo, dentro de um sistema capitalista que se desenha a partir dos demarcadores sociais aumentam as chances de relações como sejam mais frequentes. Tais relações se caracterizam por estabelecer relações de dominação em relação a sujeitos seja no campo subjetivo que será o foco deste trabalho, mas também coletivo quando grupos privilegiados na estrutura social violentam outros (BARRETO, 2018).

A dinâmica de dominação a partir do gênero é uma das categorias de análise dentro do patriarcado que estabelece relações de dominação entre homens e mulheres. Scott (1989) aponta que o gênero categoria que distribui papéis para homens e mulheres tendo como base construções culturais históricas que diferenciam sujeitos com base no gênero biológico. Ainda aponta que essas relações de dominação fazem parte da estrutura social em que existem relações de poder. Foucault (1979) define relações de poder a partir das relações nas quais podem ser utilizados dispositivos como o gênero e outros para manter os privilégios que podem ser observados a partir de diferentes enfoques, o autor também pontua que essas relações são modificadas de acordo com a cultural e contexto social de quem detém o poder.

Moreira, Boris e Venâncio (2011) discutem que o estigma social a respeito das mulheres vítimas de violência tem sido perpetuado através da história em diferentes culturas, comprometendo a saúde física, mental e as relações sociais das mulheres. Goffman (1988) define estigma como características que socialmente não são associadas às relações ou coisas que sejam vistas como positivas. Em outras palavras, o ser mulher historicamente foi construído a partir de estigmas advindas de uma sociedade patriarcal ou que tem homens como chefes de família e sustentando-a (LEÃO; TERRA; GRECO; MILCZARSKI, 2019).

Por outro lado, o machismo que se origina no patriarcado não afeta apenas as relações em relação às mulheres, ele também afeta as masculinidades e as relações entre os homens que ao não cumprir com aquilo que socialmente foi delegado para os homens têm as suas masculinidades questionadas e podem vir a sofrer violência seja de parceiros ou parceiras como também nas relações com a família e a sociedade (CASTAÑEDA, 2006). Dessa forma, as relações abusivas modificam as configurações tornando-se sutil dificultando a identificação, abrindo margem para os desafios de partir de um pressuposto que dialoga não apenas com as relações de gênero mas também com o histórico de violência dentro da sociedade na atualidade (SOUZA, 2017).

3 | METODOLOGIA

O presente trabalho será desenvolvido a partir de uma revisão de bibliografia narrativa onde serão utilizados estudos referentes ao processo que contribuem para manter relacionamentos abusivos. A revisão narrativa de acordo com Alves-Mazzotti (2002)

se caracteriza pela possibilidade de contextualizar a problemática estudada, narrar o que alguns autores dizem a respeito e analisar a problemática de maneira que seja possível a utilização de plataformas, ebooks, livros, entre outras fontes para desenvolver a pesquisa bibliográfica.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Dinâmica das relações abusivas

Ao longo do processo de desenvolvimento da pesquisa foram observadas nuances que apresentam diversas formas como as relações podem se tornar abusivas independentemente do tipo de relação adotando dinâmicas que podem resultar em situações de abusos perpetuadas seja dentro da família, nas amizades, nas relações de trabalho, e/ou outras que devido as sutilezas dificultam a identificação e posteriormente uma possível intervenção em que a pessoa que se encontra em dita relação na maioria dos casos não percebe estar em uma situação ou relação de abuso.

A dinâmica como as relações abusivas se estabelecem de acordo com Gomes e Fernandes (2018) com padrão de investimento no qual existe um desamparo na forma como se pesquisa o assunto e também na naturalização dos comportamentos que impedem uma intervenção inicial. De forma que se destacam a partir de um possível excesso de cuidado em que a pessoa que se torna vítima dessa relação pode estabelecer uma relação à qual o abusador nem sempre percebe que pode estar sendo abusivo.

Gomes e Fernandes (2018) apontam que a violência decorrente de relações abusivas pode ser de diferentes forma como a psicológica, a física, financeira, etc. Devido aos constantes casos de violências contra a mulher o assunto das relações abusivas encontra-se mais associado a sujeitos do gênero feminino. No entanto, o movimento de isolamento, constrangimento, e/ou relações as quais os sujeitos deixam de poder vivenciar os processos com dignidade por si só já fazem parte de uma dinâmica abusiva.

Assim, a dinâmica ocorre de maneira lenta impedindo que o outro não se sinta à vontade diante do abusador. Em outras palavras ser uma forma de manipular colocando-se em um lugar de superioridade diante do outro. Desta forma, não existe uma linearidade na dinâmica abusiva (GOMES; FERNANDES, 2018). Porém, a desqualificação do outro enquanto mecanismo de ação pode ser percebida nas dinâmicas envolvendo a necessidade de tentativa de controle do outro.

4.2 Relações abusivas no contexto familiar

A família se estrutura a partir de relações de poder que dentro de uma hierarquia apresentam papéis para pais, filhos e outros membros dessa conjuntura familiar. Entretanto, a forma como essas relações se constroem podem possibilitar o surgimento ou aparecimento de situações de violência que ao ser naturalizadas e legitimadas pela cultura

de sociedade pode significar um crescimento significativo de diversas formas de violações que podem configurar uma relação abusiva. Tais relações de poder colocam na maioria dos casos os filhos em um lugar de subalternidade impedindo que estes possam se colocar de maneira contrária as ideias ou ações dos pais, ainda que existam situações as quais eles cheguem a discordar atentando-se para o respeito da hierarquia familiar (FOULCAULT, 1979).

Santos (2015) aponta que as relações abusivas são passíveis de serem percebidas com maior visibilidade na relação da família com os adolescentes de maneira que existem aspectos que dificultam a relação pela possível desconsideração das decisões do adolescentes. A desta forma passa a exercer um papel de autoridade me especial as pessoas mais velhas que podem estar repassando a forma como foram criadas e nem sempre perceber que estão adotando uma postura violenta. O funcionamento psíquico dos jovens pode sofrer mudanças levando a condições de adoecimento psíquico e tendo atravessamentos para outras relações dificultando a identificação e separação do que poderia ser abuso e o que pode significar ser cuidado.

A camuflagem da violência por detrás do afeto também é um outro fenômeno encontrado diante das relações familiares abusivas aparecendo principalmente quando se trata de crianças e idosos. A negação da subjetividade do sujeito vítima de violência tem ocorrido de maneira impactante onde o agressor assume uma postura que em um primeiro momento camufla a violência com excessos ou ações compensatórias na busca por manter a vítima dependente. Apesar da relação financeira estar diretamente interligada com a negativa de independência ou dependência a saúde mental do sujeito pode identificar como algo natural e se tornar reproduzidor de padrões de comportamentos na vida adulta (VIEIRA, et al, 2019). Dessa forma, o contexto familiar tem se apresentado como um dos locais mais suscetíveis a situações de violências e relações abusivas que podem ser de difícil intervenção devido a tentativa da família de esconder situações de violências e podendo chegar a culpabilizar o sujeito vítima de violência ao mesmo tempo que se naturalizam situações de violência.

4.3 Relaciones abusivas em relações afetivo sexuais

O contexto abusivo das relações dentro de relacionamentos abusivos apesar de ganhar uma maior evidencia devido as constantes situações de violência contra a mulher e o crescimento de crimes como o feminicídio e outros. Pode ser observado nas mais variadas estruturas de relações afetivas sem excluir possibilidades de observação em especial quando se trata da exaltação do amor romântico diante de uma lógica de sociedade que naturaliza situações de controle disfarçadas de cuidado e proteção destacando o ciúmes e a forma de tratar o outro como propriedade privada (BARRETO, 2018).

Em casos de relacionamentos afetivos as relações abusivas também se encontram associadas a processos de busca pelo parceiro ou parceira ideal que possa fazer com

que a relação funcione em especial quando na estrutura de sociedade o amor romântico na maioria dos casos é colocado a frente de uma relação saudável o que contribui para o aprisionamento das subjetividades (GOMES; FERNANDES, 2018). Por outro lado, vale destacar que essas relações abusivas também acontecem independente do gênero como por exemplo homens que apesar de não serem os provedores do lar exercem um lugar de poder e a partir disso colocarem a pessoa que está na relação em uma posição subalterna de submissão.

Vale dizer que as relações abusivas tem sido objetivo de estudos que encontram dificuldades em trazer as contribuições dessas relações para a saúde psíquica do sujeito que se submete a este tipo de relação que pode iniciar uma busca por um novo parceiro ou parceira com as características do anterior ou ainda não diferenciar as relações saudáveis e em alguns casos não conseguir construir novos relacionamentos devido ao aprisionamento psíquico (GOMES; FERNANDES, 2018).

4.4 Estratégias de prevenção e atuação da psicologia

A psicologia diante de situações de violência de acordo com seu código de ética de 2005 deve se colocar contrária a qualquer forma ou tipo de violência que possa ser praticada contra a integridade dos sujeitos. De maneira que em nenhum momento o profissional deve adotar uma postura de julgamento excluindo a subjetividade de cada sujeito, seja o praticante da violência ou a vítima. Luchese, Avoglia e Silva (2017) destacam que o agressor deve ser tratado como praticante da violência e não alguém que não possa rever suas atitudes e comportamentos. Em outras palavras é preciso que os sujeitos tenham consciência do comportamento abusivo e a partir disso realizar um processo de reeducação com o objetivo de modificar a dinâmica permitindo a interrupção do ciclo de violência.

Outra possibilidade apresentada se trata do alinhamento as políticas de proteção contra a violência contra a mulher visando a diminuição de crimes de feminicídio como por exemplo a lei Maria da Penha, o acesso a condições de saúde, alimentação, moradia e/ou outros direitos essenciais para a sobrevivência humana são de fundamental importância pois contribuem para que os sujeitos possam acessar independência financeira e afetiva. Em outras palavras intervenções que foquem a autonomia e o autocuidado em saúde mental para que os sujeitos possam acessar condições dignas sociais e psíquicas (LUCHESE; AVOGLIA; SILVA, 2017).

Assim, percebe-se que existe uma série de fatores que podem contribuir para a diminuição e que a psicologia pode atuar visando o bem-estar dos sujeitos vítimas de situações em que as relações se tornam abusivas e a partir disso promover espaços de reeducação social e importância do debate que combata não apenas uma atuação pontual clínica é individual mais também em espaços coletivos para que mais pessoas possam ter acesso e sejam realizada uma análise das condições de violência.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do trabalho foi possível observar que o ciclo de aprisionamento que mantém um relacionamento abusivo conta com diversos fatores que vão desde as relações familiares, de amigos, afetivo sexuais, no trabalho, etc. as quais se mantem a partir de estruturas de poder as quais contribuem para o crescimento das desigualdades resultando em um modelo de sociedade de naturaliza a violência impedindo ou dificultando uma intervenção preventiva. Entretanto, partindo do pressuposto de que as relações se estabelecem a partir das vivenciais de cada sujeito e pensando da dinâmica da existência do homem a partir do seu papel social, estabelecer formas de atuação e intervenção pode ser algo a ser concretizado socialmente.

No entanto, o principal desafio está diante da cultura de organização social que na tentativa de manter as hierarquias sociais impede o avanço para uma sociedade justa e equitativa. Dessa forma, os estudos acerca da temática não foram esgotados abrindo possibilidades para trabalhos futuros que se debrucem sobre a temática com profundidade maior. Assim, a mudança de paradigmas sociais deve atentar-se a compreensão do sujeito como um ser sociável que se desenvolve nas relações com o outro que apesar dos impactos que podem decorrer é preciso atuar em conjunto para que aquele o sujeito vítima da violência tenha esse ciclo interrompido e tenha novas possibilidades para o desenvolvimento afetivo, social e cognitivo das suas relações.

REFERÊNCIAS

ALBERTIM, R.; MARTINS, M. **Ciclo do relacionamento abusivo: desmistificando relação tóxicas.** Disponível em: ><https://portalintercom.org.br/anais/nacional2018/resumos/R13-0301-1.pdf><acessoemOutde2021.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. A “**revisão bibliográfica**” em teses edissertações: meus tipos inesquecíveis – o retorno. In: BIANCHETTI, L.; MACHADO, A. M. N. (Org.). *A bússula do escrever: desafios e estratégias na orientação de teses e dissertações.* São Paulo: Cortez, 2002. p. 25-44.

BARRETO, R. S. **Relacionamentos abusivos: uma discussão dos entraves ao ponto final.** Disponível em: ><https://periodicos.uff.br/revistagenero/article/view/31312><acessoemOutde2021.

BUTION, D. C.; WECHSLER, A. M. **Dependência emocional: uma revisão sistemática da literatura.** Disponível em: >http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072016000100006<acessoemAgo2021.

CASTAÑEDA, M. **O machismo invisível.** Tradução: MALIMPENSA, M. C. São Paulo: Girafa, 2006.

CORDEIRO, L. L. **O significado de “relações humanas”.** Disponível em: ><https://www.scielo.br/rj/rae/a/R6hL9RFChBFGSNQZCjTYvJx/?format=pdf&lang=pt><acessoemOutde2021.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

GOFFMAN, E. (1988). **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada (4ª ed.). Rio de Janeiro: LTC.

GOMES, I. R. R.; FERNANDES, S. C. S. **A permanência de mulheres em relacionamentos abusivos à luz da teoria da ação planejada**. Bol. - Acad. Paul. Psicol. vol.38 no.94 São Paulo jan./jun. 2018.

LEÃO, B. M.; TERRA, J. M.; GRECO, V. D.; MILCZARSKI, V. L. C. **Relacionamento abusivo: o patriarcado e suas influências na atualidade**. Disponível em: >https://www.redeicm.org.br/revista/wp-content/uploads/sites/36/2019/06/a4_relacionamento-abusivo.pdf<acessoemOutde2021.

LUCHESE, G. D.; AVOGLIA, H. R. C.; SILVA, P. O. **A dinâmica psíquica e as estruturas defensivas da mulher vítima de violência doméstica**. Disponível em: >http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2017000100004<acessoemJande2022.

MADEIRA, L. M.; FURTADO, B. A.; DIL, A. R. Vida: **simulando violência doméstica em tempos de pandemia**. Disponível em: >http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10509/1/td_2633.pdf<acessoemAgode2021.

MOREIRA, V.; BORIS, G. D. J. B. VENÂNCIO, N. **Estigma da violência sofrida por mulheres na relação com seus parceiros íntimos**. Disponível em: ><https://www.scielo.br/j/psoc/a/4xyhTgzY4CpZ8W5xmV78JJS/?lang=pt&format=pdf><acessoemOutde2021.

NASCIMENTO, E. S.; SOUZA, K. V. S. **Relações abusivas: um olhar cognitivo comportamental**. Disponível em: ><https://repositorio.pgsskroton.com/bitstream/123456789/21296/1/02%20-%20Rela%C3%A7%C3%B5es%20Abusivas.pdf><acessoemOutde2021.

PRATA, E. M.M.; SANTOS, M. A. **Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros**. Disponível em: ><https://www.scielo.br/j/pe/a/3sGdvzqtVmGB3nMgCQDVBgL/?lang=pt><acessoemSetde2021.

RODRIGUES, M. C. B. **A importância da motivação para transformar grupos e equipes**. Disponível em: >http://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20170531140224.pdf<acessoemAgode2021.

SANTOS, M. R. R. P. **Vivências amorosas em adolescentes: das dinâmicas abusivas ao (des) ajustamento psicossocial**. Disponível em: >https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4929/1/DM_MariaRosaSantos.pdf<acessoemJande2022.

SALLES, L.M.F. **Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos**. Campinas-SP: Estudos de Psicologia, n.2, v.22, 2005. p. 33-41.

SCOTT, J. Gênero: **uma categoria útil para a análise histórica**. Disponível em: ><https://direito.mppr.mp.br/arquivos/File/categoriautilanalisehistorica.pdf><acessoemOutde2021.

SOUSA, F. K. M. **Narrativas sobre relacionamentos abusivos e mudança de sensibilidade do que é violência**. Disponível em: >https://www.fespsp.org.br/seminarios/anaisVI/GT_13/Fernanda_Sousa_GT13.pdf<acessoemOutde2021.

SOUZA, D. C. **Relacionamentos abusivos: significados atribuídos por um grupo de jovens acadêmicos da UFAM.** Disponível em: >https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/6809/2/Disserta%C3%A7%C3%A3o_DanielSouza_PPGPSI<acessoemAgo2021.

VIEIRA, K. G.; ACHLÖSSER, A.; DE MARCO, T. T.; D'AGOSTINI, F. P. **Relações abusivas no contexto familiar.** Disponível em: ><https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/apeuv/article/view/20651/12303><acessoemJande2022.

PRÁCTICAS PEDAGÓGICAS DE LAS DOCENTES QUE PROMUEVEN VOCACIONES CIENTÍFICAS EN LAS ESTUDIANTES

Data de aceite: 01/03/2022

Alba Esperanza García López

Pamela Viñas Lezama
FES Zaragoza UNAM

Este trabajo es producto del proyecto Papiit IN305616 "Las pedagogías feministas y su presencia en la enseñanza de la ciencia entre académicas universitarias"

RESUMEN: La situación de las mujeres en la ciencia es representativa del lugar de las mujeres en nuestra sociedad. Hoy la participación de las mujeres en este terreno se encuentra alrededor de 30% en todo el mundo y corresponde en general a los niveles bajos de responsabilidad, en puestos altos sólo alcanza entre un 5% y 10% y baja aún más en ramas como las ingenierías (Blazquez y Flores, 2005). En este contexto tan poco favorable a las mujeres, las investigaciones sobre género y ciencia han mostrado que el apoyo docente, que reciben las estudiantes en su trayecto de formación profesional, resulta ser de gran importancia para que ellas concluyan exitosamente sus estudios y se interesen en incursionar en la carrera científica. Es interés de esta investigación abordar a las académicas universitarias que han sido reconocidas por sus estudiantes como impulsoras del interés por la carrera científica a fin de conocer si en su práctica docente contemplan las pedagogías feministas. Para ello la estrategia metodológica abordó dos

flancos: "lo que se dice y lo que se hace". Para el primero de ellos se acudió a la observación no participante en el aula y el segundo se abordó a través de entrevistas a profundidad con estas académicas que han sido reconocidas por sus estudiantes como personas claves en su formación y en su interés por dedicarse a la carrera científica. Los resultados obtenidos muestran que estas docentes aplican de manera práctica los principios de dicha pedagogía.

PALABRAS CLAVE: Práctica docente, pedagogía crítica, pedagogía feminista, interés por la carrera científica.

ABSTRACT: It is the interest of this research to address university academics who have been recognized by their students as promoters of interest in scientific careers in order to know if they contemplate feminist pedagogies in their teaching practice. For this, the methodological strategy addressed two flanks: "what is said and what is done". For the first of them, non-participant observation was used in the classroom and the second was approached through in-depth interviews with these academics who have been recognized by their students as key people in their training and in their interest in dedicating themselves to science. scientific career. The results obtained show that these teachers apply the principles of said pedagogy in a practical way.

KEYWORDS: Teaching practice, critical pedagogy, feminist pedagogy, interest in a scientific career.

ANTECEDENTES

En México se ha incrementado el número de mujeres que participan en todas las áreas de conocimiento, incluso en aquellas de predominio masculino, tales como la medicina; también las encontramos en menor cantidad en las ingenierías y las ciencias agropecuarias. Sin embargo, su presencia en la comunidad científica es muy escasa y se las encuentra ocupando los niveles de menor jerarquía (Bustos 2005; Blazquez y Flores, 2005; Rivera, 2007; Blazquez y Bustos 2013)

Esta situación tiene su origen en el sistema educativo donde los regímenes de género colocan en desventaja a las niñas y jóvenes a través de sus programas formales: que se enseña y cómo se enseña, así como al currículum oculto a través del cual se definen expectativas, aspiraciones y comportamientos diferenciales para el profesorado y sus estudiantes de acuerdo al sexo; el trato diferencial que se ejerce hacia el alumnado según sean varones o mujeres (Mingo, 2006)

Diversos estudios dan cuenta de esta situación y hacen notar que son las mujeres quienes reportan con más frecuencia el sexismo, la discriminación y el acoso sexual en las comunidades científicas y estudiantiles. A pesar de ello dichas prácticas sexistas no se expresan de la misma manera en la comunidad femenina, éstas pueden verse atenuadas por factores tales como la clase social, la escolaridad y el apoyo familiar (Mingo, 2006; Bartolucci, 2000; Guevara 2009)

Otras investigaciones coinciden en que el interés de dedicarse a la ciencia, puede originarse o fortalecerse por la influencia de profesoras que estimulen la participación en la investigación entre sus estudiantes, pues ello les proporciona a las nuevas generaciones una vinculación temprana con los grupos de investigación, en donde destaca el papel de las mujeres como una influencia positiva para las estudiantes, ya que además de motivarlas a la investigación las integra a redes sociales e incluso las incorporan a sus proyectos (Guevara y García, 2012).

Esta ausencia de modelos que incentiven a las mujeres a incorporarse a esta área de la ciencia ya no es una cuestión insalvable, pues las que ya se han incorporado a este espacio, fungen en él como ejemplo vivo de la incorporación de las mujeres en este campo, trabajando en él como docentes e investigadoras. (Guevara, Mendoza y García 2014)

Su incursión en la educación da la posibilidad de un cambio a las prácticas androcéntricas dominantes. En este sentido las docentes en su trabajo dentro y fuera del aula pueden o no reforzar las tendencias dominantes. Sandra Araya opina respecto a la educación: “Sin pretender hacerla depositaria de elementos omnipotentes, la educación puede ser el punto en que se inicie un proyecto emancipatorio de transformación genérica, pues un cambio en algún punto del sistema social repercutirá en todo el sistema en general” (Araya, 2004: 5).

Norma Blazquez Graf destaca la importancia de las docentes como impulsoras

del interés científico en las estudiantes "...la inclinación por la carrera científica puede originarse por la influencia favorable del maestro, o la maestra, quienes enseñan a las jóvenes a adquirir una mirada diferente, es decir, una mirada científica" (Blazquez, 2008: 70-71).

Muestra de este impacto de las docentes como impulsoras del interés científico son las opiniones dadas por las alumnas de la carrera de Biología de la FES Zaragoza, las cuales mencionaron que las profesoras han impulsado su interés por la investigación al fomentar la actividad científica en sus clases e incluso las han hecho partícipes de sus investigaciones. Además, mencionan que animan al estudiantado y utilizan métodos de enseñanza originales que estimulan su creatividad. Las consideran un ejemplo a seguir y las visualizan como mujeres trabajadoras y muy seguras en lo que hacen, con pasión por la ciencia e interés en que sus estudiantes aprendan, por lo que constantemente recomiendan libros o algunas fuentes de información a las/los estudiantes para mejorar sus estrategias y puedan desarrollar buenos proyectos de investigación. (Mondragón y Torres, 2015)

González y Pérez (2002) coinciden en la importancia de que las profesoras se conviertan en modelos a seguir para impulsar a las jóvenes y niñas hacia la ciencia, pues ellas pueden impulsar modificaciones al currículum y nuevas estrategias pedagógicas que promuevan una visión diferente de la ciencia entre sus alumnas. En esa perspectiva, la pedagogía feminista enfatiza el papel de las profesoras como aliadas y guías de las estudiantes para enfrentar las dificultades asociadas a su condición de género en la escuela. La pedagogía feminista se refiere al proceso interactivo de enseñanza- aprendizaje que facilita la apropiación del conocimiento por parte de las mujeres, se enfoca a atender sus necesidades educativas y a modificar un sistema educativo tradicional que está basado en las necesidades e intereses de los varones, una situación que se agudiza cuando las jóvenes viven desventajas adicionales asociadas a su posición de clase y raza (Tisdell, 2000; Maffía, 2007).

Muchas de las académicas no conocen esta perspectiva, pero realizan su práctica docente bajo un ángulo que permite a las jóvenes reconocerse como sujetos activos en la construcción del conocimiento y contar con modelos que les sirvan de ejemplo y guía para enfrentar los desafíos que acompañan las tareas asociadas a la carrera científica. Con frecuencia las docentes no han tomado conciencia de su importancia en la reproducción o transformación de las inequidades de género que se gestan en los espacios educativos y los terrenos de la ciencia, por ello es necesario acercarse a estas académicas reconocidas por sus alumnas como excelentes promotoras del interés por la carrera científica en el estudiantado, a fin de explorar si ellas aplican la pedagogía feminista en su trabajo cotidiano en el aula, los laboratorios y todos aquellos espacios donde ellas imparten y comparten su conocimiento.

LA PEDAGOGÍA Y SUS DIVERSAS EXPRESIONES: TRADICIONAL, CRÍTICA Y FEMINISTA

La pedagogía tradicional

Es un conjunto de saberes que buscan tener impacto en el proceso educativo, en cualquiera de las dimensiones que esta tenga, así como en la comprensión y organización de la cultura y la construcción del sujeto.

A lo largo del tiempo la pedagogía tradicional ha tenido un impacto relevante dentro del ámbito educativo institucional en las escuelas públicas en Europa y América Latina, de acuerdo con Martínez (2014), este tipo de enseñanza parte de la premisa teórica en donde las diferencias sociales son naturales y necesarias; sostiene que hay personas que nacen para actuar y otras que nacen para pensar. De esta manera se aprueba la división de las clases sociales, en clases dominantes y clases explotadas.

La pedagogía crítica

Se la define como un abordaje emancipador de la formación para entender y resolver los problemas relacionados con la práctica pedagógica, mediante la investigación, la reflexión crítica y toma de conciencia orientada a transformar la praxis, “donde la verdad se pone en tela de juicio en el ámbito de la práctica no de la teoría” (Grundy, 1998, p.215)

El objetivo principal de la pedagogía crítica es combatir la desigualdad por medio de teorías y prácticas educativas innovadoras para la transformación del tejido social. Se parte -en palabras de Freire- de una concepción educativa problematizadora que promueve la reflexión, la crítica y la posibilidad de transformación social y la disminución de las desigualdades de género, etnia, posición económica (Aubert, A y García, C; 2009)

Cabaluz-Ducase (2015) hace un análisis histórico de qué son las pedagogías críticas y menciona que son posturas ideológicas multifacéticas con una gran pluralidad de ideas y que ha tenido un impacto en Latinoamérica, no obstante, de esta pluralidad de concepciones el autor destaca que sus comunes denominadores son:

1. La convicción de una educación ética, política e ideológica. Y la preponderancia de la práctica pedagógica con un cariz político para la transformación del tejido social.
2. La educación como un proceso de concientización, orientado a descubrir los factores alienantes y deshumanizantes de la cultura.
3. La necesidad de construir una educación donde los oprimidos y explotados tengan el papel principal, creando espacios de autoeducación popular.
4. La práctica del diálogo como auténtico reconocimiento de los saberes populares.
5. El objetivo de desarrollar las facultades humanas a partir de la práctica pedagógica.
6. El reconocimiento de la inconmensurabilidad entre el Norte y el Sur, criticando posturas colonialistas

La pedagogía feminista

Esta pedagogía representa una evolución de las pedagogías críticas ya que conceptualizan al oprimido como un sujeto genérico destacando que en la mayoría de las ocasiones y alrededor de todas las épocas históricas las mujeres han sido las oprimidas del oprimido.

La pedagogía feminista vislumbra que, en la sociedad, y por ende en la ciencia, se prioriza un tipo de conocimiento, androcéntrico. Este prepondera los valores masculinos toda vez que los conocimientos con valores femeninos quedan de lado, por tanto, existe una visión parcial de la ciencia. Desde esta posición de dominación y exclusión la pedagogía feminista aboga por reconocer que el sujeto cognoscente pertenece a un género, desde el cual se posiciona como sujeto de conocimiento generando un tipo de conocimiento que valide dicha experiencia, pudiendo transformar la visión de la ciencia androcéntrica a una ciencia con una visión más plural y completa (Bustos, 2010).

De acuerdo con Luz Maceira Ochoa (2008) el proyecto pedagógico feminista tiene los siguientes elementos que le constituyen:

- a) Las sujetas del proceso educativo.
- b) Dimensiones del proceso educativo (personal, dialéctica, experiencial, grupal, dialógica y espacio temporal)
- c) Las mediaciones del aprendizaje (la deconstrucción-construcción, la concientización, la práctica, la expresión, identificación de la semejanza y la diferencia)
- d) Los contenidos del aprendizaje.

OBJETIVOS

Identificar qué pedagogía utilizan las docentes que promueven vocaciones científicas entre el estudiantado de diversas carreras de la UNAM.

Detectar si en esta pedagogía es posible observar elementos de las pedagogías feministas.

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

La estrategia metodológica se abordó bajo dos flancos: lo que se hace y lo que se dice que se hace. Para el primero de ellos se acudió a la observación no participante en el aula y el segundo se abordó a través de entrevistas a profundidad con estas académicas que fueron reconocidas por sus estudiantes como personas claves en su formación y en su interés por dedicarse a la carrera científica. Los puntos a abordar en la entrevista a profundidad fueron: Cómo llegan a la docencia, forma en que ejercen la docencia, si incorporan o no la perspectiva de género en su práctica docente, si han detectado la

discriminación de género hacia sus alumnas y como han actuado ante ella; si en su relación cotidiana con las alumnas desarrollan formas particulares de apoyo y solidaridad hacia ellas; rescatar vivencias y anécdotas que hayan marcado su desempeño docente en relación con sus alumnas; recolectar consejos y recomendaciones prácticas que ellas consideren valiosas para una relación positiva y productiva entre docentes y alumnas; finalmente como asumen y valoran el impacto tan positivo que han tenido sobre sus alumnas en el sentido de despertar en ellas el interés por la carrera científica.

RESULTADOS

¿Quiénes son ellas?

En términos generales las docentes entrevistadas provienen de diferentes medios socioeconómicos y culturales, se han constituido en profesionales y docentes a partir de condiciones de vida características: unas en franca rebeldía con sus familias, otras con el apoyo pleno de sus padres, otras enfrentando la condición socioeconómica precaria y en casi todos los casos reconociendo que han enfrentado la discriminación de género en sus múltiples expresiones (acoso sexual, exclusión, invisibilización, descalificación) aunado a eso se observa que en dos casos mencionan la discriminación étnica “por mi vestuario y mi peinado” y económica “por ser pobre”. Todas reportan que desde su espacio familiar siempre las impulsaron a estudiar para lograr ser alguien en la vida.

¿Cómo llegan a la docencia?

La mayoría de ellas lo hace gracias a contactos previos con docentes que las introdujeron en el ámbito como ayudantes de profesor y ayudantes de investigación. Un número menor de ellas lo hace después de ejercer en el espacio público y /o privado se incorporan al espacio de enseñanza de su profesión.

¿Cómo llevan a cabo su práctica pedagógica en el aula?

De acuerdo al análisis de lo recuperado en las entrevistas de estas docentes universitarias y lo observado en su desempeño docente en el aula se observa que manejan una pedagogía no tradicional que incluye elementos de pedagogía crítica y feminista.

A continuación, se mencionan algunas de las características de la pedagogía crítica presentes en las prácticas educativas de las docentes estudiadas.

LA CONVICCIÓN DE UNA EDUCACIÓN ÉTICA, POLÍTICA E IDEOLÓGICA. Y LA PREPONDERANCIA DE LA PRÁCTICA PEDAGÓGICA CON UN CARIZ POLÍTICO PARA LA TRANSFORMACIÓN DEL TEJIDO SOCIAL

Se observa que casi todas ellas recalcan con el estudiantado el deber que ellos y ellas tienen con su institución y con el país en el sentido de resolver los problemas nacionales conectados con su profesión: “*Ustedes deben formarse como los mejores*

biólogos y biólogas del país, llevar el nombre de la UNAM en lo más alto y servir a su país haciendo su trabajo con ética y responsabilidad social” (Docente de Biología)

LA EDUCACIÓN COMO UN PROCESO DE CONCIENTIZACIÓN, ORIENTADO A DESCUBRIR LOS FACTORES ALIENANTES Y DESHUMANIZANTES DE LA CULTURA

Las docentes de Medicina durante sus clases llaman constantemente a sus estudiantes a la reflexión crítica de las condiciones de vida y salud de las comunidades a las cuales van a atender, se les pide empatizar con la población y no juzgarla de antemano como ignorante y desobediente ante los “sabios consejos del médico” En una de las observaciones en clase se les dejó la tarea de hacer un ejercicio de “comida saludable con un salario mínimo para una familia de cinco miembros” ello generó una nutrida discusión acerca del absurdo de las campañas de salud contra la obesidad sin tomar en cuenta las condiciones económicas de la población a la cual va dirigida tal campaña.

ELEMENTOS DE LA PEDAGOGÍA FEMINISTA PRESENTES EN LAS PRÁCTICAS DE LAS DOCENTES INVESTIGADAS

La práctica pedagógica como un proceso de concientización, orientado a descubrir los mecanismos de dominación y opresión hacia las mujeres.

La mayor parte de las docentes se asume desde su condición genérica para impartir su conocimiento, no niega sus experiencias personales y las comparte con sus estudiantes como una parte importante de la clase.

“No por el hecho de que las vean mujeres ustedes deban asumirse como algo menos, nada de eso ustedes son tan o más capaces que sus compañeros para desarrollarse profesionalmente” (Docente de Biología)

“Yo aconsejo a mis alumnas que no se desanimen, que el ambiente que enfrentamos las mujeres ingenieras en la industria no es fácil, pero está cambiando y debemos incorporarnos en él confiando en nuestras capacidades” (Docente de Ingeniería)

En la observación en el aula se detectó que muchas de ellas contienen la participación disruptiva masculina y llaman la atención sobre generar un ambiente de participación respetuosa con sus compañeras, así mismo no permiten que interrumpan la participación de las estudiantes.

Otro caso digno de comentarse fue que en una observación de las clases de medicina uno de los alumnos comentó : “los hombres se enferman más que las mujeres porque ellas no trabajan solo están en la casa” situación que la docente en turno aprovechó para abrir la discusión, la cual fue sumamente acalorada y enriquecedora dando pie a otra tarea semanal: les pidió a los estudiantes varones durante una semana asumir alguna tarea doméstica realizada por su mamá y registrar todas aquellas otras observaciones que su

progenitora llevará a cabo dentro de la casa. Tendrían que llevar pruebas documentales, de video o de foto respecto a la realización de dicha labor. La siguiente clase se expusieron los resultados de la tarea y los varones cambiaron radicalmente de opinión ante la experiencia vivida. La docente aprovecho para sensibilizar a los varones respecto del mito de que las mujeres que se quedan en casa “no trabajan”.

UTILIZAN UN LENGUAJE INCLUSIVO Y RECONOCEN Y FELICITAN A LAS Y LOS ESTUDIANTES DURANTE LA CLASE

Se dirigen a sus estudiantes por su nombre o bajo la denominación de compañera y compañero. Reconocen los avances y aportaciones del alumnado y lo expresan públicamente. No muestran una división entre lo cognitivo y afectivo al dar su clase y muchas de ellas usan apelativos cariñosos: “Mi preciosa, “Mi precioso”. “Mis queridos estudiantes” generando con ello un ambiente escolar agradable.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos muestran como pequeños cambios generan cambios positivos dentro del curriculum oculto, el cual de acuerdo con Luz Maceira deberíamos abordar no solo desde el lado negativo analizando las formas en las que el sexo, la clase o la orientación sexual se traducen en prejuicio, violencia o discriminación, sino también a indagar la manera en que “la diferencia” y las representaciones sociales, los discursos y los contextos en los que se entretije la educación pueden también formar parte de un currículo oculto “positivo”. Así, la politización de un o una docente, o de un o una alumna, su compromiso social, su identificación con ciertas causas —como podría ser la lucha contra la homofobia o la discriminación— se filtra y constituyen parte importante del currículo oculto que se establece en el grupo. Muestra de ello son las prácticas pedagógicas que estas docentes han llevado a cabo dentro del aula, teniendo efectos muy positivos en las y los estudiantes en el sentido de motivarlos a seguir la carrera científica y ser mejores profesionales, conscientes de su deber con los más necesitados. (Maceira, 2005, págs.216-217)

Así mismo se comprueba la importancia de estas docentes como una influencia positiva para las estudiantes en la medida en que ellas pueden ser excelentes fuentes para que las chicas se interesen en la investigación, se integren a redes sociales vinculadas a la ciencia y se incorporen a los proyectos de sus mentoras. (Parviainen, 2008)

También se destaca la importancia de las profesoras para mejorar el clima en el aula, pues crean un ambiente más favorable para el estudio el aula, lo hacen más respetuoso y se erigen como modelos a seguir (García Villa, 2008).

Queda por difundir y replicar en nuestro trabajo docente, este tipo de prácticas con el estudiantado a fin de contribuir a un cambio positivo y menos opresivo para las estudiantes

mujeres y su incorporación al campo de la investigación científica.

REFERENCIAS

- Araya, Sandra. (2004). Hacia una educación no sexista. Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación", julio-diciembre.
- Aubert, Adriana; García, Carme; (2009). La pedagogía crítica y el éxito académico de todos y todas. *Teoría de la Educación. Educación y Cultura en la Sociedad de la Información*, noviembre-Sin mes, 231-242.
- Blazquez, Norma, Olga Bustos (2013) Saber y Poder Testimonios de Directoras de la UNAM. México: CEIICH UNAM.
- Blazquez, Norma y Javier Flores (2005) "Género y ciencia en América Latina. El caso de México". En Blazquez, Norma y Javier Flores (editores), *Ciencia, tecnología y género en Iberoamérica*. México: CEIICH-UNAM-Plaza y Valdez.
- Blazquez, Norma (2008) *El Retorno de las Brujas*. México: CEIICH-UNAM.
- Bartolucci, Jorge (2000) *Desigualdad social, educación superior y sociología en México*. México: CESU-UNAM.
- Bustos, Olga (2005) "Mujeres, educación superior y políticas públicas con equidad de género en materia educativa, laboral y familiar. En Blazquez, Norma y Javier Flores (editores), *Ciencia, tecnología y género en Iberoamérica*. México: CEIICH-UNAM-Plaza y Valdez.
- García Villa, Ma. del Carmen. 2008. "The impact of program experiences on retention of women engineering students in Mexico". *Dissertation for Degree of Doctor of Philosophy*. Texas University.
- Grundy, Shirley. (1998). *Producto o Praxis del Currículum* (3ª ed.). Madrid: Morat
- Guevara, Elsa (2009) "Desigualdad de género en la UNAM. Algunas experiencias del estudiantado". En Garandilla, José, Julio Juárez y Rosa ma. Mendoza (coords.), *Jornadas Anuales de Investigación 2008*. México: CEIICH-UNAM.
- Guevara, Elsa. (2012) "El contexto de la ciencia en México y las perspectivas del estudiantado". En *El sueño de Hypatia. Las y los estudiantes de la UNAM ante la carrera científica*. México: CEIICH-UNAM
- Guevara, Elsa y García, Alba (2012, enero-febrero). Las científicas como modelo para las y los estudiantes universitarios. Ponencia presentada en el IX Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género, Sevilla, España. Recuperado de <http://www.oei.es/congresoctg/memoria/pdf/GuevaraRuisenor.pdf>
- Guevara, Elsa, Mendoza, Rosa y García, Alba, (2014). Profesoras e investigadoras en el interés por la investigación entre el estudiantado de psicología. *Revista Alternativas en Psicología*, 18(30). Recuperado de <http://alternativas.me/numero-30/59-8-profesoras-e-investigadoras-en-el-interes-por-la-investigacion-entre-el-estudiantado-de-psicologia>

Maceira Ochoa, Luz. (2005). Investigación del currículo oculto en la educación superior: alternativa para superar el sexismo en la escuela. *Revista de Estudios de Género. La ventana*, Núm. 21. (págs. 216-217)

Maceira, Luz (2008). El sueño y la práctica de sí. *Pedagogía feminista. Una propuesta*. Ed. Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer.

Maffia, Diana (2007) *Hacia una Pedagogía Feminista*, Editorial El colectivo, Buenos aires Argentina.

Martínez, Rigoberto. (2014). *Pedagogía tradicional y pedagogía crítica* (col. Pensamiento crítico n. 1), Chihuahua, México: Doble Hélice Ediciones-Instituto Latinoamericano de Pedagogía Crítica

Parviainen, Mia. 2008. "The Experiences of Women in Computer Science. The Importance of Awareness and Communication". *Journal of The Sociology of Self-Knowledge*, vol. I, núm. 4, 87-94.

Tisdell, E. J. (2000), "Feminist pedagogies" in E. R. Hayes & D. D. Flannery (Eds.), *Women as learners. The Significance of Gender in Adult Learning*. San Francisco, CA: Jossey-Bass

A TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL: IDENTIFICAÇÃO DAS CRENÇAS, PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS E O ESTABELECIMENTO DA ALIANÇA TERAPÊUTICA

Data de aceite: 01/03/2022

Paulo Tadeu Ferreira Teixeira

RESUMO: A TCC (terapia cognitivo comportamental) é uma abordagem teórica da Psicologia desenvolvida com a finalidade de analisar o indivíduo enquanto as suas experiências como o meio, determinando o modo como ele se sente se percebe e se comporta. A TCC é baseada nas pesquisas Beckiana que proporcionou uma vasta fundamentação teórica desenvolvida desde a década de 60 e apresenta diversas técnicas de grande relevância baseada em evidências no tratamento de diversos quadros psicopatológico. Este artigo realizou-se mediante análise das revisões de artigos e livros-texto, principalmente dos trabalhos de Aaron Beck e pelas plataformas Scielo e PePSIC. Assim foi apresentado um panorama desta abordagem a sua contribuição para a minimização dos conflitos, a relevância do estudo dos pensamentos automáticos e o desenvolvimento da aliança terapêutica de forma eficiente e eficaz ao tratamento psicoterapêutico. Percebe-se que o acolhimento no vínculo terapêutico, além de ser uma ferramenta eficaz na ordenação do tratamento, configura-se como um fator privilegiado de expressão da heterogeneidade de concepções e valores voltados atenção à psicoterapia. A finalidade terapêutica da TCC desde a construção do arcabouço teórico foi apresentar a reestruturação cognitiva e reestruturar os pensamentos disfuncionais

e contribuir com soluções pragmáticas para produção de transformações mentais e a redução dos sintomas dos transtornos emocionais.

PALAVRAS-CHAVE: Terapia Cognitivo comportamental; tratamento; aliança terapêutica.

ABSTRACT: CBT (cognitive behavioral therapy) is a theoretical approach to psychology developed with the purpose of analyzing the individual while his experiences as the environment, determining how he feels, perceives and behaves. CBT is based on Beckian research that provided a wide theoretical foundation developed since the 1960s and presents several techniques of great relevance based on evidence in the treatment of various psychopathological conditions. This article was made by analyzing the reviews of articles and textbooks, mainly of the works of Aaron Beck and by the Scielo and Pepsic platforms. Thus, an overview of this approach was presented, its contribution to the minimization of conflicts, the relevance of the study of automatic thoughts and the development of the therapeutic alliance in an efficient and effective way to psychotherapeutic treatment. It is noticed that the embracement, in the therapeutic bond, besides being an effective tool in ordering the treatment, it is configured as a privileged factor of expression of the heterogeneity of conceptions and values focused on mental health care. The therapeutic purpose of CBT since the construction of the theoretical framework was to present cognitive restructuring and restructure dysfunctional thoughts and to contribute with pragmatic solutions for the production of mental changes and the reduction of symptoms of emotional disorders.

KEYWORDS: Cognitive behavioral therapy; treatment; therapeutic alliance.

1 | INTRODUÇÃO

A TCC (terapia cognitivo-comportamental) é uma abordagem teórica da Psicologia desenvolvida com a finalidade de analisar o indivíduo enquanto as suas experiências, como o meio determina o modo como ele se sente, se percebe e se comporta. O surgimento da aliança terapêutica é um elemento eficaz para o desenvolvimento da psicoterapia. O artigo teve como objetivo desenvolver uma revisão sistemática a respeito do funcionamento da aliança terapêutica na psicoterapia em TCC. Sendo assim, foi desenvolvido uma busca em livros-texto, principalmente dos trabalhos de Aaron Beck e em duas bases de dados, SciELO e PePSIC, com descritores: Psicologia cognitiva, pensamentos automático e aliança terapêutica, termos pesquisado nos dicionários das bases de pesquisa. O referido estudo foi desenvolvido usando filtros para títulos, resumo e assunto. Cada material foi lido na íntegra e as informações coletadas foram dispostas em uma planilha Office World, incluindo ano de publicação, autores e fonte da pesquisa onde foi publicado.

Durante o processo psicoterapêutico, existem fortes evidências e comprovações que algumas variáveis ocorrem durante a terapia, podendo-se citar: satisfação, adesão ao tratamento, a redução de conflitos e principalmente o surgimento da aliança, sendo assim fatores essenciais e que podem ser determinantes aos resultados da psicoterapia.

O estudo apresenta a abordagem em TCC revelando a sua contribuição referente identificação dos pensamentos automáticos e o desenvolvimento da aliança terapêutica de forma eficiente e eficaz ao tratamento psicoterapêutico.

Percebe-se que estabelecimento do vínculo terapêutico, além de ser uma ferramenta eficaz na ordenação do tratamento, configura-se como um fator privilegiado de expressão da heterogeneidade de concepções e valores voltados atenção à saúde mental, permitindo acessar como as construções morais operam nas percepções em torno do sofrimento dos pacientes e das práticas de cuidado. De acordo a pesquisa de Beck foi revelado que o avanço sucessivo na pesquisa e prática corroborado durante todo o processo das terapias cognitivo-comportamentais pode ser explicado como uma recomendação de que o futuro do campo indiscutivelmente presenciará avanços ininterruptos.

2 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A terapia cognitiva comportamental

A terminologia terapia cognitiva (TC) e a terapia cognitivo comportamental (TCC) frequência são utilizadas como sinônimos para designar as psicoterapias fundamentadas no modelo cognitivo. Os estudos em TCC são utilizados para o incremento das diversas técnicas que corroboram com a combinação da abordagem cognitiva de diversas

metodologias comportamentais desencadeando diversas estratégias cognitivas e comportamentais (BECK, 2005).

A Psicologia cognitiva experimental é concebida como uma abordagem teórica no campo da Psicologia cognitiva apresentando grande relevância em sua pesquisa experimental científica através das análises dos métodos cognitivos (Eysenck & Keane, 2007). A Psicologia Cognitiva é oriunda do surgimento do computador digital. Tomados pelo advento, os psicólogos e pesquisadores ficaram encantados com esse avanço da tecnologia (Best, 1992). Um marco importante da Psicologia Cognitiva foi a preocupação com o estabelecimento do método a ser aplicado e postulado nas pesquisas. Podendo citar o behaviorismo metodológico que contribuiu a Psicologia Cognitiva de forma significativa para a Psicologia ter o status científico associado a outras disciplinas da ciência (NEUFELD & STEIN, 1999).

Dobson & Dozois 2001, fundamenta que os estudos teórico em TCC participa de três suposições básicas. Inicialmente revela que a função mediacional da cognição, existirá sempre a análise da cognição seguida da avaliação dos fatores internos e externos que podem apresentar a resposta a esses eventos; a segunda suposição apresenta que o desenvolvimento da cognição pode ser monitorado e medido; e a terceira aponta que as modificações comportamentais podem ser analisada pelos processos cognitivos contribuindo assim para uma evidência indireta de modificação da cognição.

Na década de 90, as pesquisas apontam o aumento significativo de estudos voltado para as Terapias Cognitivo Comportamentais no país. A ênfase a este crescimento esta creditada pelo aumento significativo por parte de muitos profissionais de saúde mental em expandir seu conhecimento desta área, surgindo assim às associações, como por exemplo, a Sociedade Brasileira de Terapias Cognitivas (SBTC) que se transformou em Federação (FBTC) para acolher as diversas associações regionais. Assim sendo favorece ao surgimento, aos congressos, workshops, cursos de capacitações, as jornadas regionais e nacionais, aumento em publicações e produções editoriais em livros sobre os temas afins, colaborando significativamente na área de atuação na TCC (RANGÉ E PEREIRA, 2011).

As terapias cognitivas são fundamentadas pelas abordagens seguindo viés teórico e técnico, a eficácia se evidencia com os estudos da cognição correlacionados com os traços comportamentais da personalidade do indivíduo, assim também pelo grau de sofrimento manifesto. As pesquisas dos teóricos como Albert Bandura, Albert Ellis, Aaron Beck, baseiam-se em pesquisas de procedimentos comportamentais na linguagem e no neurodesenvolvimento de pessoas com diversos quadros clínicos (KNAPP, 2004).

Rangé e Pereira (2011), afirmam que a Psicologia Experimental teve início com os trabalhos de Wilhelm Wundt, sendo este um grande marco teórico, desenvolvendo o primeiro laboratório experimental, na Alemanha, no ano de 1879, contribuindo assim para uma Psicologia que buscou implantar os métodos de cientificidade de maneira eficaz, categórica e objetiva.

A Terapia Cognitivo Comportamental não se restringe ao determinismo proposto por Skinner, quanto ao reforço operante. Nesta abordagem, as pessoas sentem e se comportam conforme as interpretações que elas fazem diante de um determinado estímulo ou situação inserida dentro de determinado contexto. Assim aconteceu uma revolução cognitiva na ciência da Psicologia, quando o Aaron Beck levou em consideração a cognição de um indivíduo frente a situações que influenciam suas emoções e comportamentos (HAYES & HOLLMANN, 2020).

Carvalho (2014) revela que ao longo dos anos, a TCC se tornou tão efetiva nos cuidados aos pacientes que desenvolvem algum tipo de transtorno psiquiátrico, quanto às consequências do uso de medicações, sendo o método terapêutico medicamentoso uma preferência pela maioria dos pacientes, muitas vezes pelo imediatismo ao tratamento. As contribuições científicas da aquisição da memória, linguagem, razão, emoção, e habilidade sociais, de Mahoney, Albert Ellis e Bandura foram essenciais para a uma nova construção de visão de mundo, voltada ao modelo cognitivo do self, do outro e de suas expectativas de futuro.

2.2 O desenvolvimento das crenças e pensamentos automáticos no processo terapêutico

Nos estudos da TCC observa-se que no nível cognitivo mais superficial dos pensamentos está a construção dos pensamentos automáticos (PAs). Estes pensamentos surgem de forma breve e automática, na linha da consciência e estão no cotidiano do indivíduo, sendo um dos predisponentes básico para acesso as demandas do paciente durante o processo terapêutico (BECK, 1997). Os pensamentos automáticos são interpretados como um processo cognitivo rápido e espontâneo, afinal o indivíduo passa a perceber com facilidade a emoção pautada ao pensamento do que o conteúdo do pensamento em si. Essas manifestações poderão ser tanto positivos quanto negativos e determinada as diversas situações do que os outros níveis cognitivos, se relacionam funcionalmente à ativação de crenças e esquemas mais profundos do indivíduo identificados assim no processo terapêutico (BECK, & DOZOIS, 2011). A finalidade terapêutica da Terapia Cognitiva, desde a construção do arcabouço teórico, foi apresentar a reestruturação cognitiva e reorganizar os pensamentos disfuncionais e contribuir com soluções pragmáticas para produção de transformações emocionais e a redução dos sintomas dos transtornos psicológicos.

Referente a Terapia Cognitiva Comportamental à sua metodologia de análise, está pautada numa abordagem que compreende o inconsciente não como uma estrutura independente de um estado de atenção no qual decisões podem ser tomadas racionalmente, mas sim como inconsciente no sentido de não ter entendimento ou noções da razão pelo qual o indivíduo internalizou em seu sentir, pensar e em também em suas condutas (RAUEN, 2013).

O processo terapêutico, desenvolvido na abordagem em TCC foi desenvolvida

como forma de contribuição para possibilidades inovadoras de suprir as necessidades dos indivíduos com algum tipo de alteração no pensamento e comportamento, favorecendo pela minimização de danos e recaídas, fortalecimento do bem estar humano em suas diversas demandas, tendo mais destaque nos sofrimentos mentais, emocionais e comportamentais provenientes de transtornos psiquiátricos, sendo assim uma abordagem que propensa a ter uma maior compreensão de revisão diagnóstica para efetivar o psicodiagnóstico com auxílio de acompanhamento medicamentoso das clínicas psiquiátricas (KNAPP, 2004).

Beck J. S. (2013), acredita que o desenvolvimento das crenças relaciona-se às ideias que as pessoas elaboram nos primeiros estágios de desenvolvimento ideias sobre si mesmo, sobre as outras pessoas e sobre o meio que circunda. Sendo assim compreende-se como uma tentativa de entender o ambiente e refletir sobre as experiências de forma coerente, a fim de funcionar adaptativamente e desenvolver suas estratégias de enfrentamento.

Os modelos conceituais, que fundamentam esta vertente da Psicologia, é o que Aaron Beck chama de tríade cognitiva: o pensamento, as emoções e o comportamento. Este é o modelo cognitivo da personalidade do indivíduo que se dinamiza na correlação do seu self com si mesmo, com o outro e com suas expectativas de futuro. Assim, entende-se tríade cognitiva como a semelhança da personalidade do self com sua cognição e com mundo (RANGÉ, 2011).

A fundamentação teórica postulada por Beck (1979) revela que no tratamento com paciente com sintomas depressivo, ocorria pela observação clínica, durante a investigação foi percebido que todos os indivíduos em estado de depressão tinham padrões de pensamentos em comum: privação, fracasso e a perda. Assim, percebeu-se que nestes pontos em comum entre os pacientes depressivos, que as crenças que desencadeavam disfunções na tríade cognitiva da personalidade destes como: a percepção distorcida de si, a visão negativa do ambiente e a perspectiva pessimista do futuro contribuíam para uma visão errônea do mundo (SILVA, 2014).

Beck em sua pesquisa propôs o uso de táticas para corrigir tais distorções, que se revelaram efetivas, visto que nem sempre o inconsciente é responsável pelo o modo de sentir, pensar e fazer. Posteriormente a Terapia Cognitiva Comportamental emancipou-se para diversas outras demandas e para diversas conceituações de caso provenientes de psicopatologias e transtornos psiquiátricos variados, intervindo deste diagnóstico à manutenção preventiva minimizadora de sintomas, com parcerias de terapias e/ou procedimentos medicamentosos, agregando ainda mais a Psicologia (JUDITH BECK, 2013).

A Terapia Cognitiva Comportamental é fortemente baseada em processo enquanto cientificidade com ampla competência em contextos clínicos e desenvolvendo estudos voltados à aprendizagem social, contribuindo para a minimização das crises de pânico e ansiedade generalizada entre outros processos, ampliando técnicas de enfoque aos transtornos de humor; e diversas pesquisas a respeito dos aspectos cognitivos como busca

para uma lógica que explique o equilíbrio psicológico (ZAKHOUR *et al.*, 2020).

Assim esta abordagem é vista como uma terapia focal e objetiva, com a intenção de modificação da sua configuração de perceber sua autoanálise, investigando os desencadeadores da angústia, monitorando o modo de pensar do indivíduo, de suas relações sociais, suas reações emocionais e comportamentais. Esta autoanálise ajuda o paciente a ser assertivo e assumir a responsabilidade de se ajudar junto à assistência do psicólogo, contribuindo de forma expressiva pela busca de amenizar aos problemas psíquicos instalados (HAYES & HOLLMANN, 2020).

Na Terapia Cognitiva Comportamental, existe a premissa de que as pessoas sentem ou se comportam mediante as interpretações que fazem diante de uma determinada situação. Assim, o modelo cognitivo propõe que o pensamento disfuncional, o qual tem influência no humor e no pensamento do indivíduo é comum em todos os transtornos mentais (WRIGHT, 2008).

A psicoterapia da TCC revela que é possível investigar aplicação de técnicas psicológicas que propicie uma psicoeducação ao paciente a se conscientizar dos seus pensamentos e crenças distorcidas, reestruturar seu emocional e o seu comportamento. Pode-se observar então que o psicoterapeuta busca estabelecer o equilíbrio emocional do indivíduo (MARINHO, 2020).

Na Terapia Cognitiva Comportamental, se propõe que conteúdos latentes possam ser manifestos de forma consciente, ou seja, os processos automáticos básicos envolvem as estruturas cognitivas inconscientes denominadas esquemas e crenças. Assim, a abordagem origina uma ideia, por meio de evidências, de que pensamentos automáticos estão incluso à parte mais acessível da consciência (LÓSS, 2018). Sendo assim esses pensamentos ocorrerão automaticamente e ligeira e constituindo uma interpretação imediata de qualquer situação vivenciada dentro de um cenário (BEZ, A. S., 2013)

A relação do inconsciente com os pensamentos automáticos vem a ser a interpretação da consciência da pessoa por intervenção da cognição, é por uma esquematização inconsciente que emerge psiquicamente de forma explícita como palavras ou imagens. Os pensamentos automáticos são importantes para examinar se a ótica da pessoa condiz com os fatos como eles realmente são, ou se são percepções distorcidas ou enviesadas desta pessoa (HV GOMES, 2019).

É preciso identificar estes pensamentos automáticos para compreender se existe uma desenvoltura de distorções cognitivas na saúde mental de um paciente na clínica, e também para compreender como ele reage às circunstâncias ao compreender melhor suas crenças, investigando-as, como as matrizes que modulam sua tríade cognitiva, avaliando seu grau de normalidade e a vulnerabilidade do adoecimento mental. A Terapia Cognitiva Comportamental desenvolve o manejo para reestruturar esquemas inconscientes que estão desregulando o indivíduo, seja por signos leves manifestos a psicopatologias severas (HV GOMES, 2019).

As crenças centrais e as intermediárias são nível mais profundo da estruturação cognitiva, pois são regras absolutas e condicionais, respectivamente, na influência da regulação emocional e interpretação de si, como sua autoestima, e de suas interpretações do mundo. Beck (2013) pontua que as crenças nucleares são desenvolvidas na infância através das interações do indivíduo com outras pessoas significativas e da vivência de muitas situações que fortaleçam essa ideia. As crenças centrais podem ser relacionadas ao próprio indivíduo, às outras pessoas ou ao mundo. Geralmente, essas crenças são globais, excessivamente generalizáveis e absolutistas.

O estudo referente às crenças é essencial para compreender como o paciente se cuida, percebe-se, senti e faz. Importante também para entender se há erros cognitivos em sua percepção e interpretação; como se representa suas atitudes, regras e suposições; e como se dá as regras nucleares absolutistas sobre seu self e sua afinidade com o outro (DATTILIO, 2006).

Perante a identificação das crenças e pensamentos automáticos no processo terapêutico é necessário que o terapeuta possa desenvolver estratégias de enfrentamento e planos de ação junto ao paciente para a solidificação da aliança terapêutica, pois o psicólogo contribuirá assim nas particularidades comportamentais do indivíduo, estabelecendo a construção das metas, levantamentos de hipóteses junto a assertividade do paciente, para assim compreender como ocorre o processo cognitivo da flexibilização e de modificação de crenças disfuncionais dos pacientes, abrindo espaços para linhas de pesquisa e intervenções necessárias a cada contexto idiossincrático nas conceituações de caso (BEZ, 2013).

As pesquisas atuais revelam que as modificações de crenças, apresentam desafios a serem traçados na psicoterapia quanto às modificações de crenças nucleares. Estas modificações precisam passar por um processo intenso de reavaliação, pois as crenças nucleares envolvem elementos de modificação voluntária do pensamento. É muito tênue que exerça elementos adicionais na modificação de crenças nucleares pois pode envolver outros mecanismos cerebrais e assim esta reconfiguração se difere do desafio do pensamento mais geral, já que envolve ativações e modificações de mecanismos neurais de autorrepresentação HAYES & HOLLMANN, 2020).

2.3 O estabelecimento da aliança terapêutica na abordagem em TCC

Horvath 2000, afirma dizendo que na abordagem em TCC contribui significativamente para a construção da aliança terapêutica entre o psicólogo e paciente, é de suma importância para um meio de maior conforto e confiança, fatores essenciais para implementar e praticar as técnicas em psicoterapia. O estabelecimento da aliança é considerado um dos componentes que favorece a solidificação da psicoterapia.

FORRESTER et al (2013), afirmam que os pontos em decorrência da psicoterapia estão caracterizados por fatores desenvolvido paciente durante a aliança terapêutica.

É importante identificar as variáveis num setting terapêutico, o psicoterapeuta deve desenvolver uma aliança terapêutica sólida com o indivíduo. O vínculo terapêutico, na abordagem da Terapia Cognitiva Comportamental, é o primeiro passo para o terapeuta identificar como o indivíduo estabelece suas relações em geral e também é o primeiro passo para investigar as crenças disfuncionais do indivíduo, incluindo o grau de motivação para a psicoterapia e para consigo e os outros, qualidade das relações interpessoais, habilidade de resolução de problemas e grau de reatividade emocional (SILVA, 2014).

As primeiras análises que caracterizava a aliança no processo psicoterapêutico originou-se da teoria psicanalítica, sendo apresentada primeiramente nos estudos na teoria freudiana (Freud, 1913/1996). Freud empregou o termo transferência eficaz e *rapport* para identificar o desenvolvimento relacional estabelecido entre médico e paciente. Percebe-se que a transferência eficaz foi constituído como um critério básico para o êxito do atendimento.

A construção da aliança terapêutica envolve empatia, habilidade afetiva de compreensão das demandas terapêuticas, e autenticidade. O terapeuta neste processo garante total comprometimento em acolher o indivíduo pela ética, transparência e coerência. A empatia então resulta na relação terapêutica uma coparticipação, uma parceria de apoio e sigilo que colaborando com que tanto o paciente de tal modo como o psicoterapeuta possa desenvolver uma colaboração ativa ao tratamento. Assim, para que se alcance objetivos terapêuticos, tarefas, e assuntos construído na terapia, estabelecendo assim uma aliança sólida (ZAKHOUR *et al.*, 2020). O modelo cognitivo esta baseado na concepção de que o afeto e o desempenho de um indivíduo são, em grande parte, determinados pelo modo como ele elabora a sua relação estabelecida com o mundo a sua volta (Beck *et al.*, 1997).

Feliciano e Parra (2011) contribuem relatando que a TCC apesar de ser uma abordagem estruturada, baseia-se também num processo colaborativo entre o psicoterapeuta e o paciente, objetivando não apenas a minimização dos problemas imediato do paciente, mas através da reestruturação cognitiva, buscando adotar novas técnicas e estratégias para capacitá-lo, para a concretude de suas metas. Referente ao funcionamento sociocognitivo do paciente é desenvolvido um planejamento baseado em metas e com objetivos específicos a cada etapa do tratamento.

Numa relação terapêutica, a construção colaborativa de uma atenção interpessoal é fundamentação num aspecto que perpassará por toda a psicoterapia: a psicoeducação, sendo na Terapia Cognitiva Comportamental, um sinalizador voltado ao resultado da psicoterapia, pois propicia nos processos das sessões, habilidades sociais e habilidades de comunicação, um acolhimento que traz adesão e resultados. É uma forma facilitadora de elaborar e executar estratégias para a minimização de danos (SINGULANE & SARTES, 2017).

Judith Beck (2013), assegura que o psicoterapeuta no processo do incremento da aliança terapêutica, deve estabelecer a um conhecimento empírico e cientificamente

fundamentado quanto à manutenção de uma apropriada relação terapêutica, de modo geral, como, colaborar de forma ativa com o indivíduo assistido, demonstrando atenção, propiciando o alívio da angústia, atentar-se no cuidado de compreender as demandas do indivíduo e refletir sobre as medidas de intervenção para a redução dos pensamentos distorcidos, promoção da aliança e o feedback positivo.

GOMES (2015), aponta que as análises sobre a constituição da aliança terapêutica revelam resultados significativos para todas as abordagens psicológica contribuindo diretamente para a construção de uma aliança eficaz para um bom resultado deste processo.

Na terapia cognitiva comportamental, o psicólogo passa a construir a aliança terapêutica durante o acolhimento ao sujeito, com o surgimento também da empatia como via de comunicação desenvolvendo uma compreensão acerca dos conflitos manifestos, proporcionando um conforto emocional. O envolvimento do terapeuta, contribuirá para o surgimento da afetividade e credibilidade entre o psicoterapeuta e paciente, fortalecendo assim a eficácia terapêutica (BECK, 2013).

A concretização da aliança no início do processo terapêutico associado ao avanço do tratamento, desenvolve assim uma relação de confiabilidade, diminuindo a probabilidade de inseguranças e rupturas. Ressalta-se que o desenvolvimento da aliança proporcionará um ambiente mais acolhedor levando em consideração as expectativas do paciente amenizando possíveis medos e angústias criando novas perspectivas para redução dos problemas desenvolvidos (HORVATH et al., 2011).

2.4 A psicologia clínica de acordo as contribuições da TCC

Beck (2013) aponta que o tratamento baseado na Terapia cognitivo comportamental, é fundamentado em uma conceituação do paciente, suas crenças e padrões comportamentais, onde o terapeuta irá através da utilização de técnicas promover a modificação de pensamento disfuncionais ou no sistema de crença do paciente resultar em mudanças emocionais e comportamentais mais satisfatórias. O tratamento na TCC é norteado por alguns princípios básicos sendo eles: formulação e conceituação de caso, necessidade de estabelecer uma aliança terapêutica solida; participação ativa do paciente, foco no presente, prevenção de recaída, identificação de crenças e pensamentos disfuncionais.

Souza e Cândido (2009) apresentam que os procedimentos técnicos da TCC tem a finalidade de modificar comportamentos disfuncionais no repertório do paciente, através da avaliação de crenças sobre si mesmo e sobre os eventos, construindo hipóteses sobre pensamentos, emoções e crenças do paciente durante o processo terapêutico, que o aproxima da estrutura cognitiva do paciente, sendo definida de Conceituação Cognitiva.

O psicólogo através da sua intervenção contribui para a minimização da angústia do paciente, influenciada muitas vezes pela interação entre os níveis psíquicos comportamentais e sociais nos quais o sujeito está inserido. É importante dizer que o psicólogo tem como papel incentivar o desenvolvimento adaptativo e emocional em seus pacientes para que

os mesmos desenvolvam processos conscientes de pensamento racional e a solução de problemas (MOREIRA & MAGALHÃES, 2019)

OLIVEIRA & MARTINS (2019), a função do psicólogo clínico é avaliação de comportamentos, dos programas de intervenção e da implementação de tais programas. A função do psicoterapeuta é tentar identificar e desenvolver esquemas adaptativos e modificar se possível às influências dos esquemas desadaptativos. Isto exige desempenho técnico e empático de tarefas, Essas atividades promove habilidades sociais fomentadas por aportes teóricos multidisciplinar podendo ser desenvolvida em parcerias com outros profissionais de saúde ou redes de saúde, e sobretudo em clínicas, com a finalidade de atingir inúmeras populações-alvo da psicoterapia terapia individual como grupal.

As técnicas do psicólogo são vastas, e vão além de não apenas uma visão de promoção e prevenção em um setting clínico, mas sim a participação do social para agregar o conhecimento do psicólogo na saúde coletiva, e através desta influência, psicólogos passam a se atentar por atuação política, monitoramento interventivo e observacional, triagem, coping, interpretação e manejo de oficinas. Em relação as oficinas, ela também possui psicoeducação no processo, e assim, dentro de pacientes com ansiedade, tiveram como principal dispositivo ensinar técnicas de relaxamento, através do exercício da respiração diafragmática, relacionadas a técnicas psicológicas para os sujeitos refletirem sobre si no mundo (GUARIENTO, C. F.; TORRES, S.; ECKER, D. D, 2019).

A imparcialidade e a resiliência se põe à prova a todo instante durante a atuação profissional, a forma de como o psicólogo lida com suas circunstâncias. Lidar com os sofrimentos e perdas que acompanham o adoecimento mental, a falta de resolutividade frente aos transtornos, a não compreensão da proposta de um serviço de saúde mental e a ausência de apoio dos familiares ao tratamento, são exemplos de preditores ao adoecimento (ROSSI et al., 2019).

Na terapia cognitivo comportamental o psicólogo trabalha as habilidades emocionais e o sentido de competência e manejo de autoestima da pessoa, e como esta pessoa pode transformar seus traumas em potencialidades que a propiciem além de uma aprendizagem social, uma regulação no seu humor, influenciando o paciente a ter um padrão comportamental assertivo pelo o que ele entende como enfrentamento de seus próprios problemas, logo auxilia as competências das atitudes do indivíduo a serem resilientes. Assim, entende que a TCC compartilha do pressuposto básico corroborando com a análise da atividade cognitiva e de como ela influencia o comportamento, podendo ser monitorada e alterada, de tal forma que mudanças na cognição determinam mudanças no comportamento (HAYES & HOLLMANN, 2020).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo as pesquisas o princípio da TCC é apresentar a conduta de como os

indivíduos percebem e processam a situação vivenciada poderá influenciar o seu estilo de vida, como eles se sentem e se comportam. Sendo assim, a finalidade terapêutica da TCC, durante muito tempo, passa a reestruturar e ajustar esses pensamentos distorcidos e contribuir para o incremento de soluções pragmáticas para produzir modificações na percepção, sentimento e comportamento do indivíduo e amenizar os conflitos instalados mediante os transtornos emocionais.

Este artigo buscou através do levantamento bibliográfico em diversas plataformas de pesquisa a contribuição da TCC a compreensão dos pensamentos automáticos e a relação da aliança terapêutica ao tratamento psicológico, enfatizando a contribuição da teoria favorecendo a promoção da saúde mental e declínio dos sintomas dos transtornos do paciente, favorecendo para que desenvolva estratégias sociais e possa obter maior qualidade de vida. A TCC através das pesquisas nos últimos anos tem evidenciado a sua eficácia e efetividade para o tratamento de diversos transtornos mentais (CORDIOLI, & KNAPP, 2008).

Shinohara (2000), relata que a aliança terapêutica é um fator determinante do processo terapêutico, colaborando para a probabilidade de conquistas frente às metas estabelecidas. A contribuição do vínculo terapêutico para o êxito das psicoterapias, inclusive da comportamental, favorece as análises e pesquisas comportamentais proporcionando ao terapeuta uma condução eficaz passando a diminuir o sofrimento das pessoas que os procuram.

Easterbrook e Meehan (2017), afirmam que na psicoterapia a aliança terapêutica deve crescer como um meio de estabelecer esta relação durante todo o atendimento prestado ao paciente. Wright et al. (2008), Alves (2017) afirmam que a manifestação da relação clínica de qualidade e a promoção da empatia são alguns desafios encontrados na prática clínica. O crescimento da condução da relação terapêutica está associado com o apoio à modificação no repertório comportamental do paciente, contribuindo na aderência ao tratamento, feedback positivo, entre outros fatores. A efetivação de pesquisas sobre as estratégias para a ampliação desta aptidão aos profissionais de Psicologia é de muita relevância, pois se percebe que uma boa relação terapêutica compõe qualidade ao serviço oferecido.

Nos levantamentos bibliográficos realizado foram analisado que os indivíduos percebem que o envolvimento do vínculo no processo terapêutico é importante para o incremento da aliança terapêutica. A importância do paciente ser fidedigno com as informações fornecida sobre sua história de vida e queixas, contribui significativamente para a construção de uma relação psicoterápica eficiente.

O psicólogo deve estar atento quanto as intervenções terapêuticas que serão desenvolvidas ressaltando os cuidados aos pacientes com psicopatologias graves e que desenvolvem transtornos de personalidade que necessitam muitas vezes de novas estratégias, com a finalidade de fortalecer o estabelecimento da aliança terapêutica

(PEIXOTO et al., 2016; SIMONI et al., 2018).

Beck et al. (2017) afirmam que o plano do desenvolvimento da aliança terapêutica requer não só tempo, mas também uma grande sintonia do terapeuta em relação às expressões de afetividade do paciente nas sessões, com o intuito de reconhecer e restabelecer quaisquer fatores que possam causar ruptura no vínculo.

3.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa ressaltam a relevância do incremento da aliança terapêutica como um processo primordial e determinante que colaborará sempre com o processo terapêutico. A terapia cognitiva de Beck representa uma grande transformação teórica no entendimento e tratamento dos transtornos mentais. Recomenda-se fluxo contínuo nas pesquisas em psicoterapia, principalmente na abordagem em TCC pela sua diferenciação pelos estudos constante e aperfeiçoamento de novas técnicas de assistência às diversas psicopatologias. Necessita-se cada vez mais a profundidade nas pesquisas com o propósito de corroborar cada vez mais a resultados efetivos dos processos psicoterapêuticos, proporcionando melhorias aos atendimentos psicoterápicos. Espera-se que este artigo possa contribuir para o incremento e avanço das investigações em da TCC.

Como apresentado na pesquisa um princípio fundamental para a prática dos métodos da TCC é a constituição de uma aliança terapêutica sólida com o paciente. Ao desenvolver um adequado relacionamento terapêutico, espera-se um enriquecimento na colaboração do indivíduo e efetividade a psicoterapia, minimização sinais e sintomas identificados e a busca pela diagnóstico e prognóstico, proporcionando assim qualidade de vida. O direcionamento desta teoria para a minimização das desordens mentais e a modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais contribui de forma eficiente e eficaz ao tratamento psicoterapêutico.

REFERÊNCIAS

ALVES, D. L. (2017). **O vínculo terapêutico nas terapias cognitivas**. Revista Brasileira de Psicoterapia, 19(1),55-71.

BECK, A. Thinking and depression: II Theory and therapy. **Archives of General Psychiatry**. Belmont: JAMA & Archives, v.10, n.6, p.561-571. 1964. [Links]

BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F., & EMERY, G. **Terapia cognitiva da depressão** (S. Costa, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1979); 1997.

BECK AT. **The current state of cognitive therapy**: a 40 year retrospective. Arch Gen Psychiatry; 62(9):953-9. 2005.

BECK, Judith. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BECK, A. T., & Dozois, D. J. A. (2011). **Cognitive therapy: Current status and future directions**. Annual Review of Medicine, 62, 397-409. DOI: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-med-052209-100032>

BECK, A. T.; DAVIS, D. D.; FREEMAN, A. **Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade**. Porto Alegre: Artmed, 2017.

BEST, J. B. **Cognitive psychology**. St. Paul: West Publishing Company. 1992

BEZ, A. S; **Modificação de Crenças e Modelação Proativa de Metas: Perspetivas de Interface**. Santa Cruz do Sul, v. 38, n. 65, p. 218-232, jul. dez. 2013.

CARVALHO, Sílvia. Psicoterapia e Medicina Geral e Familiar: o potencial da terapia cognitivo comportamental. **Rev Port Med Geral Fam**, Lisboa, v. 30, n. 6, p. 406-409, dez. 2014. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732014000600010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 ago. 2020.

CIZIL, M.; BELUCO, A. **As contribuições da terapia cognitivo comportamental no tratamento da depressão**. Revista UNINGÁ, v. 56, p. 10, 2019.

CORDIOLI, A. V., & Knapp, P. (2008). **A terapia cognitivo-comportamental no tratamento dos transtornos mentais: editorial**. Revista Brasileira de Psiquiatria, 30 suppl 2, 51-53. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600001>

DATTILIO, F. M. **Reestruturação de Esquemas Familiares**. Rev. Bras. Ter. Cogn. [online], v. 2, n. 1, p. 17-34, 2006.

DOBSON KS, Dozois DJ. **Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies**. In: Dobson KS, editor. Handbook of cognitive-behavioral therapies. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2001.

EASTERBROOK, C. J., & Meehan, T. (2017). **The therapeutic relationship and cognitive behavioural therapy: a case study of an adolescent girl with depression**. The European Journal of Counselling Psychology, 6(1),1-24.

Eysenck, M. W., & Keane, M. T. **Manual de psicologia cognitiva** (5ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas. 2007

FELICIANO, Marinalva Fernandes Costa; PARRA, Claudia Regina. Aliança Terapeutica e resultados: Estudo de caso clínico em psicoterapia cognitivo comportamental: claudia regina parra. : Claudia Regina Parra. **Psicologia Pt**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 1-12, maio 2011.

FREUD, S. (1996). **Sobre o Início do Tratamento: Novas recomendações aos médicos que exercem psicanálise (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Vol. 12)**. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1913).

FROESELER, Mariana Verdolin Guilherme; SANTOS, Janaína Aparecida Mendonça; TEODORO, Maycoln Leôni Martins. **Instrumentos para avaliação de pensamentos automáticos: uma revisão narrativa.** *Rev. bras. ter. cogn.*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 42-50, jun. 2013.

GOMES, H.V.; **O Manejo Clínico Cognitivo Comportamental no Tratamento de Transtornos Depressivos.** *Psicologia: O portal dos Psicólogos.* Universidade Federal de Piauí - UFPI. 2019

GUARIENTO, C. de F., TORRES, S., & ECKER, D. D. (2019). **Prevenção e Promoção de Saúde no CAPS AD através de oficinas de psicoeducação.** *Revista Eletrônica Científica Da UERGS*, 5(2), 191-197.

HAYES, S. C.; HOLFMANN, S. G.; **Terapia Cognitivo-Comportamental Baseada em Processos Ciência e Competências Clínicas.** Porto Alegre: Artmed, ed: 1, 2020, p. 360

HORVATH, A. O. The therapeutic relationship: from transference to alliance. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 163-173. 2000. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200002\)56:2<163::AID-JCLP3>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2<163::AID-JCLP3>3.0.CO;2-D) [Links]

HORVATH, A. O.; DEL RE, A. C.; FLÜCKIGER, C.; SYMONDS, D. Alliance in individual psychotherapy. *APA*, v. 48, n. 1, p. 9-16, 2011.

KNAPP, Paulo et al. **Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

LÓSS, J. S.; **Terapia Cognitiva Comportamental Frente a Teoria de Aaron Beck no Tratamento do Transtorno Depressivo.** *Rev. Transformar.* Itaperuna: Rio de Janeiro. ed. 2, vol 12, n. 2, 2018, p. 185-197.

MARINHO, M. P. **Uma análise da construção de crenças a partir: do marxismo Ideológico de Antônio Gramsci, da terapia cognitiva comportamental e da teoria da arquitetura das crenças de Peterson.** Repositório Institucional da Faculdade da Amazônia. 2020

MOREIRA, DAIANA DE JESUS; BOSI, MARIA LUCIA MAGALHÃES. **Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil.** *Physis*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, e290205, 2019

NEUFELD, C. B., & Stein, L. M. **As bases da psicologia cognitiva.** *Revista da Saúde Urcamp*, 3(2), 76-87.1999.

OLIVEIRA, Lucas Avelar de; MARTINS, Luis Antonio Lovo. Grupos terapêuticos: benefícios e desafios desta modalidade de atendimento em instituições de saúde mental públicas. **Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa**, [S.l.], v. 35, n. 68, p. 154-161, abr. 2019. ISSN 2596-2809. Disponível em: <<http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistatesteste/article/view/1036>>. Acesso em: 15 nov. de 2020.

PEREIRA, Melaine; RANGÉ, Bernard. Terapia cognitiva. In: RANGÉ, Bernard (Colabs.). **Psicoterapias cognitivas comportamentais: um diálogo com a psiquiatria.** – 2. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2011.

PEIXOTO, M. E.; HONDA, G. C.; ENÉAS, M. L. E.; ROCHA, G. M. A.; SILVA, S. M.; WIETHAEUPER, D. Caso Vera: intervenções do psicoterapeuta e aliança terapêutica. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 4, p. 1193-1203, 2016.

RANGÉ, Bernard. **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais Um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: ARTMED, 2011.

RAUEN, F. J. **Hipóteses abduativas antefactuais e a modelação proativa de metas**. Signo, Santa Cruz do Sul, v. 38, n. 65, p. 188-204, jul./dez. 2013.

ROSSI, Livia Martins et al . **Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive**. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 35, n. 3, e00125018, 2019.

SILVA, Marlene Alves da. **Terapia Cognitiva-Comportamental: da teoria a prática**. Psico-USF, Itatiba , v. 19, n. 1, p. 167-168, Apr. 2014 .

SINGULANE, Bianca Aparecida Ribeiro; SARTES, Laisa Marcorela Andreoli. **Aliança Terapêutica nas Terapias Cognitivo-comportamentais por Videoconferência: uma Revisão da Literatura**. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 37, n. 3, p. 784-798, Sept. 2017.

SIMONI, L.; BENETTI, S. P. C.; BITTENCOURT, A. A. Intervenções do terapeuta psicanalítico no processo psicoterapêutico de uma paciente com transtorno de personalidade borderline. **Temas em Psicologia**, v. 26, n. 3, p. 1499-1512, 2018.

SHINOHARA, H. (2000). **Relação Terapêutica: O que Sabemos Sobre Ela? Em Kerbauy, R. R. (Org.) Sobre Comportamento e Cognição. Conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico**. Vol 5, 1ª ed., pp. 229-233. Santo André: Ed. SET.

SOUZA, Isabel Cristina Weiss de; CÂNDIDO, Carolina Ferreira Guarnieri. Current status of psychological diagnostics in cognitive therapy. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, [s.l.], v. 5, n. 2, p. 82-93, 2009.

WRIGHT JH, Basco MR, Thase ME. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado**. Porto Alegre: Artmed; 2008

ZAKHOUR, Stephanie et al . **Cognitive-behavioral therapy for treatment-resistant depression in adults and adolescents: a systematic review**. **Trends Psychiatry Psychother.**, Porto Alegre, 2020 .

CAPÍTULO 10

CONVERSACIONES DE SESIÓN ÚNICA ANTE EL SUICIDIO

Data de aceite: 01/03/2022

María Luisa Plasencia Vilchis

Luz de Lourdes Eguiluz
UNAM, FES-Iztacala

RESUMEN: El espacio terapéutico ofrece la posibilidad de co-crear conversaciones que permitan generar alternativas viables para el consultante. En el caso del suicidio, se podría pensar que contar con una sesión puede no ser suficiente, ni marcar una diferencia importante para quien ha optado por la muerte. Sin embargo, el trabajo clínico realizado con jóvenes (estudiantes de entre 18 y 25 años) que están pensando en el suicidio ha demostrado lo contrario (Eguiluz & Plasencia, 2011). Siguiendo los presupuestos de la terapia centrada en soluciones (Lipchik, 2002) y la psicología positiva (Lyubomirsky, 2008) es posible que una hora de conversación dialógica marque una diferencia para quien consulta. La atención de sesión única ha mostrado tener un impacto favorable en diversos centros de atención y con diversos motivos de consulta (Silve & Bobele, 2011). A través de este trabajo deseamos compartir nuestra experiencia en el empleo de estos nuevos modelos con temas como el suicidio.

PALABRAS CLAVE: Suicidio, enfoque centrado en soluciones, psicología positiva, sesión única.

ABSTRACT: The therapeutic space offers the possibility of co - create conversations that allow viable alternatives for the consultant. In the case

of suicide, may think that having a session not be sufficient, or make an important difference for those who opted for the death. However, in the clinical work with young people (students aged 18 to 25) who are thinking about suicide, they have shown us otherwise (Eguiluz & Plasencia, 2011). Following the budgets of solutions centered therapy (Lipchik,2002)- and positive psychology (Lyubomirsky, 2008) it is possible to use an hour of conversation Dialogic that mark a difference to whom consultation. The attention of single session has shown to have a positive impact in different care settings and with different reasons for consultation (Silve & Bobele, 2011). Through this work we wish to share our experience in the use of these new models with themes like suicide.

KEYWORDS: Suicide, solution focused, positive psychology, unique session.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un tema que comúnmente genera reacciones de diversas índoles, involucra emociones, relaciones y cuestiona las creencias y certezas. Más allá de lo personal, existe una realidad que ha ido creciendo en el mundo: el suicidio ha aumentado hasta alcanzar cifras que lo han convertido en un problema de salud pública. Esto plantea la necesidad de realizar acciones a nivel gubernamental para su prevención, atención para quienes lo intentan y para los que quedan cuando alguien se suicida.

Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) se han dictado líneas en relación

a la prevención y se estableció el 10 de septiembre como el día mundial de la prevención del suicidio; también se realizan investigaciones que derivan en estrategias de intervención y se implementa el enlace entre diversos sectores de la salud involucrados en el tema, mismos que permiten un mejor entendimiento del problema, sus soluciones.

Al año se estima que se suicidan alrededor de un millón de personas, lo que representa un 16% por cada 100,000 o lo que es igual, una muerte cada 40 segundos; razón por la que es considerada la tercera causa de muerte en las personas entre los 15 y 45 años, y en algunos países la segunda en jóvenes entre 10 y 24 años. A estos datos duros es necesario sumar el hecho de que por cada persona que muere se considera que hay 20 más en tentativa de suicidio, y que esta causa de muerte tiene un impacto en por lo menos seis personas. Si continuamos sumando, la depresión ha pasado a ser una de las enfermedades mentales con mayor incidencia, por lo que su presencia aumenta el riesgo de ideación suicida en la población. La enfermedad mental se ha asociado con factores ambientales, por lo que el riesgo aumenta ante la inseguridad, la violencia, desesperanza y problemas de salud física.

México no ha sido la excepción, en los últimos 20 años se han llevado a cabo investigaciones y proyectos de prevención a lo largo del territorio nacional; se crearon asociaciones, páginas web, y se han abierto espacios para el diálogo, la reflexión, la investigación, la atención y la prevención. Poco a poco se ha ido diluyendo la prohibición de hablar sobre la muerte auto-infligida. El suicidio es un problema complejo que, como se comentará más adelante, ha generado diversas acciones que conllevan el objetivo de disminuir su incidencia en los jóvenes universitarios.

LA SALUD MENTAL

El asunto del suicidio reúne de forma única los temas de la enfermedad mental y de la salud mental positiva al ser un acto totalmente consciente e intencional que busca como resultado final producir la propia muerte (Durkheim, 1974). ¿Qué hace que alguien elija esta acción? y ¿qué hace que abandone tal idea? La decisión de morir por mano propia ¿se toma acompañada de la enfermedad mental? o ¿alguien saludable mentalmente es capaz de elegir tal opción? Esta última posibilidad no es compatible con la definición de Salud Mental que se establece desde la Organización Mundial de la Salud (OMS):

...un estado de bienestar en el cual se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productivamente y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS 2001).

Sin embargo, ésta ha sido fuertemente cuestionada por la psicología positiva y sus principales representantes como M. Seligman (2006), porque no incluye los aspectos que caracterizan a la salud mental; es más, consideran que se sabe poco en relación a los

indicadores de salud mental, entendida como algo distinto a la ausencia de enfermedad mental (Ryff, 1989; Keyes 2005); tanto la salud como la enfermedad mental han sido asociadas a factores ambientales. En el caso de la enfermedad mental el riesgo aumenta ante la inseguridad, la violencia, desesperanza y problemas de salud física: Los trastornos afectivos, aspectos socioeconómicos y familiares (Tabla 1) son algunos de los factores que se asocian con el suicidio.

-
- Los trastornos psiquiátricos.
 - Enfermedades físicas, afecciones crónicas.
 - Problemas interpersonales con amigos, pareja.
 - Bullying escolar.
 - Problemas familiares.
 - Sensación de rechazo. Relaciones ambivalentes.
 - Estilo cognitivo:
Ambivalencia, impulsividad, rigidez.
-

Tabla 1 - Factores de riesgo

Adaptado de OMS (2000).

De igual forma, se han podido señalar diversos factores protectores ante el suicidio en jóvenes (Tabla 2), como el ambiente familiar positivo y contar con buenas habilidades sociales.

-
- Familia: buena relación con los miembros de la familia, apoyo de parte de la familia.
 - Habilidades sociales.
 - Autoestima alta, confianza en sí mismo.
 - Integración social: participar en actividades deportivas, sociales, culturales, clubs.
 - Buena relación con compañeros.
 - Buena relación con profesores y otros adultos
-

Tabla 2 - Factores protectores

Adaptado de OMS (2000).

Comúnmente se parte de la idea de que la persona que desea para sí mismo la muerte se encuentra mal psicológicamente; no es posible concebir que alguien sano desee dejar de vivir. Sin embargo el dilema lleva a considerar aspectos como la libertad y la autonomía a la que tiene derecho cada persona, aspectos de los que la bioética se ha ocupado para contribuir a un diálogo sobre temas de salud...

al ser una praxis filosófica que busca la realización de los valores morales en las prácticas relacionadas con las ciencias vidas y las profesiones de la

El suicidio es un tema que puede generar dilemas éticos (Alonso, 2007) en los profesionales de la salud involucrados si estos le consideran un acto contra la naturaleza o la voluntad de Dios, un crimen o consecuencia de una enfermedad mental. Estas concepciones conllevan una determinada desición que finalmente afecta a quien presenta ideación suicida, o bien a la familia que ha perdido a un miembro por suicidio.

En las conversaciones psicoterapéuticas es importante considerar tanto los factores protectores como de riesgo. También lo es incluir el tema del dolor y de la muerte, dejarlas de lado puede dificultar el diálogo y provocar en quien consulta la sensación de falta de comprensión y empatía: hablar de la vida implica hablar de la muerte y viceversa. Como parte del modelo que se enseña para la atención a crisis se incluyen las recomendaciones de la Guía Bioética (Mondragon, 2010), por ejemplo que el profesional de la salud no debe regañar, amenazar o burlarse del paciente, sino preservar la dignidad de la persona; el profesional debe mantener una escucha atenta al discurso del paciente durante todo el procesos terapéutico, así como reconocer las emociones que provoca en él/ella una persona que ha intentado suicidarse. Y siempre debe respetar las creencias y valores de los pacientes.

LOS NÚMEROS EN MÉXICO

Las estadísticas muestra una realidad que para muchos es alarmante, sobre todo cuando se piensa que detrás de cada número hay un ser humano, siendo los adolescentes y jóvenes entre 15 y 29 años los que mayormente intentan o logran quitarse la vida. Las cifras muestran que de 1997 a 2007 hubo un incremento de 275% en la tasa de suicidios. El Estado de México, Ciudad de México y Veracruz registraron mayor número de casos (México Sano, 2010). Para el año 2012 los estados con mayor incidencia entre los jóvenes fueron Yucatán, Quintana Roo, Campeche y Baja California.

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información señaló que se comenten más suicidios en zonas urbanas que en las rurales (INEGI, 2020), y reporta como principales causas los disgustos familiares, problemas amorosos, dificultades económicas, enfermedades terminales y enfermedades mentales. En México se pasó en 20 años, de 1990 al 2010, de un 2.3 a un 4.5 suicidios por cada 100 mil habitantes; y aunque las cifras son bajas comparadas con otros países, el índice de fallecidos se ha duplicado, lo que hace que el problema demande atención urgente. Por otro lado, en relación al intento suicida, los datos se vuelven confusos, ya que no es obligatorio reportarlo y muchos hospitales e instituciones de salud optan por informar otro tipo de ingresos que no incluyan la autolesión (Borges, 2010).

LAS INSTITUCIONES UNIVERSITARIAS

Las investigaciones sobre suicidio realizadas en diversas universidades, bachilleratos y secundarias, muestran diferencia entre los diversos grupos de estudiantes y nos permite observar cómo se mueve a lo largo de los años. En un análisis realizado (Borges, 2010), se encontró que la prevalencia de “alguna vez en la vida” en conductas suicidas va disminuyendo al pasar del grupo de los adolescentes (12 a 17 años) con 4.26%, al de 18 a 29 años con 3.75%, y luego al de 30 a 65 años, con 2.61%. En la encuesta (González-Forteza, 2000) del año 2000 en la Ciudad de México con estudiantes de educación media superior se encontró que:

El motivo más frecuente, tanto en varones como en mujeres, fue por los problemas familiares (global: 58.8% y 56.2%, respectivamente), y en particular se refieren a problemas con los papás: por maltrato, violencia, humillaciones, castigos, etc.

En cuanto a los estudiantes universitarios (Gonzalez-Forteza, 1996), se encontró que la autoestima es un factor protector para la ideación suicida tanto en varones como en mujeres; el estrés en las relaciones familiares y de pares, y la falta de respuestas de enfrentamiento eficaces, son dos factores de riesgo. Por otro lado, en relación a la idea de querer morir o desear morir (Córdova, Eguiluz & Rosales, 2011) reportan que una universidad del centro del país obtuvo una incidencia de 9.7% en hombres y 16.5% en mujeres, datos que no difieren mucho de lo encontrado en otras poblaciones también del centro del país. En la categoría “pensar en suicidarse” se halló una incidencia de 5.2% en hombres y de 7.8% en mujeres. La última categoría estudiada en esta investigación “creo o siento que mi muerte podría ser una solución a los problemas en mi vida” estuvo dirigida a evaluar la creencia, desde la perspectiva cognitivo-conductual, de que el suicidio es una solución a los problemas. En ésta se encontró un incidencia del 5.7% en hombres y 12.3% en las mujeres.

En otras universidades del país se reportan datos como: prevalencia de ideación suicida en el 15.8% y un 7.3% de intento suicida; también se consideró la presencia de violencia, con mayores índices en violencia física, verbal y sexual hacia las mujeres, con lo que se confirma el señalamiento de que la violencia doméstica se ejerce con más predominancia hacia las mujeres. Así mismo, se reporta una fuerte asociación entre la conducta suicida y la percepción de violencia doméstica, destacando la asociación de la presencia de violencia verbal con la ideación suicida y el suicidio (Espinoza-Gómez & Cols. 2010)

Esta realidad ha llevado a investigar lo que sucede en planteles universitarios en los que se imparten carreras de la salud como medicina, odontología, psicología y enfermería, que son consideradas carreras de riesgo al implicar contacto con el dolor humano.

Para en el año 1996 se realizó una encuesta con jóvenes estudiantes (Eguiluz, 1996)

en la que se encontró que el 27% de los jóvenes había pensado alguna vez en el suicidio; el 11% lo había intentado al menos en una ocasión y el 78% conocía a alguien que lo había intentado; el 52% consideró que el suicidio era una forma viable de salir de los problemas. En el 2003 (Alcántara, Chávez, & Eguiluz) encontraron en una muestra de estudiantes de psicología que 51% de los encuestados pensó al menos una vez durante la semana anterior en suicidarse. Las investigadoras resaltan que se hizo la encuesta antes de finalizar el semestre, lo que pudo haber influido en el resultado. Para el 2004 (Olivares & Sánchez) se realizó otra investigación con estudiantes de las carreras de odontología, medicina, psicología y enfermería, ahí se encontró que el 23% de los jóvenes habían pensado alguna vez en quitarse la vida, siendo más alto el número de casos en alumnos de medicina. Para el 52% una de las razones expresadas era poner fin a los problemas o escapar de ellos y un 22% dijo que sí podría llevar a cabo el acto. En ese mismo año se investigó sobre la relación entre depresión e ideación suicida en los estudiantes universitarios, encontrándose una correlación significativa entre las variables ($r=0.569$), por lo que la depresión se encuentra relacionada con la ideación suicida en la muestra estudiada.

En otro estudio realizado en el 2010 (Eguiluz, Cuenca & Campos, 2010), con el objetivo de explorar la relación entre depresión e ideación suicida en estudiantes de licenciaturas de la salud, se encontró que un 41% de los estudiantes presentaron depresión leve, 13.5% depresión moderada y 0.5% depresión grave; en cuanto a la ideación suicida, el 16.5% presentó síntomas. Los datos mostraron que la depresión se encuentra relacionada con la ideación suicida en la muestra estudiada. La presencia de ideación suicida y de intentos no ha disminuido, en los últimos estudios realizados el 21% de la población presentó ideación suicida y un 30% presentó depresión de moderada a severa (Eguiluz & Plasencia, 2004).

Estos datos se unen a la cotidianidad que enfrentan tanto los estudiantes como los docentes universitarios. La tristeza, el bajo rendimiento académico, la deserción o la frustración conviven con la esperanza, los sueños, los objetivos, los logros y los ideales, envueltos en un contexto social donde la desesperanza y la violencia parecen imperar, borrando, el optimismo, la perseverancia o la alegría (Eguiluz & Plasencia, 2011).

De este panorama surgieron dos propuestas que a su vez forman parte de un proyecto mayor: contar con un espacio de atención psicológica para los estudiantes con el objetivo de brindarles atención inmediata cuando se considera presentan una emergencia. Está puede ser haber sido víctimas de un asalto en el trayecto a la universidad, problemas familiares, con la pareja, escolares o de cualquier índole que ponga al estudiante en crisis, entendiendo las crisis como “acontecimientos graves que paralizan, quebrantan y afectan nuestra vida y la percepción de nosotros mismos hasta el punto de que perdemos la capacidad de seguir adelante con normalidad” (O’Hanlon, 2005). Esto conlleva la necesidad de tener psicólogos con una preparación adecuada para manejar este tipo de situaciones, lo que motivó la creación de un curso de capacitación que se denominó Terapia Breve para casos de Emergencia (Eguiluz & Plasencia, 2011), y que es requisito para prestar atención

en el servicio psicológico establecido dentro de la universidad.

El consultorio psicológico ha dado servicio en los últimos seis años, proporcionando un acercamiento con los jóvenes estudiantes que facilita conocer desde otro ángulo la realidad de aquellas situaciones que provocan los estados de crisis, ansiedad o de sufrimiento que pueden llevarlos a la depresión o a la ideación suicida. Ha permitido también indagar sobre las soluciones que utilizan, los recursos y fortalezas con las que cuentan, las redes de apoyo y, en general, de las experiencias que contribuyen a su bienestar y desarrollo; esta información se suma a la que se obtiene a través de la investigación cuantitativa, permitiendo desarrollar mejores estrategias de prevención y de atención.

EL MODELO

La atención psicológica que se brinda, como se mencionó antes, ha ido enriqueciéndose con los datos obtenidos en las investigaciones, con la experiencia de los psicólogos que atienden el servicio, y con la de los jóvenes que acuden al mismo.

Los primeros tres años de trabajo mostraron que un porcentaje importante de la población que utiliza el servicio asiste solo a una sesión, otro tanto acude entre tres y cuatro (Eguiluz & Plasencia, 2011); el máximo es de ocho sesiones. Las principales situaciones por las que suspenden los jóvenes el servicio han sido:

1- A decir de los jóvenes:

- Cambios de horario que les impiden acudir en el tiempo asignado.
- Problemas económicos que les impiden disponer de tiempo.
- Se sienten mejor y consideran que ya no necesitan asistir.

2- Son remitidos a otro servicio de atención psicológica.

3- En conjunto, terapeuta y cliente deciden que las sesiones concluyan.

4- No se sabe.

Esta situación ha llevado a buscar la mejor forma de lograr una diferencia importante para la persona, actuar, como dice O'Hanlon (2005), como si fuera la única sesión con la que se cuenta. La idea de una única sesión puede asustar a muchos o parecer superficial para otros; sin embargo la investigación en psicoterapia concluye que las terapias de tiempo ilimitado son tan eficaces como las de tiempo limitado (Orlinsky, Tunnestad y Willutsky, 2004). El reto incluyó mantener la visión sistémica, de terapia breve, y lograr la mayor eficacia posible ante las crisis, no solo en la conversación con los clientes, sino desde la formación de los psicólogos que atienden el servicio, de tal manera que hubiera congruencia entre el curso de Terapia breve para casos de emergencia y la práctica clínica.

Para cumplir con esto se consideró necesario implementar una estrategia de atención en una sola sesión. Para ello, se tomaron las ideas desarrolladas por Talmon y Hoyt (1990, 1992), mismas que son utilizadas por Slive & Bobele (2011) en su propuesta

de sesión única para clientes de atención inmediata.

Una diferencia importante con la propuesta de Slive & Bobele es el trabajo en equipo durante la sesión, misma que no ha podido ser implementada; sin embargo, se cuenta con un espacio grupal de supervisión semanal al que los terapeutas tienen que asistir.

En este sentido, ha sido importante generar “la mentalidad” como la llaman Slive & Bobele (2011) en los terapeutas participantes sobre la fe en la efectividad de la terapia breve, ya que esto tiene efectos sobre la conducción de la sesión. Compartimos las premisas de la terapia breve establecidas por O’Hanlon & Weiner-Davis (1989) y que sirven de base al trabajo de sesión única:

-
1. En la experiencia humana, el cambio rápido no solo es posible, sino común.
 2. Las expectativas de los terapeutas se comunican de manera explícita e implícita en relación con la velocidad y la cantidad de cambio que se puede esperar.
 3. No hay correlación directa entre la duración de la dolencia y la duración del tratamiento.
 4. Necesitamos saber menos sobre la historia de la dolencia y la persona de lo que creemos
 5. La mayor oportunidad de cambio llega en las etapas más tempranas de la terapia
-

Tabla 3 - Premisas de la Terapia Breve.

Adaptado de Slive & Bobel (2011).

Estas premisas guían el trabajo clínico, incluida la relación terapéutica, que es relevante al ser utilizada como un factor protector. Hacer énfasis en la empatía, la aceptación y reconocimiento de la experiencia de los clientes, es base para el desarrollo de la sesión. Otro eje es recordar que una sesión es una terapia completa y los responsables del cambio son los clientes, por lo tanto es importante tener claro qué es lo que quieren. Retomamos las preguntas de Slive & Bobele (2011): ¿qué tiene que ocurrir en nuestro tiempo juntos que te hará sentir que valió la pena venir hoy? ¿Qué esperas obtener de la reunión de HOY? ¿Por qué elegiste venir hoy? Parecen preguntas fáciles y comunes desde los modelos de terapia breve, sin embargo, en la práctica, escuchar al cliente y aprender lo que quiere demanda mantenerse enfocado en la conversación colaborativa. El “resto de la sesión se trata de darle eso al cliente” (Slive & Bobele, 2011).

Los autores sugieren poner atención en dos aspectos más: por un lado entender el problema. ¿Cómo es que esto es un problema para quien consulta? ¿Qué beneficios habría en tu vida, si el problema desapareciese? ¿Cómo afecta el problema tus relaciones?

El otro aspecto relevante es el de los recursos del cliente. En este sentido conversar sobre las excepciones al problema, es decir, los momentos en la vida del cliente donde el problema no se ha presentado y los factores que intervienen para que eso suceda; así como la descripción del futuro que la persona desea sin el problema, permiten poner el foco en las fortalezas y recursos con que cuenta. Esto facilita la agencia personal y, por ende, abre posibilidades a la construcción de soluciones y al cambio, aún con temas como

el suicidio. La investigación en psicología positiva ha permitido definir, establecer y utilizar indicadores de salud mental, mismos que han enriquecido las conversaciones sobre la vida y la muerte cuando de suicidio e ideación suicida se trata.

El objetivo final es que en ese encuentro se abra la posibilidad de que quien consulta obtenga algo de lo que necesita para continuar construyendo opciones hacia la vida a la que aspira. Así, la puerta de la terapia suele quedar abierta para cuando decida entrar.

REFERENCIAS

Alonso, A. (2007). El problema Bioético del suicidio. *Revista Digital Proteo: diálogos sobre ética y Bioética*. UNAM. En Red: <http://www.dialogos.unam.mx/Alonso-biosuic.pdf> .

Borges, G.; Orozco, R.; Benjet, C. & Medina-Mora, M.L. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública*, 52, 292-304.

Córdova, M; Eguiluz, L.L. & Rosales, J.C. (2011). Pensamientos suicidas en estudiantes universitarios del estado de Tlaxcala (México). *Enseñanza e investigación en psicología*, 16(1), 155-164.

Eguiluz, LL., & Plasencia, ML. (2011). Atención psicológica para casos de emergencia: experiencias y herramientas. En Cháves, & Betancourt, *Abordajes Multidisciplinares sobre el suicidio en México*. México: Asociación Mexicana de Suicidología.

Eguiluz, L.L. (2003). Ideación suicida en los jóvenes: Prevención y asistencia. *Revista Perspectivas Sistémicas*, 15(78), 3-6.

Espinoza-Gómez, F.; Zepeda-Pamplona, V.; Bautista-Hernández, V.; Hernández-Suárez, C.M.; Newton-Sánchez, O.A. & Plasencia-García, G.R. (2010). Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. *Salud pública de México*, 52(3), 213-219.

Ferrer, J. (2009). La bioética como que hacer filosófico. *Acta Bioethica*, 15(1), 35-41. <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v15n1/art04.pdf> .

González-Forteza, C.; Villatoro, J.; Alcántar, I.; Mediana-Mora, M.E.; Fleiz, C.; Bermúdez, P. & Amador, N. (2000). Prevalencia de intento suicida en estudiantes de la Ciudad de México: Medición 2000. *La Psicología Social en México*, 9.

González-Forteza, C.; García G.; Medina Mora, E. y Sánchez, M. A. (1998). Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 21(3), 1-10.

González-Forteza, C. & Jiménez Tapia, A. (2003). Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional De Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Salud Mental*, 26(6).

González-Forteza, C.; Borges, G.; Gómez, C. & Jiménez, A. (1996) Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*, 19.

Instituto Nacional de Keyes, C.L.M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3). 539-548. DOI: 10.1037/0022-006X.73.3.539.

Lipchik, E. (2002). *Terapia centrada en soluciones*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Mondragón, L., Ito, M.E., Monroy, Z., Netza, C., Ocampo, R., Rodríguez, E., Larios, N., Lolas, F., Lara, C. & Bórquez, B. (2010). *Guía bioética para el tratamiento clínico de pacientes que han intentado suicidarse*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Secretaría de Salud.

O'Hanlon, W. (2005). *Crecer a partir de las crisis*. México, Paidós.

Olivares, A. y Sánchez, A. (2004). El suicidio en estudiantes del área de la salud. Tesis para obtener el grado de licenciado en Psicología, FES-Iztacala, UNAM, México.

Seligman, M. (2006). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Ediciones B.

Silve, A. & Bobele, M. (2011). *When one hour is all you have*. USA: Zeig, Tucker & Theisen, Inc.

Rodríguez, N.Y.; Ríos, M.R.; Lozano, L.R. & Álvarez, M.A. (2009). Percepción de jóvenes universitarios respecto a su salud: conductas y contexto de riesgo. *Enseñanza e investigación en psicología*, 14(2), 245-260.

PROCESOS INTERDISCIPLINARIOS EN LA FORMACIÓN DE TERAPEUTAS FAMILIARES

Data de aceite: 01/03/2022

Martha Elena Silva Pertuz

Doctora en Ciencias de la Educación (Universidad de Cartagena - Colombia).

Estudios doctorales en Educación Social y Pedagogía Social (Universidad de Granada - España). Magister en Desarrollo Familiar.

Especialista en Orientación Familiar. Terapeuta Familiar Sistémica. Investigadora Senior (Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación-Colombia) y Profesora Titular (Ministerio de Educación Nacional-MEN-Colombia). Psicóloga. Actualmente es Investigadora de Tiempo Completo en la Universidad Metropolitana de Barranquilla (Colombia)

RESUMEN: El presente texto, se aporta como producto del ejercicio analítico y reflexivo donde convergen aspectos conceptuales y experienciales como propuestas y alternativas a compartir en el ámbito académico-investigativo que la temática-actividad objeto de este escrito convocan, toda vez que se consideran y abordan desde la experiencia personal y grupal, en el proceso de formación terapéutica y develan la nutricia relación entre la persona de los terapeutas y sus aprendizajes en la interacción con consultantes que a aquellos (as) acuden. En el caso concreto (entre otros profesionales afines que se forman como terapeutas u orientadores familiares) de los psicólogos, es muy pertinente señalar que la disciplina psicológica ofrece variados corpus ontológicos,

epistemológicos y metodológicos en el ámbito del trabajo con familias, entre otros campos y tipos de abordaje, acordes con la orientación temática de la presente publicación, Psicología: Técnicas e instrumentos para acceder a la mente humana. Estas alternativas en pro de la salud mental de personas, parejas (cuando las hay) y familias, se constituyen en para estos (as) en posibilidades para incrementar fortalezas, oportunidades y tesoros, así como para erradicar, minimizar o aprender a manejar debilidades y amenazas que suelen surgir en las redes relacionales intra e interfamiliares.

ABSTRACT: This text is provided as a product of the analytical and reflective exercise where conceptual and experiential aspects converge as proposals and alternatives to share in the academic-research field that the theme-activity object of this writing convene, since they are considered and approached from personal and group experience, in the process of therapeutic training and reveal the nurturing relationship between the person of the therapists and their learning in the interaction with consultants who attend them. In the specific case (among other related professionals who are trained as therapists or family counselors) of psychologists, it is very pertinent to point out that the psychological discipline offers varied ontological, epistemological and methodological corpus in the field of work with families, among others. fields and types of approach, in accordance with the thematic orientation of this publication, Psychology: Techniques and instruments to access the human mind. These alternatives in

favor of the mental health of individuals, couples (when there are any) and families, constitute possibilities for them to increase strengths, opportunities and treasures, as well as to eradicate, minimize or learn to manage weaknesses and threats that usually arise in intra- and inter-family relational networks.

GLOSAS INICIALES

El presente texto, se aporta como producto del ejercicio analítico y reflexivo donde convergen aspectos conceptuales y experienciales como propuestas y alternativas a compartir en el ámbito académico-investigativo que la temática-actividad objeto de este escrito convocan, toda vez que se consideran y abordan desde la experiencia personal y grupal, en el proceso de formación terapéutica y develan la nutricia relación entre la persona del-os terapeutas y sus aprendizajes en la interacción con consultantes que a aquellos (as) acuden. En el caso concreto (entre otros profesionales afines que se forman como terapeutas u orientadores familiares) de los psicólogos-as, es muy pertinente señalar que la disciplina psicológica ofrece variados corpus ontológicos, epistemológicos y metodológicos en el ámbito del trabajo con familias, entre otros campos y tipos de abordaje, acordes con la orientación temática de la presente publicación, *Psicología: Técnicas e instrumentos para acceder a la mente humana*. Estas alternativas en pro de la salud mental de personas, parejas (cuando las hay) y familias, se constituyen en para estos (as) en posibilidades para incrementar fortalezas, oportunidades y tesoros, así como para erradicar, minimizar o aprender a manejar debilidades y amenazas que suelen surgir en las redes relacionales intra e interfamiliares.

ALGUNAS PRECISIONES CONCEPTUALES

Al desglosar las categorías que hacen parte del presente título, es conveniente a la vez que pertinente realizar algunas precisiones conceptuales. Un *proceso*, en su significado general (Roig, 1998), es un conjunto de actividades planificadas que implican la participación de un número de personas y de recursos materiales e inmateriales coordinados para conseguir un objetivo previamente identificado. Se estudia la forma en que aquel se diseña, gestiona y mejoran sus etapas-acciones para apoyar-aportar el desarrollo del mismo y resulte benéfico en quienes coparticipan o a quienes incluye y/o va dirigido, para el caso familias en contextos variados (consultantes, pacientes, clientes, usuarios, entre otras nominaciones): Ha de tenerse en cuenta en un proceso: La orientación a la formación y el autoaprendizaje, la capacidad para el trabajo en equipo, la disposición a la innovación y mejora continua en ámbitos específicos y, muy especialmente la atención, el abordaje y el clima relacional con consultantes-clientes-pacientes-usuarios.

Con referencia a lo *interdisciplinario*, ello contempla al conjunto de disciplinas interactuantes entre sí y con relaciones definidas, con el propósito que sus actividades

no se produzcan en forma aislada, dispersa, intra-monodisciplinar y fraccionada. Lo interdisciplinar conlleva al reconocimiento de fronteras entre una disciplina y otra, así como la permeabilidad en doble dirección de estos límites del saber, el hacer y el saber hacer en contexto (s). Según Murcia & Tamayo¹, el prefijo inter (entre) indica que entre las disciplinas se van a establecer relaciones en múltiples y recíprocas vías que, determinando el tipo de relación nos conduce a un estudio de los niveles y cualidades de la interdisciplinariedad; esta nace como reacción contra la especialización, contra el reduccionismo científico o la llamada ciencia en migajas, la cual se presenta en la actualidad como una forma de alienación mental e interaccional. De la realidad de disciplinas fragmentadas, del objeto de la ciencia desplazado proyectándose un vacío de valores para la ciencia. La interdisciplinariedad, al contrario, incorpora los resultados desde las diversas disciplinas con sus diferentes esquemas y aportes conceptuales, de análisis, sometiéndolas a comparación y enjuiciamiento y, finalmente, integrándolas. Puede acotarse que la interdisciplinariedad es una exigencia interna de las ciencias. Gusdorf², en la presentación de la obra de Japiassu, manifiesta: “La experiencia interdisciplinaria impone a cada especialista que trasciende su propia especialidad, tomando conciencia de sus propios límites, para acoger las contribuciones de las otras disciplinas. Una epistemología da complejidad o mejor, de convergencia, sustituyendo así la disociación”. Lo antes señalado se contextualiza en la teoría de la complejidad de Edgar Morin (1999), quien sostiene que “cuando se trata de observar al hombre se deben asociar distintas disciplinas para iluminar un mismo objeto desde perspectivas diferentes”.

Se hace necesario, en este momento del análisis, interligar las anteriores precisiones conceptuales con dos categorías adicionales como lo son formación y terapeutas familiares. El concepto de *formación* proviene de la palabra latina “formatio”, tratándose de un término asociado al verbo formar: otorgar forma a alguna cosa, concertar un todo a partir de la integración o interacción de sus partes. Dialogando con lo planteado por Alfonso Torres Hernández (2013), la formación es un proceso histórico social: “El hombre se forma a medida que comprende y transforma su realidad. La formación es un proceso histórico porque se construye en interrelación permanente entre el individuo y el medio. Es social porque es una relación entre individuos, que se da recurriendo a todas las fuentes posibles de conocimiento, a través de todas las prácticas sociales”. Torres Hernández (2013, Óp. Cit.) amplía el panorama sobre el concepto de formación, cuando manifiesta que:

La *formación*³ puede ser entendida como una forma de objetivarse y subjetivarse en un movimiento siempre dialéctico que va más allá, más lejos. La formación “es un trabajo sobre sí mismo, un trabajo de sí mismo sobre sí mismo” (Foucault, citado por Ferry en Pedagogía de la formación, 3ra. Ed. 2008). La formación es siempre por *mediación*⁴.

1 Cfr. Investigación e Interdisciplinariedad. Murcia F, Jorge y Mario Tamayo y Tamayo, USTA. s/f

2 Gusdorf, G. Interdisciplinariedad y patología del saber, 1967, pág. 9-26

3 Cursivas de la autora del presente texto.

4 Cursivas colocadas por la autora de este escrito.

Cuando uno habla de formación, alude a prácticas profesionales, entonces, hablar de formación es ponerse en condiciones para hacer prácticas profesionales. La formación es un conocimiento especializado que adquiere una persona al estarse preparando para ejercer una profesión. En el caso de los profesores, psicólogos, terapeutas, entre otros haceres, también se va construyendo el significado de su profesión y elaborando el papel que consideran deben cumplir con sus educandos y ante la sociedad. La formación es una dinámica de desarrollo personal que consiste en tener aprendizajes, hacer descubrimientos, encontrar gente, desarrollar a la vez sus capacidades de razonamiento y también la riqueza de las imágenes que uno tiene del mundo y realizar lo propio consigo. Es también descubrir sus propias capacidades y recursos, apoyándose sobre lo que acoto en Ferry (2008).

Por lo antes señalado, la formación es algo distinto de la enseñanza y del aprendizaje (lo formativo puede incluir estos dos procesos, como uno de sus componentes constitutivos), sin embargo, la formación, su dinámica, como desarrollo personal-profesional, consiste en hallar formas diversas y diferenciadas a la vez reconocidas por pares, en la realización de actividades requeridas en un oficio, una profesión, una labor, un (os) abordaje(s) específico (s) en un(os) contexto(s) particular(es). Uno de estos, es la tarea que en diversos ámbitos desarrollan los *terapeutas familiares -TF-*, muy especialmente, quienes se forman en ello desde la perspectiva sistémica. En general y apoyados en la página web de la Mayo Clinic⁵, la terapia familiar es un tipo de terapia psicológica (psicoterapia) que puede ayudar a los miembros de la familia a mejorar la comunicación y resolver conflictos; ésta, por lo general, es proporcionada por un psicólogo, un asistente social clínico o un terapeuta acreditado. Estos terapeutas poseen títulos de grado o de posgrado y tal vez estén acreditados por la American Association for Marriage and Family Therapy (*Asociación Estadounidense de Terapia Matrimonial y Familiar, AAMFT*).

La TF suele ser a corto plazo. Puede involucrar a todos los miembros de la familia o solamente a los que son capaces o tienen la voluntad de participar. El plan de tratamiento, suele ser único y específico, dependerá de la situación familiar de cada miembro y/o familia. Las sesiones de terapia familiar pueden aportar habilidades para profundizar y funcionalizar o hacer saludables las interacciones familiares y atravesar momentos estresantes (dolor, ira, conflicto, tristeza, duelos por pérdidas de seres queridos, entre muchas otras circunstancias), incluso cuando se hayan terminado las sesiones de terapia. Para el caso de los profesionales de Psicología que deciden optar por formarse como TF, existen diversos enfoques, epistemologías, metodologías y estrategias para abordar/trabajar preventiva, terapéutica y rehabilitadoramente con personas, parejas y familias, desde ontologías conocidas, legitimadas y compartidas por comunidades académicas, investigativas y clínicas (en el caso que nos ocupa).

5 <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/family-therapy/about/pac-20385237>

UNA APROXIMACIÓN SISTÉMICA A LA TERAPIA FAMILIAR

Uno de los enfoques epistemológicos sobre los que se centrará este texto es el de los procesos formativos de los *terapeutas familiares sistémicos*. La formación en Terapia Familiar Sistémica (TFS), de acuerdo con la Featf⁶ requiere de unos programas estructurados, completos y rigurosos, que garanticen que los graduados y postgraduados que la sigan obtengan los conocimientos, recursos, técnicas y formación personal necesaria para ejercer como Psicoterapeutas de Familia y Pareja. Gérard Salem (1987), citado por Ortiz & Tapia (2008) sostienen que, desde un punto de vista epistemológico, los modelos biológico, conductista y psicodinámico, pese a sus diferencias, proceden de un camino intelectual común que se puede definir como: “clásico” y “racionalista”; es decir, un camino que da énfasis al proceso analítico de la descripción para describir e interpretar la realidad clínica de los problemas mentales. Por tanto, aporta la experiencia hasta ahora vivida y planteada por Dorys Ortiz (2008) acerca de la Terapia Familiar Sistémica como un proceso de acompañamiento a las personas en sus dificultades para encontrar alternativas a las mismas. Esta forma de trabajo psicoterapéutico requiere la adopción de una nueva manera de ver el mundo -ya no lineal <py reduccionistamente- y lo que sucede en él, a través de la integración del enfoque sistémico -una apuesta circular para concebir y abordar el mundo y las redes relacionales entre los diversos sistemas constitutivos e interactuantes en el planeta Tierra -y como afectan, especialmente al ser humano individual, grupal y colectivamente-.

Por otro lado, el modelo ecosistémico obedece a un camino intelectual de tipo diferente que se le podría caracterizar como “evolucionista” o “globalista”, es decir un camino que privilegia el proceso holístico de la descripción. Según Salem (1987 Óp. Cit.) el término holismo fue forjado hacia los años veinte, por Jan Smuts, a partir del prefijo griego holos (entero, todo) y, contiene la idea retomada por la teoría ecosistémica, de que el todo es más que la suma de sus partes. Según Smuts, en Simon, F.B., Stierlin, H. y Wynne, L.C. (1993), sólo en la observación del todo es posible captar la tendencia de la naturaleza a desarrollar formas organizativas de una complejidad creciente. Este principio de no sumatividad se opone al concepto de reduccionismo, característico del proceso analítico de la descripción. Según Arthur Koestler (1979), el reduccionismo ha sido privilegiado durante largo tiempo, como método en las ciencias exactas, contrariamente al holismo que no ha tenido su lugar en la ciencia ortodoxa, salvo por la vía de la filosofía de la Gestalt y más tarde por la Teoría General de los Sistemas -TGS-, esta última con la figura pionera y visible de Ludwig Von Bertalanffy (1976). La perspectiva sistémica sobre la familia tiene su origen en la Teoría General de Sistemas (Von Bertalanffy, 1937), los estudios sobre la Comunicación Humana (Paul Watzlawick, 1967) y la Cibernética (Wiener, 1948), disciplinas que a su vez convocan conocimientos y prácticas de las ciencias naturales y sociales, los aplican en los campos

⁶ <https://www.featf.org/formacion-en-terapia-familiar/>

de la salud mental y en los de la comunicación social, entre otros, lo que ha estimulado desarrollos en la intervención profesional con familias, fortalecidos a su vez con los aportes de enfoques que tributan a su consolidación.

Y, es en la ontología epistémica y metodológica, donde abrevan los formadores de-y terapeutas familiares sistémicos (TFS). De acuerdo con Pereira (2014) La Terapia Familiar, tal como la conocemos actualmente, comenzó a desarrollarse en Estados Unidos, en la década de los años 50. Los historiadores de la Terapia Familiar precisan incluso que puede citarse el año 52 como el del inicio del movimiento. Acota además Pereira (Óp. Cit.) que:

Por esas fechas estaban apareciendo nuevas tendencias en el campo de las ciencias sociales y de la conducta, especialmente en U.S.A. Tras la 2ª guerra mundial, se abordan los problemas en un sentido más amplio, recuperándose una visión holística. Hasta entonces, las ciencias de la conducta se habían centrado en una óptica individual, muy influidas por el Psicoanálisis, que, a pesar de haber nacido en Europa, tuvo un gran desarrollo en los Estados Unidos. Además, se registra el desarrollo de nuevas disciplinas-antropología, sociología- que facilitan ese desplazamiento que va a tener lugar en la Psiquiatría, de centrarse casi únicamente en los fenómenos intrapsíquicos a prestar una progresivamente mayor atención a los interpersonales y sociales. El desarrollo de la Ecología, la Cibernética, las teorías de la Comunicación, y las Ciencias de los Sistemas, van a poner las bases para la aparición de un nuevo paradigma en las Ciencias de la Conducta, el denominado Paradigma Sistémico.

Parafraseando a Pereira, el realiza una didáctica clasificación de los llamados pioneros de la TF en tres grupos o corrientes:

a) El primero de los grupos, al que denomina, para resumir, el psicoanalítico, está constituido principalmente por un grupo de profesionales que trabajan con pacientes esquizofrénicos, patología con la que no se obtenían resultados con las técnicas psicoanalíticas (entre los líderes de estas escuelas se relacionan a Ackerman, Whitaker, Jackson, Watzlawick, Sluzki, Wynne, Lidz, Bowen, Boszormenyi-Nagy, Selvini y todo su grupo, Andolfi, Cancrini, Kaufmann, Masson, Stierlin, entre otros). Es decir, que prácticamente todos los líderes de las escuelas, desde las más sistémicas a las más psicoanalíticas, exceptuando al terapeuta Jay Haley -quien no provenía del campo de la Salud Mental-, habían tenido entrenamiento psicoanalítico.

b) El segundo (manejan un modelo que L. Kaufmann y O. Masson -y Pereira está de acuerdo- denominarían estructuro-estratégico-comunicacional, destacando entre sus representantes a Minuchin, Haley, Watzlawick y Selvini, G. Ausloos, E. Fivaz, P. Caillé, Andolfi, Satir, Prata, Boscolo, Cecchin, Sluzki, entre varios más) se va a aglutinar en torno a un científico proveniente de la Antropología (Gregory Bateson), que derivó en sus investigaciones hacia el estudio de la comunicación, primero en animales, después la humana. Para ello, le pareció interesante partir del estudio de los trastornos de comunicación. Uno de los grupos humanos que presenta un mayor trastorno de la comunicación es el de los esquizofrénicos, por lo que su punto de partida coincide con el del grupo anterior, afirma el terapeuta familiar sistémico y MD

psiquiatra Roberto Pereira.

Y, **c)** otros autores de difícil clasificación, que no se ajustan exactamente a ninguno de los grupos fijados, que impulsaron en la década de los cincuenta el trabajo terapéutico con familias (Bowlby, Bell, Sutherland, Milton Erickson, Searles Maruyama, Prigogine, Wiener y Von Foerster, De Shazer, entre otros). Más recientemente se vienen dando los aportes de los constructivistas y narrativistas (White, Epston, Linares).

DOS EXPERIENCIAS FORMATIVAS DE TFS EN CONTEXTOS CONCRETOS

Las sociedades prehispanicas originarias o aborígenes indígenas de la *Costa Caribe colombiana* han sido pilar de la arqueología, disciplina, que entre otras, se ha apoyado en la sociología, la antropología, la psicología y la historia para tener una mirada, dar explicaciones y ofrecer una valoración comprensiva en la justa medida y proporción de lo que estas culturas han aportado a lo largo del tiempo para poder reconocer el pensamiento psicológico en el contexto de la región Caribe Colombiana, como un caleidoscopio para comprender el sentido de mundo y de vida, ayer como hoy y hoy a partir de ayer. Esto es factible desde la inconmensurabilidad de las ciencias que propician el diálogo desde dos maneras posibles y válidas: las *cosmovisiones indígenas milenarias* y el *pensamiento científico occidental*⁷, según Silva (2011) ambas de pertinencia y relevancia contextual para quienes aspiran, se vienen formando o han formado como terapeutas familiares sistémicos (as).

⁷ Las *cursivas* son de la autora del presente texto.



Gráfica 1.

Fuente: Caribe – Travel Now, fotografía mapa del Gran Caribe.

El litoral Caribe colombiano (en las dos ciudades costeras de Cartagena y Barranquilla⁸), en este caso donde se enmarcan estas experiencias formativas interdisciplinarias de terapeutas familiares (desde el enfoque sistémico, principalmente), es una piedra angular para conocer quiénes somos como región y nación a la vez que visibilizar y socializar alternativas de atención a la salud mental de las personas, individual, diádica y grupalmente. La mirada sobre el pasado de una cultura no se puede abstraer de un contexto más amplio al cual los aspectos políticos y sociales le imprimen una impronta al pensamiento de dicha cultura y época, el cual dependiendo de la retroalimentación hacia su interior y en relación con el entorno, perdurará a través de sus herencias y ramificaciones humanas que en tanto de subregiones que conforman al país, geo históricamente, y en este caso, llamado y asumido como el Caribe Continental Colombiano.

En estos ámbitos culturales y contextos geopolíticos del norte de Colombia, se encuentran dos ciudades que han sido escenarios para la formación de terapeutas familiares sistémicos: **1)** En *Cartagena*, durante cinco años, en la segunda mitad de la década de los años 80, mediante un convenio internacional, interinstitucional e interdisciplinario conformado por la Asociación Sistémica de Buenos Aires (ASIBA), el Instituto Familiar Sistémico (IFASI) en la misma ciudad argentina, la Asociación de Psicólogos de Bolívar (APsB), la Asociación de Trabajadores Sociales de Bolívar (ATSB), el Instituto Colombiano

⁸ Estas dos ciudades en el Caribe continental colombiano, destacadas en un círculo azul, en la anterior gráfica del mapa del Gran Caribe

de Bienestar Familiar (ICBF) - Regional Bolívar y la Universidad de Cartagena (quien dio el aval académico a los psicólogos y trabajadores sociales egresados como TFS, quienes a su vez fueron adscritos a la AAMFT⁹), consolidada experiencia, la cual contó con un seminario-taller como *preparación previa* (sobre la Teoría General de los Sistemas -TGS-, sus principios y procesos fundamentales) luego prosiguió con la realización de *cuatro etapas* durante cinco años (**I.** Epistemología familiar en el ámbito socio-familiar, **II.** Metodología y estrategias para el abordaje clínico a las familias, **III.** Supervisión de casos clínicos en TFS y, **IV.** Uso del Self / Sí mismo o persona del terapeuta).

2) Por otra parte y en otro período de tiempo, a partir del 2005 aproximadamente, en *Barranquilla*, en el ámbito universitario y su contexto de estudios de postgrado, nivel de maestría, un equipo interdisciplinario, liderado desde el Programa de Psicología de la Universidad Simón Bolívar en esta ciudad, construye, realimenta y presenta al Ministerio de Educación en el país, la propuesta de la Maestría en Psicología¹⁰ fundamentada en la epistemología sistémico-compleja, con dos áreas de formación: *Clínica* (formar psicólogas-as como terapeutas familiares sistémicos-as) y *No clínica*¹¹ para que el-la magister-máster pueda abordar a las familias y personas desde los distintos niveles de atención en salud -primaria, secundaria y terciaria- y, en los diferentes campos: educativo, social-comunitario, organizacional, así como desde lo docente-investigativo en que los profesionales de la Psicología son formados-as. Un logro, plus o valor agregado fue el establecer un convenio de doble titulación entre la Maestría en Psicología de la Universidad Simón Bolívar (Barranquilla-Colombia) y el centro de formación de Terapeutas Familiares Sistémicos de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), para su obtención, fue decisiva la labor mediadora de la directora de la Fundación para la Terapia Relacional (FUNDATERAPIA-Bogotá¹²), convenió que posibilitó que magisteres en psicología de la primera universidad se formaran como TFS en la universidad catalana y viceversa; Fundaterapia es una entidad conformada por un equipo de atención psicoterapéutica conformado por psicólogas (os) de varias universidades de Colombia, con título de Master en Terapia Familiar Sistémica otorgado por la Universidad Autónoma de Barcelona (España).

VOCES COLEGIADAS

En líneas precedentes, se compartió el papel jugado por la valiosa, importante y dinámica Asociación de Psicólogos de Bolívar (APsB) -Octubre de 1984 a Marzo de 2006-, entre otras entidades, como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF Bolívar- y, el respaldo para otorgar el aval académico de la Universidad de Cartagena (en Cartagena,

9 AAMFT: American Association for Marriage and Family Therapy (Asociación Estadounidense de Terapia Matrimonial y Familiar).

10 Posgrado que fue dirigido por la autora del presente texto, entre el 2010 al 2015

11 Las palabras en *cursivas* son realizadas por la autora

12 <https://fundaterapia.com/> (Fundación para la Terapia Relacional: directora Regina Giraldo Arias, PhD, Psicóloga. Bogotá-Colombia)

capital del departamento de Bolívar) durante la experiencia pionera en la región Caribe colombiana y una de las primeras en Colombia, para la formación de TFS (psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras y la participación de un sacerdote católico en este proceso formativo), así como favorecer la formación de los abogados y jueces de familia como mediadores y conciliadores en el ámbito familiar. Toda una innovación en la forma de abordar - atender humana y neo-paradigmáticamente. Y, dentro de las voces colegiadas¹³ en el país, se señala que:

Para dar cuenta de la historia del desarrollo gremial de la Psicología en Colombia es preciso devolverse a la década de los cincuenta, específicamente con la creación de la Federación Colombiana de Psicología, que funcionó durante algo más de 40 años. Sin embargo, la Reforma Constitucional de 1991 en nuestro país, permitió institucionalizar y dar un piso jurídico estable para que las profesiones legalmente reconocidas pudieran organizarse en colegios y recibir en consecuencia funciones públicas, por lo cual, dentro de este marco, surgen iniciativas para procurar un colegio profesional que se aproxime a este marco jurídico. En este sentido, un grupo de psicólogos de algunas de las universidades adscritas a la Asociación Colombiana de Facultades de Psicología (Ascofapsi), se propuso trabajar en una nueva ley para el reconocimiento de la psicología como profesión, que modificara a la Ley de 1983 (que ya había dejado de funcionar); así, en la asamblea de Ascofapsi de 1999, celebrada en Pasto, se presentó la idea de la creación de un colegio que pudiera eventualmente recibir funciones públicas. Desde entonces se creó la Asociación Colegio Colombiano de Psicología (Acolpsic). Paralelo al funcionamiento de esta Asociación, se encontraba trabajando el Colegio Oficial de Psicólogos (Copsic), el cual hacía parte de la actual Sociedad Colombiana de Psicología, organización privada que no mantenía relaciones con el Estado. Ambos organismos de carácter privado mantenían una actitud de competencia ligados a sus orígenes; uno desde la universidad (Acolpsic) y otro desde la iniciativa profesional (Copsic). Tanto la Asociación Colegio Colombiano de Psicología como el Colegio Oficial de Psicólogos, tenían como propósito ser organizaciones gremiales representativas de los psicólogos colombianos. De hecho, al ser coherentes con este propósito, ambas organizaciones de manera independiente comenzaron a trabajar en el proyecto de ley de la regulación de la Psicología ya que, la ley que estaba vigente era obsoleta para los avances profesionales y académicos de esta ciencia en ese momento histórico. Sin embargo, el diálogo entre las dos entidades culmina con la superación de las dificultades iniciales; los directivos, al ver que ambas organizaciones perseguían propósitos similares, promueven la búsqueda de las mejores relaciones entre los dos colegios, con el fin de trabajar por los mismos objetivos, lo cual generaría un beneficio significativo en los psicólogos del país. Un suceso importante que ratificó este interés fue la concreción en un proyecto de ley, en la cual participan representantes de distintas organizaciones relacionadas con la profesión de la psicología, entre ellas Acolpsic y Copsic, con la perspectiva de fusionar estos dos últimos organismos para crear un solo ente que representara al gremio y pudiera recibir las funciones públicas. Reconociendo la importancia y beneficio para el gremio de las implicaciones de esta sugerencia, un miembro del Consejo Directivo Nacional de Colpsic, afirma que, en una de las reuniones de trabajo

13 <https://www.colpsic.org.co/> (Colegio Colombiano de Psicólogos)

mantenidas entonces, se aceptó esta propuesta de integración, proceso que se llevó a cabo en el año 2004 ante la Cámara de Comercio de Bogotá con la figura de integración, en la que Copsic se integra a Acolpsic dando origen al actual Colegio Colombiano de Psicólogos – *Colpsic*, ente que conservaría de este modo la trayectoria e historia de cada una de estas organizaciones que sólo tenían en mente y como objetivo fundamental el desarrollo de la psicología asociada en Colombia.

Por otra parte, el Colegio Colombiano de Psicólogos (COLPSIC)¹⁴ como una entidad gremial sin ánimo de lucro se funda en el año 2006 y la única autorizada para agrupar, representar y expedir las tarjetas profesionales de los psicólogos en Colombia. Tiene representación en todo el territorio colombiano a través de sus once sedes, denominadas Capítulos Regionales, cumpliendo con su misión de respaldo gremial a todos los colegiados. Actualmente se encuentra en proyecto la conformación de un cuerpo colegial que represente a los colegas que residen fuera del país. De igual manera, para dar respuesta a los intereses profesionales y científicos, Colpsic conformó agrupaciones de carácter nacional y regional en función de áreas de aplicación de la Psicología, denominados Campos Disciplinarios y Profesionales, los cuales cumplen con el propósito de promover el desarrollo de las áreas en el país y generar estándares de calidad para el ejercicio de la profesión, orientar a la opinión pública, así como sugerir políticas en pro del gremio y de la comunidad.

En consonancia con lo último acotado, en el año 2018 y luego de tres años previos de diálogos, construcción de un documento-propuesta sobre la creación del *Campo Psicología y familias*¹⁵ (elaborado desde la ciudad de Barranquilla, en el Caribe colombiano, por cuatro psicólogas colegas formadas como TFS, entre estas, quien escribió este texto), se presenta a la Subdirección de Campos, Programas y proyectos del Colpsic dicho documento, gestionándose su aprobación, lo cual se concreta en mayo de 2018. Los Campos Disciplinarios y Profesionales del COLPSIC son agrupaciones de carácter nacional y regional de psicólogos colegiados, en función de áreas del conocimiento y de aplicación de la Psicología, con el propósito de promover el desarrollo del área en el país y generar estándares de calidad para la formación y el ejercicio de la profesión, orientar la opinión pública, así como sugerir al Colpsic, políticas para ser presentadas por el mismo, a los organismos oficiales y privados. Estos campos favorecen la agrupación de los colegiados por intereses científicos y profesionales alrededor de áreas de su mayor interés. En Colegio Colombiano de Psicólogos se reconocen en la actualidad 19 campos profesionales y disciplinares, entre ellos el número 18, *Psicología y familias*. La descripción colegiada oficial de este campo destaca que:

En cuanto a la **1. Descripción y justificación**¹⁶, para aprobar y apoyar este campo se lee en el documento electrónico del Colpsic: Colombia, a razón de los cambios en las dinámicas y organizaciones familiares, surge el

14 [https://www.colpsic.org.co/nosotros/quienes-somos/\(Colegio Colombiano de Psicólogos\)](https://www.colpsic.org.co/nosotros/quienes-somos/(Colegio%20Colombiano%20de%20Psic%C3%B3logos))

15 Cursivas de la autora

16 Cursivas por la autora

interés de crear espacios de comprensión, intervención (diversos niveles y contextos), investigación y diálogo de saberes (intra e interdisciplinarios), acerca de la diversidad de tipologías familiares emergentes, así como la cualificación personal-profesional-laboral-social, que permitan integrar y facilitar el abordaje desde diferentes perspectivas teóricas y epistemológicas de los fenómenos derivados de la complejidad y pluralidad de los grupos familiares. Con el propósito de contribuir a la construcción de metodologías en intervenciones familiares, es preciso ahondar en los estudios sobre sus: composiciones, dinámicas, tensiones, retos, agencias, recursos, entre otros, por considerarse a las familias como uno de los sistemas fundamentales para el desarrollo, no solo de la sociedad, sino también en la integridad del ser humano, que comprende la salud mental, la construcción psicológica y social de cada uno de los integrantes de la familia, con relación a la multiplicidad de roles que éstos desempeñan y la calidad (favorable y/o desfavorables) en las interacciones y vínculos entre ellos. Por ello, es importante considerar a las familias como sistemas interactivos con el entorno, teniendo en cuenta: los roles, la comunicación, el ciclo vital (curso de vida) individual y familiar, las crisis normativas (esperables y propias de los ajustes vitales entre una y otra etapa de este curso o ciclo vital) o no normativas, los límites, funciones de cada uno de sus miembros, la dinámica relacional y sus mecanismos de adaptabilidad a los diversos contextos, entre otros. Teniendo en cuenta lo anterior, el Campo Psicología y Familias se propone el estudio y comprensión de las organizaciones y dinámicas familiares, las relaciones que construyen sus integrantes a largo del ciclo vital (curso vital) tanto individual como familiar, las condiciones de cuidado, protección, vínculos afectivos, roles, límites, pautas de interacción y comunicación, adaptación a los cambios, los procesos de salud físico, mental, emocional, psicológico y social, las narraciones, creencias e historias familiares y sus contextos.

Por otra parte, **2. El Perfil profesional del campo Colpsic denominado Psicología y familias**, con el propósito de promover el desarrollo del área temática e interés en el campo de Psicología y Familias, es necesario tener en cuenta un marco referencial de teorías, metodologías y técnicas para el abordaje de las familias en diferentes contextos que le permitan, realizar acciones profesionales contextualizadas. El profesional del campo de Psicología y Familias, debe contar con un marco referencial de teorías, metodologías y técnicas sobre las diversas intervenciones familiares. Por esto, puede aplicar los conocimientos en diferentes niveles de atención y contexto, a los diversos grupos familiares, realizar proyectos de prevención, intervenciones a nivel de evaluación, orientación, mediación, consultoría, educación: escuelas de padres o de parejas / familias y en terapia familiar, de acuerdo a los problemas, crisis que surjan en las interacciones de los integrantes de las familias y sus contextos. Se espera además, que pueda trabajar de manera inter y transdisciplinaria con otros profesionales, para un abordaje integral con las familias. A la vez puede asesorar y recibir asesoría de profesionales de otros campos que requieran de su apoyo. El profesional de la Psicología interesado en el campo sobre familias; orienta su comprensión hacia los siguientes ejes:

- Sujetos -parejas-familias y contextos

- Dinámicas relacionales y familiares.
- Inclusión de las diversidades desde una perspectiva de género, cultural, lingüística, entre otras de inclusión
- Curso de vida Individual, Pareja y Familiar.
- Familias y Salud.
- La familia desde una visión multiparadigmática.
- Intervenciones familiares en diversos contextos.
- Estilos para el abordaje terapéutico familiar.
- Formación en supervisión en Terapia Familiar

Con el propósito de alcanzar este desarrollo profesional, se tendrán en cuenta las siguientes competencias generales y específicas para este campo, teniendo en cuenta el mapa de *competencias* planteado por el COLPSIC. **3. Competencias generales¹⁷**: Una competencia profesional hace referencia al conjunto de las capacidades (conocimientos, habilidades, actitudes y experticias) propias de su nivel de formación, en torno a la solución de una situación problema o demanda social, a partir de la reflexión ética, el reconocimiento de las particularidades del entorno, el establecimiento efectivo de las dimensiones de la situación problema y el reconocimiento de la pertinencia del trabajo colaborativo e interdisciplinar. (Colpsic, 2014). Las competencias profesionales han de proporcionar una representación de los diferentes roles que desempeñan los psicólogos. Dichos roles operan en una variedad de contextos ocupacionales y para diferentes tipos de usuarios, basados en los conocimientos, habilidades, destrezas, aptitudes y actitudes aplicadas éticamente. Destacamos las siguientes: **3.1 Práctica basada en evidencia**: Sus actuaciones profesionales, tanto en el diseño y aplicación de procedimientos de evaluación, intervención y consultoría, como en acciones que informan a la comunidad, están guiadas por la mejor evidencia científica disponible, reconociendo las diferentes perspectivas teóricas y epistemológicas. (Pág. 22). Son señalados los:

Criterios de desempeño: **a)** Fundamenta sus actuaciones y decisiones profesionales e investigativas en el conocimiento de la ciencia psicológica, procesos psicológicos y de otras disciplinas científicas relacionadas con la comprensión del comportamiento. **b)** Aplica la metodología científica en el planteamiento y solución de problemas en su práctica profesional e investigativa. **c)** Mantiene altos estándares de competencia profesional para garantizar que sus intervenciones ofrezcan el mayor beneficio posible al usuario. **d)** Evalúa la calidad de la evidencia y produce nueva evidencia empírica sobre sus acciones profesionales e investigativas. **3.2 Autoevaluación y autocuidado**: Mantiene una práctica auto – reflexiva y de autoevaluación permanente sobre los resultados, alcances, limitaciones e implicaciones de su actuación profesional y adopta estrategias de autocuidado en su

¹⁷ Cursivas colocadas por la autora

desempeño profesional. (Pág. 23). *Criterios de desempeño*¹⁸.

- Ejerce su práctica profesional dentro de los límites de las competencias en las que ha recibido formación.
- Utiliza pensamiento crítico y capacidad para someter sus opiniones a escrutinio, frente a otros profesionales y otros resultados de la práctica psicológica.
- Aplica una metodología científica, para evaluar continuamente el resultado de su acción profesional y para hacer los cambios y ajustes necesarios con base en su autoevaluación.
- Mantiene un compromiso continuo y permanente con la actualización de conocimiento con base en nuevos hallazgos y los integra en su práctica profesional.
- Contribuye al desarrollo y avance de la profesión.
- Aplica estrategias de autocuidado y toma medidas de protección personal como resultado del desempeño de su actuación profesional.

En cuanto a **3.3 Los aspectos éticos y valores**: Sus actuaciones profesionales están siempre guiadas por los principios de la ética profesional en beneficio del individuo, los grupos y la comunidad. Criterios de desempeño, se relacionan:

- Aplica los principios deontológicos y las normas legales que guían el ejercicio profesional del psicólogo.
- Orienta sus decisiones profesionales teniendo en cuenta aspectos éticos, valores personales y profesionales propendiendo por el bienestar humano y de los miembros de las familias.
- Identifica los conflictos éticos y axiológicos en función de las acciones apropiadas, siempre buscando el beneficio de las personas, familias y comunidades.
- Identifica las consecuencias e implicaciones inmediatas y a largo plazo, así como los potenciales efectos nocivos de actuar o dejar de actuar profesionalmente con los individuos, familias y comunidades. Igualmente, en lo referente a: **3.3.1. Respeto por la dignidad de las personas**¹⁹: Promueve la dignidad y autodeterminación de las personas, familias, grupos y comunidades. Criterios de desempeño, sus actuaciones profesionales mostrar respeto por las familias sin discriminar por condiciones como origen, género, grupo étnico, nivel educativo, preferencias sexuales, creencias ni afiliación política y religiosa.

3.4 Contexto, cultura y diversidad. 3.4.1 Lectura del contexto.

Actúa profesionalmente en coherencia con las necesidades de la población colombiana, con el fin de impactar la salud mental, el bienestar y la calidad de vida de las personas, familias y comunidades. Criterios de desempeño.

- Reconoce las características, limitaciones y recursos del contexto en el que

¹⁸ Cursivas por la autora del texto

¹⁹ Cursivas por la autora

desarrolla sus actuaciones profesionales.

- Vincula a diferentes sectores y actores de la comunidad en sus estrategias de evaluación e intervención para aportar al desarrollo de las familias y sus contextos.
- Participa en la evaluación de los determinantes familiares asociados a las condiciones de salud mental y propone acciones conjuntas con otros profesionales.
- Actúa en correspondencia con la normatividad vigente, el Plan Decenal de Salud Pública, en los temas relacionados con salud mental y convivencia social.
- Realiza evaluaciones e intervenciones familiares de acuerdo con las características particulares del contexto en el que desarrolla sus actuaciones profesionales.
- Evalúa el impacto de sus acciones profesionales en el contexto en el cual las aplica, asociados a la salud mental y el bienestar de las familias y sus contextos.

3.4.2 Análisis cultural²⁰: Identifica las características específicas del contexto cultural en el que va a desarrollar su acción profesional y actúa en correspondencia con dichas características. Criterios de desempeño:

- Reconoce las características culturales, tradiciones, idioma y costumbres propias del contexto en el que se desarrollan sus acciones profesionales.
- Respeta, en cada una de sus actuaciones, las características y la diversidad familiar y cultural.
- Transforma su intervención profesional de acuerdo con los valores, cultura y preferencias de las familias.
- Evalúa el impacto de su intervención en la cultura y valores de las familias.

3.4.3 Adaptabilidad a población diversa: Fundamenta las intervenciones familiares a partir de las características de la población, respetando su diversidad. Criterios de desempeño:

- Respeta las características y valores de las diversas poblaciones con las cuales ejerce su acción profesional, incluyendo diversidades familiares, género, grupo étnico, características socioeconómicas, educacionales, creencias políticas y religiosas, preferencias sexuales, entre otras.
- Plantea sus intervenciones profesionales con base en las características diferenciales de las familias.
- Evalúa el impacto de su intervención sobre su contribución a las problemáticas de las familias.

3.5 Investigación. 3.5.1 Evaluación del conocimiento: Consulta y hace uso apropiado del nuevo conocimiento, para impactar positivamente los resultados de su práctica con las

²⁰ Cursivas por la autora

familias. Criterios de desempeño.

- Identifica las diversas fuentes de resultados de investigación y analiza las implicaciones sobre las situaciones que aborda.
- Interpreta y aplica los resultados de la investigación y la práctica para resolver los problemas relacionados con el ejercicio profesional.
- Es crítico frente al conocimiento derivado de la investigación científica.

3.5.2 Gestión del conocimiento²¹: Convierte su práctica en una fuente de investigación evaluación e identifica diferentes formas de utilizarla y compartirla para aportar al desarrollo de su profesión, y al bienestar y cuidado de la salud mental de los individuos, las familias, los grupos y las comunidades. Criterios de desempeño:

- Reconoce la investigación como uno de los caminos para evaluar los resultados de su práctica.
- Implementa el método científico para resolver los problemas relacionados con la salud mental de las personas, las familias, los grupos y las comunidades, siguiendo los principios de la bioética.
- Está dispuesto a transformar su práctica en función de los resultados que obtenga. Reconoce las múltiples formas de utilizar la información, los recursos que requiere para apropiarse de esta.

El Campo Psicología y Familias del Colpsic, ha publicado dos boletines en la página nacional del colegio, los números 45²² y 52²³, espacio y alternativa para la información y el diálogo con psicólogos en formación y egresados-as de las distintas universidades estatales y privadas de Colombia.

CONCLUSIONES

Estas suelen ser transitorias y sujetas a realimentaciones, redefiniciones y variaciones en lo legislativo-normativo en los diferentes ámbitos, contextos, instituciones, países y regiones. El propósito del aporte, especialmente experiencial, fue visibilizar y socializar-compartir acerca del abonado terreno que en el país se tiene para la formación clínica en familia, en el abordaje, atender e investigar a las familias. Se hizo un especial énfasis en la formación sistémica (por tanto, interdisciplinaria) de los-as terapeutas familiares. Se espera desde publicaciones cómo esta y la voluntad de editoriales como la que sustenta esta publicación (gratitudes a ésta), para nutrir el intercambio en torno a la temática-vivencia plasmada en este texto.

²¹ Cursivas por la autora

²² <https://www.colpsic.org.co/wp-content/uploads/2021/10/BC-45-PSICOLOGIA-Y-FAMILIAS.pdf>

²³ <https://www.colpsic.org.co/wp-content/uploads/2021/07/BOLETIN-52-psi-familias.pdf>

REFERENCIAS

Bertalanffy, L. V. (1976). *Teoría General de sistemas*. Ed. Fondo de Cultura Económica, Méjico, 1976.

Bertalanffy, L. V. (1979). *Perspectivas en la Teoría General de Sistemas*. Alianza Ed. Madrid, España.

Foucault, citado por Ferry (2008) en *Pedagogía de la formación*, 3ra. Ed. <https://www.milenio.com/opinion/alfonso-torres-herandez/apuntes-pedagogicos/sobre-el-concepto-de-formacion>

Gérard Salem (1987). *L'approche thérapeutique de la famille*, Masson, París, traducido por Dorys Ortiz

Gusdorf, G. (1967, 2019). *Interdiscipliniedad y patología del saber*, pág. 9-26 y *Pasado presente y futuro de la interdiscipliniedad*

Mayo Clinic (s/f). *Terapia familiar*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/family-therapy/about/pac-20385237>

Morin, E. (1999). *La cabeza bien puesta*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Morin, E. (1999). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. París: (UNESCO).

Murcia, Jorge y Tamayo, Mario (s/f). *Investigación e Interdiscipliniedad*. USTA. Bogotá. Colombia

Ortiz, D. & Tapia, D. (2008). *La Terapia Familiar Sistémica*. Universidad Politécnica Salesiana. Cuenca-Ecuador

Pereira, T. R. (2014). *Revisión histórica de la Terapia Familiar*. <https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/06/Revisi%C3%B3n-Hist%C3%B3rica-de-la-TF.-Roberto-Pereira-2014.pdf>

Roig, Albert (1998) *L'avaluació de la qualitat a la Gestió Documental*, Lligall. Revista catalana d'arxivística, Barcelona, nº 12 pp. 219-229.

Silva, P. M. (2011). *Pensamiento psicológico y formación de psicólogos en el Caribe colombiano 1975 a 2007* (Tesis doctoral). Universidad de Cartagena-RUDECOLOMBIA -Red de Universidades Estatales de Colombia-

Simon, F.B., Stierlin, H. y Wynne, L.C. (1993). *Vocabulario de terapia familiar*, Gedisa, Barcelona.

Torres, H. A (2013). *Sobre el concepto de formación*. Ediciones Milenio - <https://www.milenio.com/opinion/alfonso-torres-herandez/apuntes-pedagogicos/sobre-el-concepto-de-formacion>

Otras referencias consultadas

<https://fundaterapia.com/> (Fundación para la Terapia Relacional: directora Regina Giraldo Arias, PhD, Psicóloga. Bogotá-Colombia)

<https://www.colpsic.org.co/> (Colegio Colombiano de Psicólogos)

<https://www.colpsic.org.co/nosotros/quienes-somos/> (Colegio Colombiano de Psicólogos)

<https://www.colpsic.org.co/wp-content/uploads/2021/10/BC-45-PSICOLOGIA-Y-FAMILIAS.pdf> (Colegio Colombiano de Psicólogos)

<https://www.colpsic.org.co/wp-content/uploads/2021/07/BOLETIN-52-psi-familias.pdf> (Colegio Colombiano de Psicólogos)

A IMPORTÂNCIA DA REDE SECUNDÁRIA NA TERAPIA FAMILIAR E NO PROCESSO DE MUDANÇA PARA AS FAMÍLIAS

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 15/01/2022

Cristina Cruz

Núcleo de Apoio à Família e Aconselhamento
Parental
<http://lattes.cnpq.br/6457865126512396>

Goreti Mendes

Núcleo de Apoio à Família e Aconselhamento
Parental
<http://lattes.cnpq.br/5878149276081431>

Helena Ventura

Núcleo de Apoio à Família e Aconselhamento
Parental
Portugal
<http://lattes.cnpq.br/2194944625063540>

Sofia Ferreira

Núcleo de Apoio à Família e Aconselhamento
Parental
Portugal
<http://lattes.cnpq.br/4752256312668931>

RESUMO: Desde 2015, que a equipa do Núcleo de apoio à família e Aconselhamento Parental tem a missão de desenvolver competências parentais positivas junto das famílias da Região Autónoma da Madeira. O papel da terapia familiar é o de mediar a comunicação, formar um suprassistema educativo e criar um contexto de colaboração entre escola-família-comunidade, sendo a rede secundária crucial para o processo de mudança. No que se refere a monitorização e avaliação

do impacto da intervenção familiar, aplicou-se o SCORE-15, SOFA- s clientes e terapeutas, após a primeira consulta e no final de forma a tornar possível a monitorização. Pretende-se identificar as mudanças ocorridas na família e nos seus elementos durante o processo terapêutico. O serviço funciona com duas terapeutas familiares em coterapia, duas investigadoras sendo uma terapeuta familiar e supervisora e uma psicóloga. Já foram referenciadas para o núcleo 175 famílias por diversos serviços. Os principais resultados após a intervenção indicam que as famílias identificam o que funciona na sua relação e apontam os objetivos de vida e estratégias para os alcançar. Neste sentido, a intervenção sistémica contempla todos os elementos envolvidos e explica a dinâmica das relações e as suas mudanças e de como estas podem ser sucesso para a mudança do grupo familiar.

PALAVRAS-CHAVE: Família, mudança, rede secundária e terapia familiar.

THE IMPORTANCE OF THE SECONDARY NETWORK IN FAMILY THERAPY AND IN THE PROCESS OF CHANGE FOR FAMILIES

ABSTRACT: Since 2015 the family support and parental counseling nucleus has had the mission of developing positive parental skills among families in the Autonomous Region of Madeira. The role of family therapy revolves around communication mediation, forming an educational suprasystem and creating a collaborative context between school-family-community, the secondary network being crucial for the change process. Regarding the monitoring and evaluation of the impact on

family intervention, the scales SCORE-15, SOFAS- clients and therapists were applied at the end of the first and last session, in order to monitor the progress made. It is intended to identify wich changes occur in the family as well in its members during the therapeutic process. The service works with two family therapists in co-therapy as investigators, one being a family therapist and supervisor and the other being a psychologist. In total, 175 families have already been referred to the nucleus by various institutions. The main results disclose that the majority of the families are able to identify what works better for them in their relationship and point out life goals and and strategies to achieve them. Therefore, the systemic intervention contemplates all the elements involved, explaining not only the relationships dynamics but also their changes and how they can achieve success, on the change of the family as a whole.

KEYWORDS: Family, change, secondary network, family therapy.

1 | INTRODUÇÃO

O Núcleo de Apoio à Família e de Aconselhamento Parental (NAFAP) é um serviço público, desde janeiro de 2015, que realiza terapia familiar junto de famílias com e jovens que frequentam o sistema educativo. Estas apresentam diversas problemáticas relacionadas com o insucesso escolar, problemas de comportamento, abandono escolar, conflitos familiares, práticas parentais, separação/divórcio, violência doméstica e falta de vínculos afetivos na família, tal como investigado por Cruz, Mendes, Novais e Pocinho (2014). Estas situações tornam as famílias mais vulneráveis ao risco, o que conduz a um maior envolvimento das redes secundárias.

A revisão de literatura sobre as famílias multiproblemáticas ilustra sistemas a viver num emaranhado de problemas (Sousa, 2005). A criação do NAFAP veio contribuir para uma melhor articulação e envolvimento entre as famílias e a comunidade, de forma que estes sejam sentidos pela família como potenciadores da mudança e não como alienadores do problema. A ausência de uma verdadeira articulação institucional transforma a rede secundária, muitas vezes desprovida de objetivos verdadeiramente comuns e de uma real compreensão sistémica, num elemento mais alienador do que potenciador (Alarcão, 2005).

Segundo Picão e Alarcão (2009), a intervenção em rede secundária só poderá funcionar como agente de mudança quando cada serviço estiver disponível para ouvir a família e os outros profissionais, e também, explorar hipóteses sistémicas, o que proporciona a potencialização das capacidades da família.

Aconsideração destas interações viabiliza uma mudança profunda na concetualização do processo de intervenção, sobretudo nas situações em que a disfuncionalidade das dinâmicas familiares está presente ou é um fator de risco para a criança ou jovem. Ao invés de intervir apenas ao nível individual, em contexto escolar, com vista à modificação de (eventuais) expressões de tal disfuncionalidade, o NAFAP intervém com todos os elementos da família visando a reestruturação das dinâmicas familiares, no sentido do bem-estar de todos os seus membros. A mudança torna-se sustentável na medida em que está ancorada nos limites e nas especificidades de cada sistema familiar. Deste modo, é

esta contextualização da intervenção que a torna sistêmica (Midgley, 2000). Cada ação interventiva é condicionada pelos limites colocados pela forma como cada elemento do sistema entende e se posiciona perante o problema ao longo do tempo e aos pressupostos teóricos que a guiam. Ou seja, não responde linearmente a uma “causa” do problema, mas reflete a circularidade das interações.

A linha de intervenção do NAFAP assenta no modelo sistêmico, contemplando todos os elementos envolvidos da família e confere à criança/ jovem um papel importante, dando relevo ao contexto e à mudança sociocultural, explicando as dinâmicas das relações e das suas mudanças, promovendo competências parentais e o desenvolvimento da criança/ jovem.

Os objetivos centraram-se nas forças e no reforço de competências familiares, relacionais e individuais, necessárias para a construção do bem-estar das crianças, na promoção do sucesso escolar; privilegiar a construção de relações de colaboração com as famílias que promovam a sua competência e autonomia; promover a articulação e colaboração escola-família-comunidade educativa.

2 | METODOLOGIA

Amostra

A nossa amostra é constituída por 170 famílias referenciadas pelos diversos serviços de saúde, social e educação da Região Autónoma da Madeira das quais 39 famílias, ainda encontram-se em processo de acompanhamento.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados na intervenção com as famílias do NAFAP são os seguintes: SCORE-15-versão portuguesa (Vilaça, Silva, & Relvas, 2014), que avalia vários aspetos do funcionamento familiar que são sensíveis à mudança terapêutica; SOFTA-s (Vilaça, Sotero, Silva, & Relvas, 2014), avaliar a força da aliança terapêutica no contexto da terapia familiar conjunta, sob o ponto de vista dos clientes (versão para clientes) e dos terapeutas (versão para terapeutas). Contudo neste artigo apresentaremos apenas alguns dados relativos a ficha de referência (motivo da sinalização, ciclo vital da criança/ jovem, tipo de agregado familiar, dificuldades/problemáticas do sistema familiar e entidades sinalizadoras.

Procedimentos

As famílias são sinalizadas/referênciação pelos serviços de saúde, social e educação; a avaliação sistêmica das problemáticas familiares é promovida pelas terapeutas familiares, tendo em conta a recolha de informação junto da criança/jovem e família, docente titular/ diretor de turma, outros técnicos que já acompanhem a criança/jovem e família, caso se considere pertinente; as terapeutas realizam a terapia familiar/intervenção sistêmica em

coterapia e com base num plano de intervenção individual e familiar, que será reavaliado periodicamente (no início e no final da intervenção); a monitorização da intervenção sistémica e familiar é realizada através da aplicação dos questionários.

3 | RESULTADOS

Os dados apresentados neste primeiro momento são de carácter descritivo, sendo que, a maioria das famílias intervencionadas ainda continuam em terapia. Posteriormente e após o término da intervenção, apresentaremos os dados dos questionários aplicados às famílias na primeira e última sessão terapêutica (dados que não serão apresentados neste artigo).

Até ao momento foram sinalizadas 176 famílias pelos serviços ou pedidos da própria família. Podemos verificar no gráfico 1, que os serviços que mais solicitam a intervenção do NAFAP são a educação e os tribunais.

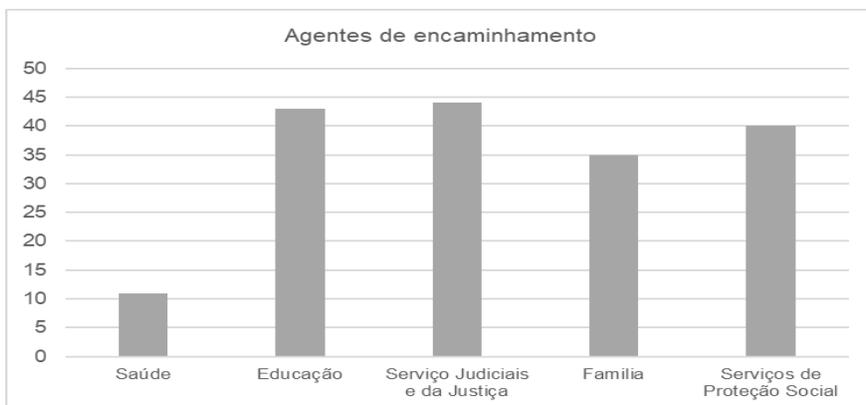


Gráfico 1 - Distribuição da amostra segundo o encaminhamento dos serviços e da família.

A maioria das famílias são nucleares biparentais e outras reconstruídas ou famílias monoparentais, sendo estas últimas as famílias que se encontram na categoria da regulação das responsabilidades parentais, ou seja, pai e mãe em guarda partilhada com os filhos (Gráfico 2).

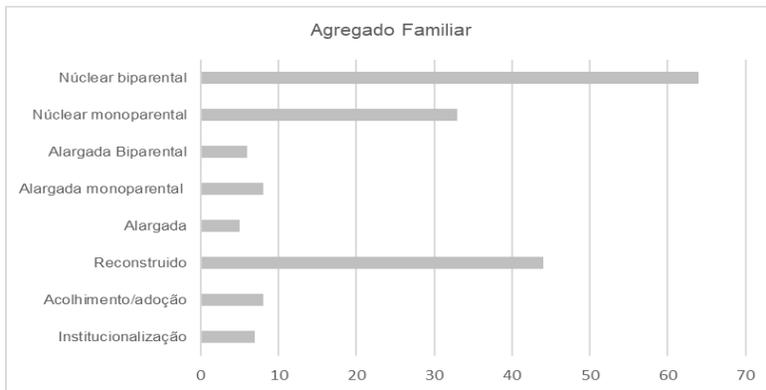


Gráfico 2 - Distribuição da amostra segundo o agregado familiar.

Ao longo da nossa intervenção encontramos famílias que revelam diversas problemáticas, sendo algumas identificadas pelo referenciador. Podemos verificar no gráfico 3, as problemáticas mais identificadas: são o insucesso escolar, indisciplina, divórcio, a falta de controlo parental e os problemas ligados ao desenvolvimento das crianças ou jovens.

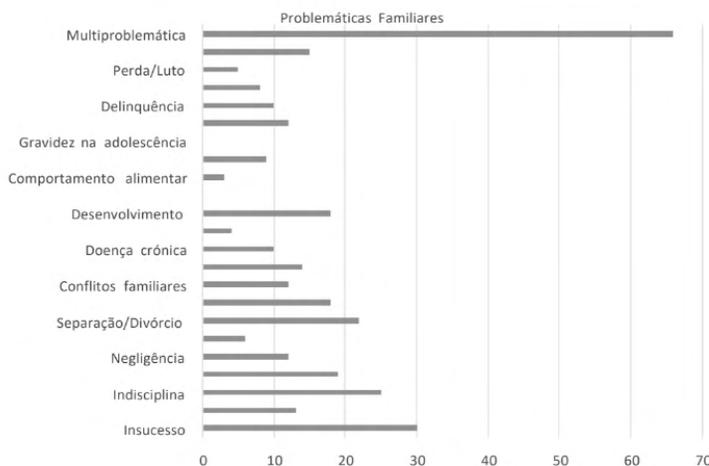


Gráfico 3 - Distribuição da amostra segundo as problemáticas da família.

As intervenções do NAFAP foram sinalizadas 176 famílias, das quais 58 não necessitaram até ao momento de nova intervenção e 32 famílias continua a precisar da intervenção das terapeutas familiares encontrando-se 6 em lista de espera (Gráfico 4).

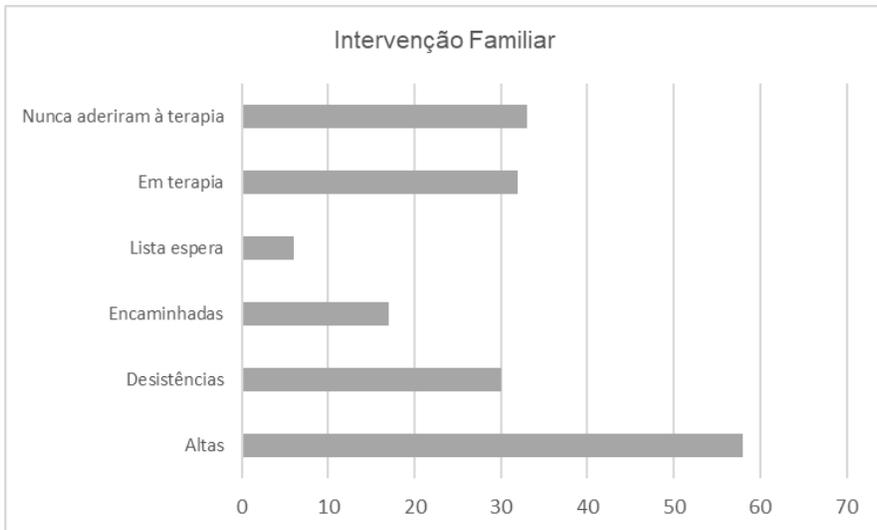


Gráfico 4 - Distribuição da amostra segundo a intervenção familiar.

4 | CONCLUSÕES

Pela análise dos resultados, é visível o elevado número de famílias com problemáticas 176 suscetíveis de intervenção familiar, apontadas pelos referenciadores com mais frequência. A intervenção familiar na sociedade torna-se importante e é necessário criar serviços, procurando desta forma responder aos desafios lançados por Biglan e Smolkowski (2002) no sentido da construção de comunidades, famílias, crianças e jovens mais fortes. Estudos demonstram que este tipo de intervenção, organizada, sistêmica e sistemática, pode oferecer um suporte integrado às famílias que apresentam num determinado momento um potencial mínimo para a mudança (Melo & Alarcão, 2009). O NAFAP proporcionou na relação com os seus parceiros uma nova visão em termos comunicacional, desenvolvimental, estrutural e transgeracional das famílias sinalizadas e intervencionadas. Vejamos, por exemplo, os filhos de pais separados, com dificuldade da gestão das tarefas parentais e comunicacionais. Nestes casos a intervenção sistêmica potenciou o equilíbrio do sistema em relação complementaridade da função parental em prol do bem-estar da criança. De uma forma mais complexa podemos analisar outros casos de intervenção realizada no NAFAP, sendo os casos de insucesso escolar mais referenciados ao nosso serviço. Os mesmos requerem uma maior articulação com o serviço educativo com o intuito de refletir sobre a função que o sintoma tem na família, ou seja, a procura do elemento crítico potenciador da mudança. Segundo Alarcão (2012), a eficácia do trabalho em rede está sujeita a compromissos relacionados com: o conhecimento das instituições implicadas na intervenção; no mapeamento da rede secundária; a definição de uma agenda comum à própria rede secundária; a explicação do modelo de comunicação no interior

da rede secundária; a descrição do modelo de comunicação entre a rede secundária e a família que está a ser apoiada; a criação de um espaço regular de debate e de supervisão; a clarificação do trabalho a realizar pela rede secundária e pela família apoiada.

Podemos concluir que a intervenção do NAFAP tornou os parceiros ou os sistemas mais reconhecidos e valorizados, mesmo quando tal intervenção é assumida ou desenvolvida apenas por alguma das partes da rede. A confiança interpessoal e intersistémica, pode potenciar competências de trabalho dos elementos da rede, sendo fundamental para o crescimento da própria rede e que por sua vez cria perspectivas de mudança nas famílias. Segundo Sluzki (1997) a prática do trabalho em rede promove o desenvolvimento da capacidade autorreflexiva e autocrítica e a mudança na subjetividade das pessoas, na família e no meio social. Refletindo ainda, que a rede pode tornar-se numa ferramenta conceituada útil e poderosa para organizar as experiências pessoais e coletivas, tanto aquelas que povoam as nossas próprias vidas como as dos nossos pacientes... e fazer algo a respeito (Sluzki, 1997).

É necessário que os serviços de atendimento à criança, ao adolescente e às suas famílias conheçam mais sobre estas pessoas com quem trabalham. Com a articulação dos serviços de atendimento à criança e ao adolescente, é possível ajudá-los a desenvolver o espírito crítico, autónomo e transformador.

REFERÊNCIAS

ALARCÃO, M. *(des)Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto Editora, 2005.

ALARCÃO, M. Violência doméstica e intervenção em rede secundária: porquê e para quê? In J. Redondo (coord). **Sem Violência doméstica – Uma experiência em trabalho em rede**. Coimbra: Administração Regional de Saúde do Centro, p. 131-141, 2012.

BIGLAN, A.; SMOLKOWSKI, K. The role of the community psychologist in the 21st century. **Prev Treat**, v. 5, n. 1, 2002. Disponível em: <http://journals.apa.org/prevention/volume5/pre0050002a.htm>. Acesso em: 6 abr. 2013.

CRUZ, C. *et al.* Problemáticas familiares e sucesso escolar: necessidade de uma intervenção familiar. **Mosaico**, [S. l.], v. 57, p. 5-11, 2014

MELO, A. T.; ALARCÃO, M. Centros de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental: proposta de um modelo global de organização. **Psicol Soc**, v. 21, n. 1, 55-64, 2009.

MELO, A. T.; ALARCÃO, M. Integrated Family Assessment and Intervention Model: A collaborative approach to support multichallenged families. **Contemp FamTher**, v. 33, p. 400-416, 2011.

MIDGLEY, G. **Systemic intervention**. Philosophy, methodology, and practice: Springer, 2000.

SOUSA, L. **Famílias multiproblemáticas**. 1. ed. Coimbra: Quarteto Editora, 2005.

VILAÇA, M. *et al.* Sistema de observação da aliança em terapia familiar versão autoresposta (SOFTA-s). **Avaliação familiar: funcionamento e intervenção**, v. 1., p. 154-179. Coimbra: [S. N.], 2014. DOI <http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0839-6>. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/41517/1/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20Familiar.pdf>. Acesso em: 7 maio 2015.

VILAÇA, M.; SILVA, J. T.; RELVAS, A. P. Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation (SCORE-15). **Avaliação Familiar – Funcionamento e Intervenção I**, v. 1., p. 23-41. Coimbra: [S. N.], 2014. DOI <http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0839-6>. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/41517/1/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20Familiar.pdf>. Acesso em: 7 maio 2015.

PICÃO, M.; ALARCÃO, M. A rede secundária em famílias multiassistidas. Estudo de um contexto de proteção da infância. **Mosaico**, [S. l.], v. 41, p. 115- 126, 2009.

SLUZKI, C. **La red social: Frontera de la practica sistémica**. Barcelona: Gedisa, 1996.

CAPÍTULO 13

PROGRAMA DE TUTORÍAS: OPINIÓN DE ESTUDIANTES Y TUTORES DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 10/01/2022

Irma Rosa Alvarado Guerrero

Facultad de Estudios Superiores Iztacala
UNAM, México
<https://orcid.org/0000-0001-88732967>

Ana Elena Del Bosque Fuentes

Facultad de Estudios Superiores Iztacala,
UNAM, México
<https://orcid.org/0000-0003-2170-3656>

María Luisa Cepeda Islas

Facultad de Estudios Superiores Iztacala,
UNAM, México
<https://orcid.org/0000-0001-9988-4202>

RESUMEN: Las Instituciones de Educación Superior (IES) tienen el propósito de ofrecer una formación profesional de calidad que permita a los alumnos desarrollar y ofrecer propuestas de transformación y mejora de la sociedad, sin embargo, las demandas escolares y factores personales pueden incidir en problemas de rezago y deserción. Ante esta problemática, las IES han implementado programas que permitan apoyar el proceso formativo. En la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) se ha implementado el Programa Institucional de Tutorías cuyo propósito es apoyar y acompañar a los alumnos en su formación profesional y reducir los índices de rezago y abandono. El objetivo de esta investigación fue conocer la opinión de tutores y alumnos de la generación

2015 en la carrera de psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM, respecto del Programa Institucional de Tutoría e identificar las características y dificultades en su aplicación para desarrollar alternativas de solución. Se aplicaron dos cuestionarios impresos; uno a 21 tutores y otro a 40 alumnos con el fin de conocer las características en que se da la tutoría, la participación de tutores y alumnos en el programa, las dificultades principales y la opinión general sobre el programa. Los resultados mostraron diferencias entre ambos sectores de participantes en cuanto a la opinión del programa, en el sentido que los alumnos tienen una percepción positiva y de utilidad del programa de tutorías, mientras que los profesores resaltan las dificultades y falta de condiciones de formación docente y de infraestructura. Concluimos que, es necesario un trabajo colegiado que permita mejorar el programa.

PALABRAS CLAVE: Tutorías, formación profesional, rezago universitario.

TUTORING PROGRAM: OPINION OF STUDENTS AND TUTORS OF THE PSYCHOLOGY

ABSTRACT: Higher Education Institutions (IES) have the purpose of offering quality professional training that allows students to develop and offer proposals for the transformation and improvement of society, however, school demands and personal factors can influence problems of lag and desertion. Faced with this problem, the HEIs have implemented programs to support the training process. At the National Autonomous University of Mexico (UNAM) the Institutional

Tutoring Program has been implemented, the purpose of which is to support and accompany students in their professional training and reduce the rates of lag and dropout. The objective of this research was to know the opinion of tutors and students of the 2015 generation in the career of psychology of the Iztacala UNAM Faculty of Higher Studies, regarding the Institutional Tutoring Program and identify the characteristics and difficulties in its application to develop alternatives of solution. Two printed questionnaires were applied; one to 21 tutors and another to 40 students in order to know the characteristics of the tutoring, the participation of tutors and students in the program, the main difficulties and the general opinion about the program. The results showed differences between both sectors of participants regarding the opinion of the program, in the sense that students have a positive perception of the usefulness of the tutoring program, while teachers highlight the difficulties and lack of conditions for teacher training and infrastructure. We conclude that a collegiate work is necessary to improve the program.

KEYWORDS: Tutorials, professional training, university lag.

En los últimos 15 años, las Instituciones de Educación Superior (IES) en México, han otorgado una gran relevancia a los programas de tutorías, en especial a partir de que la ANUIES (2001) formalizó un sistema tutorial para las universidades tanto públicas como privadas. Múltiples razones han contribuido para este acontecimiento, por un lado, las cifras alarmantes de rezago y abandono, como lo demuestran Romo y Hernández (2006) quienes realizaron un diagnóstico de la repitencia y deserción de la educación superior en México en donde señalan el carácter complejo de estos temas y resaltan cinco datos centrales: a) el abandono voluntario ocurre durante los primeros meses posteriores al ingreso a la universidad; b) cinco de cada diez estudiantes desertan al inicio de 2º año; c) cuatro de cada diez estudiantes que inician el cuarto año no obtienen el título correspondiente; d) el mayor abandono se da en las carreras de baja demanda, o los jóvenes que fueron ubicados como segunda opción o en su defecto perciben cierta indefinición en las prácticas profesionales en el mercado laboral y, e) cuando hay posibilidades de acceder al ámbito productivo sin la exigencia legal del título y cedula profesional. En suma, se puede afirmar que de 100 alumnos que inician estudios de licenciatura, entre el 50% y 60% concluyen el plan de estudios cinco años después y solo el 20% obtiene el título profesional, mientras que el 2% lo hacen en edad deseable, los demás lo logran entre los 27 y 60 años. (ANUIES, 2010). Lo cual, está directamente relacionado con la calidad en la formación profesional, y con el éxito en la inserción laboral.

Aunado a estas problemáticas, García señala (2008) que la universidad se ha convertido en una institución muy compleja por la modificaciones de los planes de estudio, en donde se ha dado un giro desde una educación basada en la enseñanza a la formación orientada al aprendizaje, convirtiendo al alumno en el protagonista de su formación, por tanto ha cambiado la organización y estructura de los programas de estudios, por lo que en un momento dado el alumno requiere de orientación y asesoría para elegir y trazar

su trayectoria escolar. Además la edad y poca experiencia del alumno universitario, los factores sociales que lo pueden afectar tal como el fácil acceso a las sustancias prohibidas, los medios masivos de comunicación, las redes sociales, los problemas familiares, de salud, la diversidad de la población universitaria, en términos del estado civil, los bajos niveles económicos debido a la masificación de la universidad, la migración, y actualmente no podemos dejar de lado la pandemia por COVID 19, entre otros factores.

Ante esta panorámica se ha vislumbrado a la tutoría, como herramienta o estrategia educativa para la atención a los alumnos, en donde el profesor discute con el tutorado sobre diversos temas y da seguimiento a la trayectoria del alumno (García, Cuevas, Vales y Cruz, 2012). Su objetivo es prevenir futuros problemas de adaptación al escenario educativo e intervenir en cuestiones de desempeño académico. Por ello, la tutoría se ocupa de atender problemas relacionados con habilidades de estudio, lectura y comprensión, dificultades de aprendizaje, ansiedad ante los exámenes, estabilidad emocional, actitudes hacia la profesión, opciones de trayectoria, entre otros (Lapeña, Saulea y Martínez, 2011).

En la FES Iztacala UNAM el Programa Institucional de Tutorías (PIT) se inició formalmente en el año 2012, en las seis carreras presenciales y en el Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia (SUAYED) de Psicología; a partir de que el rector José Narro (2011) lo impulsó en el Plan de trabajo para la UNAM 2011-2015, con el fin de mejorar la formación de los futuros profesionistas así como superar el desempeño escolar e incrementar la eficiencia terminal. De esta forma, la tutoría se define como el acompañamiento y apoyo del docente de manera individual, ofrecida a los estudiantes como una actividad más en su currículum formativo, que pueda convertirse en una palanca que sirva a la transformación cualitativa del proceso educativo a nivel superior (ANUIES, 2010). A través de la tutoría personalizada el docente podrá comprender mejor los problemas a los que se enfrenta el alumno, su adaptación al contexto universitario, sus fortalezas y debilidades relacionadas con el desempeño escolar (Chávez y Vargas, 2007).

Sin embargo, como señalan Aguaded y Monescillo (2013) aun cuando los sistemas de tutorías se formalizan, no es suficiente la normativa, ésta por sí sola no garantiza que se lleve a cabo de una manera adecuada, sistemática y eficaz, se requiere de todo un proceso de formación docente, de preparación de condiciones materiales y temporales para que se convierta en parte de la función académica, en donde el profesor asuma que la tutoría es una actividad equivalente a la de “impartir clase” y que es una de las actividades que debe ejercer el personal académico (Narro, 2013) y por su parte, los alumnos también deben incorporarse a la acción tutorial en donde su participación será el centro de su proceso de formación profesional y personal.

En este sentido, el análisis de la implementación del programa tutorial debe tener claro que existen varios obstáculos así como el reconocimiento de varias limitaciones para su puesta en marcha, tales como: a) ausencia de un programa de formación de tutores, b) falta de reconocimiento académico a la figura del tutor, c) mínima disposición de los docentes

de Tiempo Completo, d) desinterés del alumno en la tutoría, e) falta de normatividad que respalde la actividad de tutoría, f) falta de espacios físicos e infraestructura para llevar a cabo las sesiones de tutoría, y g) desconocimiento de la importancia de la tutoría por autoridades y funcionarios del plantel educativo (Sistema Institucional de Tutorías, UNAM 2012), de tal manera que a su vez, se implementen alternativas que solventen e impulsen los programas.

A partir de la puesta en marcha del PIT en la licenciatura presencial de psicología en la FES Iztacala, ocurrió una situación singular, ya que el plan de estudios de 1976 que aún estaba vigente, incluyó la tutoría académica como parte de los programas del módulo teórico, en donde el objetivo era que el alumno desarrollara habilidades de comunicación escrita, así como habilidades de investigación bibliográfica, que a su vez, integrara los contenidos del módulo aplicado y el modulo metodológico. Esta tutoría es individual, presencial y obligatoria cuyo resultado de evaluación se suma a la calificación de la asignatura teórica correspondiente al semestre que cursa el alumno, por lo cual se puede afirmar que hay una gran tradición durante 40 años del ejercicio de la tutoría en la carrera de Psicología, y ante la implantación del PIT, provocó en un inicio una gran acogida por parte de los profesores, y un desconcierto por parte de los alumnos porque la percibieron como el incremento en su carga de trabajo y no la distinguían del resto de las tutorías obligatorias. Con el paso del tiempo, los profesores fueron perdiendo interés o retirándose del programa de tutorías después de la primera experiencia, tal vez porque implicó una mayor responsabilidad, una carga de trabajo que no ofreció remuneración económica ni mayor reconocimiento institucional. Por estas razones en el presente trabajo y como parte de un proyecto de investigación mas amplio financiado por la Dirección General del Personal Académico (DGAPA) con registro PE304115, se consideró necesario, realizar una valoración diagnóstica del PIT a través de conocer la opinión de los profesores y alumnos con respecto al funcionamiento del programa de tutorías, así como los beneficios que aprecian cada uno de estos importantes sectores. Por lo tanto, el objetivo de esta investigación fue conocer la opinión de tutores y alumnos de la generación 2015 en la carrera de psicología de la FES Iztacala, respecto del Programa Institucional de Tutoría e identificar las características y dificultades en su aplicación para desarrollar alternativas de solución.

MÉTODO

Población

Participaron 40 jóvenes universitarios de una universidad pública de la carrera de Psicología, generación 2015, el muestreo fue no aleatorio por conveniencia; 27 mujeres (67%) y 13 hombres (33%). El criterio de inclusión fue que estuvieran en un grupo en el cual hubiera un tutor asignado del Programa Institucional de Tutorías, además de otorgar

su consentimiento para completar el cuestionario. Por otro lado, se eligió a la población total de 21 profesores tutores del PIT de la generación 2015, quienes desde el inicio de la carrera han dado seguimiento a los tutorados.

Instrumentos y materiales

Se diseñaron dos cuestionarios de opinión, el primero dirigido al alumno sobre el Programa Institucional de Tutorías de Licenciatura de Psicología (PIT) de las FES Iztacala-UNAM, consta de 27 ítems dividido en dos áreas, 1) la opinión del alumno sobre el PIT, y 2) en cuanto a la opinión de la ejecución del tutor. El segundo cuestionario fue dirigido a los tutores; constó de 30 ítems organizados en dos ejes: 1) aspectos del proceso de la tutoría y 2) la evaluación de las dificultades de la acción tutorial. En ambos cuestionarios fueron presentados en forma impresa y incluyen preguntas abiertas y de opción múltiple.

Procedimiento

El estudio fue transversal ya que la recolección de datos se realizó en un solo momento (Hernández, Fernández, y Baptista, 2008). Se acudió a la jefatura de la carrera de Psicología para obtener la información de los grupos que contaban con un tutor del programa, así como solicitar autorización para la realización de la investigación. Después se seleccionaron al azar dos alumnos por grupo de los 22 grupos (11 matutino y 11 vespertino) pertenecientes a la generación 2015. Una vez obtenido el consentimiento informado del alumno se les explicó el objetivo del estudio, se dieron las instrucciones y se les proporcionó el cuestionario impreso. Fue de manera independiente e individual. Cada aplicación duró aproximadamente 15 minutos.

En el caso de los profesores-tutores, se les entregó impreso el cuestionario, aclarando el objetivo del estudio y la confidencialidad de los datos. Días después, los profesores entregaron a los investigadores el cuestionario con las respuestas.

Se conformó una base de datos con las respuestas de cada uno de los ítems de los cuestionarios de opinión, empleando el paquete estadístico SPSS versión 20, a partir del cual se obtuvieron los descriptivos y las frecuencias de respuesta. Las figuras fueron elaboradas en el programa Excel. De los 40 cuestionarios recibidos por parte de los alumnos, se eliminaron 9 debido a que no tenían toda la información solicitada, por lo que el análisis es de 31. En cuanto a los profesores, de 21 tutores se devolvieron 17.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos, comenzando con los datos de los alumnos, seguidos de los correspondientes a los profesores.

Un primer elemento a indagar fue el promedio de calificaciones de los alumnos, considerando que es un dato que se puede relacionar con el impacto que puede tener el

PIT. En este caso, se observa que la mayoría de los alumnos tienen un promedio de 8 a 9.75, siendo los de mayor frecuencia 8, 8.2, 8.5 y 9, tal como se muestra en la figura 1.

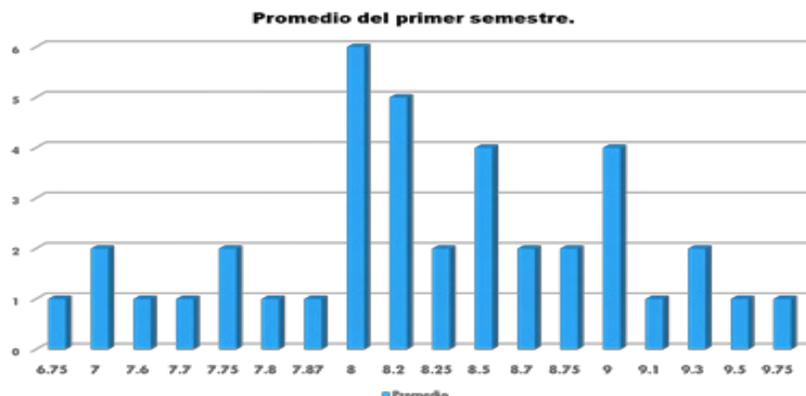


Figura 1. Promedio de calificaciones de los alumnos.

Respecto de la importancia que los alumnos le otorgan al PIT para su formación profesional, los datos muestran que 14 de los 40 alumnos considera que es muy importante, 12 mencionan que su importancia es regular, mientras 10 consideran que es bastante importante; sólo tres alumnos opinaron que es poco importante y un alumno señala que no tiene importancia (Fig.2).



Figura 2. Importancia del PIT en la formación profesional del alumno

Cabe señalar que el 82% de los alumnos recibió tutorías durante cuatro sesiones de una hora y en modalidad grupal durante el semestre que reportamos. De los alumnos que recibieron tutorías, 22 de ellos asistieron siempre y sólo 11 asistieron de manera regular.

El interés que mostraron en las actividades de las tutorías fue constante en 24 de los alumnos, mientras que fue considerado regular por nueve de ellos. Asimismo, 29 de

ellos siempre mostraron interés en escuchar a su tutor, y sólo cuatro alumnos mostraron un interés regular.

Un aspecto muy importante fue la mejora percibida de los estudiantes en su desempeño escolar a partir del PIT, siendo que el 70% opinó que sí mejoró su desempeño (Figura 3). Asimismo, el 88% afirmó que el tutor que le fue asignado fue el apropiado, mientras que el 12% mencionó que no lo fue.

Respecto al desempeño del tutor, 31 alumnos señalaron que fue de buena a excelente la disposición de los tutores para atender sus necesidades escolares (Figura 4). El interés que mostraron los tutores en los problemas académicos y escolares de los alumnos fue excelente para 16 de ellos, muy bueno para siete de ellos y bueno para ocho de los alumnos; mientras que para uno de ellos fue regular y para otro, deficiente. Sobre este punto, 14 alumnos, consideraron que la capacidad del tutor para resolver problemas fue muy buena y para 13 de ellos, fue excelente.

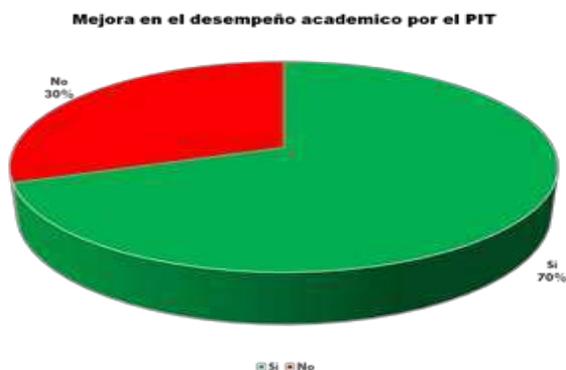


Figura 3. Percepción de la mejora en el desempeño académico por el PIT.



Figura 4. Disposición del tutor para atender a los alumnos.

Sobre el lugar donde se realizaron las tutorías, siete alumnos señalaron que fue adecuado, para nueve de ellos fue muy bueno y 15 consideraron que fue excelente.

Sobre la evaluación que los alumnos hicieron del PIT, seis lo consideraron bueno, 13 muy bueno y 11 lo califican como excelente (Fig. 5). Mientras que la evaluación que hacen de su propia participación en el PIT, nueve de los alumnos refirió que fue buena, 12 que fue muy buena y ocho que fue excelente; cuatro alumnos consideraron que fue regular y, sólo uno que su participación fue deficiente (Figura 6).

Finalmente, por parte de los alumnos, algunas recomendaciones que dieron para mejorar el PIT, fueron:

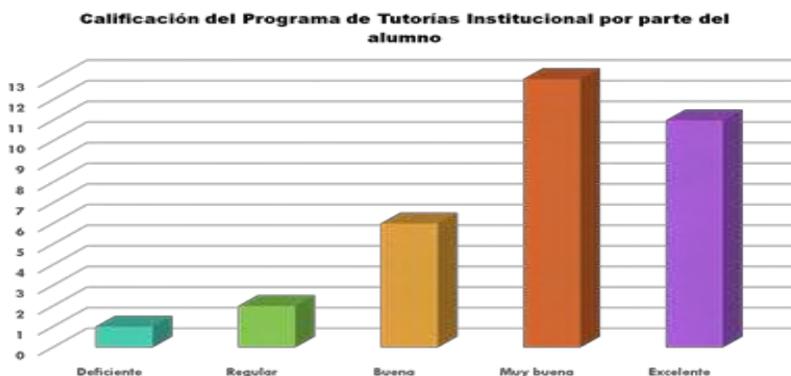


Figura 5. Calificación del PIT por parte de los alumnos.

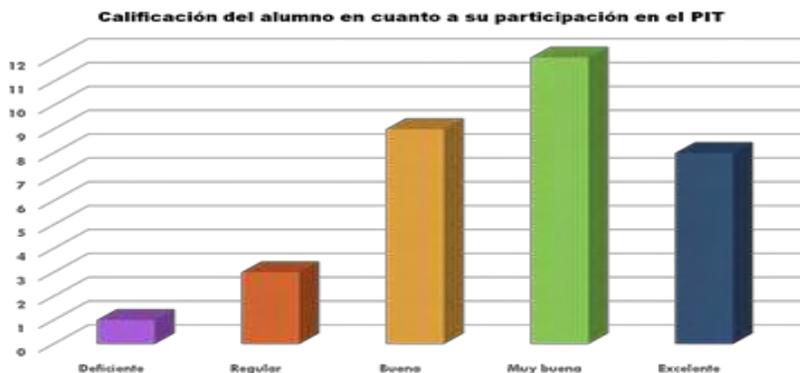


Figura 6. Calificación del alumno sobre su participación en el PIT.

- *“Mejorar los horarios tomando en consideración tanto el horario del profesor como el de los alumnos”.*
- *“Revisar bien la selección de tutores y asignar tutores que asistan a las tutorías”.*
- *Darle la importancia que merece ..“Los alumnos no le prestamos atención porque no tenemos tiempo y a veces solo son pláticas o actividades extras que no benefician a nuestros conocimientos de la carrera.”*
- *“Dar formalidad al programa, con algún lugar y horario fijo donde poder ver al*

tutor”.

- *“Que se haga notar más el programa porque a veces no se sabe para qué es o sirve”.*
- *“Preferiría sesiones individuales a grupales”.*
- *“Al momento de entrar a la carrera recibir información de que tendrás un tutor y no esperar hasta que inicien clases”.*

Respecto de la opinión de los profesores, de los 16 que respondieron al cuestionario, sólo seis de ellos recibieron algún curso o asesoría para ser tutor. Nueve, recibieron invitación de la coordinación para ser tutores, mientras cuatro fue por asignación institucional y sólo tres por iniciativa propia.

Sobre el número de alumnos asignados y la asistencia regular de estos, se observa que sólo tres de los tutores tuvieron alumnos con una baja asistencia a las tutorías, mientras que para los demás, la asistencia de los alumnos fue constante. Los tutores señalaron que el problema principal de la asistencia a las tutorías se relaciona con la incompatibilidad del horario del tutor con el de los alumnos, así como por la falta de espacios para llevar a cabo la tutoría. Algunos de sus comentarios fueron:

- *“Los horarios de mi asignatura no facilitaron coordinarme con los horarios del grupo”.*
- *“Realizar prácticas fuera de la FES”.*
- *“No hay aulas asignadas, es difícil encontrar horario”.*
- *“Carencia de tiempos libres”.*

El tipo de tutoría fue principalmente grupal, seguida de la individual, aunque también se trabajó por equipos, en pares y, en un caso, virtual.

Un elemento de interés fue el conocimiento que, desde el punto de vista de los tutores, los alumnos tienen sobre la tutoría institucional. Siete de los tutores mencionaron que los alumnos tienen poco conocimiento del PIT, cuatro tutores señalan que los alumnos lo desconocen, mientras que solamente un tutor indica que los alumnos lo conocen en su totalidad (Figura 7).

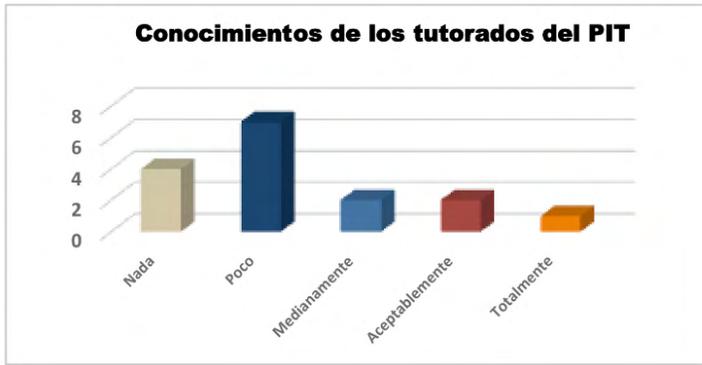


Figura 7. Conocimiento que tienen los tutorados sobre el PIT, de acuerdo a la percepción de los tutores.

Es interesante la referencia que hacen los profesores sobre la formación que recibieron para ser tutor. Seis de ellos mencionan que sí la recibieron, mientras que 10 señalan que no, o la recibieron de manera regular (cinco de los tutores). Los temas que se ofrecieron en tales cursos, destaca lo relacionado con el PIT, seguido de elementos sobre orientación al alumno, el plan de estudios, las características sobre la seriación en el plan de estudios, continuando con los temas de exámenes extraordinarios, recursamientos y aspectos pedagógicos, mientras que los contenidos menos abordados en la información recibida fueron sobre la reinscripción.

Las principales problemáticas que se atendieron en las tutorías fueron problemas diversos tales como: con los profesores, con los compañeros y trabajo en equipo, de comprensión de contenidos académicos y personales. Además se abordaron dudas sobre el plan de estudios, en particular sobre la seriación y sobre el campo laboral (Figura 8).

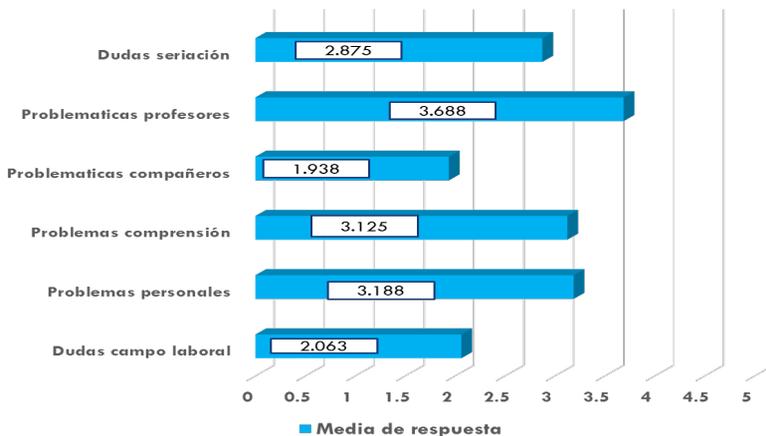


Figura 8. Principales problemas atendidos por los tutores.

Con relación a la evaluación que hacen los profesores de las dificultades de la acción tutorial, 10 de ellos mencionan que han sido claras estas características y las estrategias a utilizar, mientras que cinco las consideran regularmente claras, y para uno de los profesores, nada claras.

Se observó la facilidad que la mayoría de los tutores tuvo para hablar sobre las problemáticas que presentaban los alumnos, por ejemplo, las relacionadas con la sexualidad, la desadaptación y los problemas académicos, ya que 14 de ellos pudieron tratar estos problemas sin ninguna dificultad, mientras que sólo dos de ellos si les fue difícil tratar estos temas.

Para identificar los problemas de los alumnos, nueve profesores señalaron que tenían acceso a técnicas e instrumentos para tal función, mientras que siete de los profesores mencionaron que no tenían acceso a la información sobre estas técnicas e instrumentos.

Respecto a la importancia que los profesores le otorgan al PIT, se observó que 10 profesores refieren que es muy importante, cinco de ellos lo consideran importante y sólo un profesor menciona que su importancia es regular.

Otro elemento, se relaciona con la falta de comunicación entre los tutores y el coordinador del PIT, ya que seis de los tutores señalaron que fue constante; cinco considera que fue regular, y otros cinco mencionaron que no la tuvieron (dos tutores) o la tuvieron mínimamente (tres tutores).

Así también, la comunicación entre los tutores y los profesores de las asignaturas de los alumnos tutorados, sólo uno de ellos la mantuvo, dos con cierta frecuencia, cuatro de manera regular cinco mínimamente y cuatro nunca tuvieron esa comunicación.

En lo que se refiere a la colaboración entre los tutores, sólo cuatro de ellos consideró que sí la hubo, dos de ellos, sólo de manera regular, mientras que nueve señalaron que no hubo dicha colaboración.

Sobre el espacio en donde realizaron la tutoría, seis tutores mencionan que fue inadecuado, cuatro de ellos señalan que fue más o menos adecuado y cinco que fue adecuado.

Por último, los comentarios que hicieron los tutores sobre el programa y la forma de llevar a cabo las actividades, fueron los siguientes:

- *“Me fue complicado por los horarios aunque considero importante el PIT, sería adecuado brindar más capacitación al respecto. Me fue notificada la fecha para el curso iniciándose el próximo semestre. Los alumnos no tienen interés o tiempo para el programa, me parece que no han comprendido el beneficio más allá de las becas. Casi no puedo acordar sesiones de trabajo fuera de sus horarios”*
- *“Tengo que suspender las reuniones del viernes para tener espacio con los alumnos una vez al mes”.*
- *“Solo de forma informal, mis tutorados son mis alumnos. Algunas sugerencias en cuanto a las reglas de cortesía. Actividades recreativas para desarrollar con-*

ducta: liderazgo, trabajo en equipo, comunicación oral”

- *“Como actividad extra, representa más trabajo vale la pena, pero hay poco reconocimiento”.*
- *“Agradecería nos dieran un curso a los tutores sobre requisitos para extraordinario y cambio de facultad”*
- *“Los profesores deberíamos tener máximo 10 o 20 alumnos (la mitad de un grupo)”.*
- *“Considero importante trabajar la imagen de mentor y no solamente del tutor”.*
- *“Es un programa hecho desde un escritorio y no tiene el seguimiento y la evaluación apropiadas”*
- *“Elaborar un tríptico con la información del programa”*
- *“Fomentar cursos de formación para tutores, pero gratuitos”*

CONCLUSIONES

Con base en los datos de la investigación, observamos una diferencia en la opinión que tienen los alumnos y los tutores sobre el PIT, ya que, para los alumnos, resulta un programa que les apoya en su formación, manifiestan satisfacción en las tutorías recibidas, incluyendo el espacio donde se llevan a cabo y sobre las características del tutor que les fue asignado, en suma, la percepción del programa de tutorías es muy positiva. Sin embargo, para los tutores profesores, el PIT presenta algunas limitantes que son de suma importancia, como son la falta de cursos o talleres de formación docente, lo cual se relaciona con una carencia de información sobre las actividades a realizar con los alumnos y la forma de atender sus problemáticas y canalizarlos a las instancias convenientes, en caso de ser necesario. Por lo que se resalta una marcada importancia por tener claras las características de la acción tutorial y de las estrategias a utilizar.

Asimismo, la falta de espacios adecuados para impartir las tutorías, junto con el horario que en su mayoría no coincide entre el tutor y los alumnos, son problemas que requieren de una atención administrativa.

Finalmente, se observa una necesidad de comunicación constante entre los tutores con el coordinador del PIT, pero también entre tutores y entre tutores y los profesores de las asignaturas de los alumnos; esta comunicación permitirá conocer las problemáticas, tanto comunes como de casos particulares, y establecer estrategias que permitan intervenir de manera conveniente.

REFERENCIAS

Aguaded, M. C. y Monescillo, M. (2013). Evaluación de la tutoría en la universidad de Huelva desde la perspectiva del alumnado de psicopedagogía: Propuestas de mejora pedagógicas. *Tendencias pedagógicas*, 21, 163-176.

ANUIES (2001). *Programas Institucionales de Tutoría. Una propuesta de la ANUIES para su organización y funcionamiento en las instituciones de Educación Superior*. Serie Investigaciones, México.

ANUIES (2010). *Programas institucionales de tutorías. Una propuesta de la ANUIES para su organización y funcionamiento en las instituciones de educación superior (Serie Investigaciones) (2ª Edición corregida)*. México: ANUIES

Arco J. L. y Fernández, F. D. (2011). Eficacia de un programa de tutoría entre iguales para la mejora de los hábitos de estudio del alumnado universitario. *Revista de Psicodidáctica* 16(1), 163-180 ISSN 1136-1034 www.ehu.es/revista-psicodidactica © UPV/EHU

Chávez, R. M. E.; Vargas, C. (2007). El papel de la asesoría académica en los programas de tutorías: caso ITT. *Tiempo de Educar*, 8, (15), (enero-junio), 9-36

García, N. (2008). La función tutorial de la Universidad en el actual contexto de la Educación Superior. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 22(1), (2008), 21-48. ISSN 0213-8464

García, R. I., Cuevas, O., Vales, J. J. y Cruz, I. (2012). Impacto del Programa de Tutoría en el desempeño académico de los alumnos del Instituto Tecnológico de Sonora. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 14(1), 106-121. Recuperado de: <http://redier.uabc.mx/vol14no1/contendio-garciaetal.html>

Hernández, S.R., Fernández, C.C. y Baptista, L.P. (2008). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw-Hill.

Lapeña, C., Sauleda, N. y Martínez, Á. (2011). Los programas institucionales de acción tutorial: una experiencia desarrollada en la Universidad de Alicante. *Revista de Investigación Educativa* 29 (2), 341-361.

Narro, J. (2011). *Plan de trabajo para la UNAM 2011-2015*. Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en PLAN DE TRABAJO Narro.pdf.

Narro, J. (2013). El papel de la tutoría en la educación superior. En: *La tutoría. Fundamentos y experiencias*. Memorias del primer congreso del sistema incorporado. México: UNAM.DEGIRE.FES Iztacala.

Romo, L.A. y Hernández, S.P. (2006). Deserción y repitencia en la educación superior en México (219-221) En; UNESCO, TALCA. *Repitencia y deserción universitaria en América Latina*. Santiago de Chile: Colección Gestión Universitaria.

Universidad Nacional Autónoma de México (2012). *Sistema Institucional de Tutorías* (2012). Secretaría de desarrollo Institucional. Secretaría de Servicios a la Comunidad. México: UNAM

A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA COM MOVIMENTOS SOCIAIS: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Data de aceite: 01/03/2022

Anderson dos Santos Furtado

Acadêmico do curso de Psicologia da Universidade da Amazônia (UNAMA)

Camilly Aline Mesquita Rodrigues

Assistente Social pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade da Amazônia (UNAMA)

Janilce Guiomar Pinto

Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade da Amazônia (UNAMA)

Jéssica Almeida Cruz

Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade da Amazônia (UNAMA)

Ingrid Larissa Pinheiro da Silva

Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade da Amazônia (UNAMA)

Karlene Souza dos Santos Costa

Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade da Amazônia (UNAMA)

RESUMO: A presente pesquisa visa apresentar olhares e métodos da psicologia social frente aos movimentos sociais apresentando a análise contextualizada da aplicação desses saberes e modos de fazer. O objetivo de discutir a atuação dos psicólogos nos movimentos sociais, destacando as demandas apresentadas historicamente e atuais na psicologia. A pesquisa constituiu-se em revisão bibliográfica dos

principais autores como Gonçalves e Yamamoto (2015) e Cherry (2016) onde este último ressalta que a Psicologia Social não observa apenas as influências do meio, mas também estuda as percepções desse meio, visando compreender o comportamento social. Pessoas de diferentes categorias socioeconômicas, origens geográficas, cores, etnias, gêneros, idades, orientações sexuais, religiões, entre outras dimensões da diversidade, têm reconhecido e demandado efetivamente o seu direito a se expressar e a participar politicamente em prol da garantia de seus direitos fundamentais. Para além dos interesses particulares, pertencente a esse cenário consiste na constituição de direitos coletivos, os quais não são apenas de uma pessoa, mas de um grupo social que abriga essas necessidades particulares. A análise desenvolvida ao longo deste artigo consiste em revisão sistemática de literatura, pautado em discussão com compromisso social, ético e político.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia social; Movimentos Sociais; Literatura.

THE IMPORTANCE OF PSYCHOLOGY'S PERFORMANCE WITH SOCIAL MOVEMENTS: SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: This research aims to present views and methods of social psychology in the face of social movements, presenting a contextualized analysis of the application of these knowledge and ways of doing things. The objective is to discuss the role of psychologists in social movements, highlighting the demands presented

historically and currently in psychology. The research consisted of a bibliographical review of the main authors such as Gonçalves and Yamamoto (2015) and Cherry (2016) where the latter emphasizes that Social Psychology does not only observe the influences of the environment, but also studies the perceptions of this environment, aiming to understand the social behavior. People from different socioeconomic categories, geographic origins, colors, ethnicities, genders, ages, sexual orientations, religions, among other dimensions of diversity, have effectively recognized and demanded their right to express themselves and participate politically in order to guarantee their rights fundamental. In addition to private interests, belonging to this scenario consists in the constitution of collective rights, which are not just of one person, but of a social group that shelters these particular needs. The analysis developed throughout this article consists of a systematic literature review, based on a discussion with social, ethical and political commitment.

1 | INTRODUÇÃO

Os movimentos sociais apresentam extrema importância para o avanço da sociedade ao dialogar sobre novas ideias e mudanças comportamentais que ofendem uma classe, etnia, sexualidade e gênero. Com a implementação das redes sociais, o acesso a informação locomoveu-se para o planeta, facilitando a visualização dos conflitos dos territórios. Segundo Rolnik (1997, p. 19), A globalização da economia e os avanços tecnológicos especialmente a mídia eletrônica, aproximam universos de toda espécie, situados em qualquer ponto do planeta, numa variabilidade e numa densificação cada vez maiores. As subjetividades independentemente de sua morada, tendem a ser provocadas por afetos dessa profusão cambiante de universos; uma constante mestiçagem de forças delinea cartografias mutáveis e coloca em cheque seus habituais contornos.

Sendo a representação social compreendida enquanto conteúdo e processo, seu estudo remete necessariamente aos processos perspectivados e imaginários do sujeito, às forças sociais e conteúdos culturais subjacentes às relações numa sociedade determinada, bem como à sua função mediadora entre indivíduo e sociedade.

Dessa forma, a Psicologia social se adentra nos movimentos sociais ao estudá-los e a compreender as classes sociais que estão conectadas ao comportamento humano. Tal área busca explicar o pensamento, sentimentos e o comportamento virtual e o presencial, além de estudar a comunidade, centro de atendimentos a crianças e adolescentes, em ambientes como CAPS, CRAS, ONGS, área hospitalar como posto de saúde e clínicas.

Ao mesmo tempo, a perspectiva social das práticas psicológicas tem sido pauta de reflexões diversas o que tem ampliado a produção de pensamentos e os sentidos sociais atribuídos para as práticas psicológicas. Neste cenário, originam-se propostas nas quais é evidente a criação de práticas em diferentes âmbitos do trabalho no campo social. Isso provoca o enfrentamento contínuo de desafios que incitam a invenção de práticas, a reflexão teórica sobre elas e o olhar cuidadoso para os seus efeitos, tendo em vista

os desdobramentos que se efetivam, as reações provocadas e a ética que as sustenta (Dimenstein, 2000; Freitas, 2004; Guareschi, 2004).

2 | METODOLOGIA

2.1 Procedimento

Foram realizadas busca nas principais plataformas de pesquisa, sendo estas Revista Scientific Electronic utilizando os descritores movimentos sociais e psicologia social durante os anos 2005 até 2020. Assim, foram realizadas leituras e análise das principais discussões para construção do artigo científico.

3 | DISCUSSÃO

3.1 Psicologia social: Contextualização

A psicologia social enquanto área do conhecimento, compreende o indivíduo como ser de relações sociais e que possui dimensão sócio histórica de comportamento, concepções e organização enquanto ser social. Assim, para psicologia social compreende-se o homem em um contexto mais amplo, que envolve o modo de produção vigente, cultural, ideológico e histórico.

Na perspectiva de Gonçalves e Yamamoto (2015) *apud* Lane (1994), não se pode conhecer qualquer comportamento humano isolando-o ou fragmentando, como se este existisse em si e por si. A psicologia social tem como pretensão trabalhar o ser humano enquanto ser integral, de relações e na sua integralidade. Assim, o indivíduo deve ser compreendido como ser de relações que se transforma conforme os períodos históricos e sociais, que possui na tradição cultural aspectos de permanência e mudanças para torna-se mais complexo.

Inicialmente, a psicologia social teve duas escolas e perspectiva que influenciaram os primeiros pensadores desta área do conhecimento. Sendo estas, o viés pragmático dos Estados Unidos e a influência da tradição europeia filosófica como base na fenomenologia. A escola americana teve como pretensão:

“[...] A psicologia social nos Estados Unidos ocorreu no período pós- guerra [...] Estudos de fenômenos psicossociais foi o contexto histórico e social vivido após a Primeira Guerra Mundial, o qual impulsionou a necessidade de compreender as crises presentes para permitir a reconstrução e preservação das sociedades, além de criar ou alterar atitudes a fim de garantir e aumentar a produtividade do grupo” (GONÇALVES e YAMAMOTO, p.2, 2015)

Os movimentos de crises econômicas e pós-guerra no mundo, houve a necessidade de reconstrução e estudos vislumbravam a fundamentação para intervenção em uma sociedade com mudanças nas relações estabelecidas entre os seus membros.

A escola europeia de estudos sobre psicologia social tinha como base a filosofia nos anos 1950, que teve críticas ao modelo de conhecimento norte-americano sobre psicossocial, na qual apresenta que as teorias não eram capazes de explicar as novas demandas postas pela sociedade. (GONÇALVES e YAMAMOTO, 2015)

No Brasil a psicologia social recebeu grande influência dos norte-americanos, no ano de 1980, é fundada a (ABRAPSO) Associação Brasileira de Psicologia Social que pretendia a troca de ideias entre cientistas de diversas regiões. A fundação da ABRAPSO é de extrema importância para este campo de estudo ser consolidado no Brasil.

Grandes nomes nacionais representaram a psicologia social, três nomes em especial influenciaram bastante esse campo, o percussor Eliezer Schneider, Aroldo Rodrigues e Sílvia Lane. Todos trouxeram contribuições que cimentaram a Psicologia Social como uma ciência bem embasada no nosso País.

Eliezer Schneider entra para o ramo da psicologia antes mesmo deste ser reconhecido como profissão, exercendo o cargo “Técnico em assuntos educacionais” como um “psicologista”, termo este que era utilizado para os profissionais desta ciência. Ele traz uma visão que se atenta para a problemática humana, tendo como foco os problemas enfrentados pelos brasileiros e se abrindo para visões de outros cientistas que não tinham como objeto principal o indivíduo, como os Americanos, mas sim as influências socioculturais que todos recebem (LIMA, 2009).

Aroldo Rodrigues foi o maior mensageiro da psicologia social norte americana, além de se tornar mestre em psicologia na universidade do Kansas, trouxe consigo a compreensão e o método dos cientistas de lá para aplicá-las nas universidades brasileiras. Aroldo foi reconhecido por suas contribuições e foi convidado para ser presidente Associação Latino-americana de psicologia social, porém a partir das discordâncias entre os novos métodos, houve um rompimento e Sílvia Lane funda a Associação Brasileira de Psicologia que tinha uma visão de embate contra as propostas de Aroldo Rodrigues (LIMA, 2009).

A brasileira Sílvia Lane começou sua vida profissional no magistério e, segundo informações de seus alunos, sempre teve a preocupação de procurar diferentes formas de pensar a psicologia, incluindo eles em aprendizados que serviriam não só para a vida profissional, mas também para a vida pessoal. Lane era marxista e fazia crítica à forma que o sistema socioeconômico capitalista moldava as identidades e como isso contribui para as injustiças tão ostensivas em nossa sociedade. Em “O que é psicologia social”, ela traz algumas dessas críticas, sendo a obra uma referência em vários cursos de psicologia no Brasil (SOUSA, 2009).

3.2 Psicologia social no Brasil

A Psicologia Social Psicológica consolidou-se nos Estados Unidos, em um período em que esse país começou a adquirir força no cenário internacional. De fato, este se caracterizou como o terreno fértil para o desenvolvimento da perspectiva behaviorista,

principalmente refletida nas ideias de Floyd Allport. Este autor primou por definir os contornos da Psicologia Social como disciplina objetiva, de base experimental e focada no indivíduo (LIMA, 2010).

Em outras palavras, os psicólogos sociais da primeira vertente tendem a enfatizar principalmente os processos intraindividuais responsáveis pelo modo pelo qual os indivíduos respondem aos estímulos sociais, enquanto os últimos tendem a privilegiar os fenômenos que emergem dos diferentes grupos e sociedades.

Cherry (2016) mostra que uma simples conferida nas notícias jornalísticas diárias é suficiente para termos a dimensão de quão profundos são os impactos dos problemas sociais sobre as pessoas. Portanto, um psicólogo social, a fim de entender tais questões, estuda e procura prevenir, identificar e remediar os problemas que não só atingem um indivíduo como também afetam a saúde da sociedade como um todo.

Portanto, Cherry (2016) ressalta que a Psicologia Social não observa apenas as influências do meio, mas também estuda as percepções desse meio, tratando-o como uma entidade, visando compreender o comportamento social; e analisa as interações que compreendem a sociedade.

A psicologia social contemporaneamente é vista como um estudo de como os indivíduos pensam, agem, sentem, e sobre comportamentos de uma ou mais pessoas e como são influenciadas pelas características de outrem. Dessa forma, os psicólogos sociais, buscam compreender como esses indivíduos são influenciados pela interação humana, a atração interpessoal.

3.3 Conceitos fundamentais da psicologia social

A psicologia social nasce como um campo de debate teórico metodológico tentando compreender o indivíduo e o social, pode ser entendida como o estudo das relações humanas a partir de um viés individual até uma perspectiva mais ampla, ou social, sendo que este ramo enfoca mais o indivíduo.

Na perspectiva de Sousa (2011), trata-se de uma ponte entre a Psicologia e a Sociologia, agregando valores dessas duas áreas científicas. Assim sendo, este ramo considera o indivíduo como influenciado pelo meio que o forma e também o sujeito como elemento que altera o ambiente em que vive.

A psicologia social apresenta alguns conceitos que contribui para facilitar os processos relacionais, como representações sociais, grupos e comunidade. As representações, segundo Jodelet (1985), são modalidades de conhecimento práticas orientadas pela comunicação e para a compreensão do contexto social. São formas de estabelecer diálogos entre as mais diversas vertentes ao aderir a linguagem de forma inclusiva com o foco em decodificar a mensagem. É perceptível que as representações são formas de conhecimento, segundo Ferreira (1975), é o conteúdo concreto apreendido pelos sentidos, imaginação, pela memória ou pensamento.

Outra base essencial para compreender é sobre comunidade, cuja a mesma retrata sobre um grupo social, bairro, vila, escola, hospital, sindicato e entre outros. Segundo Schilling (1974), comunidade designa qualquer corpo social mais ou menos importantes (matrimônio, família, parentesco, tribo, povo, estado, associação, igreja, seita e até mesmo uma fábrica ou empresa). Dessa forma, a comunidade abarca os processos de relação, não necessariamente o espaço que os indivíduos habitam, mas sim o interesse em comum.

A perspectiva da mútua constituição entre sujeitos e grupos, os movimentos que ambos produzem no contexto das relações sociais são ao mesmo tempo marcados pela história dos próprios sujeitos em relação e dos lugares sociais que ocupam na complexa trama em que se envolvem. Ao mesmo tempo, essas histórias e lugares são constantemente transformados e marcada pelas características dos grupos sociais dos quais os sujeitos fazem parte/ participam e dos lugares sociais que ali assumem.

Cherry (2016), ressalta que a Psicologia Social não observa apenas as influências do meio, mas também estuda as percepções desse meio, tratando-o como uma entidade, visando compreender o comportamento social; e analisa as interações que compreendem a sociedade.

3.4 Fundamentos dos movimentos sociais contexto mundial e brasileiro

As abordar sobre lutas sociais, é necessário compreender que sua historicidade apresenta diversas visões sobre o seu surgimento. Os europeus separam em três grupos, que são os acionistas, esquerda pós-moderna, os marxistas e comunistas.

Os acionistas, tal grupo compreende-se como “Novos movimentos sociais” (NMS), devido a sua heterogeneidade, composto pela diversa identidade e o seu caráter não classicista, que não visava as mudanças sociais, mas sim questões pontuais. Destaca-se que houve mudança em 1970 a 1980, apresentando novo modelo hegemônico. Os acionistas surgiram nos movimentos que se denominam “maio francês”, que era defendido pelos estudantes e outros grupos, organizado por fora e independente do estado.

Os movimentos sociais no Brasil têm influência do denominado “maio Francês de 1968” que aconteceu na França por jovens universitários que lutavam por direitos e luta de várias categorias defesa dos negros, mulheres, ambientalista e contra a homofobia.

De acordo com Montano e Duriguetto (2008), o cenário das cidades apresentam aumento dos loteamentos periféricos irregulares, surgimento de inúmeras favelas e ampliando as já existentes. Assim, o favelamento urbano nas grandes cidades, acompanhados dos problemas relativos ao transporte coletivo do sistema público de saúde, da ausência de saneamento, iluminação e escola, etc.

Assim, o contexto de surgimento dos novos movimentos sociais no Brasil tem influência na urbanização, industrialização e dos movimentos que estavam acontecendo nos países centrais. Os Movimentos Clandestinos, de resistência à ditadura e redemocratização do país, movimentos e demandas por bens de consumo coletivo, O MST e as lutas por reforma

agrária, Movimentos étnicos e raciais e os movimentos Sociais feministas, estudantil e por liberdade de orientação sexual. (MONTAÑO e DURIGUETTO, 2008)

Os movimentos sociais foram surgindo no decorrer do tempo como uma ação coletiva de um grupo organizado com o intuito de buscar algumas mudanças na sociedade, os movimentos sociais tiveram a contribuição de alguns pensadores que foram de suma importância com suas teorias para reunir forças para esses movimentos.

A partir do momento em que se concorda que é possível entender que a ação social é racional, pode-se também construir teorias que os explicam os Movimentos Sociais. Uma delas é de Neil Smelser. Os movimentos sociais surgem por causa de mudanças não assimiladas pela sociedade. Os indivíduos passam de um tipo de integração para outra, mas não as assimilaram. Nesse momento ocorrem as perturbações e a sociedade sente-se desorientada. Há, conforme ele, uma descontinuidade, pois, se passa de uma ordem para outra, mas esta última não foi assimilada, nascendo daí a angústia, a hostilidade e a fantasia (SMELSER, 1963, p. 204).

Movimentos sociais em torno da questão urbana pela inclusão social e por condições de habitualidade nas cidades. <u>Ex:</u> movimentos pela moradia, movimentos e ações contra violência urbana etc.
Mobilização e organização popular em torno de estruturas institucionais de participação na gestão política-administrativa da cidade. <u>Ex:</u> Conselhos da condição femininas, populações afrodescendentes etc.
Movimentos em torno da questão da saúde. <u>Ex:</u> Sistema Único de Saúde (SUS), portadores de necessidades especiais etc.
Movimentos de demandas na área do direito. <u>Ex:</u> Direitos humanos e culturais.
Mobilizações e movimentos sindicais contra o desemprego
Movimentos decorrentes de questões religiosas de diferentes crenças, seitas e tradições religiosas.
Mobilizações e movimentos dos sem-terra, na área rural e suas redes de articulação com as cidades por meio da participação de desempregados e moradores de ruas, nos acampamentos do MST,
Movimentos contra as políticas neoliberais <u>Ex:</u> atos contra reformas das políticas sociais etc.
Movimento das cooperativas populares: material reciclável, produção doméstica alternativa de alimentos, produção de bens e objetos de consumo, produtos agropecuários etc.
Mobilizações do Movimento Nacional de Atingidos pelas Barragens, hidrelétricas, implantação de áreas de fronteiras de exploração mineral ou vegetal etc.
Movimentos sociais no setor das comunicações, a exemplo do Fórum Nacional pela Democratização da Comunicação (FNDC).

TABELA I- PRINCIPAIS MOVIMENTOS SOCIAIS DA CONTEMPORANEIDADE

Fonte: CHERRY, 2017.

Elaborado: SOUZA (2021)

Sendo assim, os movimentos sociais possuem uma nova configuração a partir do ano de 1968 nas quais buscavam protagonismo e espaço na sociedade civil. Assim, as mobilizações sociais iniciam sobre várias lutas e na busca por direitos sociais e políticas públicas, tinham uma concepção mais universal e ultrapassavam as lutas por trabalho e condições salariais, e assim os grupos sociais ocupavam espaços das grandes cidades.

Assim, na contemporaneidade temos diversos grupos e movimentos por busca de espaços e lutas, que segundo Montañó e Duriguetto (2008), são movimentos estáveis, estabilidade, organizados e por tempo longo de luta por direitos. Diante disso, apresentamos também os principais teóricos sobre movimentos sociais, sociedade e grupos sociais.

4 | RESULTADOS

4.1 Psicologia e movimentos sociais: Atuação da Psicologia como defesa da garantia de direitos aos movimentos sociais

Ao longo dos séculos, os movimentos sociais buscaram romper com questões do pensamento conservador, almejando novas formas de pensar a sociedade, demonstrando que há outros caminhos e que outras culturas podem ensinar novas visões. Huntington (1996) considerando o aspecto de troca de informações, apontou para a possibilidade de um 'choque de civilizações', devido ao reconhecimento mútuo e imediato entre povos antes distantes, e com esquemas culturais distintos.

Tilly (2010), os movimentos sociais surgem no final do século XVIII, como elaborações coletivas de reivindicações conflitantes com os interesses de algum grupo. O oprimido percebeu que é importante para o seu país e para o mundo, compreendendo que possuíam voz para modificar o seu contexto.

Melucci (1999), um movimento social pode ser caracterizado como uma forma de ação coletiva na qual as dimensões da solidariedade, do conflito e da ruptura com a lógica do sistema social se inter-relacionam.

Moscovici (2011) defende que, apesar do domínio de um grupo sobre o outro, o grupo dominado, mesmo marginalizado, pode influenciar o grupo dominante, por meio de uma ação coletiva e organizada que envolva a difusão de novas ideias e concepções de mundos a partir do conhecimento de sua realidade diferenciada daquela da maioria.

Os movimentos sociais têm sido entendidos, sob enfoque clássico da Psicologia Social, como resultantes dos esforços de determinadas pessoas em resolver coletivamente problemas que elas têm em comum (Toch, 1965), em reação a um estado mental de insatisfação.

Como indica Camino (1988), os movimentos sociais, como objetos de estudo da Psicologia Social, tem sido pesquisados não apenas de forma neutra, para fins de puro conhecimento, mas também com o afã de se desenvolver mecanismos para seu controle,

sob a perspectiva das classes dominantes.

Tem-se identificado, na Psicologia Social dita psicológica, limitações para compreender práticas e atividades das coletividades humanas, dada sua centralização no indivíduo, em detrimento das relações sociais, o que reduz a subjetividade ao mundo interno (Sampson, 1981). Por outro lado, a Psicologia Social de orientação sociológica, de acordo com Leme (1989), “apresenta uma abordagem congruente com o objetivo primeiro de integrar indivíduo e sociedade” (p. 273), ao colocar no centro de sua ontologia as interações entre o individual e o social, destacando a origem social da consciência individual.

A psicologia como área de conhecimento e atuação profissional está cada vez mais tendo visibilidade na sociedade, enquanto suporte de luta para os novos movimentos sociais. De acordo com Conselho Federal Psicologia (2013), a Psicologia é uma profissão que ganha relevância social e que se fortalece com o reconhecimento de sua especificidade e benefícios da atuação nas mais diversas áreas para as pessoas, comunidades e organizações.

Os conselhos regionais de psicologia possuem sua atuação voltada defesa garantia de direitos de mulheres, população negra, pessoas com deficiência, transexuais, entre outros. Sendo assim, temos um compromisso ético, político e social com a população, de forma a fomentar atividades que possuam a participação social e reconhecimento das lutas e defesas dos movimentos sociais no Brasil e no mundo.

Diante disso, a psicologia social compreende os comportamentos dos sujeitos a partir de análise do contexto histórico, cultural, econômico e ideológico que a sociedade está vivenciando, para que a partir dessa compreensão obtenha planos de ação na prevenção e promoção de incentivadas que estimule uma os indivíduos para uma análise crítica e reflexiva do cotidiano.

A categoria totalidade social como elemento de análise da realidade consiste em instrumento teórico indispensável na atuação do psicólogo social com os movimentos, pois a partir da apropriação desse conceito que os profissionais possuem uma visão macro e micro das relações de poder, atores sociais que envolvem os movimentos, território, cultura e da organização social e política de cada grupo.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática de atuação da psicologia com movimentos sociais tem por pretensão contribuir com a dimensão teórica, ética e da contribuição da psicologia enquanto área do conhecimento para o fortalecimento dos movimentos sociais. Sendo assim, a psicologia social que trabalha com a dimensão do sujeito enquanto ser integral e interacional, que compreende a dimensão econômica, política e social como fatores incidem sobre as potencialidades, reconhecimento e identidade do sujeito com sua comunidade.

Os movimentos sociais no Brasil têm sua importância histórica e social, pois diversas conquistas referentes aos direitos sociais e políticas públicas tiveram a participação ativa dos movimentos sociais, que lutam pela igualdade e protagonismo da comunidade.

Diante disso, a discussão contribuirá como um fomento para o debate referente ao protagonismo dos movimentos e as responsabilidades da psicologia, enquanto profissão que trabalha o ser social e integral

REFERÊNCIAS

GONÇALVES, Ruth. YAMAMOTO, Oswaldo. Fundamentos Teórico-práticos da Psicologia Social: um debate histórico e necessário. **Revista Psicologia Política**. Vol.15, nº 32, jan-abr, 2015. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/> Acesso: 18.01.2021

LIMA, Renato Sampaio. História da Psicologia Social no Rio de Janeiro: Dois grandes personagens. **Fractal: Revista de Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, mai/ago 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.com.br/>>. Acesso em 20 janeiro 2021.

SOUSA, Esther Alves de. Sílvia Lane: Uma contribuição aos estudos sobre a Psicologia Social no Brasil. **Temas em Psicologia**. Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, 2009. Disponível em:<<http://www.pepsic.bvsalud.org/>>. Acesso em 20 janeiro 2021.

ZANELLA, Andréa Vieira; LESSA, Clarissa Terres and DA ROS, Sílvia Zanatta. **Contextos grupais e sujeitos em relação: contribuições às reflexões sobre grupos sociais**. *Psicol. Reflex. Crit.* [online]. 2002, vol.15, n.1, pp.211-218. ISSN 1678-7153. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722002000100022>. Acesso em: 21 de jan. de 2021.

CARVALHO, Tércio Santos Vieira; COSTA JÚNIOR, Inácio César Andrade. Psicologia social: conceitos, história e atualidade. *Psicologia.pt. O Portal dos Psicólogos*. Set. 2017. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0421.pdf>. Acesso em: 21 de jan. de 2021.

SPINK, Mary. **O conceito de representação social na abordagem psicossocial**. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1993000300017&script=sci_arttext Acesso em: 21 de jan. de 2021.

GOMES, Antônio. **Psicologia comunitária: uma abordagem conceitual**. Disponível em: <http://mauchasifuentes.pbworks.com/w/file/98434091/Psicologia%20Comunit%C3%A1ria.PDF> Acesso em: 21 de jan. de 2021.

CHERRY, Kendra. Basics of Social Psychology. Verywell. Disponível em: . Acesso em 21 abril 2017.

LIMA, Renato Sampaio. História da Psicologia Social no Rio de Janeiro: Dois grandes personagens. **Fractal: Revista de Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, mai/ago 2009.

JACQUES, Maria da Graça Corrêa et al. *Psicologia Social Contemporânea: Livro-texto*. Edição digital. Petrópolis: Vozes, 2013. 226 p

House, J.S. (1977). The three faces of social psychology. *Sociometry*, 40, 161-177.

Stephan, C. W., & Stephan, W. G. (1985). *Two social psychologies: An integrative approach*. Homewood:Dorsey.

MALFATTI, Selvino Antonio. Os Movimentos Sociais em Alan Touraine. Revista Estudos Filosóficos nº 6/2011 – versão eletrônica. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/revistaestudosfilosoficos>. Acessado em: 28 de jan. de 2021.

ZANELLA, Andréia; LESSA, Clarissa; DA ROS, Sílvia. “Contextos grupais e sujeitos em relação: contribuições às reflexões sobre grupos sociais”. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 15, n. 1, p. 211-218, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722002000100022>. Acessado em: 21 de jan. De 2021.~

GOHN, M.G. **Movimentos Sociais na Contemporaneidade**. Revista Brasileira de Educação, Rio de Janeiro, ano 2011, vol 16, n 47, mai/ago 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br//doi.org/10.1590/S1413-24782011000200005>> Acesso em: 28 jan.2021.

MONTANO, C.; DURIGUETTO, M. L. **Estado, Classe e Movimento Social**. 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Visibilidade: olhar da psicologia para os movimentos sociais**. Disponível em: <https://doi.org>. Acessado em: 15 de fev. de 2021.

DIMENSTEIN, M. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: Implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 95-122,2000.

GUARESCHI, P. *Psicologia Social Crítica como prática de libertação*. Porto Alegre, RS: Editora da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul,2004.

GOHN, M.G. **Movimentos Sociais na Contemporaneidade**. Revista Brasileira de Educação, Rio de Janeiro, ano 2011, vol 16, n 47, mai/ago 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br//doi.org/10.1590/S1413-24782011000200005>> Acesso em: 28 jan.2021.

MONTANO, C.; DURIGUETTO, M. L. **Estado, Classe e Movimento Social**. 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Visibilidade: olhar da psicologia para os movimentos sociais**. Disponível em: <https://doi.org>. Acessado em: 15 de fev. de 2021.

DIMENSTEIN, M. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: Implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 95-122,2000.

GUARESCHI, P. *Psicologia Social Crítica como prática de libertação*. Porto Alegre, RS: Editora da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul,2004.

ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO CAPS-AD: REFLEXOS NA GESTÃO DA SAÚDE MENTAL

Data de aceite: 01/03/2022

Enio Dioquene Luiz Filho

Psicólogo, Especialista em Abordagem
Multidisciplinar em Dependência Química,
FURG

RESUMO: o presente artigo se propôs a fazer uma análise investigativa da atuação do psicólogo no CAPS-AD do município de Bagé e Pelotas, podendo assim conhecer os profissionais envolvidos na atuação deste serviço, incluindo sua posição frente a gestão que permeia as atividades dos mesmos, vinculado à articulação da rede em saúde mental em tais municípios, sendo que tais conteúdos e dados desta pequena amostra se propõem a evidenciar, as lacunas que estão presentes na saúde pública, que através da aplicação de técnicas e postura neste campo de atuação busca compreender a contribuição da psicologia neste contexto. Metodologicamente este estudo tratou-se de uma pesquisa exploratória de natureza qualitativa, onde seis profissionais que atuam no CAPS-AD foram entrevistados e após a coleta dos dados, a análise ocorreu segundo o método de análise de conteúdo proposto por Bardin. Frente aos resultados obtidos e as referências teóricas estudadas evidenciou-se que, a articulação em rede em saúde mental falha, consigo traz consequências, sendo elas a própria restrição em recursos, alta demanda, assim como, o fortalecimento do preconceito em cima do dependente químico. Outro ponto em

destaque na pesquisa foi o baixo conhecimento dos profissionais psicólogos nas questões que envolvem contexto micro e macro político, que reflete diretamente na forma como o serviço se propõem.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas Públicas, Gestão em Saúde Mental, Atuação dos Psicólogos no CAPS-AD.

PSYCHOLOGIST ACT IN CAPS-AD: REFLECTIONS ON MENTAL HEALTH MANAGEMENT

ABSTRACT: This article proposes to make an investigative analysis of the psychologist's work in the CAPS-AD of the municipality of Bagé and Pelotas, so that they can meet the professionals involved in the performance of this service, including their position regarding the management that permeates their activities, linked to the articulation of the network in mental health in such municipalities, and such contents and data of this small sample are intended to highlight the gaps that are present in public health, which through the application of techniques and posture in this field seeks to understand the contribution of psychology in this context. Methodologically, this study was an exploratory research of a qualitative nature, where six professionals working in CAPS-AD were interviewed and after data collection, the analysis was performed according to the method of content analysis proposed by Bardin. Faced with the results obtained and the theoretical references studied, it was evidenced that, the network articulation in mental health fails, it has consequences, being they the own restriction in resources, high demand, as well as, the

strengthening of the prejudice over the dependent chemical . Another point highlighted in the research was the low knowledge of psychologists professionals in issues involving micro and macro political context, which reflects directly on the way the service is proposed.

KEYWORDS: Public Policies, Management in Mental Health, Psychologists' Performance in CAPS-AD.

INTRODUÇÃO

No Brasil, desde os anos 70, uma grande reforma da assistência à saúde mental foi colocada em marcha, com a participação de profissionais de saúde e de gestores públicos dos setores federais, estaduais e municipais, pacientes e membros das comunidades. Isso foi necessário porque, até então, pessoas com problemas psíquicos (transtornos mentais) eram atendidas em serviços públicos apenas quando internadas em hospitais psiquiátricos. Da mesma forma, a população que apresentava problemas com álcool ou outras drogas só tinha como opção a internação psiquiátrica.

O então Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), diretamente vinculada à, então, Casa Militar da Presidência da República. Com a missão de “coordenar a Política Nacional Antidrogas, por meio da articulação e integração entre governo e sociedade” e como Secretaria Executiva do Conselho Nacional Antidrogas, coube à SENAD mobilizar os diversos atores envolvidos com o tema para a criação da primeira política brasileira. Assim, por meio de Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002, foi instituída a primeira Política Nacional Antidrogas (PNAD) do país.

Em 2003, o Presidente da República apontou a necessidade de construção de uma nova Agenda Nacional para a redução da demanda e da oferta de drogas no país, que viesse a contemplar três pontos principais: integração das políticas públicas setoriais com a Política de drogas, visando ampliar o alcance das ações, descentralização das ações em nível municipal, permitindo a condução local das atividades da redução da demanda, devidamente adaptadas à realidade de cada município, estreitamento das relações com a sociedade e com a comunidade científica.

Na atualidade, a política de atenção primária à saúde, Estratégia de saúde da Família (ESF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – busca fortalecer a articulação com a rede psicossocial - CAPS AD, Unidades de Acolhimento (UAs), Consultórios de Rua, Programas de Redução de Danos (PRDs) e Escola de Redutores de Danos (ERD) ampliaram as ações de proteção social, o SUAS preconiza os serviços nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS).

O CAPS-AD é específico para usuários de álcool e outras drogas, denominados “Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas”. Seu objetivo é o atendimento diário à população que apresenta graves transtornos decorrentes do uso e dependência de

substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade de cuidado, como, por exemplo, para desintoxicações e outras condições clínicas que necessitam de intervenções médicas e de enfermagem e que possam ser acompanhadas ambulatorialmente.

Portanto com as novas práticas de atenção saúde primária e dispositivos de estratégicos em saúde mental, os CAPS e os profissionais que ali atuam têm por objetivo prestar atendimento em regime de atenção diária, além de, gerenciar projetos terapêuticos individualizados, oferecendo cuidados clínicos e eficientes promovendo a inserção social dos usuários por meio de ações intersetoriais que envolve educação, trabalho, esporte, cultura e lazer.

REFERENCIAL TEÓRICO

Saúde Mental e Políticas Públicas sobre Álcool e outras Drogas no Brasil

No Brasil as políticas públicas de saúde foram consolidadas pelo processo da Reforma Sanitária, que segundo Ministério da Saúde (1990) expresso no movimento constituinte de 1988, a luta pela constituição do SUS (Lei 8.080/90) e pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (Lei 10.216/01), emergindo de um processo aberto pelos profissionais da saúde na década de 1980. O decreto presidencial nº 7.508 de 2011 regulamenta a lei 8.080/90, no que dispõe da organização do Sistema Único de Saúde (SUS), nesse decreto a atenção psicossocial aparece como requisito para determinar uma das portas de entrada da Rede de Atenção à Saúde. A Reforma Psiquiátrica instituiu dispositivos de cuidados psicossociais aos usuários de álcool e outras drogas entre eles o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS AD).

A partir destes marcos, passou-se a privilegiar a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, quais sejam: redes de atenção à saúde mental, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, oficinas terapêuticas, residências terapêuticas, respeitando-se as particularidades e necessidades de cada local. Os CAPS é referência e organizador da rede de atenção em saúde mental, atuado nos serviços territoriais de atenção diária em saúde mental, como reguladores da porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área, além de exercerem a função de matriciamento das equipes de atenção básica (DIMENSTEIN et al.,2005).

O movimento da reforma psiquiátrica, preocupado com a desinstitucionalização da loucura, tardou em perceber a especificidade da questão do álcool e outras drogas e da urgência do desenvolvimento e a consolidação de tecnologias de cuidado para esse campo. Brasil (2003), mostra que nesta fase empregou-se o paradigma da Redução de Danos nas políticas de saúde e socioassistenciais, que impulsiona o desenvolvimento de práticas de cuidado articuladas com os dispositivos substitutivos da Reforma Psiquiátrica e

a defesa dos direitos humanos das pessoas que fazem uso de drogas.

Os princípios para a organização destes serviços, são focados na desinstitucionalização como um trabalho prático de transformação que contempla a ruptura do paradigma clínico, proporcionando o deslocamento da ênfase no processo de “cura” para a “invenção de saúde” preconizando à construção de uma nova política de saúde mental. Enfocando a construção de estruturas totalmente substitutivas à internação no manicomial, fomentando a não-fixação dos serviços em um modelo estável, mas dinâmico e em transformação (CREPOP, 2013).

As políticas sobre álcool e outras drogas englobam segundo SUPERA (2017), diversos setores da política pública, seja na área da segurança pública, seja na saúde, assistência social e educação. O grande desafio dessa integração é atuar na perspectiva da garantia de direitos e, dessa maneira, enfrentar a lógica que trata a questão das drogas pelo viés exclusivo da doença e do crime.

A Atuação do Psicólogo nos serviços do CAPS-AD

O enquadre da prática de atuação dos serviços no CAPS-AD segundo CREPOP (2013) possui dentro da história um formato empírico estruturado em três eixos de campo: a clínica ampliada gerada pelos experimentos antimanicomais, mas pouco específicas para o tema do uso de álcool e drogas, a clínica do desejo, de origem lacaniana, muitas vezes em uma versão aligeirada e pouco profunda e, por fim, o antigo e poderoso “paradigma da abstinência”, sempre revisitado como uma espécie de fundo de base retroalimentado pelas fontes da desqualificação moral que impregnam a cultura.

Após passados dez anos da reforma psiquiátrica foi reconhecido oficialmente por documento do Ministério da Saúde (2005), em concordância com as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que o Ministério da Saúde passa a implementar o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos usuários de álcool e outras drogas, tendo com diretriz o paradigma da redução de Danos (RD) no tratamento de álcool e outras drogas. Brasil (2010) menciona que o psicólogo possui um papel fundamental na articulação dos diversos setores e atores que constituem a rede integral de saúde, potencializando as parcerias e as construções coletivas, buscando a integralidade em nossas intervenções. Contribuindo para um protagonismo de fato, capaz de fomentar, em outros, a construção de autonomias e a geração de usuários mais críticos e livres, donos e protagonistas de suas histórias. O psicólogo contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

O Conselho Federal de Psicologia (2009) a Psicologia se apropria das questões clínicas, psicopatológicas, subjetivas, sociais e culturais ligadas às questões das drogas e participa desse trabalho tanto em aspecto macro, na composição das equipes e projetos diversos, como se aprofundando na busca de conhecimento específico ligado a seu núcleo de conhecimento, ou seja, às ferramentas e referenciais teóricos que a Psicologia tem para

contribuir de modo efetivo para a atenção direta às pessoas com problemas ligados ao uso de drogas. O profissional deve ter uma postura respeitosa, demonstrando que entende o uso abusivo de álcool ou outras drogas como um problema de saúde, para o qual o paciente precisa de ajuda, e que ele tem disposição e capacidade para ajudá-lo a modificar o uso. O importante é considerarmos o padrão de consumo, e não o usuário, como o problema a ser enfrentado (SUPERA, 2017).

Desafio na atuação do Psicólogo

A indefinição do papel do psicólogo em cada um dos níveis de atenção psicossocial de álcool e drogas resulta em desconhecimento das possibilidades de atuação neste campo, mesmo que embora possua uma história recente de inserção no setor da saúde pública. Essencialmente, a atuação na atenção básica se caracteriza bem como referiu SUPERA (2017), pelo desenvolvimento de um trabalho da equipe de saúde na e com a comunidade através de uma prática emancipatória, focando sobretudo, ações de promoção à saúde. Uma prática alicerçada na superação da exclusão e do estigma que cercam o usuário de álcool e outras drogas e que geram sofrimento, a ser enfrentado por meio do fortalecimento de formas de cuidados que resgatem a dimensão subjetiva desse complexo fenômeno, partindo do social para compreender o sujeito, sem tirar deste seu caráter ativo e constituinte.

Para não repetir ou perpetuar visões discriminatórias e estigmatizantes relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, o psicólogo deve prove-se de estratégias que contornem a visão controladora de repressão. Para que ação como a internação compulsória, criticada e combatida pelo CFP, não faça-se um instrumento terapêutica de opressão e invasão do indivíduo, jamais utilizando operações táticas policiais para o manejo com os usuários, que por sua vez reforçam o paradigma de marginais os afastando de seus direitos como seres humanos que, requer cuidados específicos afim de extrair a visão criminal, que os acomete culturalmente sob o olhar do dependente químico (CREPOP, 2013).

Estes serviços podem ser multisetoriais, assim mencionou SUPERA (2017) estendendo o campo de intervenção envolvendo Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centro de Referências Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência Assistência Psicossocial (CRAS), Estratégia de Saúde da Família (ESF). Psicólogo atuando como gestor de serviço de saúde deve ser multifacetada e transitar, compor, influenciar, transformar e provocar a rede de produção de cuidados em várias instâncias de atuação.

RESULTADOS E ANÁLISES DE DADOS

A presente pesquisa contou com seis psicólogos que atuam no serviço público, na rede de saúde mental, especificadamente CAPS-AD, das cidades de Bagé-RS e Pelotas-RS, sendo que, a prevalência foi do sexo feminino, no total de cinco entrevistadas, a média de idade entre 25 anos à 48 anos. Tempo de atuação teve a média de 4 a 10 anos em

CAPS-AD, sendo que todos os mesmos possuíam especialização na área em que atuam e fora dela.

As categorias de discussão envolvendo as escolas entrevistadas seguirão respectivamente:

- Papel do Psicólogo no CAPS-AD;
- Desafios na atuação do Psicólogo no CAPS-AD;
- Gestão do serviço em CAPS-AD;
- Rede de articulação de Políticas Públicas;
- Movimento político que permeia o serviço em CAPS-AD;

Papel de psicólogo no CAPS-AD

Através de um trabalho interdisciplinar e integral, diversas ações são desenvolvidas nos CAPS AD no intuito de cuidado aos usuários de drogas, como o acolhimento universal e incondicional ao paciente e seus familiares. Especificamente com relação ao crack, busca-se acolher usuários de crack que demandem ajuda mesmo aqueles que não demonstrem desejo de interromper o consumo, tratar abstinências leves de crack em nível ambulatorial, realizar busca ativa em articulação com atenção básica em casos de abandono de tratamento desenvolver oficinas terapêuticas; e apoiar um trabalho dentro da perspectiva de Redução de Danos (RD), suporte e apoio a familiares (Brasil, 2010).

"...então o psicólogo tem que participar da execução do projeto terapêutico singular, de cada um né, a questão da técnica dos grupos, todos os grupos terapêuticos têm que ter um psicólogo envolvido porque a coordenação técnica dos grupos devem ser coordenadas por um psicólogo. Na equipe de crise um psicólogo é fundamental por ter as questões da dinâmica do funcionamento do paciente dos sintomas da crise e do manejo que são específicas do psicólogo

A redução de danos seria uma política de saúde que se propõe reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica relacionados ao uso de drogas, pautada no respeito ao indivíduo e no seu direito de consumir drogas. Ela é uma alternativa de saúde pública que se contrapõe ao modelo que julga a doença de uma perspectiva moral e criminal. A redução de danos também promove o acesso a serviços de baixa exigência como alternativa de inclusão e a autonomia dos sujeitos, permitindo-lhes participar ativamente de todo o processo (CFP, 2013).

"...eu vejo muito um papel de acolhimento frente a essa demanda de um grande sofrimento desses pacientes, poder ter uma empatia com esse sofrimento, entender um pouco dessa realidade, e a partir desse acolhimento estabelecer uma relação com estes pacientes para que eles retornem ao CAPS para que eles procurem, se vinculem, as vezes são pacientes de difícil vínculo, então na verdade que eles possam realmente se sentirem acolhidos para poderem encarar essa demanda..."(Carolina)

“Muito importante até pela questão de tu conseguir, não só trabalhar a questão do paciente, mas até com a própria equipe, de mostrar o que tu vê, o olhar clínico que tens que ter com os pacientes, um olhar diferenciado então isso ajuda também na construção toda, de um atendimento individual...”(Luana)

Desafios na atuação do psicólogo no CAPS-AD

Estamos ressaltando o manicômio enquanto estratégia privilegiada de controle a partir do qual a psiquiatria, tomando a loucura enquanto objeto, transformou a experiência da desrazão em doença – fato que implicou uma exclusão desses indivíduos das relações sociais. Desde então, foi-lhes negado o acesso aos direitos dos cidadãos comuns, à liberdade de circulação dentro da cidade, a entrada em determinados espaços e mesmo o direito de gerir sua própria vida ou de enunciar sua própria dor (Foucault, 2005).

“...infelizmente as pessoas querem uma pílula mágica, como uma receita, aí quando muito elas querem uma consulta com o psicólogo, mas tu vai falar em grupo, oficinas elas ficam meio resistentes, mas eu acho que esse é o trabalho que funciona melhor é um desafio, falta um pouco de infra estrutura também né, como, a gente não tem ar condicionado no verão é quente muita gente, mas a maioria das prefeituras não tem a estrutura que seria ideal, acho que as vezes a gente não se sente tão valorizado, nossos salários não são uma maravilha como servidor público, as condições de trabalho não as melhores, porém a gente gosta do que faz a equipe em geral é bem unida, a coordenadora é bem participante ela gosta o que faz ali né, então tem outras coisas legais assim...” (Leandro)

Kantorski et al (2009) também constatou a deficiência de infraestrutura em vários dos CAPS estudados, como a escassez de materiais para o trabalho cotidiano nas oficinas, de automóvel para as visitas domiciliares, a ausência de medicamentos e de recursos humanos. Para os autores, a falta ocasional de medicamentos, revela dificuldades no planejamento e na gestão dos recursos públicos, seja por problemas na aquisição ou distribuição.

“Gestão pública, primeiramente porque falta recurso, falta preparação, falta capacitação, eu acho que a área social de preconceito também, acaba prejudicando nosso serviço, frases de colega por exemplo, “mas tu é psicóloga poderia estar fazendo outra coisa importante e tá lá trabalhando com bandido, com gente que não quer se ajudar... Falta de profissionais, equipe muito reduzida, falta de agendas específicas, preciso discutir com o enfermeiro e o psiquiatra e nem sempre têm a possibilidade. ” (Samanta)

A articulação entre a clínica e a política, pressuposto que há algum tempo nos orienta, novamente mostra sua validade. Campos distintos, porém conexos, que podem ser mais fecundos se e quando perpassados por uma mesma orientação ética. Tratar a drogadição, em sua dimensão singular, convoca o Estado e a sociedade a adotarem e oferecerem estratégias e recursos de proteção que reduzam os danos à vida, criando dispositivos de suporte necessário a cada situação, ampliando, desse modo, as respostas possíveis para

o sofrimento, sem, no entanto, ceder à armadilha fácil do ecletismo. (CFP, 2013).

“...os desafios são inúmeros porque na verdade a gente precisa de um trabalho em rede muito grande, e isso é um grande desafio nesse momento, trabalhar junto com os colegas em conexão com outro CAPS, então são inúmeras as situações, então o trabalho aqui não deveria ser um trabalho isolado e necessita de várias relações e segmentos para dar conta de prestar um auxílio pra esta população que necessita de um atendimento...”(Carolina)

Gestão do serviço CASP-AD

Dimenstein (2006) as dificuldades estão relacionadas a uma série de problemas em termos da qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS como um todo, que repercutem no âmbito específico da saúde mental, a saber: fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais bem como da rede assistencial; baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe, e poucos dispositivos de fomento à co-gestão, à valorização e à inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde, dentre outros.

“...nos últimos meses realmente tem melhorado a assistência do serviço, embora as equipes estão estressadas e não tenha um amparo, a legislação do CAPS prevê a supervisão dos profissionais e não têm, e as vezes alguns adoecem, doenças físicas e psicológicas. Os CAPS falta nesse sentido de dar assistências aos profissionais, a gente não ganha insalubridade, periculosidade, que a gente tem questões de riscos aqui e tal, de contato com doenças, isso são coisas que desanimam o funcionário...” (Leandro)

A Política Nacional de Saúde Mental do SUS tem como diretriz principal a redução gradual e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos, com a desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internações. Além da criação de uma série de dispositivos assistenciais em saúde mental, a desinstitucionalização pressupõe também transformações culturais e subjetivas na sociedade. (SUPERA, 2017).

“...então é muito conjunto, assim como a intersetorialidade não dá para a gente pensar no CAPS, sem pensar no centro pop, sem pensar no albergue, sem a gente pesar em um posto de saúde, no CRAS, não dá, a gente precisa trabalhar todos juntos...”(Samanta)

Rede de articulação de Políticas Públicas

Para garantir a atenção integral a usuários de crack e outras drogas, os serviços de saúde devem estar articulados, de forma funcional e complementar, com os diversos dispositivos da rede. Os principais dispositivos da rede de atenção são os CAPS AD, os CAPS AD 24 horas, a Atenção Básica (AB), os Ambulatórios de Saúde Mental, os Hospitais Gerais (com leitos de atenção integral), os Consultórios de Rua (CR), entre outros (Brasil, 2010).

“...teria que se articular melhor isso, por exemplo, quando damos alta dos

pacientes daqui, alguns médicos as UBS não querem renovar as medicação psiquiátricas, então essas dificuldades, os pacientes não querem sair, chegam lá e não conseguem medicação e isso dificulta em dar alta, aqui eles tem mais médicos, eles tem mais clínicos, eles tem mais psicólogos, e mais assistentes sociais, então é obvio que eles não querem sair mais “daqui”...” (Leandro)

Contudo, a construção de uma rede de cuidados é fundamental para a consolidação da reforma psiquiátrica. Isso significa a articulação dos serviços de atenção à saúde mental com os da atenção primária, com outros setores de serviços públicos. (Ministério da Saúde, 2005).

“...eu sempre vou achar que a interlocução da rede de Pelotas é muito deficitária, entre gestão, entre coordenadores, eu sei que há reuniões de fluxos que realmente são efetivas, a nossa assistência social, nossas assistentes alias fazem todo um trabalho de interlocução, de ligar para um serviço, de buscar informação, de executar tarefas em sociedade, mas eu me sinto um pouco engessada eu psicóloga não faço isso, nunca me foi proposto fazer, e quando chega a hora de fazer sempre tem outra atividade que então deixa para a assistente social...”(Samanta)

O apoio matricial é um arranjo técnico-assistencial que visa à ampliação da clínica das equipes de Saúde da Família, superando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de corresponsabilização entre as equipes de Saúde da Família e de saúde mental, com a construção de vínculos entre profissionais e usuários, pretendendo uma maior resolubilidade na assistência em saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

“...E o CRAS a ESF, e o próprio NASF que está sendo implantado aqui no município a gente tem reuniões sistemáticas, tem reuniões de rede, tem reuniões de equipe, tem reuniões de discussões de caso, a gente faz muitas reuniões, mas que na verdade são bastantes produtivas, então vem a equipe do CRAS, vem a equipe do abrigo. A gente vai também para discutir caso, fazer planejamento conjunto, inclusive com os outros CAPS, por exemplo, um paciente que é esquizofrênico fazendo uso secundário de crack, está em tratamento lá no CAPS, a gente discute o caso e avalia, vai ver a demanda dele vai estabilizar aqui, ela vai seguir na oficina lá, passou por esta etapa ele volta e fica só lá...”(Renata)

Gomes (2006) destaca que, em se tratando de uma sociedade capitalista, na qual a lógica existente é a da individualidade, da segregação, da competição e das desigualdades sociais, dentre outras características, fica difícil a implementação de projetos que priorizem os princípios do SUS, assim como apontou o entrevistando.

“É fundamental, eu não consigo trabalhar sem um enfermeiro, sem um assistente social, o paciente ele é global não adianta a gente pensar ele só no problema psicológico, na opção comportamental, olha tu te esquiva daquele lugar, daquela situação pra ti não usar, mas derrepente ele precisa de uma passagem a mais de ônibus para não passar por ali, então eu preciso da assistente social para me ajudar com esta questão, assim como eu preciso de um enfermeiro para discutir se a medicação está exata, na quantidade, preciso de um psiquiatra, depois de uma certa conclusão de que não tá

Movimento Político que permeia o serviço no CAPS-AD

O Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad) aprovou na manhã do dia 01/03/2018 a resolução apresentada pelo ministro do Desenvolvimento Social, Osmar Terra, segundo a qual a política pública sobre entorpecentes deve sofrer uma mudança profunda de direção. Segundo o texto, a partir de agora, a “orientação central da Política Nacional sobre Drogas deve considerar aspectos legais, culturais e científicos, em especial a posição majoritariamente contrária da população brasileira quanto a iniciativas de legalização de drogas”.

Segundo CONAD (2018), os programas, projetos e ações no contexto da política nacional sobre drogas devem considerar em sua estruturação iniciativas de ampliação e reorganização da rede de cuidados, acolhimento e suporte sociais, conceitualmente orientadas para a prevenção e mobilização social, promoção de saúde, promoção da abstinência, suporte social e redução dos riscos sociais à saúde e danos recorrentes.

“...parece uma política meio higienista ou que possa favorecer internação hospitalar, uso de remédios que possam favorecer outros interesses financeiro, corporativo da parte médica por traz disso, porque o CAPS AD é multidisciplinar ela não tá focado no médico, então o serviço de saúde mental pode fazer a avaliação para uma internação junto com o médico, enfermeiro, enfim, então não pauta somente com o médico...” (Leandro)

Muitos são os desafios que espreitam a Reforma Psiquiátrica, nesse encontro com os usuários de álcool e outras drogas. Dentre estes, destaco dois. Primeiro, o desafio e a necessidade de distinguir, no meio da algazarra autoritária e silenciadora, a voz a ser escutada: a do usuário. Discurso ainda ausente no debate sobre a política, a palavra do usuário deve ser sempre a bússola a indicar o caminho. E, segundo, o desafio de manter a firmeza necessária para não ceder a pressões e chantagens políticas e sociais ofertando uma pluralidade de serviços orientados por éticas opostas. (CFP,2013).

“Ou o psicólogo é militante, ou ele não é, dá para vir aqui e fazer o trabalho de formiguinha e fazer bem feio, tratar pacientes e pronto. Mas nós vivemos um momento político que é de corte, quando eu vi lá o Osmar Terra publicar, que na verdade a população não é a favor de uma liberação de drogas e portanto não faria sentido conter o programa de redução de danos, visto que a população já não quer mais esse consumo e busca abstinência, se eu não me posicionar eu vou perder meu campo de atuação, e daqui a pouco eu estou aqui dentro fingindo que eu entendo que o paciente está abstinente, eu sei que não tá, e o paciente tá aqui fingindo para mim que ele está abstinente, estamos fazendo uma troca bem desleal e totalmente ineficaz...”(Samanta)

“...parece um movimento de regressão infelizmente, aferindo a política de redução de danos, em tese isso parte subjetivamente que tem uma política de internação hospitalar, parece que o momento atual político de regressão em vista dos governos anteriores, acho vem de contra e esse movimento social, não entrando na questão política, acho que esses governos tiveram estes

problemas de corrupção, impeachment, e os outros também tiveram, mas então, essa operação lava-jato, teve esses problemas mas esse governos anteriores focavam nestas questões sociais acho que isso foi interessante, os CAPS se fortaleceram nestes governos do Fernando Henrique Cardoso e do PT e agora parece que estão andando para traz nesta política...”(Leandro)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente aos dados coletados da pesquisa, a análise dos resultados e a revisão da literatura chega-se a importante questão de descrever a atual posição em que se encontra as questões que permeiam a saúde mental, referencialmente sob a demanda de álcool e drogas. Em relação a gestão do serviço encontrou-se lacunas que não contemplam as diretrizes do SUS, sendo elas limitadas por recurso humanos e materiais, possuindo mínima comunicação e articulação com a rede, destacando-se a falta de mapeamento e interlocução integral, tornando-se uma rede fragmentada, reduzindo assim seu campo de ação. A postura do psicólogo na gestão do serviço dentro da pesquisa limitou-se a função que executam, sendo que a de gestão estreita-se a reuniões semanais em um dos CAPS e esporádicas em outro, não possuindo assim uma padronização do serviço, ficando a critério de cada gestor e de cada cidade.

Uma inovadora proposta de projeto do CONAD vem a nos retroceder na política pública e na liberdade e autonomia do ser, que tem como método de ação uma intervenção que reforça o estigma e o preconceito em cima do usuário que se encontra em situação de vulnerabilidade social, ao qual foi condicionada pelo estado brasileiro. Com enfoque na ‘guerra contra as drogas”, está que já provou em diversos países que não funciona, que aumenta o encarceramento e que não tem como proposta intervenções de cunho preventivo e ações que possibilitem uma perspectiva para saúde, sucumbindo com ela a investimentos em militarismo, e ocupação de comunidades, bem como impondo a abstinência sem consultar ou ouvir aquele que receberá tal tratamento, indo contra ao código de ética profissional do psicólogo, ao qual luta e prioriza a autonomia e liberdade das pessoas seja qual for seu contexto sócio-político-ambiental.

Neste contexto político atual, na pesquisa encontrou-se poucos profissionais que estão comprometidos e envolvidos com as questões em voga, a minoria trouxe este questionamento, e enfatizou o notório e óbvio, que se não agirmos contra este cenário que posiciona-se contra o que a reforma psiquiátrica se propôs e contra a liberdade do ser e sua autonomia, se não fortalecermos o debate dentre a visão opressora sobre o negro, pobre, as classes baixas e emergentes, se nós como profissionais da área da saúde, que dispomos da realidade em nossos consultórios, em escolas, comunidades, em toda a rede de articulação em saúde mental nos omitirmos frente a essa realidade que se mantém e cresce a décadas, deveremos ser responsabilizados por tamanha passividade, por enfraquecermos em nossa zona de conforto. Como pensar em saúde em bem estar se

não irmos a luta pelos direitos humanos, destaco o excelente postura o nosso Conselho Federal e Regionais de Psicologia, que vem puxando tal debate, que deve ser reforçado por acadêmicos, estigados por docentes, e profissionais que atuam independente da sua linha, uma frase muito pertinente e que devemos refletir sob está ótica, vem de uma entrevistada; “ ou o psicólogo é militante ou ele não é”, pois bem, não sendo ele automaticamente está de forma acovardada sendo a favor de tais posturas higienistas, pois uma hora ou outra, o problema que ele negligenciou por estar longe de sua realidade, vai estar lhe afetando, em sua comunidade, em seu consultório, e percebemos que não conseguimos fazer com que este indivíduo melhore, nos questionando talvez a própria capacidade profissional, mas que o grande problema está no suporte do país como estado, na saúde que é para poucos, e na exclusão que é para todos, cada vez se percebe uma imagem de sociedade quadrada, entre padrões, condutas (apropriadas e não apropriadas) e estigmas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação nacional de saúde mental, álcool e outras drogas.** Consultório de Rua do SUS. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Consultório na Rua do SUS. Brasília: Ministério da Saúde/SAS/DAPES/Coordenação Nacional de Saúde Mental/Fiocruz.** Brasília 2010.

CREPOP. **Referências Técnicas para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS.** Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2009.

CREPOP. **Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) no em políticas públicas sobre álcool e outras drogas.** Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013.

Conselho Federal de Psicologia Drogas, **Direitos Humanos e Laço Social.** - Brasília: CFP, 2013.

Campos, G. W. S. (2007). **Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde.** In E. E. Merhy & R. Onocko (Orgs.), *Agir em saúde: um desafio para o público* (pp. 229-266). São Paulo: Hucitec.

Dimenstein, M. (2006). **Apresentação do dossiê: subjetividade e práticas institucionais: a reforma psiquiátrica em foco.** *Vivência*, 32, 25-34.

Foucault, M. (2005). **História da loucura na idade clássica.** São Paulo: Perspectiva.

Gomes, V. G. (2006). **Apoio matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas-SP.** Trabalho de Conclusão de Curso de Aprimoramento em Saúde Mental, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

Ministério da Saúde. (2005). **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Brasília, DF: Autor.

Kantorski, L. P.; Jardim, V. M. R.; Wetzel, C.; Olschowsky, A.; Schneider, J. F.; Resmini, F.; Heck, R. M.; Bielemann, L. M.; Schwartz, E.; Coimbra, V.C.C.; Lange, C. e Sousa, A. S. S. (2009). **Contribuições do Estudo de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, 1(1), 01-09. Acessado em 23 de abril de 2011, de http://www.cbsm.org.br/artigos/artigos/20_Luciane_Kantorski.pdf.

SUPERA, Ministério da Saúde. **Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento**. Intervenção Breve: módulos 4,5,6,7 – 11. E 12. ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017.

ENTREVISTA MOTIVACIONAL NO TRATAMENTO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO CAPS-AD, BAGÉ- RS

Data de aceite: 01/03/2022

Enio Dioquene Luiz Filho

Psicólogo, Especialista em Abordagem
Multidisciplinar em Dependência Química,
FURG

RESUMO: A entrevista motivacional (EM) busca fortalecer e preparar o indivíduo para a mudança através de um método comunicativo, visando ajudar este sujeito a reconhecer o problema e agir sobre ele, identificar os estágios de mudança e trabalhar sua ambivalência, proporcionando o exercício de reestruturação de sua autonomia, promovendo ações que visem o resgate do dependente químico prejudicada pelas perdas relacionadas a exposições a situações de risco e vulnerabilidade social. Acredita-se que as estratégias mais persuasivas do que coercitivas, mais encorajadoras do que argumentativas podem ser mais eficazes no tratamento da dependência química (DQ). Este trabalho buscou relatar a experiência no tratamento de dependentes químicos através da entrevista motivacional. O mesmo foi realizado no Centro de Atendimento Psicossocial – álcool e drogas (CAPs – AD) de março a julho de 2017. A técnica de entrevista motivacional (EM) foi utilizada em pacientes que estavam iniciando o processo de desintoxicação. As atividades eram realizadas individualmente, em 7 sessões com duração de 50 minutos que eram agendadas 3 vezes na semana. O foco era auxiliar o paciente a compreender sua ambivalência em relação à

mudança do comportamento, para então motivá-lo ao tratamento. Participaram do trabalho 11 pacientes, sendo que 1 era usuário de maconha, 2 de cocaína e 8 de crack. Eram 9 homens e 2 mulheres. A faixa etária atendida variou de 18 a 39 anos. Em relação à eficácia do tratamento, 2 pacientes concluíram o ciclo de sessões e deram continuidade no tratamento psicológico e medicamentoso, 3 pacientes chegaram a 4ª sessão, 5 foram até a 3ª sessão, 1 foi a óbito, realizando apenas uma sessão. A cada sessão buscou-se identificar quais ações eram mais efetivas, de acordo com as vivências individuais, no processo de motivação, resolução da ambivalência e prontidão para a ação, procurando atingir a mudança efetivamente observando os preceitos da entrevista motivacional que preconiza a modificação do comportamento, o encorajamento para a mudança por meio de um relacionamento de trabalho não julgamental mas que forneça apoio contínuo, respeitando a autonomia, a qual deveria ser considerada uma necessidade fundamental do ser humano. Inicialmente a frequência das sessões era de 2 vezes por semana, mas devido a desistência dos pacientes passou-se a realizar 3 sessões semanais, o que acarretou em uma melhora significativa em relação a adesão ao tratamento. Conclui-se que a dependência química requer um protagonismo ímpar na saúde pública, sendo indispensável os investimentos dos serviços em políticas públicas, incluindo uma gestão com excelência que se molde às necessidades de cada comunidade onde estão inseridas, visando sempre que existem necessidades que são singulares. A entrevista motivacional é uma

técnica muito eficaz na preparação do paciente para mudança, seus princípios norteadores têm como objetivo a busca da liberdade e autonomia do ser frente a decisões de suas vidas fortalecendo o seu compromisso com tratamento e a busca pela sua saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: Entrevista Motivacional; Dependência Química; Saúde Pública.

ABSTRACT: The motivational interview (MI) seeks to strengthen and prepare the individual for change through a communicative method, aiming to help this subject to recognize the problem and act on it, identify the stages of change and work on their ambivalence, providing the exercise of restructuring of their autonomy, promoting actions aimed at rescuing the chemical dependent affected by losses related to exposure to risk situations and social vulnerability. It is believed that strategies that are more persuasive than coercive, more encouraging than argumentative, can be more effective in the treatment of chemical dependence (DQ). This work sought to report the experience in the treatment of chemical dependents through motivational interviewing. The same was carried out at the Psychosocial Care Center - Alcohol and Drugs (CAPs - AD) from March to July 2017. The motivational interview (ME) technique was used in patients who were starting the detoxification process. The activities were performed individually, in 7 sessions lasting 50 minutes that were scheduled 3 times a week. The focus was to help the patient to understand his ambivalence in relation to behavior change, and then to motivate him to the treatment. Eleven patients participated in the study, of which 1 was a marijuana user, 2 a cocaine user and 8 a crack user. There were 9 men and 2 women. The age group served ranged from 18 to 39 years. Regarding the effectiveness of the treatment, 2 patients completed the cycle of sessions and continued the psychological and drug treatment, 3 patients reached the 4th session, 5 went to the 3rd session, 1 died, performing only one session. At each session, we sought to identify which actions were more effective, according to individual experiences, in the process of motivation, resolution of ambivalence and readiness for action, seeking to achieve change effectively observing the precepts of the motivational interview that advocates the modification of the behavior, encouraging change through a non-judgmental working relationship that provides ongoing support, respecting autonomy, which should be considered a fundamental human need. Initially, the frequency of sessions was 2 times a week, but due to patients' withdrawal, 3 weekly sessions were held, which resulted in a significant improvement in terms of adherence to treatment. It is concluded that chemical dependency requires a unique role in public health, being indispensable the investments of services in public policies, including a management with excellence that molds to the needs of each community where they are inserted, always seeking that there are needs that are unique. . The motivational interview is a very effective technique in preparing the patient for change, its guiding principles are aimed at the search for freedom and autonomy of the being in the face of decisions in their lives, strengthening their commitment to treatment and the search for their mental health.

KEYWORDS: Motivational Interviewing; Chemical Dependency; Public health.

INTRODUÇÃO

A questão do uso de drogas é permeada por contingências históricas, culturais e sociais, não podendo ser reduzida a uma classificação ou a um diagnóstico patológico a ser

tratado. O enfrentamento deste desafio passa por uma análise ampla do uso de substâncias químicas no atual momento social, superando visões moralistas e reducionistas centradas no indivíduo, que acabam por estigmatizar, patologizar, judicializar o usuário, sua família e a comunidade cujo está inserido. Os CAPS-AD são dispositivos públicos de saúde mental que fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a nível secundário (média a alta complexidade) e tem como objetivo reduzir os riscos e danos causados pelo uso de drogas lícitas e ilícitas, assim como, resgatar o papel autorregulador e a responsabilidade de seus usuários, em suas interações com as drogas, cujo possuem em corpo técnico uma equipe multidisciplinar, com a proposta de trabalho interdisciplinar objetivando assumir, como sua responsabilidade central, a mobilização social para as tarefas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras de cidadania.

A entrevista motivacional (EM) é uma técnica terapêutica que busca fortalecer e preparar o paciente para a mudança através de um método comunicativo para ajudar o indivíduo a reconhecer e agir sobre o problema, identificando os estágios de mudança e trabalhando sua ambivalência, tendo em vista proporcionar a reestruturação de sua autonomia frente a tomada de decisões para seu tratamento e sua vida, promovendo ações que visem o resgate da autoestima da pessoa prejudicada pelas perdas relacionadas ao uso abusivo de drogas, como, exposição a situações de risco, perda do vínculo familiar e de sua rede de apoio, vulnerabilidade social, desemprego e viver em situação de rua.

A utilização da técnica está voltada para que o paciente crie, estabeleça e reconheça suas potencialidades, fortalecendo sua capacidade de resgatar sua autoestima, podendo ter recursos e capacidade para estruturar a mudança que deseja e, assim, motiva-lo para o tratamento, municiando de informações e conhecimento sobre os múltiplos fatores de envolvem a dependência química, através da psicoeducação, fortalecendo as relações e os vínculos emocionais que são indispensáveis para a eficácia continua do tratamento.

A EM usa um estilo de orientação que possibilita ao terapeuta esclarecer e fortalecer, junto com o paciente, seus pontos fortes e aspirações, evocando suas próprias motivações para a mudança e promovendo a autonomia para a tomada de decisão.

METODOLOGIA

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) têm como objetivo integrar as redes de saúde, social, cultural e a comunidade. A base de sua assistência está na atenção comunitária, com ênfase na reabilitação psicossocial dos usuários. Nesses serviços, a abstinência não é mais tratada como a única meta possível, o que evita a exclusão de muitos usuários e torna possível a assistência a um número maior de usuários (CFP, 2013).

Os CAPS-AD pretendem ainda, além de reduzir os riscos e danos causados pelo uso de drogas lícitas e ilícitas, resgatar o papel autorregulador e a responsabilidade de

seus usuários, em suas relações com as drogas. Esses serviços objetivam assumir, como sua responsabilidade central, a mobilização social para as tarefas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras de cidadania. Tendo como objetivo promover ações que visem o resgate da autoestima do dependente químico prejudicada pelas perdas relacionadas ao contexto sócio-econômico-ambiental, em busca de fortalecer e preparar o paciente para ter uma condição de vida mais adequada, proporcionando uma construção de autonomia frente as decisões do que é melhor para seu tratamento e para sua vida (Brasil, 2003).

Segundo Miller e Rollinck (2001) desde o início a entrevista motivacional teve um foco prático. A entrevista motivacional é um meio particular de ajudar as pessoas a reconhecer a fazer algo a respeito de seus problemas presentes ou potenciais, logo que o usuário busca o CAPS-AD, é agendada uma sessão de EM. Na primeira sessão o usuário é convidado a participar de sete sessões individuais de 50 minutos que são realizadas três vezes por semana.. Ainda durante esta sessão é realizada uma entrevista dirigida para coleta de informações demográficas, clínicas e psicossociais. Através do discurso do paciente pretende-se identificar em qual estágio de mudança o mesmo se encontra. Busca-se, ainda, estabelecer uma relação terapêutica, para o paciente através de perguntas abertas e uma escuta reflexiva procurando sempre expressar empatia. Na segunda sessão é desenvolvida uma estrutura de trabalho partindo da história progressa a atual do paciente, elaborado junto ao mesmo uma estratégia de psicoeducação sobre sua compulsão, em relação à substância que consome, focado nas condições atuais e encorajando o paciente a enfrentar sua realidade, através da compreensão de suas dificuldades individuais (físicas e psicológicas) e sociais, segundo Miller (2001) fornecer ao indivíduo estratégias alternativas específicas para a mudança pode ajudá-lo a seguir o curso de mudança recomendado. Como identificar claramente o problema ou área de risco, que é sua exposição em diversos lugares aos quais tem contato com este abito e comportamento.

Segundo Prochaska e Diclemente (1982), o processo de escuta reflexiva pode ser bastante encorajador, mas a estimulação direta também tem seu lugar no tratamento, principalmente no que tangência o estado do paciente em relação a qual estagio da mudança o mesmo se encontra, para que a cada sessão possa estar alinhada a estratégia terapêutica a sua condição clínica, sendo eles, pré-contemplação, contemplação, planejamento, ação, manutenção e conclusão. A cada estágio denota melhor estratégia ser usada pelo profissional, para que seja adequada a realidade do paciente, de forma que, não se proponha exercícios, insights, objetivos ou metas cujo o mesmo não conseguirá alcançar, podendo impactar em frustrações, e assim afastando o mesmo do trabalho terapêutico.

Na terceira sessão procura-se elaborar estratégias de identificação, investigando como o paciente funciona em determinadas situações, principalmente quando está em abstinência, evitando armadilhas que o levam ao uso da substância. A partir da quarta até a sexta sessão, procura-se explorar e manter suas metas, pois quando os valores e objetivos mais altos ou mais centrais estiverem definidos, é possível perguntar como o

problema que estão discutindo encaixa-se de acordo com quadro(estado) atual, sendo assim, à cada sessão que o paciente retorna seu comportamento é valorizando através da técnica de reforço positivo, tendo em vista que incentivar e valorizar suas conquistas no que tangencia o tratamento é de grande valor ao mesmo, pois grande parte desta mudança não emite considerações relevantes no contexto externo do paciente, seja família, vizinhos, amigos e a sociedade de uma forma geral, pois a óptica do senso comum não entende a dificuldade da dependência química, e tendência a uma visão simplista e minoritária na luta do usuário para se manter em abstinência, porém em contra partida, julgatória, agressiva e préconceitosa quando o mesmo está sob efeito de alguma droga.

Também nesse período são passadas as informações necessárias para que o paciente dê continuidade ao tratamento, já identificando os estágios de prontidão para mudança e apropriando-se do que é sua dependência, riscos que encontra e estratégias de ação que deve elaborar para manter-se “limpo”. Além destas intervenções, na sexta sessão procura-se focar em suas potencialidades e capacidade de tolerar frustrações através da técnica “olhar para frente” que auxilia o sujeito a visualizar um futuro modificado. A última sessão de EM tem como foco lembrar os conceitos trabalhados, como, comportamentos de riscos, relações interpessoais tóxicas, condições de vulnerabilidade que expõem o paciente e possa conduzi-lo a uma possível retomada do uso.

Neste fluxo, procurar rever os conteúdos que o paciente trouxe durante as sessões, através da técnica “olhar para trás” pois recordar todas as contingências que envolvem os múltiplos fatores do uso de substancia no passado revela qual nível de tolerância que a pessoa possa ter adquirido durante o trabalho focado em EM, podendo encaminhá-lo de forma mais assertiva para um tralho terapêutico mais profundo. Os princípios gerais da Entrevista Motivacional, que Miller (1983) classificou em cinco princípios, sendo eles, Expressar Empatia através de uma atitude de aceitação e respeito, construindo uma aliança terapêutica e estimula a auto estima do paciente- uma condição importante para a mudança.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente artigo descreve as ações realizadas no período de março a julho de 2017, no CAPS-AD da cidade de Bagé-RS, com pacientes de faixa etária de 18 anos à 39 anos, do sexto masculino e feminino, que buscam o serviço para tratamento da dependência química em processo de desintoxicação. Fora utilizada a técnica de Entrevista Motivacional (EM), segundo Miller (1983) tem como propósito desenvolver, criar e ampliar na mente do paciente, uma discrepância entre o comportamento presente e as metas mais amplas. Miller(2001) colocou que, quando um comportamento é visto como conflitante com metas pessoais importantes, tais como a própria saúde, o sucesso, a felicidade da família ou a auto-imagem positiva, é provável que a mudança aconteça.

Neste período, foram atendidos 11 pacientes, sendo que ambos já tinham usado múltiplas substâncias, porém no período do trabalho desenvolvido estavam usando unicamente a seguintes drogas citada, sendo, 8 pacientes eram usuários de crack, 2 de cocaína e um de maconha (THC), ambos os pacientes eram usuários de substâncias há mais de 3 anos. Destes pacientes somente dois concluíram as sete sessões de EM e deram continuidade com a psicoterapia. Dos pacientes que concluíram o tratamento pode-se observar que dispunham de uma rede de apoio psicossocial contínua, tinham apoio da família, estudavam e tinham emprego, Segundo Miller(1983) a atitude de aceitação e de respeito também constrói uma aliança terapêutica e estimula a auto estima do paciente - uma condição importante para a mudança.

Conforme Miller e Rollnick (2013) é importante ressaltar que a EM é adaptável para cada pessoa, cultura e problema, e pretende ajudar o paciente a resolver a ambivalência sobre a mudança. É de extrema importância destacar que a Entrevista Motivacional é baseada na tarefa central, para a modificação do comportamento, de encorajar a mudança por meio de um relacionamento de trabalho não julgamental, que forneça apoio contínuo e respeite a autonomia, a qual deveria ser considerada uma necessidade fundamental do ser humano. Além do comprometimento para com o tratamento, demonstravam capacidade de insight favorável e adequada tolerância a frustração.

Aqueles que não concluíram compareceram de 3 a 4 sessões, sendo que dos 9 que não concluíram 8 eram usuários de crack, a maioria morador de rua, não tinham uma rede de apoio psicossocial e estavam em condições de vulnerabilidade. Além de não terem suas necessidades básicas sanadas e encontrarem-se marginalizados, os dependentes estavam com suas funções executivas (memória operacional, planejamento, controle inibitório, flexibilidade cognitiva e tomada de decisão) afetadas (comprometidas) pela uso contínuo e longo prazo da droga.

As EMs foram adaptadas as necessidade e particularidades de cada paciente, que variam de idade, habilidades sociais, situações sócioeconômicas, procurando atender as suas demandas individuais. Dentro das atividades executadas no projeto, foram empregadas técnicas como os 3 estilos de comunicação, que são essenciais para o estabelecimento do contato direto com o paciente, sendo eles, acompanhar, direcionar e orientar; utilizando também as 3 habilidades de comunicação, perguntar, escutar e informar; 4 princípios orientadores da EM (RULE) que consiste em resistir, entender e explorar, escutar e fortalecer. Markland, Rayan, Tobin e Rollnick (2005) enfatizaram que o respeito à motivação pessoal é um constructo fundamental na EM, pois é essa motivação que possibilita maior compromisso e manutenção em longo prazo.

As técnicas mais utilizadas em EM consistem na utilização de reflexões, reforços positivos, resumos e perguntas abertas. Conhecida também como acrônimo de PARR (em inglês OARS). Todas as técnicas utilizadas no desenvolvimento do projeto foram utilizadas conforme a necessidade de intervenção e respeitando os princípios que norteiam a EM:

colaboração, evocação e respeito pela autonomia do indivíduo. O trabalho com EM no CAPS-AD de Bagé foi entre o período de março a julho de 2017. Assinalaram Miller e Rollnick (2013) que a EM tem causado grande interesse em diferentes países nos últimos 30 anos, tanto de clínicos de diferentes referenciais teóricos, quanto de pesquisadores das diversas áreas compreendidas no âmbito da saúde.

É possível hipotetizar que esse fenômeno ocorra porque a EM é percebida como uma abordagem útil para aumentar a adesão do paciente às diferentes propostas de tratamento. Miller e Rollnick (2013) ressalta que a EM usa um estilo de orientação que possibilita ao terapeuta esclarecer e fortalecer, junto como paciente, seus pontos fortes e aspirações, evocando suas próprias motivações para a mudança e promovendo a autonomia para a tomada de decisão.

CONCLUSÃO

As situações de cuidado em saúde relacionadas aos problemas do uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas, podem e devem ser acolhidas pelo Sistema Único de Saúde de forma integral, respeitando os diversos níveis de gravidade e as formas como acometem cada indivíduo, família, grupo e comunidade. Tratar e respeitar as singularidades pessoais e socioculturais dessas pessoas e as relações problemáticas com o álcool e outras drogas tem sido uma tarefa importante e constante e desafiadora para as Equipes de Atenção Básica e para os profissionais de saúde mental, que constituem as equipes multidisciplinares. Conviver com práticas e saberes diversos sobre uma mesma situação-problema, o que pode promover um cuidado mais amplo e integral, tendo em vista a postura agressiva de intervenção que o estado têm tomado para enfrentar um problema de saúde pública como acontece na “crackolândia” paulista e nas mais diversas comunidades periféricas do nosso país, mostra o descaso e a negligência ao cuidado e principalmente a forma que está sendo conduzido o trabalho em políticas públicas frente a este tema, que tem como diretriz descriminalizar e tratar estes indivíduos com humanização e cidadania. Portanto conclui-se que cabe aos profissionais da área da saúde, atitudes que sejam condizentes com as intervenções propostas pelas políticas públicas estabelecidas após a reforma psiquiátrica, buscando o protagonismo social do sujeito ao invés do aprisionamento ou criminalização, indiferente se há recursos e/ou incentivos financeiros para a manutenção do serviço, a atuação do profissional tende ser a mesma, a proposta de incluir a Entrevista Motivacional no Projeto Terapêutico Singular (PTS) mostra que, uma técnica terapêutica que não tem custo algum, pode engajar, encorajar e mostrar ao paciente assistido pelo serviço que existe sim outra chance e que o mesmo não é monstro que a sociedade a sociedade do quer que ele acredite que seja, mostrando que assistência dada pela rede pública é eficaz ao que se propõem desde de que haja profissionais propostos para tal desafio.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/SVC/ CN-DST/ AIDS, 2004a.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referencias Públicas de Álcool e Outras Drogas**. 2013.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Entrevista Motivacional**: Preparando as pessoas para a mudança de comportamento adictivos. Porto Alegre: Artmed, 2001.

OLIVEIRA, M. S. et. al. **Estudo dos Estágios Motivacionais em Sujeitos Adultos Dependentes do Álcool**. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.16, n.2, p. 265-270. 2003.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. **Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change**. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, v. 20, p. 161173, 1982.

TRANSBORDAMENTO DE VIDA ANTE A FINITUDE: A CLÍNICA PSICOLÓGICA NA ASSISTÊNCIA A PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS IRREVERSÍVEIS

Data de aceite: 01/03/2022

Danielle de Andrade Pitanga

Margarida Maria Florêncio Dantas

Gilclécia Oliveira Lourenço

Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas

Programa de Pós Graduação em Psicologia
Clínica da Universidade Católica de
Pernambuco, Brasil

RESUMO: Este artigo problematiza as especificidades da clínica psicológica na assistência a pacientes portadores de doenças crônicas irreversíveis que optaram pelo tratamento paliativo. Realizamos um estudo de caso clínico com um paciente que se encontrava em regime de hospitalização para se tratar de um câncer e, posteriormente, durante os exames clínicos, foi diagnosticado como soropositivo para o HIV/Aids. Os instrumentos utilizados foram a observação participante, a entrevista semidirigida e o diário de campo. A análise apoiou-se no referencial foucaultiano e sua analítica do discurso. Os resultados apontam que, para o paciente, confrontar-se com o adoecimento grave e a finitude, mobiliza-o a buscar incessantemente a própria transcendência. As possibilidades de ressignificações constantes da vida são múltiplas e singulares, assim como a maneira como o enfermo vivencia seus medos e angústias. O processo de luto antecipatório faz emergir modos diversos de agir, olhar para si e para o mundo.

PALAVRAS-CHAVE: Adoecimento, Finitude, Morrer, Clínica Psicológica.

LIFE OVERFLOWING FACE TO THE
FINITUDE: PSYCHOLOGICAL CLINIC
IN ASSISTANCE TO CHRONICLES
IRREVERSIBLE DISEASES CARRIERS

ABSTRACT: This article discusses the particularities of clinical psychology in the care of patients with incurable chronic diseases who have opted for palliative treatment. We conducted a clinical case study of a patient who was in hospital regimen for treating a cancer and later, during clinical tests, was diagnosed as seropositive for HIV / AIDS. The instruments used were participant observation, semi structured interview and field diary. The analysis relied on the theoretical Foucault's reference and its analytical discourse. The results indicate that, for the patient, to confront the serious illness and finitude, mobilizes him to incessantly seek his own transcendence. The possibilities of constant reinterpretation of life are multiple and unique, and the way the patient experiences their fears and anxieties.

KEYWORDS: Illness, Finitude, Die, Psychological Clinic.

1 | INTRODUÇÃO

Uma situação de adoecimento grave, independente de cronicidade ou não, gera sentimento de insegurança e medo. Esses desconfortos emocionais estão voltados tanto ao descobrimento da enfermidade como ao

processo de tratamento e hospitalização necessários para o reestabelecimento da saúde. Isso acontece porque a perda da saúde está atrelada a outras perdas: da privacidade, da autonomia e da liberdade, para citar algumas. Dessa forma, o sujeito adoecido, a princípio, não responde mais por si, está submisso a uma equipe de saúde, que gerencia sua vida, prescreve esquemas de tratamento, na maioria das vezes, limitando o sujeito à hospitalização, restrições alimentares e atividades cada vez mais distantes daquelas realizadas por ele antes do diagnóstico.

O processo de hospitalização, inicialmente, impõe ao indivíduo doente delegar suas funções, familiares e trabalhistas, a outra pessoa. Essa necessidade, por si só, causa sensações desagradáveis ao sujeito, inicialmente pela limitação espacial que o impede de realizar suas obrigações. E com o avanço da doença, soma-se a isso a impossibilidade física de dar conta das atribuições outrora cumpridas. O adoecimento e a hospitalização ainda estabelecem para o sujeito, horários fixos para visita, em alguns casos, para alimentação, higienização e visita médica. Esse seguimento das normas institucionais provoca no enfermo a experiência da perda da privacidade, que ainda pode ser acentuada quando o indivíduo não pode usar suas próprias roupas, não pode se alimentar do que gosta e está numa situação de dependência dos membros da equipe de saúde responsáveis por ele para realização de sua higiene pessoal (Kovács, 1992).

Kovács (1992) coloca que outro agravante do processo de hospitalização é a perda da liberdade de ir e vir, do direito de saber sobre seu quadro clínico e reações do tratamento prescrito, bem como de decidir a respeito da realização ou não desse tratamento. Pois, muitas vezes, não é dada a chance ao paciente de opinar sobre o tratamento prescrito pelo médico e o enfermo deixa de ter autonomia sobre si e passa a seguir as determinações médicas a partir do acordo entre os profissionais de saúde e seus familiares.

Todas essas sensações atreladas aos efeitos físicos do adoecer e do tratamento, causam dores emocionais significativas ao sujeito doente. E na tentativa de amenizar esse sofrimento, dando voz e vez a ele, o papel do psicólogo se torna essencial. Esse profissional pode fazer o sujeito se escutar e voltar a considerar seus desejos, olhar para si mesmo e perceber a melhor forma, ou a maneira possível para si, de vivenciar o adoecimento, a hospitalização e o tratamento. Se por um lado, a medicina toma o corpo numa visão biológica e organicista, por outro, a psicologia procura apreender a demanda do sujeito, a possibilidade da escuta orientada pelo discurso do próprio paciente revelando não apenas seu modo singular de lidar com a angústia, mas também a forma como lida com os enigmas intrínsecos, como por exemplo, a sexualidade e a morte.

A clínica psicológica trata-se de uma práxis marcada pelo deslocamento da demanda médica para outra demanda que se situa além do cuidado com o corpo, a do sujeito. É pelo viés da dimensão intersubjetiva que se tem a possibilidade de abordar as fantasias relacionadas ao seu adoecer e a morte, a fim de apaziguar a angústia potencialmente ameaçadora. Ante a inevitabilidade da finitude, dor, sofrimento, medo, fragilidade, ameaça de

aniquilamento, impotência, tristeza, podem com frequência, constituir parte da experiência cotidiana do psicólogo na assistência a pacientes com doenças terminais. Sendo assim, esse profissional deve compreender o sujeito em seu contexto histórico, social, cultural e lançar um olhar para ele como um indivíduo único em si mesmo.

A clínica pautada no olhar se institui como método de acesso ao discurso do sujeito que está construindo uma nova epistemologia sobre o corpo, sobre sua doença com todos os atravessamentos. Ao centrar no olhar como perspectiva de atuação pode-se apreender algo da ordem não verbal do contato e, alcançar as profundezas mais íntimas. Dessa forma, a relação estabelecida entre enfermo e psicólogo deve ser permeada de muito respeito por parte do profissional. Ele precisa construir uma interação segura e confortável para possibilitar ao sujeito doente confiança e disponibilidade, permitindo a esse sujeito atualizar suas possibilidades de ser diante do adoecimento que lhe acometeu. É essencial, então, que o psicólogo considere o momento de vida que o sujeito se descobre enfermo, suas realizações, seus planos para o futuro, suas expectativas a partir do diagnóstico, o que significa para esse sujeito, nesse momento, vivenciar a proximidade da morte. Isso é compreender o sujeito em seu contexto, é estar junto dele enquanto ele se reconhece como sujeito do processo de adoecimento, é ajuda-lo a encontrar uma forma possível de lidar com o que se apresenta.

Esse modo de estar com o outro abarca o conceito de discurso e enunciado trabalhados por Michel Foucault. Na descrição desses conceitos, Foucault coloca como sendo imprescindível a consideração dos atravessamentos históricos, sociais e culturais do sujeito. Pois, são esses atravessamentos que provocam a formação do discurso do sujeito, na verdade, o sujeito se constrói no seu discurso, a partir das influências que sofre. O discurso é o “conjunto de enunciados que provém de um mesmo sistema de formação; assim, se poderia falar de discurso clínico, discurso econômico, discurso da história natural, discurso psiquiátrico” (Foucault, 2010, p. 141).

Nesse sentido, está presente no discurso a influência cultural, religiosa, política e a representação do lugar de onde fala quem emite o discurso, bem como o que é dito no discurso para atingir o quê. Assim, Foucault fala sobre sua perspectiva a respeito do discurso, como aquilo que não deve ser traduzido, decodificado, interpretado, mas sim, tomado como a vivência de quem o pratica. É possível compreender o discurso de um indivíduo doente olhando para sua particularidade. E assim, considerar a individualidade desse sujeito que o faz emitir esse discurso sobre seu processo de adoecimento e não outro, que poderia estar mais coerente do ponto de vista da equipe de saúde e/ou dos seus familiares. O importante quando se observa um discurso é o que possibilitou a sua constituição e o que ele permite atingir com sua prática.

Sendo assim, a proposta deste artigo é tecer algumas reflexões acerca da especificidade da clínica psicológica com pacientes portadores de doenças crônicas, sem perspectivas de tratabilidade com fins direcionados à cura, anunciando, pois, a

inexorabilidade da morte. A finitude se insere, neste contexto, como uma possibilidade iminente e real, embora num espaço de tempo ambíguo e incerto.

2 | METODOLOGIA

Esse estudo se caracteriza como uma pesquisa qualitativa, que discute aspectos da realidade social sendo o “lôcus onde se articulam os conflitos e as concessões, as tradições e as mudanças e onde tudo ganha sentido, ou sentidos, uma vez que nunca há nada humano em significado e nem apenas uma explicação para os fenômenos que abarcam” (Minayo, 1992, p. 31). Neste estudo trabalhamos a singularidade e especificidades de um caso clínico que evidencia a necessidade de deslocamento da demanda do saber médico para a do próprio sujeito, apontando assim, não apenas para as possibilidades da escuta clínica e suas intervenções, mas também para seus limites.

2.1 Apresentação do Caso Clínico

Tomaremos, então, como estudo, o caso de um sujeito de 34 anos, solteiro que após exames clínicos e resultado da biópsia foi diagnosticado com tumor maligno na base do pênis. Para proteger seu anonimato, adotamos para ele o nome de Marcelo. O esquema de tratamento quimioterápico foi prescrito por seu médico assistente. O paciente submeteu-se a 15 sessões, porém, com intensos efeitos colaterais: vômitos, enjoos, dores, queda de cabelo. Após as sessões de quimioterapia, realizou novos exames, constatando-se o desaparecimento do nódulo. Alguns meses depois, começou a apresentar queixas de dores e sensação de peso no testículo direito. Retornou ao proctologista que diagnosticou nódulos pequenos em ambos os testículos. Diante do quadro de disseminação de células cancerosas para outras regiões do corpo e formação de tumores secundários, tratava-se de uma metástase. Tornava-se, portanto, urgente, iniciar tratamento cirúrgico e quimioterápico devido a gravidade e extensão da doença. O tumor e uma pequena parte dos tecidos ao redor poderiam ser removidos cirurgicamente ou por ressecção a laser. A cirurgia é, via de regra, a opção mais indicada nestes casos. No entanto, após exames pré-operatórios, identificou-se que a taxa de leucócitos do paciente estava bastante elevada o que seria indicativo de grave infecção. Para afastar hipóteses, seu médico solicitou teste de HIV, cujo resultado foi positivo.

Indubitavelmente, a metástase e a recente descoberta do HIV/ Aids exigia da equipe de saúde uma abordagem ampla e dinâmica, além disso, estas doenças apontam para a necessidade de acompanhamento permanente. O risco iminente de complicações clínicas e, conseqüentemente, o inevitável comprometimento da qualidade de vida do paciente fizeram com que os médicos (oncologista e infectologista) propusessem a introdução da terapia antirretroviral altamente potente, a qual foi disponibilizada no Brasil a partir de 1997 no sistema público de saúde (Lei Federal 9313) cujo objetivo seria a interrupção da

progressão da infecção pelo HIV e recuperação da imunidade. Paralelo a isso, também foi indicado o procedimento cirúrgico para remoção dos nódulos dos testículos e quimioterapia visando refrear a doença.

Apesar de contar com os recursos terapêuticos da Medicina, o paciente decidiu submeter-se ao tratamento paliativo e, essa tomada de decisão foi prontamente aceita pela equipe de saúde. Na perspectiva deste caso específico instituir medidas terapêuticas obstinadas, tornava-se algo fútil e inútil dada a irreversibilidade do quadro clínico. Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (2007), a medicina paliativa é a especialidade médica cuja atuação consiste no estudo e controle de pacientes portadores de doença ativa, progressiva, em estágio avançado e incurável. Sua ação é por meio de técnicas que visam o conforto, a prevenção e o alívio dos sintomas, da dor e do sofrimento, sem que, necessariamente, interfiram na sobrevida. Na palição, opta-se conscienciosamente pela abstenção de recursos médicos infrutíferos que não traria benefícios nem melhoraria a condição existencial do sujeito adoecido, considerando-se a não reversão do morrer e da morte já em curso.

2.2 Instrumentos

Para a produção do material desse estudo, partimos da observação e da escuta do sujeito que, na ocasião da entrevista, estava internado em um hospital de grande porte da cidade do Recife. Os instrumentos de levantamento dos dados da pesquisa foram a observação participativa, a entrevista semidirigida e o Diário de Campo.

2.3 Processo de Produção de dados

Para obter a permissão para a coleta de dados, o projeto de pesquisa foi enviado à Plataforma Brasil sob o número CAAE: 23953313.9.0000.5206 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 29 de novembro de 2013. E por se voltar ao estudo de seres humanos, essa pesquisa foi construída tendo como pilares a ética prescritiva e a ética dialógica, que prezam pela proteção do anonimato, pelo resguardo do uso abusivo de poder pelo pesquisador e pelo consentimento informado (Spink, 2000). Esse último foi obtido através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pelo participante, concordando com sua participação.

A entrevista transcorreu de forma tranquila. O sujeito do estudo foi abordado com a maior delicadeza e cuidado, sem introduzir imediatamente o tema da pesquisa, mesmo ele tendo concordado em falar sobre a sua escolha pela palição. Procurou-se sempre o momento em que estavam presentes apenas paciente e pesquisadora, e sem causar prejuízos quanto aos horários de medicamentos do paciente.

2.4 Processo de Análise dos Dados

Os dados da entrevista e do Diário de Campo foram analisados a partir da perspectiva foucaultiana, que aponta como necessário “recusar as explicações unívocas,

as fáceis interpretações e igualmente a busca insistente do sentido último ou do sentido oculto das coisas” (Fischer, 2001, p. 189). Isso significa que a fala do sujeito por si só já contempla o seu pensamento, não há o que ser interpretado, não há interditos nesse discurso. O sujeito fala da sua experiência no discurso, da possibilidade que elege para vivenciar uma determinada realidade, por isso esse discurso não deve ser interpretado, regulado pela ciência.

Trabalharemos, neste artigo, um estudo de caso a partir da Analítica Descritiva na perspectiva foucaultiana. Dessa maneira, compreenderemos, pois, tão somente a produção do discurso do sujeito partindo de suas próprias vivências, experiências com todos os atravessamentos históricos, sociais, políticos e culturais. Os discursos são como acontecimentos dispersos em sua historicidade. E para a análise discursiva, a preocupação incessante deve ser conhecer o que tornava este ou aquele discurso possível e porque determinados discursos são aceitos como verdadeiros, enquanto que outros não. O que coloca o discurso não uma expressão de ideia ou de linguagem, mas como condições de possibilidade, o que denominou como condições de emergência da “formação discursiva” (Foucault, 2010).

O discurso de um sujeito o constrói e se constrói à medida que é proferido. Desse modo o discurso se torna uma verdade para aquele que o emite, pois nele estão as influências históricas, culturais e a marca da sociedade a que pertence o autor do discurso, o que não deve ser desconsiderado ao se analisar esse discurso. Da mesma forma não deve ser descartado quem produz o discurso, para quem produz e com que intuito. Ou seja, o que é dito no discurso é um conjunto de atravessamentos, responsáveis pela formação do sujeito enquanto sujeito de seus atos, que devem ser percebidos quando se deseja compreender o discurso proferido.

3 | ANÁLISE E DISCUSSÃO DO CASO CLÍNICO MARCELO

Sobre o corpo se encontra o estigma dos acontecimentos passados, do mesmo modo que dele nascem os desejos, os desfalecimentos e os erros; nele também eles se atam e de repente se exprimem; mas nele também eles se desatam, entram em luta, se apagam uns aos outros e continuam seu insuperável conflito (Foucault, 1985, p. 22).

Dentre as diversas possíveis problematizações que têm sido construídas historicamente no tocante à corporalidade, apostamos trilhar por um caminho a partir das reflexões de Michel Foucault quando toma o corpo como uma produção sócio-histórica, política e cultural; em processo de construção permanente, flexível, conferindo-lhe marcas que sofrem variações a partir do tempo, espaços, conjunturas, expressão de gêneros (Foucault, 2010).

Estamos falando de um corpo que não é algo acabado, universal ou absoluto, mas uma materialidade provisória, plástica, relacional, em mutação constante, estando, deste

modo, vulnerável às diferentes formas de intervenção: científicas, tecnológicas, políticas, disciplinares. Foucault (2010) nos apresenta a ideia de corpo como superfície de inscrição dos acontecimentos, engendrados por uma ordem discursiva que regula os prazeres e expressões. Partindo dessas premissas, ao analisarmos a entrevista de Marcelo, observa-se que ele apresentava comportamento de risco à medida que se expunha a situações de atividade sexual nas quais se aumentava, consideravelmente as possibilidades de infecção, tal como podemos apreciar claramente nesse trecho:

Marcelo: Diante disso tudo acho que ele não me ajudaria, acho que ele vai desejar coisas ainda piores a mim. [Choro].

Psicóloga: Você pensou no seu companheiro?

Marcelo: Isso. [...] Mas, como dizer a um companheiro que estou com Aids? A gente tem uma relação aberta e há muito tempo temos relação sem uso de preservativo.

Psicóloga: O que você chama de “relação aberta”?

Marcelo: Não temos um compromisso de fidelidade um com o outro. Não moramos juntos. Eu moro sozinho e da mesma forma que ele dorme na minha casa, outras pessoas também dormem, entende?

Psicóloga: Sim. Então, existe a possibilidade dele também ter dormido com outras pessoas além de você e enquanto também dormia com você?

Marcelo: Sim, com certeza. Você está pensando que eu posso ter pego Aids com ele?

Psicóloga: É possível ter certeza que o responsável é unicamente você? [...]

Marcelo: [...] De fato não tem como sabermos. [silêncio] E sobre o risco, sim, faz sentido sim, claro. Até brincávamos com isso. Era como brincar de roleta russa, sabe?

Tomando por base essa fala, o risco estaria relacionado não apenas ao comportamento sexual com rotatividade de parceiros masculinos, mas também à manutenção de relações sexuais sem a devida prevenção/proteção, tornando-se evidente a possibilidade de irrupção dos perigos. Assumia, pois, a responsabilização pessoal pela possível contração da doença. Com o advento da Aids, elaborou-se um discurso de estratégias de cuidados e responsabilidades individuais em prol da saúde, caso houvessem falhas nesse sentido, leia-se, o sujeito fosse contaminado pelo vírus, ele seria culpabilizado por não ter assumindo o protagonismo político dos cuidados à sua saúde. Trata-se de uma ideologia de moralidade do corpo, das condutas e da saúde (Paula & Lago, 2013).

Neste caso clínico em tela, Marcelo havia cometido excessos ligados aos seus desejos e ao uso dos prazeres do corpo. A marca indelével de sua falta de cuidado estaria inscrita, de modo emblemático, em seu corpo que agora doente, agoniza. O corpo experimenta não apenas as sensações de prazer, mas também de dor. Foucault considerava de extrema importância a possibilidade de utilizar nosso corpo como possível fonte de uma multiplicidade de prazeres. Daí passou a buscar, em seus estudos, formas

alternativas para compreensão da relação dos indivíduos com os corpos e prazeres. Seriam formas de compreensão de si mesmo que não estariam centradas no desejo tampouco em identidades sexuais.

As demandas de criação das novas corporeidades, dos novos usos dos prazeres e de outras formas de relações, por sua vez, promovem a emergência de novos estilos de existir ou estéticas de existência. Estas reivindicações emancipatórias e políticas, de novos modos de ser, agir e viver no mundo exige por outro lado, a necessidade de novas problematizações. Foucault tinha uma visão sobre sexualidade como um campo a ser elaborado, compreendido, com estilização de condutas (Foucault, 2004).

O recorte da fala de Marcelo acima também aponta para o processo de ressignificação do sentimento de culpa vivenciado após o diagnóstico. A intervenção da psicóloga, ao questionar sobre o comportamento de risco, acaba por fazê-lo elaborar e redimensionar o peso da sua responsabilidade, transformando a angústia em empoderamento da situação vivenciada e maior clareza diante das possibilidades suscitadas pelo adoecimento. Essa intervenção clínica foi demasiadamente importante, pois a certeza de que não iria revelar ao companheiro sua condição sorológica transformou-se em dúvida. A angústia enquanto uma experiência eminentemente individual, marca a singularidade do ser, é através dela que o homem se defronta com a realidade de seus limites. O sujeito, por sua vez, tem a tarefa de tecer um feixe de significados e sentidos, criando o mundo e atribuindo-lhe determinadas configurações, sendo, portanto, uma relação afetiva e dinâmica. É um lançar-se contínuo às possibilidades incessantemente renovadas.

Não se pode negar que o dispositivo da Aids cria resistências, assujeitamentos. O medo do julgamento, o receio do preconceito, da estigmatização e do rechaço social desencoraja a revelação do diagnóstico da soropositividade para a família, amigos e no trabalho, acarretando, conseqüentemente, prejuízos de ordem afetiva, solidão e exclusão (Gomes, Silva, & Oliveira, 2011). Isto aparece no seguinte fragmento:

Marcelo: O que me destrói é que passarei por isso sozinho. [Choro]

Psicóloga: Porque a escolha de passar por tudo isso sozinho?

Marcelo: Dra. eu não posso dizer a minha mãe o motivo do meu adoecimento, o prognóstico... É muita coisa pra ela absorver e concordar e sei que isso não vai acontecer, então prefiro pagar o preço de estar sozinho nesse momento do que sofrer ainda pelo sofrimento dela, pela decepção dela diante da minha escolha sexual e pelo diagnóstico de HIV positivo.

No que concerne às concepções foucaultianas quanto ao dispositivo da sexualidade, pode-se dizer que este produziu prescrição de normas que interferem na constituição das identidades sexuais dos sujeitos. O dispositivo é algo estabelecido pelo poder como meio de controle e coerção, pretendendo, pois, regular a relação com os prazeres e o corpo. Com suas verdades e valores morais, o dispositivo da sexualidade dita aquilo a ser praticado ou não, interferindo nas subjetividades. Devemos lembrar que a gênese do sofrimento

de Marcelo não era apenas o diagnóstico de soropositividade, ele estava vivenciando um prognóstico em que a morte não pode ser evitada. Na clínica psicológica observamos que o diagnóstico de uma doença sem possibilidades de cura ressoa, com frequência, como um grito de uma condenação à morte a curto ou médio prazo e que, inevitavelmente sua vida passará por significativas mudanças. A morte é uma possibilidade permanente, capaz de tornar todas as outras possibilidades impossíveis, no dizer heideggeriano. O desenho deste cenário confirma para o sujeito o caráter de incerteza quanto às perspectivas de futuro, de imprevisibilidade, de falta de garantias, revelando-lhe, assim, um mundo potencialmente inseguro, ameaçador e perigoso, capaz de minar sua capacidade imaginativa e potencialidade criativa. A situação de impotência, a vulnerabilidade, o sentimento de desamparo e a angústia se instalam; surgem os conflitos, frustrações, arrependimentos, dificuldade de aceitação, além das preocupações relativas aos projetos em andamento que ainda não foram concluídos. É nesse sentido que Marcelo, ao ser questionado sobre a sensação diante do que estava vivendo, responde:

Marcelo: É difícil... Me sinto respeitado, mas é difícil dizer que estou bem. Acho que o mais verídico é dizer que fisicamente estou bem, mas emocionalmente é muita coisa acontecendo... Não esperava viver isso, não esperava ter uma vida tão curta...

Psicóloga: Entendo... Quanto a "ter uma vida curta", alguém falou sobre um prazo de vida pra você?

Marcelo: Não. Mas, eu sei que minha vida não será longa. [Silêncio] [Choro]

Se a revelação do diagnóstico irrompe como "sopro da morte", entra em cena o poder médico que pretende dirigir toda a ação de saúde tanto em termo de prescrições quanto em proscições, gerenciando e governando, assim, a vida dos pacientes que se tornam objetos de sua doença pelo fato de requererem cuidados contínuos, intensivos e permanentes. Todavia, eis que surge outra demanda que não médica, a do sujeito. Torna-se, portanto, fundamental entrar em cena o psicólogo para viabilizar o encontro entre dois sujeitos: o profissional disponível para escutar e inclinar-se diante de outro sujeito que carrega uma voz única e um saber sobre o seu sofrer, além de estar situado em seus entornos e atravessado pela cultura. Trata-se da singularidade do caso clínico.

Às análises ancoradas no referencial foucaultiano interessa como fazer da vida uma experiência transformadora, o sujeito renovando-se a cada nova experiência e, a um só tempo, liberando-se dos valores morais impostos e regulados pelo social. A partir dessas prerrogativas, fizemos a leitura clínica de que a opção de Marcelo pela palição se deu enquanto possibilidade de reconstrução de uma estética da existência, tal como podemos apreciar neste trecho da entrevista:

Psicóloga: O que te fez optar pelo tratamento paliativo com tão pouco tempo de descoberta do diagnóstico? [choro] [silêncio]

Marcelo: [...] Cheguei a fazer 15 sessões de quimioterapia, passei por um

processo pesado de reações que tinham vômitos, enjoos, dores, queda de cabelos... E aí agora o câncer voltou, está nos testículos e inicialmente deveria ser operado, como minha taxa de leucócitos estava muito alta, o médico disse que seria necessário o teste de HIV, mas eu não esperava que daria positivo... Então agora eu teria que cuidar inicialmente da AIDS, melhorar minha imunidade, melhorar minhas taxas para voltar aos medicamentos e tratamento do câncer... [O paciente suspira]... Não farei tudo isso... [choro]. [...] A decisão é minha.

O câncer e a Aids são doenças responsáveis por elevados índices de morbidade e mortalidade. A pesada carga emocional decorrente do quadro metastático e da descoberta de contração do vírus HIV assolava o paciente de angústia, dúvidas, medos, fazendo-o conviver permanentemente com a certeza da morte. Aliado a isso, o aspecto da incurabilidade, exames, distúrbio imunológico, tratamento antirretroviral além de outras medicações, cirurgia, fizeram-no optar pelos cuidados paliativos como modalidade assistencial na qual o foco não mais seria a doença, mas o sujeito doente que padece de sofrimento, abrandando a dor e promovendo o alívio dos sintomas desconfortáveis.

Entendemos que decidir pela manutenção do segredo, guardando consigo a opção pelos cuidados paliativos, estaria possivelmente, buscando novas formas de existência, de vivência de suas dores e seus prazeres, além de tratar-se de uma escolha política. A liberdade de escolha pela palição, neste contexto, seria uma prática de invenção de novos modos de subjetivação. Nesse processo criativo de construção de um novo modo de vida independente de normas, regras sociais, ditames e prescrições médicas, cria sua ética individual:

Marcelo: Quero retomar meu trabalho, que deixei porque não tinha condições físicas de trabalhar e agora tenho. Quero voltar a tocar, nunca mais peguei no meu violão, porque não tinha motivos que me deixassem feliz a ponto de querer tocar. E principalmente quero visitar minha mãe com mais frequência, sem que ela saiba que é uma despedida... [choro].

Psicóloga: Entendo suas questões. O que seria a retomada do trabalho, o voltar a tocar violão, as visitas à sua mãe?

Marcelo: [Choro] Seria voltar a uma vida que tinha e perdi e que em breve perderei novamente.

Na ação clínica psicológica, a diretriz que norteará o trabalho é propiciar um espaço onde o sujeito que padece de sofrimento possa falar e escutar para produzir sentido sobre a experiência de conviver como uma doença crônica e estigmatizante. O prognóstico dado a Marcelo se apresenta com toda a sua dimensão conflitiva; os impactos; as implicações no tratamento; adesão aos medicamentos; situações de risco; prevenção aos agravos. Diante desse contexto é importante disponibilizar a acolhida, o suporte emocional, a construção de vínculos, buscando estimular o sujeito a encontrar recursos para lidar com as questões do adoecer, da doença e seus efeitos sobre a vida além de encorajá-lo aos planos a realizar. Trata-se da humanização na assistência

Psicóloga: Qual a sensação agora, diante da escolha pelo tratamento paliativo?

Marcelo: Que tenho mais uma oportunidade de curtir tudo aquilo que eu gosto, as pessoas que eu gosto e de escolher como quero morrer e onde quero ficar... Temos um túmulo, onde meu pai está, mas não quero ficar perto dele, quero ficar perto do meu avô. Olha só, eu nunca tinha dito isso! [...]

Psicóloga: Parece que de alguma forma você está conseguindo ver algo bom nessa situação, é assim?

Marcelo: Sim. Estou. Quero cuidar apenas do que é prioridade, a Aids... e estar bem nos meus últimos dias.

Evidencia-se neste discurso, o quão pulsa uma vida transbordante, no percurso inexorável de doença incurável, marcada com piora progressiva, aproximando-o da morte. A impotência ante o processo de morrer e da morte, transforma-se numa fonte criadora inesgotável de vida pulsante, conduzindo-o a intensas reflexões acerca do significado de seu existir. Para minorar o sofrimento psíquico, busca saídas criativas: trabalho, música, família como um caminho possível para lidar com a perplexidade de uma existência constantemente acossada por perigos e ameaças.

Isso tudo nos remete à dimensão do cuidado. Primeiramente, chama-nos a atenção que etimologicamente a palavra cuidar significa: ter cuidado, tratar de, assistir. Procede do latim “cogitare”, cujo significado, dentre outros, é pensar, imaginar, meditar, supor, refletir de modo positivo sobre algo ou alguém. O cuidar faz parte da dimensão construtiva no sujeito. A escuta, na prática clínica, dos pacientes acometidos por doenças graves irreversíveis que se confrontam com esta situação-limite, requer do psicólogo sensibilidade e coragem para se deixar afetar pela demanda do outro. Nesta perspectiva, o cuidado de si abrange inúmeras práticas, experiências modificadoras da existência, cuja finalidade é transformar o ser do sujeito, possibilitar a reinvenção e, assim, estabelecer para si um modo de vida ético, belo e estético.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O nascimento marca a primeira experiência radical do início da efetiva condição humana. A vulnerabilidade do corpo e a finitude são signos da humanidade, representando, concomitantemente, mistério pela incapacidade do sujeito de compreensão em plenitude da significação do existir e também desafio pela ambição e obsessão insana de domar a morte e dilatar indefinidamente a vida. A única certeza do humano é a própria mortalidade. Somos mobilizados pela angústia de nos sabermos inexoravelmente mortais. Nos cânones da cultura contemporânea que valoriza demasiadamente produção, consumo, beleza, vitalidade e saúde, trilhar por caminhos de enfermidades graves e letais exige do sujeito capacidade de superação, resistência, mesmo em sua condição de doente, desamparado, dependente e frágil emocionalmente.

A proximidade da morte carrega em si implicações gestadas no medo, recusa, impotência, fracasso, culpa. Todos esses sentimentos subjazem a experiência do adoecimento, devendo, portanto, serem levados em consideração nos momentos solenes do final de uma existência. Neste estudo de caso de Marcelo os tempos (passado e presente) projetaram-no para o futuro, com permanência do desejo e da satisfação. Nos instantes derradeiros, assoma à saída da vida, com o transbordamento de toda a potencialidade criativa, expandindo sua capacidade amorosa e tenra pela figura materna, aprofundando os laços de afeição, valorizando tudo aquilo que é vivo, que lhe confere sentido existencial e, sobretudo, que lhe faz sentir-se realizado e feliz.

Isto implica em romper com todas as formas de controle, principalmente da sexualidade e resistência às práticas de normalização materializadas em saberes-poderes médicos os quais vão sutilmente se instalando e investindo sobre nossos corpos. Resistir a essas interpelações constantes constitui-se sempre como um grande desafio.

À título de ilustração temos, por exemplo, o discurso nas campanhas sanitárias do Brasil e das políticas públicas de prevenção da Aids como formas de vigilância. Prevenção pressupõe a possibilidade de se adotar condutas moralizantes, racionalizadas e de assujeitamento. Estamos falando, pois, de subjetividades controladas, assujeitadas que incorporam as prescrições disciplinares. O sujeito deste estudo ao fazer sua escolha pela palição, assume um ato de liberdade, criativo e de exercício da autonomia.

No intento de completar o inacabamento de sua própria vida, Marcelo utiliza o mecanismo de sustentação do seu desejo não enquanto falta, mas como produção e criação que são constituintes de nossa formação subjetiva. Isso lhe fez mudar radicalmente a sua forma de experimentação da vida diante do quadro de adoecimento. Seus desejos foram sustentados enquanto ética e estética de si. Resta dizer: trata-se do transbordamento de vida que ultrapassou os limites do prenúncio da morte.

REFERÊNCIAS

Fischer, R. M. B. (2001). Foucault e a análise do discurso em educação. *Cadernos de Pesquisa*, 114, 197-223.

Foucault, M. (2010). *A hermenêutica do sujeito: curso dado no Collège de France*, 3a ed. São Paulo: Martins Fontes.

Foucault, M. (2004). O cuidado com a verdade. In M. B. Motta (Ed.). *Ética, sexualidade, política* (pp. 240-251). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Foucault, M (1985). *Microfísica do Poder*. (Organização e tradução de Roberto Machado). Rio de Janeiro: Edições Graal, 5a ed. Graal.

Foucault, M. (1984). *História da sexualidade 2: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Edições Graal

Gomes, A. M. T., Silva, E. M. P., & Oliveira, D. C. (2011). Representação social da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidiana. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), 485-492.

Kovács, M. J. (1992). *Morte e desenvolvimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lei 9313/96 | Lei no 9.313, de 13 de novembro de 1996. Disponível em: <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/109536/lei-9313-96>.

Minayo, M.C.S. (1992). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: Abrasco.

Organização Mundial de Saúde (2007). *Cuidados Paliativos*. Disponível em http://www.almamix.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=118:oms-saude-2010&catid=21:saude&Itemid=97. Recuperado em 13/11/13.

Paula, P. S. R., & Lago, M. C. S. (2013). Da peste gay ao barebacking sex: AIDS, biopolítica e risco em saúde. *Ciencias Sociales y Educacion*, 2(4), 43-67.

Spink, M. J. (2000). A Ética na Perspectiva Social: da perspectiva prescritiva à interanimação dialógica. *Revista Semestral da Faculdade de Psicologia da PUCRS*, 31(1), 7-22.

CAPÍTULO 18

A IMPORTÂNCIA DA ROTINA NO DESENVOLVIMENTO DA APRENDIZAGEM E COMUNICAÇÃO DO ALUNO COM TEA

Data de aceite: 01/03/2022

Sara Alves Oliveira e Silva

Licenciatura em Pedagogia pela Faculdade Fan Padrão

Ezequiel Martins Ferreira

RESUMO: O presente artigo relata sobre a criança com TEA transtorno do espectro autista, tem como objetivo é mostrar como transtorno afeta na interação social é principalmente na mudança da família por isso a importância da rotina no desenvolvimento da aprendizagem da criança com TEA, como a rotina é importante nesse papel para a vida da criança, quais os desafios enfrentados para descobrir esse transtorno que assusta muito as famílias são os tratamentos especiais, métodos para que a criança se adapte a escola, levando sempre em consideração que a criança precisa da rotina tanto familiar como escolar, do trabalho em conjunto de especialistas, família e escola, os métodos a ser tomados para que essa criança com TEA consiga ter um rendimento, ou consiga se adaptar é se socializar ao meio escolar é várias as dificuldades que esses alunos vão encontrar mais que pode ser construído, ter uma adaptação é fundamental para essas crianças, uma rotina e acima de tudo uma aprendizagem.

PALAVRAS-CHAVE: TEA. Rotina. Aprendizagem. Socialização.

ABSTRACT: This article reports on TEA autism

spectrum disorder, aims to show how disorder affects social interaction is mainly in family change so the importance of routine in the development of learning TEA, as routine is important in this role for What are the challenges faced in discovering this family-frightening disorder are special treatments, methods for the child to fit in with school, always bearing in mind that the child needs both family and school routine, work together with specialists, family and school, the methods to be taken for this child with TEA to be able to earn an income, or to adapt is to socialize with the school environment are several difficulties that these students will find more that can be built, Having an adaptation is crucial for these children, a routine and above all a learning.

KEYWORDS: TEA. Routine. Learning. Socialization.

INTRODUÇÃO

O autista tem o amor mais puro, verdadeiro e sem preconceitos sabe por quê? Por que para os autistas o amor não vê diferença!

Gretchen Stipp

O transtorno de espectro autista (TEA) vem sendo discutido desde que o médico austríaco Leo Kanner em 1943 teve a sua descoberta quando começou, a identificar suas características, desde então tem se discutido suas causas, tratamentos, diagnósticos e uma série de conceitos que não são totalmente explicados o aluno com TEA, vem desde o

nascimento da criança, em alguns casos a descoberta é demorada, por ser um assunto bastante discutido e divulgado, ainda se encontra boa parte da população que são leigas e que vem descobrindo o que é o autismo.

A criança com TEA vem sendo analisado desde muito tempo, por acreditarem que esse transtorno poderia ser culpa dos pais, uma das várias hipóteses que seria uma comoção do desenvolvimento. No Brasil, ainda se encontram uma grande dificuldade de saber o número exato de TEA, por ter um diagnóstico demorado, e/ou por alguns pais ainda serem falhos em aceitarem o que seu filho possa ter, portanto se recusam a procurar especialistas no assunto.

É um grande desafio, para os pais ao descobrirem que o seu filho, possui o TEA, por acreditarem que não vão conseguir se adequar a uma rotina diferente da que talvez possam estar acostumada, ao acreditarem que a sociedade, escola, aceite o problema. Os processos utilizados para essa rotina no desenvolvimento devem ser conhecidos pelos os pais para que consigam dar uma vida de qualidade para essas crianças, então é fundamental que os pais, estejam preparados para lidar com tal situação, pois, é um longo caminho para que a criança esteja preparada para encarar o mundo a fora.

Segundo a Classificação Internacional de Doenças Relacionadas à Saúde (CID-10).

"A criança que possui o transtorno pode apresentar outros tipos de problemas não característicos como fobia, medo, sono perturbado, alimentação, ataques de agressão, uma série de problemas que nem sempre são percebidos pelos pais, que confundem com crianças mimadas". (OMS, 1993, p.53).

É normal que muitos acreditem que crianças que possuem TEA, pensem como nós, sentem ou veem. É aí que pode se agravar o transtorno, pois, eles são semelhantes a nós, mais veem o mundo com outros olhos e agem de outra maneira.

Para que uma criança com TEA esteja apta ao ambiente escolar, é necessário que o ambiente esteja preparado para começar o processo de adaptação da rotina do aluno, e que a família esteja preparada para ajudar seu filho (a) em uma nova etapa de sua vida, é importante também que os pais participem desse processo junto à criança, que as leve constantemente a escola para que se acostume com o ambiente, os alunos, e entenderem que os pais não vão abandoná-los, e que a relação professor aluno também seja preparada, pois é a partir dali que os alunos vão depositar sua confiança e vão começar seu aprendizado, é bastante importante que ambas as partes estejam preparados, pois é nesse momento que a criança vai se sentir confiante.

Segundo CID-10, a criança com TEA tem capacidades como qualquer outra criança, porém ela sente a dificuldade de expressar, e tende a ser mais atrasada que as outras, no momento em que a criança com TEA tem a sua rotina estabelecida ela irá conseguir se adaptar ao convívio social, e ao conseguir que a criança com TEA tenha essa adaptação, começara o trabalho para obter aprendizado. (OMS, 1993, p. 54).

É importante que a escola esteja preparada para receber esses alunos, que tenha

a inclusão necessária, que o professor tenha uma formação prática, teórica e que estejam preparados para os desafios que vão encontrar com todos os alunos que tenham TEA, de acordo com Paulon, Freitas e Pinho:

A aprendizagem dos alunos é uma das metas fundamentais, não só dos professores mas de todo o profissional que esteja ligado à educação e com uma prática que alcance os resultados. (PAULON et al, 2005).

Para que a criança tenha então uma rotina, é importante a participação de todos, para o seu desenvolvimento escolar, familiar e social. Sem a rotina, adaptação e o desenvolvimento da criança será mais extenso. O artigo trás os principais autores, Leo Kanner que dá ênfase ao assunto desde 1943, Whitman que discute o a utilização do nome autismo para TEA, alguns métodos para utilizar com a criança. Belisário, Mata, Cunha que mostra o despreparo dos profissionais, Notbohm que traz como devem ser tratados os alunos com TEA é como todos devem ser iguais, Cunha discute a importância do bom método para utilizar em sala, Coelho e Duarte, as principais funções da PECS, o recurso por troca de imagem, Teixeira as pequenas mudanças de rotina diária, Bosa traz um aspecto bastante importante, a família no meio social da criança TEA. Pensando nisso, de que maneira a rotina pode ajudar o aluno com TEA no aprendizado?

TEA E SUAS DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM (CONCENTRAÇÃO)

Em 1906 o psiquiatra suíço Plouller, empregou o termo autismo, por observar alguns dos seus pacientes que tinham comportamentos diferentes ou demência precoce, mais só em 1943, o psiquiatra Leo Kanner deu mais ênfase ao assunto por estudar 11 crianças que apresentaram comportamentos diferentes, como déficit de atenção e comunicação, falta de socialização, movimentos repetitivos e a interação da criança em seu ambiente, antes disso as crianças que teriam que ser incluídas em outros tipos de transtornos considerados na época.

Segundo o CID-10, “O transtorno é caracterizado por anomalias qualitativas em interações sociais, mútuas em padrões de comunicação e por um repertório de interesses e atividades limitadas”. (OMS, 1993, p.51). Esse transtorno engloba as questões afetivas, cognitivas, motoras, sociais e emocionais da criança.

Antes criança com TEA era chamado de autismo infantil e/ou infantil precoce, autismo de Kanner, ou de alto funcionamento, atípico, ou global do desenvolvimento, e até mesmo transtorno desintegrativo da infância ou de Asperger. De acordo com Whitman, “O nome tem sido utilizado para reconhecer as diferenças que existem para diagnosticar pessoas com espectro autistas” (WHITMAN, 2015, p.33). Em maio de 2013 na quinta edição do DSM-5. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais foi publicado finalmente como categoria o termo transtorno do espectro autista.

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno invasivo que irá associar

com diferentes condições apontadas pelo desenvolvimento neurológico, que pode agir tanto em conjunto ou separado, esse transtorno pode vir do mais leve ao mais severo, trazendo vários diagnósticos. Esse transtorno pode apresentar outras características como: medo, perturbação do sono, fobia, ataques de birras e agressões, que vão se apresentando ao longo do tempo, porém não se trata de uma doença e sim um transtorno no neurodesenvolvimento.

Atualmente é comum encontrar várias crianças que tenha esse transtorno, porém não se sabe ao certo o número de crianças que possui o TEA, mais se sabe que o Transtorno do Espectro Autista é diagnosticado quatro vezes mais no sexo masculino. Em alguns casos são diagnosticados no nascimento, outros os pais vão encontrando as diferenças ao longo do tempo, geralmente a partir dos três anos de idade quando aparecem alguns comportamentos diferentes, como alterações na comunicação, atraso na fala e compreensão da linguagem, interação social, aparência e vários gestos repetitivos, porém é muito difícil observar antes dos três anos, por apresentar alguns movimentos que crianças normais demonstrem.

A criança com TEA tem uma compreensão do mundo interno para o externo, podem ser vistos também outras manifestações que são de acordo com a idade. De acordo com Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, “podem aparecer comportamentos estereotipados ou repetitivos seja estereotípias, motoras simples” (DSM-V, 2014, p. 54). Que são vários os sinais que podem aparecer.

Quando se encontra esses problemas na família, procura-se por especialistas no assunto, pois são fundamentais que realizem um diagnóstico detalhado que possa auxiliá-los, para entender o que de fato a criança tem. Os diagnósticos são válidos quando se tem informações clínicas, onde será essencial em sua nova rotina, pois as intervenções desses especialistas vão ajudar no desenvolvimento da criança, mas nem todos são especialistas e entendem desses transtornos, por exigir vários tipos de intervenções estas informações são necessárias.

Nem sempre a busca por serviços pode ser rápida, muita das vezes é frustrante e demorada, ocorrem, problemas financeiros, pois, nem todas as famílias estão preparadas.

É importante lembrar que o transtorno não tem cura, quando os pais procuram por ajuda, automaticamente eles são encaminhados para a escola, pois é lá que eles vão conseguir desenvolver-se melhor, adquirir conhecimentos e se adaptar no meio social, o que vale lembrar, é se todas as escolas e professores estão preparados para receber os alunos com esse transtorno, porque tudo que é desconhecido gera uma exclusão apesar de serem iguais a qualquer um, eles requerem um tratamento diferenciado. Segundo Belisário, Mata, Cunha, que vão dizer:

O profissional dessa área tem um despreparo para lidar com o TEA, e é onde começa o grande desafio dos pais para colocar nas escolas, pois sabem que muitos desses, não estão aptos para ajudar o seu filho no desenvolvimento.

Deve-se ter um olhar pedagógico para trabalhar com essas crianças, pois o transtorno pode vir acompanhado de diversos problemas, que devem ser observados, por isso é fundamental o papel do professor nesse período em que ele começa no âmbito escolar para a sua adaptação.

A escola e a família devem trabalhar juntos para que a criança consiga está no convívio social, e consiga trabalhar com as outras crianças. A criança com TEA tem uma grande dificuldade em se concentrar e aprender, pois costumam ver as coisas de outro modo, apesar de que conseguem entender no seu tempo, então deve ser trabalhado com a criança que possui esse transtorno, o mesmo que se trabalha com os outros, para não atrapalhar o desenvolvimento social e a comunicação.

Quando a criança com TEA começa o mundo acadêmico, irá encontrar algumas dificuldades, a principal é a de comunicação e concentração, pois diferente dos outros eles vão ter um raciocínio e linguagem mais lenta, para Notbohm, não se pode julgar a criança com TEA, pela aparência, pois mesmo que ela tenha dificuldades de se comunicar e concentrar ela pode tentar. (NOTBOHM, 2014, p. 28).

Portanto, antes de qualquer coisa o profissional deve se organizar e preparar o ambiente, para receber essas crianças com TEA e trabalhar como as outras, tratando todos iguais. Ao entrar na escola tudo é novo e muito difícil para a criança com TEA, e às vezes ela não entende o porquê, de estar naquele lugar, só assim irá se adaptar ao convívio escolar e social, com acolhimento e inclusão.

Os conteúdos só deverão ser aplicados depois de todo o processo de adaptação, para que se acostume com a rotina do ambiente escolar, depois se desenvolvam nas atividades, pois é interessante descobrir o que essas crianças trazem de casa.

As crianças que possuem o TEA precisam de métodos, que possam auxiliar no seu aprendizado, não sair aplicando qualquer conteúdo, pois, eles podem não conseguir e nem entender o que o profissional está passando. As crianças com TEA adquirem uma grande quantidade de informações, o que às vezes em seu desenvolvimento atrapalha por não conseguirem acatarem todas as informações necessárias de uma só vez, por não obter um processamento igual ao das crianças normais, como à atenção, organização e linguagem correta. Segundo Whitman

As crianças com o transtorno do espectro autista se envolvem em comportamentos "paradoxais" em alguns momentos vão ignorar o ambiente e perdendo a atenção é o foco. (WHITMAN, 2015, p. 81).

Portanto, o cérebro dessas crianças com passam a agir de forma diferente com tantas informações, ignorando tudo e todos, para que consiga ter um bom aprendizado, que tenham concentração como as demais, apesar de serem diferentes, as escolas devem tomar um posicionamento melhor para atender essas crianças, levando em consideração

o seu tempo.

Antes de tudo, para que comece todo o processo de aprendizagem, o profissional deve estar preparado para saber falar com essas crianças e que conquiste um laço de confiança. É um grande desafio para o educador ter essas crianças, e entender que nem sempre vão atender o que estão pedindo ou falando, como as outras, que para adquirirem conhecimentos são necessárias explicar mais vezes, pois, quando se fala de crianças com TEA, estamos falando que, muitas vezes não entendem as expressões usadas como as outras crianças, de acordo com Notbohm.

“O Autista tem um vocabulário restrito, não entende gírias, piadas, indiretas e sarcasmos, então muita das vezes usa de expressões quando não entende, ou quando quer algo mais não é entendido” (NOTBOHM, 2014, p. 57).

Nesta situação é necessário que não usem expressões que não entendam, pois, assim irá atrapalhar no seu desenvolvimento, e para que haja um grande avanço, principalmente a concentração da criança TEA, o ambiente deve estar higiênico, sem muito barulho, sem muita claridade, por que assim eles não vão conseguir se concentrar ficando sobrecarregados, causando incômodo, o que pode levar a não conseguir fazer mais nada, ficando dispersa e até mesmo correndo o risco de acabar dando às crises que muitos possuem o transtorno podem dar.

Os profissionais especializados devem junto à escola estar preparado para lidar com as crianças que tenham TEA. A vida do TEA tem muitas barreiras, à adaptação é muito difícil, se para uma criança normal é complicado, para uma criança com TEA é maior, à escola sempre deve estar ligada com a família.

O educador deve estar em sintonia com o aluno TEA todo o tempo, para que consiga alcançar sua autonomia, lembrando que sempre deverá trabalhar a interação, comunicação, movimentos, habilidades e cognição, sempre estimular a concentração do aluno TEA durante o processo em que ele estiver em sala, pois, uma das grandes dificuldades que eles têm é a de comunicação e concentração o que acaba impedindo a aprendizagem.

Segundo Cunha, “é importante que as atividades causem interesses pelos alunos com TEA para que eles em pequenos passos possam seguir descobrindo novas formas de aprendizagem.” (CUNHA, 2016, p. 123).

A criança com TEA vai ter uma ausência de capacidades de se comunicar e trabalhar o meio social, sendo assim pode atrapalhar no seu desenvolvimento da aprendizagem, portanto a integração social vai ser um mecanismo que vai ajudar o aluno TEA a se socializar, é onde o profissional deve fazer essa mediação.

A aprendizagem dos alunos com TEA é similar ao das crianças normais, porém nem sempre o educador vai conseguir a atenção deles. Que eles consigam focar ou falar como os outros, o afeto é um dos métodos que pode vir chamar atenção deles por isso é essencial que o profissional tenha a observação para saber como cada aluno vai reagir.

Poderá ter alunos que vão ter um alto índice de dispersão e hiperatividade, cada

transtorno, vem com um histórico diferente, então é onde o profissional deve ter uma estratégia para conseguir fazer com que esses alunos se adequem o cotidiano da sala e assim consiga alcançar o conhecimento e ao mesmo tempo à socialização.

A IMPORTÂNCIA DA ROTINA PARA O DESENVOLVIMENTO DA CONCENTRAÇÃO

O desenvolvimento da aprendizagem do aluno com TEA tem várias dificuldades específicas, como a de leitura, matemática, concentração, e o que é mais discutido, é o fato de que ensinar para essas crianças devem ter um processo de ensino e aprendizagem iguais a dos demais e principalmente atribuir isso à rotina, pois, nem sempre são aceitas com naturalidades as mudanças, mais é sempre bom lembrar que deve ensinar aquilo que esteja ao alcance deles, no tempo deles. Conforme Cunha apresenta.

“O profissional deve ter em relação a esses alunos a observação, avaliação e mediação, pois assim ele vai conseguir lidar melhor e entender como trabalhar com eles de forma que eles entendam, aprendam, e se acostume a conviver em sociedade”. (CUNHA, 2016, p. 53).

A rotina é bastante importante, nunca deixar de lado, pois eles se sentem mais seguros quando é trabalhada uma rotina que eles já tenham costume, que trazem de casa, e como trabalhar isso na escola para ter um bom desenvolvimento, para que eles aprendam de forma necessária, mesmo que alguns profissionais acreditem que a rotina é perda de tempo ou um atraso na vida dessas crianças, eles estão errados, pois é, fundamental no processo de aprendizagem, socialização, concentração, a rotina ajuda em muitos aspectos, por isso o profissional deve estar atento a essas informações, porque para eles é bastante importante a rotina.

Em alguns momentos é necessário explicar que nem tudo é possível de se fazer todos os dias, pois podem chegar momentos em que o aluno com TEA se recuse a fazer tal coisa, por não se sentir seguros naquilo que irão desenvolver, é importante então que a escola trabalhe isso com as crianças aos poucos, para que vão se acostumando a nova realidade e que nem tudo vai ser naquele momento ou dia.

É importante também que seja trabalhado com a criança TEA a concentração, pois evita a desordem de muitas informações e pensamentos aleatórios, isso pode auxiliar na memória. O incentivo do profissional para a criança é um grande apoio para o interesse do aluno, pois ela se sente motivada cada vez mais.

A escola deve ter um bom planejamento, para saber lidar com os conteúdos que vão passar a essas crianças, sendo diversificado, não ficar apenas na mesma coisa, o tempo todo, até porque eles não conseguem ficar em algo por muito tempo. Para Cunha

Os encaixes, formas geométricas e recortes podem ajudar muito a criança na concentração, o que é bastante importante para o desenvolvimento. Á coordenação motora grossa e fina que são uma das habilidades que pode

ajudar elas a se desenvolver. (CUNHA, 2016, p. 96).

Atrair a criança para o desenvolvimento da curiosidade é bastante importante, assim eles vão começar a se desenvolver e se concentrar. É bastante importante trabalhar musicalidade, jogos de raciocínio e memória, pois podem começar a se interessar e despertar um dos processos de aprendizagem e concentração.

O processo de aprendizagem dessas crianças deve ser trabalhado o cognitivo e sensorial, trazendo também sempre um pouco da rotina que eles possuem, pois não pode ser deixado de lado, e lembrar que essas crianças têm suas visitas ao médico o qual são rotineiras, e que não podem ser mudadas, visto que essas consultas ajudam muito no desenvolvimento, fazendo um tratamento correto, a escola, a família e os especialistas, a criança terá mais chances de se adaptarem facilmente, e não ter tantos problemas na escola e no meio social.

Para o aluno com TEA é importante que, as escolas tenham um ensino colaborativo, que trabalhe o individual e em grupo, sendo assim socializando as crianças com as outras para que não tenha a exclusão e sim a inclusão. Segundo Sasaki “a sociedade deve se adaptar ao processo de inclusão, pessoas com necessidade também se preparam para exercer seu papel na sociedade”. (SASSAKI, 1991, p 41).

Um dos pontos principais para a inclusão de crianças com TEA, é que todos devem estar envolvidos, tratando-os como iguais, e tentar entender o que às vezes pode estar passando na cabeça deles, seja a família, amigos ou profissionais da área. Cada criança é de um jeito, possuem diagnósticos diferentes, por isso é necessário que o educador identifique essas diferenças visto que assim será mais fácil ter um processo de ensino e aprendizagem e um processo de adaptação mais eficaz.

É importante deixar que essas crianças se expressem seja por forma de desenho, fala ou representações, pois é uma forma da criança estar mostrando seu desenvolvendo de alguma maneira, segundo Cunha.

“Os recursos utilizados devem estar sempre ao alcance dos alunos, que possibilite de alguma maneira a sua aprendizagem e não as características do docente. A maneira de avaliá-los é diferente das demais, nunca os deixar de lado, pois eles não são um objeto da sala e sim crianças que não pensam ou fazem como as outras, mais fazem mesmo que seja em seu tempo, tudo acontece”. (CUNHA, 2016, p. 61)

Deve ser trabalhado com as crianças TEA, perder o medo de se socializar com as outras e ter uma interação, pois eles têm essa deficiência na interação social, o profissional deve estar preparado para mediar à interação deles com as outras, é importante que se trabalhe o lúdico com eles, brincadeiras de correr, de pular, visto que ajuda no desenvolvimento de habilidades e auxilia no seu desenvolvimento psicomotor, afetivo, social e principalmente na sua aprendizagem, todo esse processo irá acontecer em vários momentos e ao decorrer das aulas, para eles isso não acontece de forma rápida como as

outras crianças normais. Para Whitman.

“As crianças com TEA usam de habilidades não verbais, como gestos para a socialização, e em alguns momentos das brincadeiras utilizam de habilidades, porém apresentam algumas limitações”. (WHITMAN, 2015, p. 81).

As crianças com TEA não se beneficiam como as outras crianças em determinados ambientes, eles têm uma empatia para o contato visual, se expressar e interpretar. Devem ser trabalhadas imagens que possam mostrar de alguma maneira a rotina que a criança pode seguir e atividades que tenham linguagem visual, assim é uma forma deles começarem a se relacionar com as outras, algumas dessas crianças têm essa limitação na linguagem correta, eles conseguem então se adaptar melhor nessas atividades que faça a interação deles, esses recursos visuais ajuda muito no concreto, assim eles terão maior aproveitamento.

Em alguns ambientes são trabalhados as “*Pictures Exchange Communication System Pecs*”, que foram desenvolvidas por Bondy e Front (1993), que são sistema de comunicação por troca de imagens que podem auxiliar muito no desenvolvimento da criança, na comunicação, são dispositivos para o transporte e materiais visuais, em alguns casos são exigidos os treinamentos para que o profissional esteja apto para manusear essa ferramenta com a criança, já que um dos grandes problemas encontrados na escola é como se comunicar com esse aluno, são programas de melhoria.

De acordo com Coelho, “essas PECS selecionam algumas atividades para o reforço dos alunos com TEA e ajuda a ter uma comunicação funcional”. É bastante importante para a criança esse programa, pois poderá auxiliá-lo no seu desenvolvimento (COELHO 2015, p.3).

O PECS fornece para essas crianças habilidades de comunicação social, essas alternativas servem para o auxílio do aluno com TEA que tem dificuldades na fala, são vários os recursos que o profissional deve ter como, conhecimento para trabalhar com esse aluno, pois são vários os graus de TEA que eles deverão ter conhecimento, e como não pode deixar a rotina de lado é importante que o educador tenha um estudo continuado para saber sempre o que o seu aluno possa utilizar, a todo o momento ter estratégias para lidar com os problemas e comportamentos da criança. “As Pecs visam à aprendizagem da criança, sendo uma ferramenta de comunicação, em que o indivíduo tem a utilização de imagens em cores ou preto e branco”. (WHITMAN, 2015, p.190).

Alguns recursos são de baixo custo, como materiais simples que pode ser usado em casa, escola e demais ambientes em que a criança com TEA se sinta bem, não precisando de treinamento, apenas os de alto custo. De acordo com Duarte “o número de figuras aumenta o vocabulário das crianças com TEA”. (DUARTE, 2016, p.49). Essas figuras podem ser improvisadas de acordo com a capacidade do aluno, é muito utilizada para a rápida aprendizagem e habilidades da comunicação, também sendo usadas no cotidiano deles como a rotina.

Toda criança com TEA tem facilidade com alguma coisa, o profissional deve estar atento a isso, para saber usar dessa facilidade com a criança para o seu desenvolvimento, visto que poderá servir de alguma maneira para o próprio aluno na busca de conhecimento e autonomia.

É importante saber quais jogos e atividades eles são capazes de desenvolver, pois eles podem ter hipersensibilidade a algumas coisas e algumas crianças com TEA têm uma personalidade forte, então o que deverá ser trabalhado com eles são formas para estimular os interesses e acabar então com a agressividade.

No mundo das crianças com TEA não é muito fácil, todos os colaboradores devem estar preparados, para conseguir obter sucesso com eles e que seu desenvolvimento, concentração e aprendizagem seja de acordo com o seu tempo, por terem seus próprios momentos, porém se eles conseguiram alcançar essas etapas irá ser muito gratificante para eles, sendo assim estarão também alcançando a autonomia. Segundo Cunha “o bom material e apoio leva o educando a conquistar habilidades até atingir desempenho mais profundo.” (CUNHA, 2016, p.56).

Tudo que o aluno TEA consegue desenvolver sozinho é bastante gratificante para as escolas, famílias, especialistas e para eles mesmos, pois é uma conquista quando.

A ROTINA FAMILIAR E SUA RELAÇÃO COM A ROTINA ESCOLAR

A família é muito importante, quando descobrem a criança com TEA, eles serão todo o suporte, todavia para algumas famílias existe sempre aquela negação, raiva e culpa, e para que a criança se desenvolva e passe a ter uma vida normal com os pais e com todos à volta é importante então que tenham uma aceitação, visto que, por mais que eles tenham esse transtorno eles são normais, apenas requer um tratamento diferenciado, a família passa por várias mudanças até a adaptação necessária. De acordo com Cunha, a criança TEA depende da família, como membros que tenha cuidados básicos e necessários a suas necessidades, exercendo seu papel, no desenvolvimento e crescimento da criança (CUNHA, 2016.).

A família é o primeiro ponto principal na vida de uma criança TEA, porque juntos vão conseguir construir um mundo melhor, para que tenham aceitação, inclusão, e acesso ao meio social. Para terem uma relação entre a família e a escola é importante que os pais façam um trabalho e aprendam que não é só a escola e especialistas que irão ajudar essas crianças, e sim o apoio por ser fundamental principalmente aquele que vem dos pais, a escola é só um apoio para ter um bom desenvolvimento e aprendizagem.

A escola é um direito de todos e dever do estado independente do que eles tenham, e a família é a parte fundamental para que essa educação aconteça. Segundo a Constituição da República Federativa do Brasil:

A educação inclusiva nos mostra que a educação especial não deve ser

tratada como um simples atendimento e sim como parte do ensino e nesse momento é importante que a família e a escola tenham uma boa relação para que seja estabelecida a rotina familiar com a rotina escolar (BRASIL, 2008, p.13).

Na escola, é o momento em que a crianças com TEA tem suas experiências, e suas novas descobertas, se a escola e a família fizerem uma parceria eles terão um ótimo resultado no desenvolvimento da criança, a grande importância é que os pais/família estão por dentro de tudo que acontece com a rotina da criança isso ajuda muito na etapa escolar, por entenderem como funciona a vida da criança.

A rotina familiar deve ser ativa em todos os cenários. Nos dias atuais, o que mais se vê são famílias que não tem tempo, mais quando se tem uma criança com TEA é importante lembrar que agora eles serão responsáveis por toda atenção, em razão de não conseguirem enfrentar o mundo sozinho, portanto é de grande importância que os pais estabeleçam essa rotina, a escola não é um depósito para colocar as crianças com quaisquer dificuldades.

De acordo com Teixeira “o paciente com TEA pode se sentir aborrecido com a alteração da rotina diária, o que resulta muitas vezes em agressões”. (TEIXEIRA, 2013, p. 175). A família deve trabalhar essas pequenas mudanças na vida da criança talvez um pouco da “quebra de rotina”, para que comecem a se acostumar com diferentes coisas que não seja feita na rotina de todos os dias, é importante também que a família trabalhe novas adaptações com a criança.

A família nunca deve deixar seus filhos com TEA presos em casa, sempre tentar sair com eles até mesmo para a socialização dessas crianças com as outras, o que é fundamental para o desenvolvimento em alguns momentos. Essas crianças com TEA poderá recusar, pois nem sempre eles estão preparados para sair de sua rotina mais é importante que os pais insistam para o próprio desenvolvimento.

A família é o suporte da criança, em todos os aspectos como, emocional, econômico e social, onde ajuda à criança na interação social. Segundo Bosa, “o suporte social é importante recurso para a família e tem sido visto como um dos fatores-chave na realização do processo da vida da criança TEA” (BOSA, 2006, p.51). Quando a família passa a participar da rotina escolar do aluno ele consegue até mesmo ajudar seu próprio filho no desenvolvimento e nas descobertas que ele está fazendo, e no nível de aprendizagem e adaptação que está acontecendo por isso à grande importância.

Quando a criança com TEA percebe essa participação da família eles começam a se sentir importante, para Notbohm “a escola é principalmente a família deve acolher amar essa criança com TEA para que ela consiga alcançar uma vida digna sem muitas dificuldades” (NOTBOHM, 2014, p.100). Porque para a criança com TEA sempre terá uma restrição com as outras pessoas, mais quando a família acolhe a criança ela poderá estar preparada para a vida, pois a inclusão começa na família.

A família e a escola podem estar promovendo o quadro de rotinas que auxilia no desenvolvimento e no aprendizado, quando se familiariza a criança com a rotina podem possibilitar à autonomia da criança o que é sempre importante trabalhar isso nelas, uma autonomia tanto a família como a escola, e fazê-la compreender os objetivos que se deseja alcançar. Essa rotina é um instrumento que auxilia na sequência de ações e tem a função de antecipar os acontecimentos.

A escola deve promover a “auto regulação” do comportamento, que são alguns dos fatores que os educadores encontram nas crianças com TEA, muitas das vezes não conseguem manter o que aprenderem, por isso deve ter um foco maior para que ensine essas crianças a não perder o que já sabem mais em alguns casos elas conseguem dar nomes em partes do corpo de outra pessoa, pois conseguiram adquirir algo que não iriam esquecer por ver todos os dias, e ter um acompanhamento intensificado, reforçado, sem ter deixado de lado porque eles não conseguiram aprender na primeira, segunda ou terceira vez, mais isso não quer dizer que ela não conseguirá aprender, para Whitman “a criança com TEA deve ter repetição do treinamento, um estudo continuado, reforço seguidos de elogios e afetos, para a estimulação da criança” (WHITMAN, 2015, p. 285).

Quando a criança tem essa consciência, entende-se que elas conseguem fazer como os outros, eles também se sentem importantes o que ajuda bastante no desenvolvimento da criança, eles precisam tanto do apoio familiar como escolar, sem precisar que ninguém sinta pena deles, pois eles conseguem se sair bem em quase todas as atividades, nunca dizer que eles são incapazes porque eles não são, pois consegue fazer tudo no tempo deles e não no tempo que as pessoas queiram.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse artigo mostra a importância de se compreender o aluno com TEA como um distúrbio no desenvolvimento infantil, que é caracterizado como falta de interação social, as várias dificuldades que eles encontram para conviver no meio social, e como a rotina para essas crianças com TEA ajudam no desenvolvimento é aprendizagem o quão importante é. Como os pais devem estar preparados para uma nova adaptação tanto familiar como escolar, pois não são fáceis os desafios, é importante lembra que as crianças com TEA são como qualquer outra criança apenas vê o mundo com outros olhos.

São vários os preconceitos que eles podem sofrer, acontece desde a escola até a vida no meio social por isso à grande preocupação dos pais, como será a vida deles, na escola e no meio social, mais quando é trabalho desde a escola a criança de alguma maneira irá estar preparada para o mundo.

A inclusão deve estar presente em todas as escolas, e em todo lugar, pois todo o aluno tem direito a um ensino de qualidade mesmo que tenha alguns transtornos, mais eles conseguem aprender, dentro das suas limitações, pois exigem um aprendizado

diferenciado, e é onde as escolas devem estar preparadas, ter recursos para ajudar essas crianças, como PECS, quadro de rotina, são nas mudanças que vão encontrar professores com uma formação continuada, respeitando a gravidade que o aluno tenha.

A família e a escola devem sempre está unida para que o desenvolvimento e aprendizagem aconteçam com a criança TEA, é bastante importante manter essa rotina, pois para ela é uma garantia que eles estão indo, mais que ele só poderá voltar, é como uma escada que precisa de um corrimão para que as pessoas não caiam. Para as crianças com TEA é a mesma coisa, para eles a rotina é muito importante, mas não custam os profissionais sejam eles da educação ou da saúde, comecem a trabalhar essa quebra de rotina, mostrar a todos que nem sempre o que foi programado poderá acontecer em razão de considerar o tempo deles.

REFERÊNCIAS

BELISÁRIO J.F; MATA O. M; CUNHA P. **A inclusão escolar de estudantes com autismo na rede municipal de educação – síntese da frente de trabalho autismo e síndromes**. Belo horizonte: PBH, 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Imprensa Oficial, 2008.

BOSA C. A. **autismo: intervenções psicoeducacionais**; Revista Bras. Psiquiatra. 28 2006.

CUNHA Eugênio. **Autismo na escola um jeito diferente de aprender, um jeito diferente de ensinar**. WAK editora. 4 edição. Rio de Janeiro. 2016.

COELHO Charlotte. **Psicologia o portal dos psicólogos, o *Pictures Exchange Communication System Pec's***. Portugal, 2015.

DUARTE Adrian Falcão. **Conversando sobre autismo com pais e educadores**. AllPint Editora. São Paulo, 2016.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: editora Atlas S.A., 2002.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-V. American psychiatric association. 5 edição. Artmed.

NOTBOHM, Ellen. **Dez coisas que toda criança com autismo gostaria que você soubesse**. Edição atualizada e ampliada. Florianópolis, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Porto Alegre, Artes Medicas, 1993. P 227.246 a 248.

PAULON, S. M; FREITAS, L. B. L; PINHO, G. S. **Documento subsidiário à política de inclusão – Brasília: Ministério da Educação Secretaria de Educação Especial, 2005**.

SASSAKI, R. K. **Inclusão: construindo uma sociedade para todos**. 3 edição. Rio de Janeiro.

TEIXEIRA, G. **Manual de transtornos escolares - entendendo o problema de crianças e adolescentes na escola**. Editora Best Seller. Rio de Janeiro, 2013

WHITMAN, Thomas L. O **Desenvolvimento do Autista**. São Paulo: M Books, 2015.

SOBRE O ORGANIZADOR

EZEQUIEL MARTINS FERREIRA - Possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2011), graduação em Pedagogia pela Faculdade de Ciências de Wenceslau Braz (2016) e graduação em Artes Cênicas pela Universidade Federal de Goiás (2019). Especializou-se em Docência do Ensino Superior pela Faculdade Brasileira de Educação e Cultura (2012), História e narrativas Audiovisuais pela Universidade Federal de Goiás (2016), Psicopedagogia e Educação Especial, Arteterapia, Psicanálise pela Faculdade de Tecnologia e Ciências de Alto Paranaíba (2020). Possui mestrado em Educação pela Universidade Federal de Goiás (2015). É doutorando em Performances Culturais pela Universidade Federal de Goiás. Atualmente é professor na FacUnicamps, pesquisador da Universidade Federal de Goiás e psicólogo clínico - ênfase na Clínica Psicanalítica. Pesquisa nas áreas de psicologia, educação e teatro e nas interfaces fronteiriças entre essas áreas. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicanálise, atuando principalmente nos seguintes temas: inconsciente, arte, teatro, arteterapia e desenvolvimento humano.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Adoecimento 46, 47, 65, 85, 89, 176, 177, 178, 183, 187

Adoecimento psíquico 46, 47, 65

Adolescentes 7, 8, 9, 10, 12, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 59, 65, 68, 98, 99, 103, 145, 202

Aprendizagem 9, 22, 23, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 84, 89, 189, 191, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201

Atuação dos Psicólogos no CAPS-AD 155

Autocuidado 56, 60, 66, 117, 118

B

Bullying 40, 46, 47, 51, 53, 54, 97

C

Clínica psicológica 176, 177, 178, 184, 185

Competências 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 57, 89, 93, 123, 125, 129

Conversação 7, 10, 11, 12

D

Dependência química 155, 168, 169, 170, 172

E

Embodiment 18, 19, 26, 27

Emoções 20, 21, 23, 24, 29, 31, 32, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 83, 84, 88

Enfoque centrado en soluciones 95

Entrevista motivacional 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175

Escola 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 32, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 51, 52, 53, 123, 125, 146, 147, 149, 156, 189, 190, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202

Escuta 7, 9, 10, 15, 16, 27, 171, 177, 179, 180, 186

F

Família 9, 37, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 62, 63, 64, 65, 68, 123, 124, 125, 126, 127, 129, 149, 156, 159, 163, 170, 172, 173, 174, 183, 186, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 196, 198, 199, 200, 201

Finitude 176, 177, 179, 186

Formação profissional 70, 131, 132, 133, 136

G

Gestão em Saúde Mental 155

I

Inconsciente 1, 2, 4, 5, 10, 12, 15, 21, 24, 52, 83, 84, 85, 203

Interés por la carrera científica 70, 72, 75

Intervenção psicológica 60

L

Lacan 1, 2, 3, 4, 5, 6, 13, 15, 16

Literatura 60, 67, 94, 124, 144, 165

M

Memória 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 30, 83, 148, 173, 195, 196

Morrer 176, 180, 186

Movimentos sociais 144, 145, 146, 149, 150, 151, 152, 153, 154

Mudança 12, 21, 28, 67, 68, 123, 124, 125, 128, 129, 149, 164, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 189

O

O novo 7, 9, 10, 22

P

Pedagogía crítica 70, 73, 75, 78, 79

Pedagogía feminista 70, 72, 74, 76, 79

Políticas públicas 5, 51, 52, 53, 60, 78, 151, 153, 155, 156, 157, 160, 162, 166, 168, 174, 187

Práctica docente 70, 72, 74

Psicanálise 2, 3, 4, 5, 7, 9, 12, 14, 15, 16, 92, 203

Psicología positiva 95, 96, 103

Psicologia social 144, 145, 146, 147, 148, 149, 151, 152, 153, 154

R

Rede secundária 123, 124, 128, 129, 130

Relações abusivas 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 69

Relações de poder 60, 63, 64, 65, 152

Rezago universitario 131

S

Saúde pública 53, 54, 94, 155, 159, 160, 168, 169, 174

Sessão única 95, 102

Suicídio 95, 96, 97, 98, 99, 100, 103, 104

Sujeito 1, 2, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 33, 57, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 88, 145, 148, 152, 159, 168, 172, 174, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187

T

Terapia cognitivo comportamental 55, 58, 60, 80, 81, 83, 88, 89, 92

Terapia familiar 108, 109, 110, 113, 116, 117, 121, 123, 124, 125, 130

Transtorno de ansiedade social 55, 56, 58, 59

Transtornos mentais comuns 46, 47, 53

Tratamento 18, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 49, 52, 55, 57, 58, 59, 80, 81, 83, 84, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 158, 160, 163, 165, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 176, 177, 179, 180, 184, 185, 186, 192, 196, 198

Trauma 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31

Tutorias 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 142, 143

V

Violência 9, 14, 40, 43, 50, 53, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 124, 129, 158

Psicologia:

Técnicas e instrumentos de
acesso à mente humana



www.atenaeditora.com.br



contato@atenaeditora.com.br



[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)



www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena
Editora

Ano 2022

Psicologia:

Técnicas e instrumentos de
acesso à mente humana



www.atenaeditora.com.br



contato@atenaeditora.com.br



[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)



www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena
Editora

Ano 2022