

Psicologia na UFRB

Diversidade e territorialidade

Regina Marques de Souza Oliveira

Kelly Cristina Atalaia da Silva

Ana Flávia de Souza Santana

(Orgs.)



Psicologia na UFRB: diversidade e territorialidade

REITOR

Fábio Josué Souza dos Santos

VICE-REITOR

José Pereira Mascarenhas Bisneto

SUPERINTENDENTE

Rosineide Pereira Mubarack Garcia

CONSELHO EDITORIAL

Ana Lúcia Moreno Amor

Danillo Silva Barata

Josival Santos Souza

Luiz Carlos Soares de Carvalho Júnior

Maurício Ferreira da Silva

Paulo Romero Guimarães Serrano de Andrade

Robério Marcelo Rodrigues Ribeiro

Rosineide Pereira Mubarack Garcia (presidente)

Sirlara Donato Assunção Wandenkolk Alves

SUPLENTE

Carlos Alfredo Lopes de Carvalho

Marcílio Delan Baliza Fernandes

Wilson Rogério Penteadó Júnior

COMITÊ CIENTÍFICO

(Referente ao Edital nº. 001/2020 EDUFRB – Coleção Sucesso
Acadêmico na Graduação da UFRB)

Ana Flávia de Souza Santana

Ana Verônica Rodrigues da Silva

Kelly Cristina Atalaia da Silva

Marcelo Fonseca Gomes de Souza

Regina Marques de Souza Oliveira

EDITORA FILIADA À



Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

Regina Marques de Souza Oliveira
Kelly Cristina Atalaia da Silva
Ana Flávia de Souza Santana
(Orgs.)

Psicologia na UFRB: diversidade e territorialidade



Copyright©2022 by Regina Marques de Souza Oliveira
Kelly Cristina Atalaia da Silva e Ana Flávia de Souza Santana

Direitos para esta edição cedidos à EDUFRB.

Projeto gráfico, capa e editoração eletrônica:

Antonio Vagno Santana Cardoso

Imagem da Capa

Digasalinas -<imagem 4599451> , pixabay.com/pt

Revisão e normatização técnica:

Jaqueline Souza de Jesus

A reprodução não-autorizada desta publicação, por qualquer meio,
seja total ou parcial, constitui violação da Lei nº 9.610/98.

P974 Psicologia na UFRB: diversidade e territorialidade /
Organizadoras: Regina Marques de Souza
Oliveira, Kelly Cristina Atalaia da Silva e Ana Flávia
de Souza Santana. Cruz das Almas, BA: EDUFRB,
2022.
340p.; il.

Este Livro Eletrônico é parte da Coleção Sucesso
Acadêmico na Graduação da UFRB - Volume XXVII.

ISBN: 978-65-88622-83-4.

1.Psicologia – Ensino e estudo. 2.Psicologia –
Pesquisa e desenvolvimento. 3.Extensão universitária –
Análise. I.Universidade Federal do Recôncavo da Bahia,
Centro de Ciências da Saúde. II.Oliveira, Regina
Marques de Souza. III.Silva, Kelly Cristina Atalaia da.
IV.Santana, Ana Flávia de Souza. V.Título.

CDD: 50.1

Ficha elaborada pela Biblioteca Central de Cruz das Almas - UFRB.
Responsável pela Elaboração - Antonio Marcos Sarmiento das Chagas (Bibliotecário - CRB5 /1615).
(os dados para catalogação foram enviados pelas usuárias via formulário eletrônico).

Livro publicado em 18 de março de 2022.



Editora UFRB

Rua Rui Barbosa, 710 – Centro
44380-000 Cruz das Almas – Bahia/Brasil

Tel.: (75) 3621-7672

editora@reitoria.ufrb.edu.br

www.ufrb.edu.br/editora

www.facebook.com/editoraufrb

Agradecimentos

À Rainha das Águas,
zeladora da cabeça e bem estar emocional do território Recôncavo.

Aos Alunos,
que nos ensinam a aprender cada vez mais. Com paciência
diante de nossos limites pessoais e, por vezes, intelectuais.

Aos colegas Professores da Psicologia,
pela esperança.

À UFRB,
'Casa Mãe' de todos nós.

Apresentação

*Regina Marques de Souza Oliveira
Kelly Cristina Atalaia da Silva
Ana Flávia de Souza Santana*

O livro que temos aqui é esforço de uma coletividade ímpar.

Mãos invisíveis que trabalharam para que a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia fosse instalada neste território das águas da Baía de Todos os Santos.

Como na oralidade cantada das vozes das mulheres ameríndias e afro-brasileiras, podemos ouvir:

Eu sou a sereia que dança, a destemida lara
Água e folha da Amazônia
Eu sou a sombra da voz da matriarca da Roma Negra
Você não me pega, você nem chega a me ver
Meu som te cega, careta, quem é você? (RECONVEXO, 1989).

Em termos psíquicos este trabalho coletivo representa o desenvolvimento mental de um povo, de uma civilização que traz para o território do Recôncavo da Bahia uma dimensão inusitada, nova, paradigmática, que convoca e nos obriga a avançar no projeto de vida que o Brasil e o mundo têm para a Humanidade.

O Brasil é um território privilegiado, porque aqui, em terras indígenas e de mães d'água, aportaram os africanos, trazidos à força pelos portugueses.

No Recôncavo da Bahia, em suas águas, vários são os patrimônios imateriais da Humanidade: a Cidade de Cachoeira, a Cerâmica negra indígena cabocla de Maragogipinho, o Acarajé e as Baianas da Bahia e de São Salvador.

Conforme Milton Santos – negro, baiano, internacionalmente conhecido e premiado com o Nobel de Geografia (o Prêmio Vautrin Lud em 1994) e traduzido em todos os continentes do mundo – nos revela é do Recôncavo e de suas águas que nasce a cidade do Salvador. Ele nos diz isso em sua tese de doutorado defendida nos tempos em que esteve em exílio na França durante a ditadura militar no Brasil (SANTOS, 2012).

Sim, o Brasil é privilegiado, pelos povos que aqui nasceram e nos ensinam a preservação das águas, das matas e a cura através das folhas e dos recursos naturais da terra, do território do planeta, os povos indígenas. É privilegiado também porque os africanos, em sua dignidade e reverência firme a seus ancestrais da Mãe África, nos trouxeram a firmeza do caráter, a inteligência e tecnologias do trabalho, e o valor da vida na alegria dos cantos, das rodas de samba ou samba de roda, das mães que embalam e confortam as dores de meninos pequenos e grandes, que curam agouros e mal olhados, nos ensinam e nos protegem com rezas, nos indicando os caminhos da saúde mental e da serenidade. O que pode o africano e o indígena promover neste território de tantos conhecimentos presentes na cultura e territorialidade do Recôncavo? Os indígenas que aqui nasceram e o africano que aqui chegou cunharam a vida pelo amor à liberdade e independência. A tradição da Festa do Caboclo que sai de Cachoeira para atravessar as cidades do Recôncavo e ser celebrada em Salvador, a capital da Bahia, é rito de fundação étnica, social e política do Estado Brasileiro.

O Brasil precisa lembrar e manter vivo na memória – saúde mental de um corpo psíquico humano – que em 02 de julho iniciou-se o processo de independência do Brasil através das lutas, pensamentos e palavras vindas da boca e da fortaleza – dignidade – do pensamento indígena e africano. Através inclusive das revoltas quilombolas. Territórios de complexa organização sócio, política, econômica e cultural que agregam negros, indígenas e brancos pobres.

Sim, quem é e está no Recôncavo convive com os festejos e cerimônias que representam a convocatória para a insubmissão do negro africano e do indígena. Sim. Quem é do Recôncavo sabe. E quem não é deverá aprender sobre estes ritos e cerimônias. Estes ritos e valores possibilitaram a criação e instalação da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Quem é Recôncavo precisa sempre lembrar-se dos ancestrais e ensinar aos demais a necessidade da reverência aos que primeiro realizaram e abriram os caminhos para o bem estar coletivo e comunitário deste território.

E aqueles que aqui chegaram deverão ser capazes de imaginar a representação desta ritualística para o povo negro indígena do Recôncavo. Porque temos sido um farol potente, uma luz sonora, um canto que atravessa os mares – como a diáspora negra africana, a Kalunga – a assombrar e a soprar novos ares para a produção tecno científica para a Bahia, para o Brasil e para o mundo; neste livro, através de noções sobre o conhecimento da psicologia.

Aqueles que não conhecem o Recôncavo ou o conhecem apenas por suas ruas estreitas e povo inteligente, forte e solidário, talvez não escutem a dimensão perfeita do alcance de nossas vozes. Porém, é com simplicidade, tenacidade, esperança eterna calcada na ancestralidade e nos princípios de uma sociedade não ocidentalizada, que o Recôncavo produz sons para a psicologia brasileira.

Bonitas vozes, canções conceitos que favorecem o percurso de uma ciência que se importa e se implica com todos os corpos, com todos os povos, em um tributo para a necessidade da igualdade que deve ser cuidadosamente fomentada nos psiquismos humanos para a saúde mental nos contextos do mundo.

Sendo assim, os textos que aqui se demonstram são simples e sofisticados. Diretos e mais sutilmente entoados, produzindo uma diversidade ícone que emblematiza a territorialidade do Recôncavo.

Os autores, negros, de origem indígena e brancos, trazem esta característica em suas letras firmadas por uma psicologia clássica, mas também irreverente, nova, desafiadora na contribuição da construção de uma sociedade múltipla e etnicamente orientada.

Esta é a representação do conjunto dos textos. Obviamente, a diversidade do livro permeia diferentes linguagens psicológicas: da neurociência, do desenvolvimento infantil e adolescente, da psicanálise, da psicologia social, da educação, da psicologia da saúde em equipamentos do SUS e as relações com o SUAS e as dimensões psicossociais da população negra brasileira em termos de políticas públicas, epistemologias negras por cientistas negras da psicologia e movimento de mulheres negras. Enfim, um pequeno espelho do imenso mar que é a Baía de Todos os Santos nas águas que desaguam nos oceanos do mundo.

Alunos e professores assinam os textos aqui trazidos. Ofertando o seu presente que deverá ser depositado nas águas da vida. Da vida do povo do Recôncavo, do povo baiano, do povo brasileiro e dos contextos das civilizações humanas.

Se Iemanjá, como a Vênus de *Milus* ou Afrodite, representa o amor e a suavidade das águas, não é à toa que ela é a Rainha dos Mares, ao mesmo tempo em que é a Mãe Acolhedora que protege a cabeça – símbolo da saúde mental – e acolhe com cuidado o sofrimento e as dores de todos os filhos, indistintamente: negros, indígenas e brancos.

Sim, no mar, que na Bahia, é de Todos os Santos, não há distinção entre os seres. Todos podem ser acolhidos pelo conhecimento e

pela sabedoria que todas as mães e rainhas representam ou devem representar. Evidentemente as tensões e dificuldades para a igualdade existem. Sempre existem. Inevitável. Porém, todo conflito que se almeja superar deve percorrer persistentemente o encontro com o diálogo: abrir-se em disposição para novos desígnios, promovendo a tensão, que é o caminho do diálogo que posterga a extrema violência a fim de superá-la. Será possível em termos físicos e psíquicos a violência ser superada? Esse é o desafio da linguagem. Da palavra que constitui a Humanidade e ao mesmo tempo o canto eterno da oralidade das mulheres negras: anônimas mulheres negras e indígenas que promovem transformações elevadas, sem ter medalhas condecoradas.

Pouco importa. Elas atravessam os mares do mundo. E possibilitam abertura de fronteiras para muitos. Afinal, haveria honra maior que a edificação da vida em todos os cantos por onde passam?

Neste livro esta tarefa de acolhimento e divulgação de saberes e tecnologias para favorecer a construção de uma outra psicologia, vinda dos corpos negros, indígenas e não brancos do território do Recôncavo cumpre com o seu princípio.

Sem dúvida, não somos perfeitas, no desafio de construir uma psicologia do Recôncavo. Ainda não ganhamos a guerra. O percurso é longo. Para além de uma geração. Mas muitas batalhas por conhecimento foram vencidas. Este livro representa apenas uma delas. Entre tantas necessidades que o futuro vislumbra e o presente evidencia.

Todo conhecimento é abertura de caminhos. Que o leitor, ao abrir este livro, seja capaz de navegar e aportar em distintivo destino através das águas da Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Referências

RECONVEXO. Intérprete: Maria Bethânia. Compositor: C. Veloso. In: **Memória da Pele**. São Paulo Philips, 1 disco vinil, lado A, 4min28s, 1989.

SANTOS, Milton. **O centro da cidade do Salvador**. Edusp: São Paulo e Edufba: Salvador, 2012.

Sumário

Prefácio

Reinaldo José de Oliveira.....17

I – INOVAÇÕES NA PSICOLOGIA E SAÚDE MENTAL

Relações raciais e saúde: cientistas negras da psicologia

Regina Marques de Souza..... 25

ACS e redução de danos: juventude negra e democracia

Rafael Coelho Rodrigues 57

Mulheres negras e periferia: intervenção psicossocial

Alessandra de Jesus Santos Lopes,
Dóris Firmino Rabelo73

II – ENSINO E PESQUISA EM PSICOLOGIA

Aula de quê? Sobre uma experiência pedagógica

Ana Verônica Rodrigues Silva, Manoel Rocha Reis Neto,
Thiala Barreto, Leandro Souza dos Santos93

Pandemia e educação *online*

Ana Lúcia Barreto da Fonseca, Catiane Santos Ferreira,
Lara Barreto da Fonseca, Luana Soares,
Tainá Lima, Washington Luan Gonçalves de Oliveira..... 107

Flor do coração, rosa do sertão: frutos da UFRB

Silvana Batista Gaino,
Suzana Rosa de Almeida 127

Depressão materna e desenvolvimento infantil

Camila Amorim,
Cristiane Ajnamei dos Santos Alfaya147

Transtorno Neurocognitivo Leve: indicadores estruturais e cognitivos	
Kelly Cristina Atalaia da Silva, Francine Teixeira de Sena, Ingride Souza Lima, Valdinei de Jesus dos Santos, Washington Luan Gonçalves de Oliveira.....	165

III – SERVIÇO DE PSICOLOGIA E CUIDADO EM SAÚDE

Psicanálise infantil e relações étnicas no Recôncavo	
Regina Marques de Souza, Manoel Rocha Reis Neto	189

Ambulatório de atenção às pessoas em condições crônicas	
Jeane Saskya Tavares, Alanna Tays Piton Nogueira, Ayêska Luzia Cardozo de Jesus, Manuela Pinheiro Santos, Mariana Matos de Almeida, Ramoni Alves Malta	219

Prática neuropsicológica: relatos de casos clínicos	
Kelly Cristina Atalaia da Silva, Ailla Cardoso da Silva Santos, Camila Oliveira de Amorim, Lais Souza Anias, Renata da Silva Lima, Sandra Jesus Almeida, Tainá Moraes da Silva.....	239

IV– PSICOLOGIA EM EQUIPAMENTO COMPLEXO DE SAÚDE

Psicologia na UTI: humanização no SUS	
Ana Karina Araújo Sousa Souto, Yasmin Santos dos Anjos, Regina Marques de Souza.....	261

Psicólogo e paciente: internação domiciliar no SUS	
Nádia Ribeiro de Sousa, Regina Marques de Souza	287

Queimaduras no SUS: escuta de mães e crianças	
Regina Marques de Souza Oliveira, Yasmin Santos dos Anjos, Ana Karina Araújo de Sousa	307

Sobre os autores.....	333
------------------------------	------------

Prefácio

Reinaldo José de Oliveira¹

Os textos que compõem o ebook *Psicologia na UFRB: Diversidade e Territorialidade* representam a tentativa e o esforço de fazer dar a conhecer uma pequena e diminuta amostra do que professores e alunos da UFRB nestes 15 anos de existência têm promovido.

Os textos selecionados constituem-se enquanto relatos de ensino, pesquisa e extensão no campo da graduação em psicologia.

O corpo do livro está constituído em quatro partes, eixos de conhecimentos no campo psicológico que pautam atividades sobre inovações na psicologia e saúde mental, atividades organizadas nos estágios oferecidos no curso de psicologia e práticas de cuidados em saúde, ensino e pesquisa em psicologia e psicologia no Sistema Único de Saúde.

Na primeira parte, encontramos capítulos sobre a abordagem psicológica em territórios periféricos do Recôncavo da Bahia. Textos que iluminam a ótica sobre a percepção dos corpos negros no espaço social comunitário das vivências em saúde, da formação acompanhada por professores dedicados no fazer ético político de uma formação psicológica que se implica com os corpos vulnerabilizados e emblemáticos do Recôncavo.

Neste sentido, esta primeira parte nos trará a possibilidade de perceber a sensibilidade humana, no trabalho de intervenção psicossocial com mulheres negras, bem como o engajamento político responsável que analisa a condução dos processos democráticos operacionalizando

¹ Sociólogo, Mestre, Doutor e Pós Doutor em Sociologia Urbana (2013), Territórios Negros e Segregação Racial. Pesquisador Financiado pela Fundação Ford, realizou estudos em Lisboa no Centro de Estudos Territoriais (CET) e em Paris, no Centro de Análise e Intervenção Sociológica (CADIS) da Escola de Altos Estudos em Ciências Sociais (2009). Consultor do Instituto 'Diversity Ethnic e Professor da Educação Básica e Ensino Superior.

ações possíveis com agentes comunitários de saúde no difícil trabalho de redução de danos com a juventude pobre e, em sua maioria negra, que necessita de políticas de estado para o efetivo acesso à saúde em territórios sem cidadania.

Também se vislumbra nesta primeira parte um relato sobre o tripé ensino, pesquisa e extensão e o rico trabalho desenvolvido na graduação de psicologia em interdisciplinaridade com os outros cursos da UFRB, a partir de epistemologias negras; cunhadas há mais de um século, por cientistas negras e negros da psicologia, saúde mental e relações raciais.

Os três trabalhos, em estilos e linguagens distintas, são inovações na psicologia brasileira que em seus quase sessenta anos de regulamentação de profissão no Estado brasileiro, apresenta poucas propostas técnico científicas para os mais de 100 milhões de brasileiros de ascendência negra (IBGE, 2010). Neste sentido, este livro apresenta de certo modo, ainda que com modéstia, uma quebra de paradigmas, pois procura romper – ao menos em sua forma – com o classicismo técnico e asséptico de uma psicologia elitista e pouco implicada com a sociedade e os excluídos.

Na segunda parte, os capítulos apresentados são decorrentes das atividades desenvolvidas no serviço de psicologia da UFRB a partir dos cuidados em saúde em diferentes abordagens psicológicas.

Nesta parte, textos precisos, bem dosados e relevantes nas abordagens psicanalítica, teoria cognitivo comportamental e neuropsicologia, demonstram o fazer na clínica do cuidado em saúde e o deslindar de estagiários de psicologia, crescendo na capacidade de favorecer o exercício de uma psicologia qualitativa em seu cotidiano com as pessoas e pacientes da comunidade do Recôncavo que necessitam do trabalho do psicólogo. Ao mesmo tempo eles legitimam a capacidade técnica dos estudantes e seus professores em organizar interessantes relatos escritos, frutos de

supervisões clínicas mediadas pela escuta de professores psicólogos com expertises específicas no campo psicológico e dos cuidados em saúde.

Na terceira parte concentra-se o maior número de capítulos e são relativos ao ensino e a pesquisa. Começamos pelo ensino e a proposição: Aula de quê? É uma pergunta provocadora e instigante, que com experiência e sabedoria consolidada inscreve pedagogias da liberdade, no estilo clássico e vanguardista freiriano, capaz de produzir consciência emancipatória em alunas e alunos jovens da graduação em psicologia. Na sequência desta parte, as discussões da psicologia no contexto da família e da educação focalizam as necessidades remotas de educação na pandemia. A crise sanitária que atravessamos traz reflexões importantes na emergência desta segunda década deste século, e que com certeza, trarão desdobramentos para o campo da psicologia e educação. Esta pesquisa sobre o ensino na pandemia é discussão importante para a psicologia.

Após os textos acima referidos, ainda nesse eixo do livro são trazidas duas perspectivas bem delineadas de pesquisa: atualização de revisão sistemática sobre depressão materna e desenvolvimento infantil, bem como indicadores cognitivos e estruturais do transtorno cognitivo leve. De fato, assunto para especialistas bem posicionados nos avanços tecno científicos da ciência que dialoga diretamente com as funções biológicas do corpo humano, a fim de compreender os processos mentais, emocionais e comportamentais dos sujeitos.

A parte três, e lembremos que três é o número da unidade entre mente, corpo e espírito, sendo também o três, o *odu*, no Candomblé, que significa domínio sobre o elemento terra e o prosseguimento na abertura de estradas e caminhos para o desenvolvimento da civilização humana. Sendo assim, a parte três é encerrada com um inusitado texto. Cheio do hibridismo da relação construída entre o ensino, a aprendizagem e a pes-

quisa. O texto, além de trazer importantes conceitos psicológicos sobre as abordagens psíquicas que referendam o cuidado interdisciplinar com crianças e adolescentes, é regado pela apresentação das vitórias sobre as adversidades humanas e o pleno sucesso a partir de repercussões pessoais e sociais relevantes de professora e aluna da Universidade Federal do Recôncavo. Mestre e iniciada, aprendiz e feiticeira, mulheres cientistas da psicologia, que desbravam territórios, marcham, como Ogum, o guerreiro invencível, na terra. Rompem fronteiras, mediadas pelo sonho e compromisso com o desenvolvimento de si e da profissão psicológica. Este texto é de difícil apresentação, porque traz a suavidade das rosas raras da vida, cujo perfume sempre lembraremos, ainda que elas não mais estejam fisicamente presentes. Assim sempre é lembrado o aluno da psicologia da UFRB por seus professores: *que mesmo não te vendo te vigia como mãe... que dorme olhando o filho com os olhos na estrada...* (DJAVAN e MORAES, 1992).

Finalmente a parte quatro encerra o livro. Ela é representativa de um silêncio político social que resvala também no projeto singular da formação do psicólogo para o aviltado, nos últimos tempos, Sistema Único de Saúde. Abordando ações da psicologia no Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus, ele formata três experiências interessantes com crianças e suas mães, na Unidade de Tratamento de Queimados, sendo o *Movimento Popular 11 de dezembro* um dos importantes responsáveis pela implantação do HRSAJ neste território em função das dezenas de mortes e sequelas no incêndio da fábrica de fogos de artifícios com repercussões nos Tribunais e Cortes de Direitos Humanos Internacionais. Apresenta o ambiente e trabalho da equipe de saúde no boletim médico da Unidade de Terapia Intensiva e as circunstâncias da relação paciente e psicólogo no serviço de internação hospitalar.

O livro, nesta última parte, provoca, de modo genérico, reflexão sobre o passado, o presente e o futuro. E deixa aberta uma fronteira de esperança: de que a psicologia do Recôncavo seja sempre fértil e comprometida com a sociedade brasileira como o sonho parcialmente realizado das lutas conquistadas com a Constituição Federal de 1988. Mais de trinta anos se passaram. Uma geração de psicólogos ganhou maturidade diante dos avanços que o SUS e o SUAS promoveram para a formação e atuação do psicólogo brasileiro. Hoje a psicologia está silente?

Como dissemos, resta a marcha, o limite da fronteira neste livro não se encerra.

Não, não há fronteiras. A vida nos leva onde o sonho nasce. No Recôncavo da Bahia, não há mais retorno. O desenvolvimento impera e espera. Restam a esperança e a luta, com seriedade, dos gestores, dos professores, dos alunos e sociedade. Para produzir novos sonhos e continuar as marchas, longe dos muros, em plena rua!

Santo Antônio de Jesus – Bahia, 31 de agosto de 2020.

Referência

ROTA do Indivíduo. Intérprete: Djavan. Compositores: Djavan; Moraes. Orlando. In: **Coisa de Acender**. Nova Iorque: Sony Music, 1992.

I – INOVAÇÕES NA PSICOLOGIA E SAÚDE MENTAL

Relações raciais e saúde: cientistas negras da psicologia

Regina Marques de Souza

No título deste texto utilizamos o feminino *cientistas negras*. Falaremos de mulheres e homens negros. Mas, preferimos formatar a desinênciade gênero no feminino, conforme as constantes das civilizações negro-africanas do respeito sagrado às mães, à sabedoria e à liderança das mulheres negras (HAMPATÊ BA, 2000; OLIVEIRA; SERBIN, 2017; SERBIN, 2018).

Na psicologia brasileira, desde o final do século XIX, existem inscrições de cientistas brasileiros e internacionais que se protagonizaram nas referências em saúde mental e relações étnico-raciais.

No entanto, nos currículos formativos em psicologia no Brasil, poucos são aqueles que são lembrados e catalogados como referências importantes em psicologia e relações raciais para fortalecer o tripé ensino, pesquisa e extensão nos cursos de graduação em psicologia do país.

Este tem sido um desafio importante para o ensino, a pesquisa e a extensão nos currículos formativos da psicologia, pois, em geral, a academia científica apaga os autores negros das relações étnicas na saúde mental. Nestes campos, importantes cientistas negras e negros do Brasil e da diáspora africana empreenderam estudos que se tornaram referências para o mundo e influenciaram diferentes escolas de saúde, psicologia e saúde mental. A academia científica psicológica realiza o clássico epistemicídio (MBEMBE, 2015; 2020) – a invisibilidade e apagamento das epistemologias negras –, desprezando autores da saúde mental e psicologia que abordam as relações étnicas e raciais sempre presentes no fazer científico.

Estamos falando de autores do Recôncavo, da Bahia, do Brasil e da Diáspora Negra no mundo. Ancestrais da epistemologia da saúde mental, psicologia e relações raciais estudados, pesquisados e revividos no contexto da psicologia da UFRB: Juliano Moreira (1906; 1922; 1955), Guerreiro Ramos, Frantz Fanon (2011), Virgínia Leone Bicudo (1945; 2010), Lélia Gonzalez (2018), Neusa Santos Souza (1982; 2018), Izildinha Batista Nogueira (1998; 2000; 2016) Maria Aparecida Bento (2016; 2002) e José Tiago Reis Filho (2000; 2005). Estas são apenas algumas da grande gama de cientistas importantes e fundadoras de estudos sobre saúde mental, psicologia e relações raciais: saúde mental da população negra. Ou seja, conforme observado, os estudos atravessam mais de um século de produção sobre psiquismo e subjetividade negra (saúde mental), inaugurados pelo baiano Juliano Moreira entre 1900 e 1906, passando pelas cientistas baiana, mineira e paulista – Neusa, Lélia, Virginia, Isildinha e Cida Bento, ao mineiro José Tiago Reis Filho – e chegam até os nossos dias; embora, nesta lista elencamos apenas os pioneiros que iniciaram suas pesquisas antes do início do novo século.

Deste modo, os estudos na saúde mental e populações negras no Brasil datam desde 1900 com Juliano Moreira, que se destacou como um combatente psiquiatra negro frente ao racismo científico. Opondo-se consistentemente a Raimundo Nina Rodrigues que defendia a inferioridade intelectual do negro, médico maranhense radicado na Faculdade de Medicina da Bahia, na qual ambos eram professores (ODA; DALGALAR-RONDO, 2000, p. 178-179; MARTINEZ-ECHAZÁBAL, 2006, p. 109-110).

Podemos considerar que Alberto Guerreiro Ramos, nascido em Santo Amaro da Purificação/BA, embora seja um importante sociólogo, é o precursor dos estudos sobre branquitude na psicologia social, considerando que escreveu sobre a dimensão subjetiva do ser negro a partir de

um humanismo existencialista, abordando as relações institucionais na interação com a sociedade branca nos textos *O negro desde dentro* (1954) e *Patologia social do branco brasileiro* (1955).

Abordar autores fundadores da psicologia e relações étnico-raciais no contexto do ensino, pesquisa e extensão é desafio crescente na atualidade brasileira, mas estamos avançando. Visto que na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia o curso de psicologia vem realizando importantes diferenciais no fazer psicológico a partir do tripé da universidade pública brasileira. Neste tripé, baseado nos ensinamentos de cientistas das relações raciais e da saúde mental, temos realizado ações na psicologia através de olhares formativos que consideram a população negra do Brasil e também, obviamente, do Recôncavo e da Bahia, o estado mais negro do país.

Portanto, nosso objetivo neste capítulo é apresentar as inscrições de cientistas brasileiros da psicologia, saúde mental e relações étnico-raciais que na UFRB, no Recôncavo, através de seus ensinamentos, estão ajudando a formar a base do ensino, pesquisa e extensão no curso de psicologia. As indicativas que apresentaremos dizem respeito ao protagonismo de autores que temos trabalhado na psicologia da UFRB por meio (i) das atividades desenvolvidas ao longo dos anos no ensino, com disciplinas optativas, como Saúde Mental da População Negra, e Estágios básicos e supervisionados nos cursos de graduação em saúde, (ii) dos eventos na extensão, como o I Simpósio do NEPPINS/UFRB e CREAS – Infância e Adolescência: psicanálise, identidade, negritude e sociedade (2011) e projetos de extensão com bolsa PIBEX, como o AMORES PRA TI – Ambulatório Móvel de Práticas Territoriais e Interdisciplinares – e os Congressos Internacionais Territorialidade e Saúde – desigualdades raciais e sociais em contextos locais e globais (Edição PROEXT, 2014), Saúde Mental da População Negra e Educação Superior (Edição PROEXT, 2019)

e (iii) das pesquisas Território e Violência: Impactos do Racismo na Saúde Mental (financiada pelo MINC/Fundação Biblioteca Nacional, 2014), Saúde Mental da População Negra e da Diáspora Africana (financiada pela CAPES, 2016) e Saúde Mental e Ações Afirmativas (em cooperação e financiamento com a UNEMAT - Universidade do Estado do Mato Grosso, 2019, através do Professor Doutor Paulo Alberto dos Santos Vieira, em atividade pós-doutoral no NEPPINS/UFRB).

Quadro 1. Amostra Parcial das Atividades desenvolvidas a partir de epistemologias negras no curso de Graduação em Psicologia da UFRB.

Ensino/Componente Curricular	Pesquisa	Extensão
Proposta de Estágio Básico: Criança, Juventude Negra e Saúde Mental (136 horas, desde 2016).	Publicação científica em livro: Cenários da Saúde da População Negra no Brasil: Diálogos e Pesquisa, Coleção UNIAFRO, vol.2, Editora UFRB, 2016, (Org.) OLIVEIRA, R.M.S.	I Simpósio NEPPINS/UFRB e CREAS: Infância e Adolescência: Psicanálise, Identidade, Negritude e Sociedade, 2011.
Proposta de Estágio Supervisionado: Psicanálise Infantil, Adolescência e Relações Étnico-raciais (272 horas, desde 2010).	Publicação de Dossiê em Periódico Científico: Psicologia, Relações Étnicas e Saúde Mental. Revista ODEERE/PPGREG, UESB, ISSN 2525-4715.	Curso de Aperfeiçoamento em Educação Escolar Quilombola: MEC/SECADI, 2014-2015.
Proposta de Estágio Supervisionado: Clínica da Saúde Mental com Populações Negras e Indígenas (272 horas, desde 2011).	Publicação de Dossiê em Periódico Científico: Racismo, Saúde Mental e Território: Desafios Políticos e Epistemológicos na Clínica Ampliada, vol. 10, número 24, 2018, Revista da ABPN, ISSN, 2177-2770.	I Congresso Internacional Territorialidade e Saúde: Desigualdades Raciais e Sociais em Contextos Locais e Globais, 2014, Edição PROEXT.
Componente Curricular: Saúde Mental da População Negra e Quilombola (68 horas * no curso de Aperfeiçoamento em Educação Escolar Quilombola/ MEC/SECADI, 2014-2015).	Artigo Científico em Livro: O Canto das Sereias: Poéticas Femininas Negras na Psicanálise Brasileira. In: Candaces: gênero, raça, cultura e sociedade: construindo redes na diáspora africana, (Org.) PACHECO, A.C.L et al., 2019.	II Congresso Internacional Saúde Mental da População Negra e Educação Superior: Balanço de uma Década, 2019, Edição PROEXT.

	<p>Artigo Científico em Livro: A Formação do Psicólogo nos Contextos da Diáspora Africana. In: Dilemas da Raça: Empoderamento e Resistência, (Org.) OLIVEIRA, R.J. e OLIVEIRA, R.M.S., 2017.</p> <p>Artigo Científico em Livro: Psicologia, Doença Falciforme e Humanização no SUS: Desafios para a formação. In: Interdisciplinaridade na Saúde: Doença Falciforme, (Org.) IVO, M.L et al., 2016.</p>	<p>Curso para Gestores, Psicólogos e Funcionários da PROPAE/UFRB: Impactos da Violência do Racismo na Saúde Mental, 2017, Atividades Presenciais e on-line, em cooperação com a UNIFESP, UFBA e UFRB.</p> <p>AMORES PRA TI – Ambulatório Móvel do Recôncavo em Saúde: Práticas Territoriais e Interdisciplinares (Edição PIBEX, 2017-2020).</p>
--	--	---

*Este quadro é uma amostra parcial das ações desenvolvidas no tripé ensino, pesquisa e extensão na graduação de psicologia da UFRB a partir dos aportes epistemológicos de literaturas científicas negras abordadas neste capítulo.

Fonte: Souza (2020).

Neste quadro acima constam algumas das iniciativas que representam um conjunto de experiências exitosas no ensino, pesquisa e extensão, que contribuem para promover repercussões pessoais, profissionais e sociais relevantes, tanto de estudantes da psicologia da UFRB, como de professores do curso de psicologia e pesquisadores de outras instituições públicas no ensino de psicologia e campos interdisciplinares no Brasil.

Embora saibamos ser difícil o contexto de formação do psicólogo em territórios da diáspora negra (OLIVEIRA, 2017), cada uma destas ações elencadas aglutinou estudantes e pesquisadores da saúde que buscam o Centro de Ciências da Saúde para elevar seus conhecimentos em psicologia e relações étnico-raciais. Estas ações elevaram a capacidade de jovens psicólogos, estudantes de psicologia e dos cursos de saúde da UFRB para o desenvolvimento de uma prática profissional e social relevante para as populações negras do Recôncavo. Os jovens psicólogos formados

pela UFRB são atuantes no ensino da psicologia, na pesquisa psicológica e também trabalham em diferentes instituições públicas e privadas da Bahia, do Brasil e, inclusive, do exterior. No referente ao alcance da formação da psicologia da UFRB no exterior destaco duas alunas que realizaram a proposta de Estágio Supervisionado: Psicanálise Infantil, Adolescência e Relações Étnico-Raciais nos anos de 2012 e 2013, Bárbara Suélen Rebouças Terra Nova e Suzana Rosa de Almeida. Suzana exerceu atividades de pesquisa no campo da infância na França e Bárbara exerce atividades de trabalho no Canadá como profissional da saúde no acompanhamento de famílias no diagnóstico de crianças e adolescentes especiais desde 2015, tendo ingressado no mestrado em psicologia em 2018 na City University of Seattle (Canadá). Nestes dois contextos – França e Canadá – as preocupações e ações na educação e saúde são referências sobre a importância das questões da diversidade e das contribuições dos povos negros e da diáspora africana para a sociedade. Compreender a saúde mental de crianças e jovens de contextos periféricos e da diversidade, nas importantes cidades mundiais, tem sido um desafio necessário. E o Brasil tem colaborado para as discussões sobre psiquismo, saúde mental e identidade de crianças e jovens negros (OLIVEIRA, 2008; 2016). Os aportes formativos na UFRB, durante o Estágio Supervisionado em Psicanálise Infantil, Adolescência e Relações étnico-raciais, efetivamente foram significativos para a projeção pessoal e profissional das egressas de psicologia.

Como é impossível desenvolver em poucas páginas os detalhes de cada uma dessas experiências educativas exitosas no âmbito da psicologia na UFRB, em vez de priorizar uma delas, optamos por trazer as bases epistemológicas fundadoras que convergem nas iniciativas elencadas.

Por isto, trazemos, durante o percurso deste relato em ensino, pesquisa e extensão, autores das relações étnico-raciais, saúde mental e psi-

ciologia, que possibilitaram construir estes avanços no contexto da formação em psicologia da UFRB.

Estas bases conceituais autorais são vindas do território da Bahia e do Recôncavo, principalmente, e também do contexto alargado da psicologia no Brasil. Isto nos demonstra a importância do valor do que se produz no Recôncavo da Bahia desde o início do século passado através de autores das relações étnico-raciais e da saúde mental e que frutificam ainda hoje em todo o Brasil; constituindo-se um desafio trazer a memória viva destes corpos negros de cientistas da saúde mental e da psicologia como fundadores de várias ações no ensino, pesquisa e extensão da psicologia da UFRB.

Protagonizar noções de saúde mental a partir dos corpos e visibilidades de seus protagonistas emblemáticos do Recôncavo e da Bahia, são registros importantes para nossa universidade e para o Brasil.

Falamos aqui das conexões em psicologia e saúde mental de populações negras e indígenas no contexto da psicologia brasileira, procurando apresentar noções que na perspectiva epistemológica do Brasil e do mundo não são seminais; pois são apagadas e invisibilizadas pelo epistemicídio – assassinato epistemológico – dos escritos e pensamentos de cientistas e intelectuais negras e negros.

Mas para nós, na psicologia da UFRB, isto não é um problema, considerando que cientistas importantes do Brasil, vindos do Recôncavo e da Bahia, partiram destes territórios das águas, da fluidez dos encontros dispersos e construíram pontes que ecoaram seus estudos em todo o mundo.

No Recôncavo da Bahia grandes personalidades internacionais inauguram os estudos sobre saúde mental no Brasil.

Neusa Santos Souza, nascida no Recôncavo, na cidade de Cachoeira em 1948, é mulher negra e psiquiatra que inaugura a vanguarda da psica-

nálise brasileira para as dimensões psíquicas da violência do racismo nas sociedades contemporâneas. Também em seu pioneirismo será a responsável por grandes desenvolvimentos na saúde mental, principalmente, no referente a posterior luta antimanicomial que emerge na legislação do SUS na constituição de 1988 e também na criação da reforma psiquiátrica no ano de 2001 (OLIVEIRA, 2019).

Juliano Moreira, baiano de Itapuã, Salvador, médico psiquiatra, figura de referência internacional no início do século passado para países europeus com sua tese sobre sífilis e as decorrências psíquicas e dermatológicas a partir deste agravo em saúde. Ele era jovem, negro e filho de uma liberta e empregada da casa do Barão de Itapuã (HERÓIS DA SAÚDE NA BAHIA, 2010). Contraditoriamente, ele se tornou um exponencial médico reconhecido fora do Brasil, alterando as designações em saúde no Brasil – ele foi o responsável pela legislação que cria a assistência aos alienados promulgada em 22/12/1903 (MOREIRA, 1955) e muito antes de Basaglia ele promoveu a retirada de grades dos hospitais psiquiátricos e humanizou as relações no hospital e na saúde mental.

Frantz Fanon, filho da diáspora negra no Atlântico, francês da Martinica, é um importante médico psiquiatra, que também revolucionou os estudos sobre saúde mental no contexto das violências psíquicas e simbólicas. Seus amigos de correspondências e debates eram os franceses Sartre, Lacan, Maud Manonni e Otavio Manonni, além de outros no campo médico e político (OLIVEIRA, 2018), em uma Paris que no final da primeira metade do século XX, será referência nos desenvolvimentos em saúde e saúde mental para o contexto europeu e mundial.

Fanon é banhado pelo Atlântico, na Martinica. Os pensadores, todos eles, são banhados pelas águas doces dos rios. Oxum, no Candomblé da Bahia, é a Divindade da riqueza, e conhecimento é sempre uma das

mais importantes riquezas que uma universidade pode promover. Se o Rio da Dona desce a cidade de Santo Antônio de Jesus, território de conhecimento da UFRB, e deságua na Baía de Todos os Santos (Itaparica); incrivelmente, Neusa será banhada pelo Iguape, enquanto Fanon e Juliano estão sempre à beira mar. Na Martinica, no Rio Sena, ou Itapuã.

Iemanjá, a dona de todas as cabeças, recebe a todos. Na ciência há algo mágico como as águas da Bahia que nos levam dos Rios do Recôncavo ao Atlântico, sem fronteiras além mar para o fluxo da produção de conhecimentos. Enfim, a Diáspora Negra se encontra nas águas, e o Mar – é o ventre, a casa Mãe Simbólica – de todos nós, a Humanidade. Na Baía de Todos os Santos, nestas águas, neste ventre, nasce a psicologia negra e cabocla – indígena – da UFRB.

Filho da Bahia, Milton Santos será conhecido no território mundial através da *Baía e das Águas de Todos os Santos*. Ele é traduzido e premiadíssimo em vida em todos os continentes do mundo, literalmente. Ele é o Nobel da geografia em 1994 (Prêmio Vautrin Lud) e notoriamente conhecido por sua tese de doutoramento na França: O centro da cidade do Salvador (OLIVEIRA, 2008).

Nesta tese, que mantém o seu vigor incomum após mais de meio século de existência, ele aborda justamente como surgiu a cidade do Salvador. E entre tantas vastidões de mundos que Santos nos apresenta, ele aborda que o Salvador, como ele refere em sua obra, é nascido a partir do Recôncavo da Bahia, das frutas produzidas no Recôncavo, que descem os rios para escoamento no Porto do Salvador (SANTOS, 2008).

Santos não é autor da psicologia, mas ao narrar sobre o Recôncavo a partir da cidade de São Salvador, ele nos informa sobre as conexões das águas da Baía com os corpos da diáspora no mundo; e ao estudar e pensar em saúde mental na psicologia, compreender a partir de Milton Santos

os territórios negros e as desigualdades em nossos projetos de ensino, pesquisa e extensão tem sido importante para a análise de casos clínicos na graduação em psicologia com pacientes negros (homens, mulheres e crianças).

Observar os ensinamentos de Santos sobre cidades na psicologia tem sido muito importante, pois possibilita compreender o enredo dos corpos negros, seu psiquismo próprio, suas maneiras de interpretar o mundo. Fundamental na clínica psicológica com populações negras e também indígenas em que temos orientado atendimentos no Serviço de Psicologia da UFRB e nos equipamentos públicos como CRAS, CREAS, Hospitais, associações e escolas.

Esta notoriedade do território do Recôncavo é soberba. Em suas águas que abrem caminhos para o mundo, a *Baía de Todos os Santos* se fundamenta no encontro com a diversidade e a diferença. Mas ao mesmo tempo está destinada a abrigar o nascimento dos importantes encontros de expressivos desenvolvimentos. No nosso caso, no campo da saúde e da saúde mental; impossível pensar políticas de promoção, prevenção e acesso à saúde sem conceber território, territorialidade. E neste sentido, o Recôncavo é emblemático em seu destino. Estes foram os pilares do ensino em psicologia e extensão que proporcionaram o desenvolvimento do *I Congresso Internacional do Centro de Ciências da Saúde e da Psicologia da UFRB - Territorialidade Negra e Saúde: desigualdades raciais e sociais em contextos locais e globais (2014)* no ano de Abertura da Década Internacional da Afrodescendência no Mundo pela ONU e OMS – Organização das Nações Unidas e Organização Mundial de Saúde. Este Congresso foi organizado pelo NEPPINS – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Psicanálise, Identidade, Negritude e Sociedade da UFRB – e por estudantes da Psicologia, Medicina, Enfermagem, Nutrição e Bacharelado Interdisciplinar em Saú-

de (BIS). A OPAS – Organização Panamericana de Saúde – fez a abertura da década internacional neste evento. Tendo solicitado assento na conferência principal de abertura com o patrocínio financeiro de parte das atividades.

Neste sentido, em saúde mental da população negra e indígena, podemos observar a importância dos corpos que se inscrevem na territorialidade e diversidade do Recôncavo.

As lutas pela independência do Brasil protagonizadas pelo povo baiano no Recôncavo e em Salvador – o dois de julho e o indígena, o Caboclo, que parte de Cachoeira e chega na capital Salvador – são representativas dessa conexão de mundo que as águas da *Baía de Todos os Santos* protagonizam, os corpos negros, indígenas e brancos – sim, existem os brancos.

Em nossas ações no ensino e na extensão desenvolvemos o componente curricular *Saúde Mental da População Negra e Indígena*, em 2014 e 2015, no curso de formação para educadores do curso de Educação Escolar Quilombola. Treinamos alunos da psicologia para que com conceitos de Frantz Fanon, Lélia Gonzalez, Neusa Santos Souza, Virginia Bicudo, Maria Aparecida Silva Bento, Juliano Moreira e Milton Santos pudessem favorecer a monitoria dos cursos, auxiliando em palestras e dúvidas das professoras cursistas dos Municípios de São Felipe, Cachoeira, Cruz das Almas, Santo Antônio de Jesus e Feira de Santana. Neste componente de ensino ofertado em um curso de aperfeiçoamento com carga horária de 200 horas procuramos privilegiar os enredos significativos da saúde mental no Brasil e populações negras e indígenas. A partir do olhar sensível da etnicidade do povo brasileiro organizamos o componente curricular do curso que focalizou seriamente na ciência psicológica e saúde mental na contemporaneidade e nas contribuições dos povos indígenas para as ciências da saúde e psicologia.

A população negra é majoritária em termos quantitativos no cenário brasileiro (IBGE, 2010) e a população indígena é presente em toda territorialidade brasileira, os originários donos da terra, e que hoje vivem perseguidos pela constante ameaça de maior destruição de suas fronteiras territoriais e desconsideração de sua sabedoria e tecnologias para a vida dos seres humanos e planeta Terra. Por conta disto, temos ensinado nos cursos e eventos de extensão referências de Lélia Gonzalez, que além de ser uma cientista e liderança na universidade brasileira, era filha de uma índia e de um negro.

Ao trazer as referências cunhadas por Lélia Gonzalez, uma intelectual indígena e negra que desenvolve importantes conceitos interdisciplinares ao campo da saúde mental e educação (OLIVEIRA, 2019) para alunos da psicologia e professores do Curso de Educação Quilombola, percebeu-se franca alegria e surpresa no contexto acadêmico destes jovens. Esta ação pode parecer ingênua e pequena. Mas produz efeitos de grande potência e envergadura em territórios negros, indígenas e diaspóricos, como é a realidade brasileira.

A psicologia além de ser campo do cuidado em saúde e saúde mental, é uma ciência. No Brasil, ela estruturou-se e originou-se a partir dos interesses da colônia portuguesa. As primeiras formas de investigação psicológica no Brasil tinham como tema técnicas de persuasão de selvagens (como os indígenas eram considerados pelos primeiros ‘cientistas psicológicos’ – os jesuítas) e a “adaptação ao ambiente” como determinante do comportamento. Pois o clima de nossa terra, para estes “cientistas da psicologia”, propiciava o ócio, a preguiça e o pecado. O trabalho será considerado pelos *investigadores da psicologia* como meio de cura e instrumento para a “civilização” do indígena. Os estudos psicológicos serviam à aculturação e ao aprimoramento do domínio sobre os índios (ANTUNES, 2015, p. 20).

Quando conhecemos a história da psicologia podemos ficar tristes e cabisbaixos sobre o “destino dos indígenas no Brasil”. Mas, quando um professor em sala de aula da UFRB nos apresenta Lélia Gonzalez, uma intelectual indígena e negra, os atores sociais – estudantes de psicologia – se alegram e se potencializam com suas próprias histórias. Constroem novos enredos em suas vidas, alargam suas possibilidades.

Da mesma forma, em relação aos negros, as ideias de desenvolvimento em saúde mental estavam ligadas à defesa do embranquecimento da “raça brasileira”, pois, os problemas econômicos e sociais eram atribuídos à questões raciais pela presença de “raças inferiores” em explícita referência à população negra que era considerada a responsável pelo atraso do país (ANTUNES, 2015, p. 50).

Se a psicologia brasileira começou do pior modo possível para uma nação de indígenas e posteriormente de negros escravizados e brancos pobres, são pelas mãos do mesmo negro, antes escravizado, que as grandes revoluções para a ciência da saúde mental e ciência psicológica vão ocorrer de modo a repercutir na ciência até os dias de hoje no Brasil. Neste sentido, é impossível dizer e aceitar que os estudos sobre relações étnico-raciais são incipientes na psicologia. Eles existem na verdade desde o nascimento do Brasil: primeiro com os jesuítas, de modo desvirtuado, e a partir de 1900 com Juliano Moreira, que rebate todas as teses de Raimundo Nina Rodrigues sobre a inferioridade intelectual do povo negro. Que psicólogo da psicologia da UFRB poderá dizer que a psicologia brasileira é recente na construção sobre relações étnico-raciais e saúde mental com populações negras? Somente aqueles que reproduzem o apagamento do povo baiano, do povo negro brasileiro e da diáspora africana, comungando com a necropolítica do epistemicídio (MBEMBE, 2015; 2020) de uma psicologia preta.

Na UFRB, os estudantes da graduação em psicologia têm a oportunidade de saber estes ensinamentos na extensão e nas propostas de Estágio Básico Juventude Negra e Saúde Mental: Clínica e Intervenção Psicossocial, Estágio Supervisionado Psicanálise Infantil e Relações Étnico-Raciais e Estágio Supervisionado Clínica da Saúde Mental com Populações Negras e Indígenas.

Nestes estágios temos estudado que é através de um menino negro, filho de uma trabalhadora doméstica, que se torna médico aos 19 anos de idade em Salvador, que grandes revoluções serão iniciadas na saúde mental e na psicologia do Brasil. Juliano Moreira, psiquiatra e professor na Faculdade de Medicina da Bahia, vai influenciar uma geração de pesquisadores com sua tese sobre sífilis, em toda Europa (França, Alemanha, Portugal, Escócia, Bélgica, Suíça, Áustria). Ele vai desenvolver as relações sobre as alterações emocionais que acometem os portadores da doença. Além disso, seus estudos e pesquisas no ambiente europeu protagonizam revoluções no campo da saúde mental e também na psicologia. Pois, ao assumir a direção do Hospital Psiquiátrico do Rio de Janeiro (Hospital Nacional de Alienados), será o responsável por abolir o uso de coletes e camisas de força, por promover a retirada de grades de ferro das janelas, pela instalação de laboratórios de anatomia patológica e bioquímica no hospital, pela remodelagem do corpo clínico, com entrada de psiquiatras, neurologistas e especialistas de clínica médica, pediatria, oftalmologia, ginecologia e odontologia, além de preocupar-se com a formação dos enfermeiros e o grande cuidado com os registros administrativos, clínicos, estatísticos (ODA; DALGARRONDO, 2000, p. 179). Foi o autor da lei de assistência aos portadores de sofrimento mental e empenhou-se para sua aprovação em 1903. Juliano era leitor de Freud em alemão e divulgou a psicanálise antes que qualquer outro no contexto brasileiro (HERÓIS DA BAHIA, 2010). Nos estágios, além de Juliano, estendemos todos os ve-

lhos cientistas brasileiros e internacionais – mulheres e homens negros da ciência psicológica – que fundamentarão conceitualmente nossas ações. Virgínia Bicudo realizou ações de saúde mental nas escolas públicas paulistas, Lélia Gonzalez fortaleceu as juventudes *afro-ameríndias* nos espaços da universidade pública, Neusa Santos Souza estabeleceu as bases da intervenção na clínica psicológica diante da violência e impactos do racismo na saúde mental das populações negras. Estes embasamentos levamos em nossas propostas de estágios permitindo aos alunos da psicologia realizarem ações fundamentadas em conceitos psicológicos consistentes da saúde mental e não apenas experiências que não se assentam em formulações científicas consolidadas, promovidas por currículos clássicos que pouco inovam no constructo psicológico. Felizmente, este não é o caso da psicologia da UFRB que se conecta diretamente com o tempo de uma psicologia ancestral e de uma psicologia de vanguarda: nos estágios os alunos validam os cientistas do passado, asseguram seus corretos passos de ações supervisionadas no presente. O futuro destes alunos da psicologia tem sido promissor, permitindo que galguem postos importantes no cenário psicológico do Nordeste, do Brasil e do mundo.

No tripé ensino, pesquisa e extensão observamos que a ciência psicológica e os avanços da saúde mental, em termos de humanização do cuidado em saúde e a interdisciplinaridade em saúde no Brasil, devem muito a Juliano Moreira, o fundador da psiquiatria no Brasil. Por isso, quando estudamos a Lei da Reforma Psiquiátrica de 2001, as Lutas Antimanicomiais e as influências de Basaglia, é fundamental trazer Juliano. Pois ele é anterior a Basaglia! E faz grandes revoluções nos hospícios do Brasil! Ao estudarmos a clínica ampliada no SUS – Sistema Único de Saúde – e a Humanização bem como as políticas do SUAS – Sistema Único de Assistência Social –, não temos como deixar de observar Juliano, que em

1903 redigiu a proposta de reforma do Hospício Nacional e insistiu junto ao governo para a aprovação da legislação federal de assistência aos alienados, promulgada em 22/12/1903 (ODA; DALGALARRONDO, 2000). No mesmo sentido, nossas práticas e experiências de estágio observam autores e cientistas negros da saúde mental e da psicologia. No entanto, não trabalhamos no gueto. Outras referências são trazidas e o olhar crítico e aprofundado do aluno da psicologia da UFRB tem a potencialidade de ser mais refinado, porque reconhece a historicidade dos cientistas de seu povo e não apenas reproduz o discurso falacioso de uma psicologia que realiza, por diferentes razões, o epistemicídio – apagamento epistemológico – de cientistas negros da saúde mental e psicologia.

Como dissemos, temos trabalhado nos estágios curriculares e na pesquisa psicológica em saúde mental da população negra com importantes cientistas negras desbravadoras do campo da saúde mental e da psicologia no século XX: Virgínia Leone Bicudo, que desenvolveu estudos e atividades em São Paulo, Brasília e em Londres, Neusa Santos Souza no Rio de Janeiro e Isildinha Baptista Nogueira, também em São Paulo.

No campo da psicologia, da saúde mental e psicanálise, estas mulheres negras, principalmente Virgínia Leone Bicudo, foram revolucionárias. Virgínia, além de ter sido reconhecida como a primeira psicanalista brasileira sem formação médica, ela foi a primeira pessoa psicanalista no Brasil com publicação e trânsito internacional. Virgínia foi quem com grande pioneirismo, como Juliano, fundou no Brasil – em São Paulo e em Brasília – a Associação Psicanalítica Internacional (IPA), vinculada à sua sede originariamente fundada por Freud e Jung em Nuremberg em 1910 (GOMES, 2013).

Virgínia foi fundamental difusora da psicanálise brasileira no Brasil e no mundo, promovendo conferências, programas de rádio – na rádio Ex-

celsior –, que tratavam sobre saúde mental, psicologia e psicanálise para o grande público. Ela também inaugurou intervenções psicológicas nas escolas paulistas, como profilaxia à saúde mental e apoio ao trabalho de professores da rede pública. Foi professora universitária na Universidade de São Paulo e participou como a única mulher – e negra – do mais importante estudo científico sobre relações raciais na década de cinquenta – o projeto UNESCO –, que financiou as pesquisas de uma esteira de renomados investigadores sociais brasileiros. Virgínia era a única mulher e, ainda, sendo mulher, a única pessoa negra (ABRÃO, 2010; OLIVEIRA, 2019).

No *II Congresso Internacional Saúde Mental da População Negra e Educação Superior – Balanço de uma Década*, trouxemos um Grupo de Trabalho de Apresentação Oral em homenagem aos estudos de Neusa Santos Souza. Médica psiquiatra, psicanalista e negra baiana nascida em Cachoeira e radicada no Rio de Janeiro. Neusa é pioneira nos estudos sobre a violência do racismo em populações negras. Seus estudos referenciam a partir da década de oitenta a grande maioria dos estudos científicos sobre saúde mental e sofrimento psíquico do racismo. Contemporânea de Neusa, Isildinha Baptista Nogueira é também psicanalista e psicóloga que influenciará com sua tese de doutorado e passagem por Paris, em formação psicanalítica, vários estudos e pesquisas sobre o racismo, as violências psíquicas e emocionais na psique de pessoas negras. Referendando estudos importantes para discussões sobre saúde mental, psicologia e sociedade brasileira, além de contribuições em diversos campos das ciências no Brasil (OLIVEIRA, 2019, p. 110).

A luta antimanicomial, os movimentos sociais e movimentos negros, das mulheres negras, foram decisivos para as políticas de implantação do Sistema Único de Saúde na constituição brasileira. Os trabalhos de Lélia Gonzalez, Neusa Santos Souza, Isildinha Baptista Nogueira,

Virgínia Leone Bicudo e de outras mulheres protagonistas no campo da saúde mental foram importantes e decisórios para aglutinar conhecimentos e fortalecer as boas transformações que assistimos no campo da saúde, saúde mental e psicologia brasileira. E, neste sentido, as pesquisas em psicologia e saúde mental realizadas na UFRB tem visibilizado estes nomes, que são de pioneiras cientistas brasileiras da psicologia e saúde mental da população negra. Na coleção Uniafro/UFRB, a pesquisa psicológica na graduação ganha destaque nacional e internacional, com a publicação do livro *Cenários da Saúde da População Negra no Brasil: Diálogos e Pesquisas* (OLIVEIRA, 2016).

As pesquisas de professores da UFRB da psicologia e áreas interdisciplinares estão organizadas nesta coletânea sob a ótica dos ensinamentos de Virgínia e Neusa (cientista negras da psicanálise) e na profundidade do olhar de Lélia Gonzalez (intelectual indígena e negra); um emblema disto está no texto *Nosso mundo adulto e suas raízes na infância: saúde mental da população negra e indígena*. Além disso, a coletânea de pesquisa em saúde, psicologia e interdisciplinaridades também traz a preciosidade do texto *Saúde Psíquica da População Negra* de Isildinha Baptista Nogueira, um ícone na ciência psicológica negra da saúde mental no Brasil. Nesta coleção, encampada pela graduação da psicologia da UFRB, Maria Lúcia Silva, psicóloga do Instituto Amma Psique e Negritude, apresenta com outros autores negros e não negros a proposta de intervenção em saúde da população negra no Hospital Geral São Mateus – *Humanização na atenção à saúde e desigualdades raciais*.

Estas ações demonstram a consistência do tripé ensino, pesquisa e extensão da UFRB na formação do aluno da psicologia na inovação dos

² O livro foi lançado em Paris, no Seminário do Centro de Estudos Brasileiros na Escola de Altos Estudos em Ciências Sociais e no Centre International Les Récollets, 150-154, Rue du Faubourg Saint-Martin.

estudos em saúde mental e impactos da violência do racismo na população negra e indígena. O fato é que as vozes de cientistas negras e negros na psicologia falam. E não é de hoje.

No grupo de pesquisa NEPPINS – Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicanálise, Identidade, Negritude e Sociedade –, temos desenvolvido produções sobre a clínica da saúde mental na população negra. Nossas investigações se realizam em ações interdisciplinares com outros cursos de saúde como nutrição, enfermagem e medicina, abordando a clínica psicológica e psicossocial a partir de cientistas negras e negros que referenciamos neste relato.

Neste tripé, na UFRB temos formado psicólogos capazes de pensar criticamente o contexto étnico-racial brasileiro e intervir de modo eficaz na clínica psicológica, em serviços de atenção psicossocial, em instituições de saúde e educação, sem a necessidade de não reconhecerem a história dos cientistas negros fundadores de uma psicologia da saúde mental e das relações étnico-raciais no Brasil e no mundo.

Na UFRB, raros serão os psicólogos que dirão que são recentes os estudos da psicologia e saúde mental nas relações étnicas e população negra. Se este pode ser um discurso clássico nas psicologias do país – uma convergência com o epistemicídio de vozes científicas negras no espaço da academia psicológica –, observamos que em nossas ações – no tripé ensino, pesquisa e extensão – as inovações acontecem cotidianamente a partir de consistente base teórico-metodológica advinda das contribuições de cientistas negros da saúde mental da população negra e indígena.

Desde 2009 temos realizado esta formação no tripé. E podemos dizer que temos sido vanguarda no cenário nacional. A partir da vitrine e do espelho de nossa psicologia negra e indígena, assentada em referências clássicas e ancestrais na saúde mental e populações negras, outras uni-

versidades brasileiras começam a produzir debates formativos importantes na psicologia a partir das referências conceituais negras e indígenas que utilizamos. Isto, a partir de professores de psicologia, pesquisadores e cientistas negros e indígenas que seguem os passos de Juliano Moreira, Frantz Fanon, Virgínia Bicudo, Lélia Gonzalez, Neusa Santos Souza, Isildinha Baptista Nogueira, Maria Aparecida Bento e outros profissionais da medicina psiquiátrica, saúde mental e da psicologia.

Tanto nos estágios, na extensão e na pesquisa, temos observado o trauma do racismo e a psicopatia da branquitude (BENTO, 2002; 2016) através da clínica psicológica. Estes estudos contribuem para o desenvolvimento da ciência psicológica que jovens pesquisadores em saúde mental e psicologia passam a desenvolver na psicologia da UFRB.

No Programa de Iniciação à Bolsa de Extensão PIBEX organizamos intervenções psicossociais a partir dos estudos de Maria Aparecida Silva Bento no clássico livro *Psicologia social do racismo*. Ela, que é uma mulher negra importante na psicologia, embora não específica do campo clínico psicológico e da saúde mental, deve ser lembrada como pioneira na discussão sobre branquitude na psicologia social do racismo no Brasil.

Em tempos de racismos explícitos estruturalmente nas bases da sociedade brasileira, impedindo melhores condições de vida às populações negras, indígenas e também para brancos pobres, é preciso observar que as civilizações negras têm prestado papel fundamental na transformação dos tempos e das noções de desenvolvimento humano no mundo.

Observar as vitórias, que nem sempre são difundidas formalmente pela academia científica na psicologia e na saúde mental, é garantir e fortalecer a esperança de que a lógica do valor à vida comunitária e o respeito à natureza e à vida devem ser prevalentes, acima de todo e qualquer absurdo. Por mais difíceis que os tempos sejam.

Graças a estas mulheres e seres humanos de corpos negros que antes vieram, os avanços no campo da saúde mental e psicologia vêm sendo feitos hoje por pesquisadores e psicólogos negros e indígenas nas universidades brasileiras, como a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

O aluno de psicologia compõe os 80% de negros da UFRB (Portfólio Perfil do aluno UFRB, 2017). Estes corpos negros protagonizam a cena no contexto do Brasil na psicologia brasileira.

Estes alunos da psicologia, através do legado ancestral indígena e negro-africano, podem resistir e superar o racismo estrutural da universidade brasileira diante de nossos corpos. Porque ao serem apresentados seus ancestrais da psicologia negra, eles se tornam também novos protagonistas emblemáticos das inovações sociais relevantes para o campo da saúde e do cuidado mental.

Os valores civilizatórios negros são os pilares da civilização negro-africana. Embora não possamos falar em uma única África, existem constantes que nos organizam enquanto civilização: o amor sagrado à mãe, a reverência ao ancestral e o valor à vida comunitária e coletiva (HAMPATÉ BÂ, 2003; OLIVEIRA, 2016). Abdias do Nascimento e Kabengele Munanga também são emblemáticos em reiterar a importância da inserção do conhecimento produzido pelo negro na academia científica. Passados mais de vinte anos, a célebre entrevista de Munanga ao conhecido expoente da psicologia brasileira Antônio da Costa Ciampa continua atualíssima. Por que a psicologia brasileira silencia diante de mais de 60 milhões (hoje mais de 120 milhões) de brasileiros de ascendência negra? (MUNANGA, 2000, p. 5). A resposta vem sendo respondida pelos psicólogos e cientistas negros dentro das academias brasileiras. Desde Juliano e muitos outros, sempre temos avançado. Graças à nossa ancestralidade.

A UFRB representa a ancestralidade territorial de dois grandes desses personagens para o Brasil e o mundo: Juliano Moreira e Neusa Santos Souza.

No mesmo sentido, os povos indígenas são fiéis às suas ancestralidades, reverenciando a vida, no cuidado com o meio ambiente e a integração com a natureza para o bem estar comunitário e da coletividade. Os Povos Originários nos inspiram e devem ser referência para a saúde mental e ciência psicológica, pois amplificam a noção de cuidado, saúde física e mental (OLIVERIA, 2019, p. 17).

Para o indígena, não é o humano o centro de organização da vida conforme suas necessidades. Na cosmovisão indígena o humano é natureza e se expressa como elemento situado no mundo (TENÓRIO; FERNANDES, 2020).

Sendo assim, estamos todos nós aqui hoje, psicólogos, cientistas e pesquisadores indígenas, negras e negros, construindo uma ciência da saúde mental e psicológica que agregue valor efetivo à humanidade, derubando “ridículos preconceitos de cores ou castas [...]” (MOREIRA, 1920) e produzindo narrativas grávidas de sentidos, a fim de falar do viver com a natureza, dos conhecimentos coletivos, das histórias dos ancestrais e das vidas compartilhadas que se traçam a partir de táticas de enfrentamento e resistência para neles – nos territórios – permanecer (SANTOS, 2008), através de uma psicologia negra e indígena epistemologicamente orientada.

Seguimos na ciência psicológica e na saúde mental observando melhores caminhos para todos os seres humanos; nos passos de nossos ancestrais, como acima nos disseram os importantes cientistas e intelectuais da saúde mental Juliano Moreira e Neusa Santos Souza e o premiadíssimo internacional Milton Santos. Eles falam do lugar e território que é a *BAÍA DE TODOS OS SANTOS*. Da baía se alcança o mar. E o mar é a casa de todos os seres. A busca pela vida em igualdade é a luta de todos, indíge-

nas, negros e brancos pobres (ou não tão pobres, se assim se permitirem ao difícil exercício da igualdade).

Fico por aqui, embora existam, felizmente, muitos outros negros e indígenas para serem citados, lembrados e reverenciados pelos grandes feitos nas ciências, nas ciências da saúde e na saúde mental. Na psicologia já não somos tão poucos e nossas vozes e passos vêm de longe: lembremos, falemos, jamais nos esqueçamos de nossos ancestrais negros da psicologia brasileira e da saúde mental da diáspora negra como Franz Fanon, estudado nos mais importantes centros de formação médica e da saúde, bem como estudos sociológicos na Europa, nos Estados Unidos e também, na psicologia da UFRB, no Brasil.

Cumprindo com os ritos de indígenas e de negros (africanos e povos da diáspora), após saudar os velhos, saúdo também aos jovens que encarnam os ancestrais, saúdo as jovens lindas e guerreiras que encontro nas estradas, que ressignificam nossos dias e caminhos de professores, pesquisadores e aprendizes da psicologia, possibilitando mais luz na caminhada, para que os legados negro e indígena permaneçam vivo.

Quero saudar estes tantos jovens negros, indígenas e brancos, estudantes e psicólogos da UFRB e de outros cantos que iniciam a caminhada e atestam a força de nossos passos, dos passos da diáspora, na voz e escritos da jovem estudante de psicologia Talita Jeane Gonçalves Lopes (2020): *O que aprendemos com os nossos ancestrais? – Que a morte fragiliza, mas a ancestralidade se eterniza. Que sejamos como nossos ancestrais, que criaram vida até na morte.*

Uma última inscrição fundamental: o guia de Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogos do Conselho Federal de Psicologia (2017) realiza o clássico apagamento das vozes de cientistas negras e negros na saúde mental e psicologia que pioneiramente, desde o final do século

XIX, com Juliano Moreira e atravessando os séculos XX e XXI com Neusa Santos Souza, foram protagonistas precursores de desenvolvimento técnico-científico. O referido material é importante. Porém, pouco comprometido com a gente negra que secularmente é desconsiderada nos processos decisórios do poder da escrita científica institucionalizada.

A territorialidade negra da Bahia e do Nordeste representa o contingente mais negro do país. E não coincidentemente, é deste território negro que emergem os corpos e os pensamentos importantes para cunhar inclusive esta ‘nova’ psicologia que referenda as técnicas de atuação psicológica para as relações raciais.

Dos mares da Bahia de Todos os Santos, do Recôncavo, saíram os primeiros importantes frutos de uma psicologia negra.

Respeitar e reconhecer os nomes de mulheres negras e homens negros nas ciências é dever de todo brasileiro, psicólogo, cientista da saúde mental. Elas e eles vieram antes. Como *Ogum* – o orixá do desenvolvimento e da civilização –, abriram os caminhos para que outros vencessem.

É curioso observar a presença destas antigas epistemologias negras e ao mesmo tempo ser difícil constatar no interior dos currículos dos cursos de graduação em psicologia referências visíveis a estes pensadores fundamentais da psicologia brasileira.

Diante deste fato é importante que os núcleos docentes estruturantes das universidades se convertam na obrigação de visibilizar estas presenças, negando o histórico epistemicídio.

Na contemporaneidade, as discussões epistemológicas da psicologia no Brasil e no mundo (OLIVEIRA, 2020) observam os modos como os sistemas psicológicos clássicos se acomodam e dialogam com essas ancestrais negras. Embora a ausência de um diálogo explícito seja notória, observamos que autores brancos e do gênero masculino do campo psicanalítico

promovem algum nível de validação e memória dos escritos destas cientistas negras. É o caso, por exemplo, de Neusa Santos Souza, que inaugurou no Brasil as preocupações do campo psicanalítico com a violência e seus impactos na psique, durante os anos de ditadura militar em nosso país. No entanto, mesmo sendo a obra de Neusa referência para o desenvolvimento de constructos de outros psicanalistas reconhecidos no cenário nacional, no conjunto do saber psicológico especificamente acadêmico, Neusa Santos Souza, e outras pensadoras negras, permanecem incógnitas.

Os sistemas psicológicos clássicos se favorecem das epistemologias cunhadas por cientistas negras e negros. Também isto aconteceu anteriormente com Juliano Moreira, no campo psiquiátrico. Os pilares do que seria *ciência* no referente às condições cognitivas e intelectivas no Brasil foram vinculados às noções de raça. Estas noções foram acolhidas pelas teses de João Batista de Lacerda e de Raimundo Nina Rodrigues (COMES, 2013). Enquanto que os escritos e debates insurgentes de Juliano permaneceram silenciados na produção acadêmica médica-antropológica. Posteriormente a psiquiatria vem resgatando os dizeres de Juliano Moreira, em um trabalho difícil de resgate de sua memória epistemológica e contribuições para a ciência brasileira no campo psicológico, da saúde mental, da política e assistência social (OLIVEIRA, 2020).

Observamos que nos sistemas psicológicos clássicos os ancestrais da psicologia negra são acomodados como silentes ou pouco efervescentes. O lugar que lhes é reservado – ainda – nos projetos político-pedagógicos dos cursos de psicologia no Brasil é o de uma periferia sem importância; que, quando valorizada, se organiza pela fala de uma psicologia vinculada a um eurocentrismo dialógico com os corpos brancos – pensadores (?) – que majoritariamente compõem as academias científicas. Em uma relação de poder macro político.

Ainda que assim seja, seguindo os pilares das civilizações negras africanas a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia reverência as ancestrais cientistas negras e negros da psicologia.

O movimento de transgredir com o *status quo* de uma psicologia que se acovarda diante dos processos colonizadores do classicismo psicológico inerente nos projetos político-pedagógicos dos cursos de graduação em psicologia se dá, em geral, através de inclinações que se reformulam e se protagonizam em componentes optativos e cursos extensionistas. Isto ainda é muito pobre. É ainda muito pouco. E reflete a falta de preparo dos professores psicólogos que constroem as estruturas curriculares dos cursos de graduação em psicologia. Porém, estas realidades vêm se alterando no contexto desta insana e hegemônica violência epistêmica escravista racista (OLIVEIRA, 2019; 2020), neste território do Recôncavo.

Nesta contracorrente, a psicologia no território do Recôncavo da Bahia direciona os rumos das velas de uma psicologia para o Brasil e para a diáspora negra no mundo.

No século XXI reverenciamos os pioneiros do passado. E também saudamos a cientistas vivas, lutadoras calculadamente silenciadas e quase sempre desprezadas nos salões exclusivistas e segregacionistas da psicologia e das academias científicas. Ressuscitamos nossas deusas do epistemicídio de seus corpos – *ethos* – violados, silenciados, amordaçados. No território do Recôncavo, vozes insurgentes falam novamente. Novas mentes afloram com o poder da palavra – oralidade: alicerce das civilizações negro-africanas.

Cumprindo os ritos, é basilar atender o que o território encerra:

- Peço a benção à Juliano Moreira, de Itapuã em Salvador. À Neusa Santos Souza, de Cachoeira. E a todas as cientistas negras e negros da saúde mental que trazem para o território brasileiro o poder do conhecimen-

to, vindo destas águas cheias de inteligência e vida. Águas perfumadas, curtidas no lilás da alfazema, do sangue negro e indígena – caboclo.

Há mais de um século nascia uma psicologia negra brasileira: da Bahia e do Recôncavo, para os mares do Brasil e do mundo. Força da Diáspora. Luzes eternas e vivas!

Se nos querem apagar, ou calar, por outras vozes e corpos, a gente vive!

- Salubá!³

- A Run Boboi!⁴

Referências

ANTUNES, Mitsuko Aparecida Makino. **A Psicologia no Brasil** – leitura histórica sobre sua constituição. Educ: São Paulo, 2015.

BENTO, Maria Aparecida Silva. **Psicologia Social do Racismo**, Petrópolis, 2016.

_____. **Pactos Narcísicos do Racismo**: Branquitude e poder nas organizações empresariais e no poder público. Tese de Doutorado em Psicologia (USP), São Paulo, 2002.

BICUDO, Virgínia Leoni. **Atitudes Raciais de Pretos e Mulatos em São Paulo (1945)**. Edição organizada por Marcos Chor Maio. São Paulo, Editora Sociologia e Política, 2010.

BURGIERMAN, Denis; JOKURA, Tiago e SILVEIRA, Gabriel. O Médico negro que se opôs ao racismo científico. **Nexo Jornal**. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/video/video/O-m%C3%A9dico-psiquiatra-que-se-op%C3%B4s-ao-racismo-cient%C3%ADfic>. Acesso em: 20 de ago. de 2020.

³ Saudação à Nanã, Orixá Deusa Mãe Ancestral no Candomblé.

⁴ Saudação à Oxumarê, Orixá, filho de Nanã. Vodun – Divindade – que representa o belo e o jovem. A ligação entre o céu e a terra, o dia e a noite. A sabedoria e a transformação.

FANON, Franz. **Peau Noire, Masques Blancs**, Paris, La Découverte, 2011.

_____. **L'an de V de La Revolution Algérienne**. Paris, La Découverte, 2011.

_____. **Les Damnés de la Terre**. Paris, La Découverte, 2011.

_____. **Pour la Revolution Africaine**. Paris, La Découverte, 2011.

COMES, Janaína Damaceno. **Os segredos de Virgínia: Estudo das Atitudes Raciais em São Paulo (1945-1955)**. Tese de Doutorado em Antropologia Social (USP), 2013.

HAMPATÊ BÂ, Amadou. Amkoullel, **O menino fula**. Casa da Áfricas e Pallas Athena: São Paulo, 2003.

Heróis da Bahia. Heróis da Saúde na Bahia (Projeto Fapesb, 2010). Disponível em: <http://www.bahiana.edu.br/herois/herois.aspx>. Acesso em: 25 de maio de 2020.

GONZALES, Lélia. **Primavera para as Rosas Negras**. São Paulo, Editora UCPA, 2018.

MARTINEZ-ECHAZÁBAL, Lourdes. **O Culturalismo dos anos 30 no Brasil e na América Latina: deslocamento retórico ou mudança conceitual?** In: Raça, Ciência e Sociedade, (Orgs.) MAIO, Marcos Chor e SANTOS, Ricardo Ventura. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2006.

LOPES, Talita Jeane Gonçalves. **Ancestralidade em tempos de pandemia: valorização da vida dos povos indígenas e povo preto frente ao COVID-19**. In: Comissão Covid-19 CCS/UFRB, e-book (no prelo).

MBEMBE, Achille. **Necropolítica – Biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte**. São Paulo, N-1 Edições, 2020.

_____. **Critique de la Raison Nègre**. La Découverte, Paris, 2015.

MOREIRA, Juliano e PEIXOTO, A. **Les maladies mentales dans le climats tropicaux**. Arquivo Brasileiro de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins, II(I): 222-41, 1906.

MOREIRA, Juliano. **A luta contra as degenerações nervosas e mentais no Brasil** (comunicação apresentada no Congresso Nacional dos Práticos). Brasil Médico, II:226-6, 1922.

_____. **Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil**, Arquivo Brasileiro de Neuro Psiquiatria, edição especial, 1955.

MUNANGA, Kabengele e CIAMPA, Antônio da Costa. **Entrevista concedida a Antônio da Costa Ciampa**. Revista ABRAPSO, Psicologia e Sociedade; 12 (1/2):5-17; jan./dez, 2000.

NOGUEIRA, Isildinha Baptista. **Significações do corpo negro**, Tese de Doutorado em Psicologia, USP, São Paulo, 1998.

_____. **A Saúde Psíquica da população negra**. In: OLIVEIRA, R.M.S. (Org.), Cenários da Saúde da População Negra no Brasil, Cruz das Almas, Editora Fino Traço e Editora UFRB, 2016.

NOGUEIRA, Isildinha Baptista e CARONE, Iray. **A flama surda de um olhar**. In: Psicologia Social do Racismo. (Orgs.) Carone, I. & BENTO, M.A.S., Petrópolis, Editora Vozes, 2016.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo e DALGALARRONDO, Paulo. Memória – **Juliano Moreira**: um psiquiatra negro frente ao racismo científico. Revista Brasileira de Psiquiatria, volume 4, 178-9, 2000.

OLIVEIRA, Regina M.S.; OLIVEIRA, R.J.; FARIAS, T.N.P. **Dossiê Psicologia, Saúde Mental e Relações Étnicas**, volume 2, número 4, ODEERE/UESB, 2017. Disponível em: <http://periodicos2.uesb.br/index/php/odeere/article/view/2358>. Acesso em: 20 de ago. de 2020.

OLIVEIRA, Regina Marques e SERBIN, Sylvia. **Ancestralidade africana na Europa**: O legado feminino na saúde psíquica da diáspora negra no mundo. In: Dossiê Psicologia, Saúde Mental e Relações Étnicas, volume 2, nú-

mero 4, ODEERE/UESB, 2017. Disponível em: <http://periodicos2.uesb.br/index/php/odeere/article/view/2358>. Acesso em: 20 de ago. de 2020.

OLIVEIRA, Regina Marques de Souza. **Identidade de Jovens Negros nas Periferias das Metrôpoles**: Recortes entre São Paulo e Paris, Doutorado em Psicologia Social, PUC SP, 2008.

_____. **O canto das sereias**: poéticas femininas negras na psicanálise brasileira. In: Candaces – gênero, raça, cultura e sociedade, construindo redes na diáspora africana. Eduneb: Salvador, 2019.

_____. **Nosso Mundo adulto e suas raízes na infância**: saúde mental da população negra e indígena, in: Cenários da Saúde da população negra no Brasil – Diálogos e Pesquisas, OLIVEIRA, R.M.S (Orgs.), Cruz das Almas, Editora Fino Traço e Editora UFRB, 2016.

_____. **Pedagogias e tecnologias em Quilombos**: conquistas e novos desafios. EDUFRB: Cruz das Almas, 2016.

_____. **A formação do psicólogo nos contextos da diáspora africana**. In: OLIVEIRA, R.J.; OLIVEIRA, R.M.S. (Orgs.), Dilemas da Raça – empoderamento e resistência, São Paulo, Editora Alameda, 2017.

_____. Cheiro de alfazema: Neusa Souza, Virgínia e racismo na psicologia. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 72, n. spe, p.48-65, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672020000300005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 de abr. de 2021. <http://dx.doi.org/10.36482/1809-5267.arbp2020v72s1p.48-65>.

OLIVEIRA, Regina Marques de Souza, NASCIMENTO, Maria da Conceição. Dossiê Racismo, saúde mental e território: desafios políticos e epistemológicos na clínica ampliada. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores(as) Negros(as) (ABPN)**, v.10, número 24, 2018, ISSN 2177-2770. Disponível em: <https://www.abpnrevista.org.br/index.php/site/article/view/571>. Acesso em: 20 de ago. de 2020.

REIS FILHO, José Tiago. **Ninguém atravessa o arco-íris**. São Paulo: Editora Ana Blume, 2000.

_____. **Negritude e sofrimento psíquico**. Tese de doutorado em Psicologia Clínica, PUCSP, 2005.

SANTOS, Milton. **Da totalidade ao lugar**. Edusp: São Paulo, 2008.

SERBIN, Sylvia. **Reines D´Afrique et héroines de la diaspora noire**, Paris, MeduNeter, 2018.

SOUZA, Neusa Santos. **Tornar-se negro**. Editora Graal: Rio de Janeiro, 1982.

TENÓRIO, Tanawy de Souza e FERNANDES, Saulo Luders. Etnia Xukuru-Kariri e as práticas populares no enfrentamento à Covid-19 – Rituais, construção de caminhos e redes de cuidado. **Le Monde Diplomatique**, Acervo *online*, 22 de maio de 2020. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/etnia-xukuru-kariri-e-as-praticas-populares-no-enfrentamento-a-covid-19/>. Acesso em: 23 de maio de 2020.

ACS e redução de danos: juventude negra e democracia

Rafael Coelho Rodrigues

Este relato de experiência busca divulgar as ações realizadas em grupo com agentes comunitárias de saúde (ACS) na cidade de Santo Antônio de Jesus/Bahia, que fizeram parte das atividades de um projeto de extensão do curso de Psicologia, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, em 2017. Estas ações tinham como objetivo suscitar momentos de análise coletiva de suas práticas por parte das ACS, buscando, com isso, ampliar o reconhecimento da dimensão subjetiva que atravessa o trabalho em saúde (MERHY, 2002), entendendo este como sendo perpassado por dimensões afetivas e imateriais que mobilizam os sujeitos a realizá-lo de diferentes modos.

A atividade de extensão universitária parte da premissa da responsabilidade social que uma universidade pública porta, assim como, da urgência de construirmos espaços coletivos de análise de nossas práticas e acolhimento dos afetos que as atravessam (e que nos atravessam). Entendemos que tal atividade é ainda mais necessária em um momento político difícil como o que vivemos, partindo de uma convicção de que as estruturas sociais e políticas que permitem e legitimam o que vivemos só são possíveis devido a um campo afetivo que as alicerça e as movimenta nesta mesma direção.

Assim, a atividade de extensão aqui narrada buscou contribuir com a radicalização dos preceitos e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Partimos da compreensão de que as Agentes Comunitárias de Saúde contri-

buem para a promoção de cuidado no território de vida das populações, prática de saúde pública possível a partir da reformulação do parque sanitário brasileiro que passou a ter na atenção primária em saúde sua porta de entrada, o que o diferencia de uma atenção centralizada na lógica hospitalocêntrica.

Em tempos de governamentalidade⁵ neoliberal, a lógica de diminuição das políticas sociais coloca em risco a existência do SUS. Nossa aposta tem sido resistir a este movimento ocupando os serviços e junto com os(as) trabalhadoras(os) e estudantes contribuir com a radicalização em ato dos seus princípios. Já que o capitalismo funciona por uma axiomática (DELEUZE e GUATTARI, 2010) individualizante, nos associar aos profissionais de saúde, estudantes e usuários(as) do sistema pode suscitar um movimento contra-hegemônico na formação dos(as) estudantes envolvidos e das agentes de saúde e a promoção de saúde da população do território. Está é a aposta metodológica e ética a partir da qual nos guiamos.

Esta governamentalidade neoliberal é erigida através do que Dardot e Larval (2016) denominaram racionalidade neoliberal, partindo, principalmente, das análises genealógicas de Michel Foucault (2008b) sobre o liberalismo e o neoliberalismo. Nesta perspectiva, esses autores entendem o neoliberalismo como um sistema normativo que estende a lógica do capital à todas as relações sociais e esferas da vida, incluindo todo um processo de subjetivação. As sucessivas crises do capitalismo se tornam oportunidades de novas formas de rentabilidade, transformando essa governamentalidade neoliberal a partir das suas sucessivas crises em um modo de governo (DARDOT e LAVAL, 2016).

⁵ O conceito de Governamentalidade foi desenvolvido pelo filósofo Michel Foucault denominando como “o conjunto constituído por instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas, que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por principal forma de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança” (FOUCAULT, 2008a, p. 142).

As ações com as ACS buscavam criar espaço/tempo na rotina tumultuada das unidades de saúde a fim de propiciar momentos de problematização da prática diária destas profissionais, visando constituir-se em um espaço de acolhimento e análise das relações de trabalho e de cuidado implementadas no seu cotidiano de trabalho em saúde pública. O intuito foi problematizar com elas o modo a partir do qual estavam implicadas com suas práticas e o efeito deste modo de implicar-se na sua realidade e no seu trabalho. Assim, buscávamos politizar e coletivizar questões que tantas vezes acabam se individualizando e se transformando em adoecimento ou empobrecimento (esvaziamento) da prática de trabalho em saúde.

O conceito de implicação foi desenvolvido por Renée Lourau (2014) propondo a necessidade de se analisar os vínculos afetivo-libidinais, políticos, profissionais e institucionais de qualquer pesquisador ou trabalhador. Com este conceito, o autor busca enfatizar a crítica à uma suposta neutralidade na produção de conhecimento, associando a implicação a uma espécie de transferência e contra transferência institucional (PASSOS, E.; BARROS, R.B., 2009).

A proposta de trabalho foi desenvolvida por demanda direcionada pelo sindicato das agentes comunitárias para a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Inicialmente, solicitavam que realizássemos uma espécie de clínica individual devido ao sofrimento psíquico vivido pelas trabalhadoras. Ouvimos a demanda da presidenta do sindicato e relatos das agentes presentes na assembleia da categoria. Após a escuta e acolhimento, combinamos que colocaríamos em análise a demanda recebida e voltaríamos na reunião seguinte com uma proposta de trabalho com elas.

Na reunião seguinte apresentamos o projeto de extensão “Ampliação do reconhecimento da dimensão subjetiva das práticas de saúde: uma estratégia de fortalecimento do cuidado no território”. A proposta visava a

realização de grupos de ACS para discussão do processo de trabalho entre elas, de modo que colocassem em análise o que estava produzindo sofrimento. Explicitamos que a partir das falas apresentadas, entendíamos que o processo de sofrimento no qual estavam imersas era produzido por um feixe de fatores, nos quais, existiam, logicamente, as questões individuais de cada uma delas, mas havia também uma série de fatores que atravessavam as suas existências, tais como o subfinanciamento da política pública de saúde, a pouca valorização do trabalho que desenvolviam, questões envolvendo as relações entre elas, as particularidades da política pública no município, dentre várias outras. Sendo assim, propusemos a realização dos grupos que suscitasse um espaço-tempo para que pudessem se ouvir, pensar e analisar o próprio processo de trabalho, e, assim, criar estratégias coletivas e locais buscando a promoção de saúde entre elas. Para aquelas que precisassem de acompanhamento psicoterápico individual, nos comprometemos em encaminhar para o Serviço de Psicologia da Universidade.

A proposta foi aceita pela assembleia e começamos, pouco tempo depois, a realizar cinco grupos em diferentes unidades de saúde, envolvendo oito estudantes da graduação em psicologia. Este texto discute uma situação ocorrida em um dos grupos que tratamos como um analisador⁶ institucional.

A vida é a arte do encontro

Buscamos ao longo dos encontros com as ACS construir uma abordagem de educação permanente em saúde consonante com a proposta da Política Nacional de Humanização (PNH), na qual há uma crítica ao modelo de educação bancária de produção e transmissão do saber e da

⁶ Conceito da Análise institucional francesa descrito na página seguinte.

ideia de uma “formação-consumo”, “que tem funcionado através do consumo de kits ou de técnicas a serem aplicadas e no desenvolvimento de novas habilidades descartáveis” (BRASIL, 2007).

A PNH propõe que a educação permanente em saúde, ao contrário, consista na aprendizagem no trabalho onde o aprender e o ensinar se incorporem ao cotidiano da organização e ao trabalho. Baseia-se, assim, na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação permanente dos trabalhadores(as) da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos(as) trabalhadores(as) sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações (BRASIL, 2007).

Assim, durante seis meses de 2017, realizamos encontros quinzenais com as diferentes equipes de agentes comunitárias de saúde, em seus locais de trabalho. A proposta metodológica destes encontros foi a construção coletiva de mapas do cotidiano do serviço, seus conflitos, angústias e “gargalos” da rede de cuidado. Os encontros foram registrados em diários de campo.

A proposta de construção de mapas analíticos do serviço, originalmente desenvolvida por Merhy (2002), objetiva que possamos construir mapas do cotidiano do mundo do trabalho, junto com cada ator/a envolvido no processo. O intuito para a construção de tais mapas foi mapear “situações” que podemos definir como analisadoras, a partir de Lourau (2014), que as pensa como sendo “aquilo que faz uma instituição falar, dizer coisas que não são conversadas mesmo estando ali, meio ocultas, mas acontecendo” (LOURAU, 2014, p. 41).

Deste modo, experimentamos nestes encontros vários “mapas analíticos” da cotidianidade do mundo do trabalho daqueles grupos e isso foi “fazendo explodir para os mesmos a necessidade de conversar sobre cada nova “revelação”, trazendo-as para a “cena desse mundo como um de seus fundamentais fabricantes, implicados com ele e não sua vítima” (MERHY, 2002). O intuito, neste sentido, era trazer para a cena desses(as) trabalhadores(as) os seus lugares e suas relações. Provocamos que olhassem para os mapas como ferramentas analisadoras e procurassem “escutar” os ruídos que faziam, inclusive o incômodo que lhes provocavam.

Os encontros realizados com as ACS utilizaram como referencial teórico alguns conceitos-ferramentas da análise institucional francesa, como os utilizados na PNH, buscando uma prática de promoção de saúde e acolhimento do sofrimento psíquico, além de se constituírem também como espaço formativo. Visávamos possibilitar que a formação acontecesse em seu sentido disruptivo, capaz de “produzir aberturas a novas sensibilidades, dizibilidades e visibilidades que expressassem a multivetorialização nas quais estão envolvidas as práticas concretas de cuidado e gestão em saúde” (HECKERT e NEVES, 2010). O objetivo da prática formativa e de acolhimento, neste sentido, foi propiciar que explorássemos os sentidos cristalizados, suas implicações e efeitos nos cuidados em saúde, buscando a criação de “condições para o surgimento de processos de transformação das práticas de cuidado naquele contexto” (ZAMBENEDETTI, 2014). A partir da análise institucional, buscamos entender a formação não como uma forma a ser dada, mas, sim, como a possibilidade de desconstrução da forma que se apresenta de modo cristalizado, almejando proporcionar, com isso, a ampliação do repertório de estratégias de cuidado no território e entre as agentes comunitárias de saúde. Uma prática formativa e também clínica.

Acesso à saúde em territórios vulnerabilizados

Em um dos grupos acompanhados, uma das situações analisadoras produzidas a partir da construção coletiva dos mapas do trabalho foi a relação das ACS com os jovens da comunidade que faziam uso de substâncias psicoativas ilícitas. A fala abaixo, de uma agente comunitária, transcrita em diário de campo foi compreendida por nós como uma situação analisadora, o que disparou a análise apresentada neste texto.

Aqui, como vocês sabem, nós nos separamos por territórios. Então eu fico responsável por determinada área aqui do bairro e elas por outras. Mas tem uma parte da minha área que eu não vou. É uma área onde ficam os meninos usando drogas. Eu conheço eles desde pequenos. Me respeitam, eu conheço suas famílias. Mas lá eu não vou. Não sei, e se eles ficarem violentos o que podem fazer comigo? Então, aqui, ninguém vai nestes lugares (diário de campo, 2017).

A partir deste relato percebemos o quanto o acesso à saúde pode ser mais problemático para jovens que fazem uso de tais substâncias. Quando há a dificuldade de determinados grupos sociais acessarem os serviços de saúde, tais serviços precisam ser construídos de modo a acessarem tais usuários. O consultório na rua é um exemplo desta política construída a partir da dificuldade constatada da população em situação de rua acessar as unidades de saúde da família por conta da adscrição da clientela do território do qual a unidade é referência. Como a população em situação de rua não é domiciliada oficialmente neste território, acabava, muitas vezes, tendo dificuldade em acessar o serviço. Assim, o consultório na rua tem como objetivo ir até a população buscando garantir o acesso aos serviços de saúde e, também, à rede intersetorial. Possibilitando acesso aos serviços públicos, se possibilita acesso à cidade. Democracia em ato.

Segundo Assis (2010) o acesso aos serviços de saúde pelos usuários é “definido não em função de uma oferta de serviços organizada e hierar-

quizada, e sim pelas necessidades que são estabelecidas pelos usuários, traduzidas em demandas por atendimento médico” (ASSIS, 2010, p. 18). Para esta autora, a definição de acesso está relacionada com o ato de chegar, ingressar, entrar, aproximar e alcançar o atendimento no serviço.

Porém, como nos faz pensar a fala da trabalhadora do SUS, o acesso destes jovens é dificultado pelo estigma que um jovem, geralmente nesses casos, pobre e negro, usuário de uma substância ilícita, porta em nossa sociedade, inclusive, entre os profissionais da saúde pública. Há o estigma do jovem com este determinado perfil ser violento e, somado a isto, o estigma sobre a substância. Em nossa cultura o uso das substâncias psicoativas é atravessado pela moral, o que acarreta preconceitos e desconhecimento dos efeitos possíveis destas substâncias no organismo e sobre o comportamento dos usuários. Tais usuários, frequentemente, são vistos ora como pecadores, ora como doentes, ora criminosos. Ou em tantas vezes, como um misto disto tudo. Um herege pós-moderno como analisou Nilo Baptista (1998) em relação a figura do traficante de drogas em nossa sociedade:

[...] é na periferia que os espaços de vida e de discussão se estabelecem. É no convívio com os donos do tráfico que se tem a noção da exclusão da favela e do desprezo destinado a eles pelas autoridades. A violência não intimida seus moradores, que sabem as formas de evitar os conflitos entre os criminosos do tráfico e seus filhos, o que mais intimida é a violência do descaso urbano. Da falta de vagas nos postos de saúde, da escola que aprova a criança que até os 12 anos ainda não sabe ler [...], como o adolescente negro morador da periferia constrói sua identidade a partir das relações com o espaço e acesso à cidadania (OLIVEIRA, 2012, p. 11).

Neste sentido, estes jovens usuários de substâncias psicoativas ilícitas têm dificuldade em acessar os serviços públicos de saúde e, estes, também apresentam dificuldades de acessarem estes jovens e suas de-

mandas específicas. Esta situação analisadora nos possibilita pensar alguns dos impactos da política proibicionista focada na criminalização do plantio, comércio e consumo de substâncias psicoativas sobre a saúde das populações, mais especificamente, da população jovem, pobre e negra.

O impacto do proibicionismo e da política denominada como de “guerra às drogas” nesta população é evidenciado pelos números de encarceramento e extermínio desta população no Brasil nas últimas décadas. Constata-se que os jovens negros e pobres são a maioria na população carcerária brasileira. De 2002 até 2014, o número de pessoas presas no Brasil aumentou 267,32%, sendo que, em 2016 o país se tornou a terceira maior população prisional do mundo com mais de 800 mil presos, com taxa de encarceramento de 352,6 pessoas por 100 mil habitantes. O crime de tráfico de drogas, embora não seja ainda o tipo penal mais frequente nas prisões, é o que mais contribui isoladamente para o aumento do encarceramento no Brasil, sendo atualmente responsável pela privação de liberdade de 29% da população carcerária masculina e 62% da feminina (BRASIL, 2016).

O proibicionismo e a guerra às drogas também produzem como efeito direto uma política que causou um aumento de 23,3% nos assassinatos de jovens durante a década entre 2006 e 2016. Os homicídios são a causa de 49,1% das mortes de jovens entre 15 e 19 anos, e 46% das mortes entre 20 a 24 anos. Esse índice é bem diferente do grupo de brasileiros entre 45 e 49 anos, por exemplo, que é de 5,5%. Com isso, em 11 anos, o Brasil enterrou 324.967 jovens assassinados. A taxa de homicídios de pessoas de 15 a 29 anos (65,5 mortos por 100 mil habitantes) é o dobro da média nacional e mais de seis vezes a taxa global de homicídios de jovens (10,4), segundo a Organização Mundial da Saúde (CERQUEIRA, 2017).

Tais números e a reverberação deles em nossa sociedade corroboram a tese de Batista (2012) para quem vivemos um processo de adesão subjetiva à barbárie. A banalização desse extermínio também evidencia

o que vários autores (BATISTA, N., 1988; NASCIMENTO, A., 2017; FLAUZINA, A.; 2008) vêm denunciando há várias décadas, ou seja, o racismo estrutural (ALMEIDA, 2019) constituinte da sociedade brasileira. Quando de sua visita ao Brasil, a pesquisadora estadunidense Deborah Small (2016) definiu a política de guerra às drogas como uma política racista, pois, possibilita ao Estado sua prática histórica de segregação e extermínio da população negra.

Foucault (2005) analisou os mecanismos de poder exercidos em uma sociedade regida pelo que denominou biopolítica. Segundo este autor, a partir do século XIX, o Estado moderno institui políticas voltadas para a defesa da vida, de sua qualidade e longevidade. Porém, o autor constata um paradoxo que se apresenta no século XX quando percebe que é quando mais se fala e se defende a vida, mas se mata. Diferenciando o biopoder, do poder soberano (que detinha o poder de deixar viver e fazer morrer), Foucault constrói uma perspectiva na qual a biopolítica se faz por práticas de fazer viver e deixar morrer. Assim, o Estado moderno, segundo ele, só vai poder fazer morrer através do racismo de Estado, que passa a se constituir como o corte biopolítico, a partir do qual define-se aquela parcela da população que deve viver, daquela que pode morrer.

Mbembe (2011) enfatiza o quanto o biopoder é um poder de determinação sobre a vida e a morte ao desprover o status político dos sujeitos. Para este autor, no neoliberalismo, o que acontece em determinados territórios é uma diminuição de determinada população ao biológico (principalmente a população negra), o que desumaniza e abre espaço para todo tipo de arbitrariedade e inumanidade. Utilizam-se técnicas e desenvolvem-se aparatos meticulosamente planejados para a execução desta política de desaparecimento e morte. Ou seja, não há, nessa lógica sistêmica, a intencionalidade de controle de determinados grupos sociais. O processo de exploração em que se estabelecem as relações neoliberais

opera pelo extermínio dos grupos que não têm lugar algum no sistema, uma política que parte da exclusão para o extermínio (BORGES, 2017). A esse fenômeno, Mbembe (2011) denominou necropolítica.

Compreendemos a partir do exposto que a política de guerra às drogas possibilita no contemporâneo o corte biopolítico, através do qual uma necropolítica estatal se concretiza. Salientamos que o endurecimento das políticas de segurança do Estado (WAQUANT, 2001) é parte inerente ao funcionamento do neoliberalismo em sua vertente atual, uma vez que o Estado se tornou um Estado pós-democrático (CASARA, 2017), funcionando do “ponto de vista político, como um mero instrumento de manutenção da ordem, controle das populações indesejadas e ampliação das condições de acumulação do capital e geração dos lucros” (CASARA, 2017, p. 17).

Nesta perspectiva, sublinhamos que além dos efeitos diretos do proibicionismo e da política de guerra às drogas apontados, como o encarceramento em massa e o extermínio da população jovem e negra, outro efeito precisa ser reiterado. Há prejuízo significativo no acesso à saúde também desta parcela da população. No âmbito da saúde pública, Gomes-Medeiros *et al.* (2019) enfatizam que o proibicionismo, como forma específica de abordagem da problemática das drogas pelo Estado, cumpre papel determinante no estabelecimento de padrões de acesso, riscos e necessidades de saúde.

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde que esses jovens enfrentam, a partir do estigma já mencionado, relaciona-se também à lógica da abstinência, associada ao proibicionismo, que atravessa vários destes serviços. Esta perspectiva preconiza que o usuário da substância precise, necessariamente, parar de usar a substância, mesmo que este não seja seu objetivo. A Política Nacional sobre drogas preconizava até

2019 (quando por decreto presidencial é alterada) que a direção da atenção à saúde dos usuários de substâncias psicoativas deveria ser pautada pela lógica da redução dos riscos e danos. Porém, muitos serviços públicos de saúde pautavam suas ações com essa população exclusivamente pela noção de abstinência, demonstrando, com isso, como a moral e perspectivas religiosas têm atravessado muitos destes serviços, numa espécie de privatização da esfera pública pelas crenças e valores morais dos seus gestores e trabalhadores técnicos.

As práticas de redução de riscos e danos provocam uma ampliação da clínica, pois, esta precisa buscar elementos para além do sintoma, incluindo o contexto de uso, qual a substância e o modo como se faz o uso (uso prejudicial ou problemático, recreativo, dependência). Por isso, esta clínica pautada pelo paradigma da redução de danos é, necessariamente, intersetorial e faz-se como clínica ampliada e compartilhada. A redução de danos não é oposta à abstinência, pois, em alguns casos, será necessário buscar a abstinência de determinada substância com o usuário. É oposta à proposta de uma clínica que, de antemão, já estabeleça metas terapêuticas sem levar em consideração as condições clínicas do sujeito, sua substância de uso, como faz seu uso e, principalmente, o desejo do sujeito. A clínica da redução de danos é uma clínica construída com o sujeito, possibilitando, assim, espaço de exercício de sua autonomia e corresponsabilidade com o próprio processo de cuidado e promoção de saúde. Uma clínica em sinergia com os princípios e diretrizes do SUS e da reforma psiquiátrica brasileira. Uma clínica pautada pela aposta da radicalização da democracia em ato, nos territórios onde a vida pulsa. Uma clínica, por isso mesmo, subversiva aos ditames neoliberais que se opõem à democracia em nossa contemporaneidade.

Considerações finais

Neste texto buscamos produzir uma análise a partir de um analisador ocorrido em uma atividade de grupo com agentes comunitárias de saúde em um projeto de extensão universitária. Inicialmente, perscrutamos o processo de sofrimento psíquico vivenciado por muitas das ACS envolvidas. Buscamos, a partir do trabalho em grupo, colocar em análise os vários fatores que poderiam estar contribuindo para o processo de sofrimento, salientando seu viés político, coletivo e do próprio processo de trabalho em saúde pública em época de seu desmonte, através da confecção de mapas analíticos do serviço.

O analisador que nos forçou a pensar (DELEUZE, 2010) evidenciou a dificuldade de alguns(as) trabalhadoras(es) da saúde em se relacionarem com jovens negros e pobres que faziam uso de substâncias psicoativas nas suas áreas de atuação. Buscando não individualizar essas dificuldades, as problematizamos como uma questão política que nos implica na busca por sua resolutividade. O problema percebido demonstrava a dificuldade em possibilitar acesso aos serviços de saúde pública para uma camada da população que vem sofrendo diretamente o impacto da política proibicionista e de guerra às drogas. A vulnerabilidade desta população demonstra a vulnerabilidade do SUS, para as quais precisamos criar alternativas e novas políticas públicas.

Após a atividade com as ACS e a construção do analisador já referido, podemos afirmar que outro impacto a essa população advindo do proibicionismo, além do encarceramento e do extermínio, se refere a maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde pública, inclusive, os territoriais.

Ao constatar tal impacto, buscamos realizar atividades junto as ACS de aproximá-las aos jovens das comunidades, nos locais nos quais faziam uso ou venda das substâncias. Realizamos formação introdutória

em redução de danos e a inserção das ACS nas atividades de discussão da rede de apoio psicossocial, na qual problematizamos a dificuldade de acesso e estratégias coletivas começaram a ser delineadas.

Ao ouvir o sofrimento e inseri-lo numa gramática ampla, complexa e multifatorial, compreendemos que favorecer acesso ao cuidado em saúde mental das trabalhadoras(es) da saúde é ampliar também o acesso da população à saúde pública, contribuindo para sua maior qualidade, equidade e integralidade. Nossa aposta metodológica e ética foi ocupar os dispositivos de saúde pública buscando construir perspectivas clínicas a partir das quais os preceitos da redução de danos, a saber, a autonomia, responsabilização e protagonismo dos usuários, sejam transversais e indicativos clínicos e políticos de uma psicologia e uma democracia por vir.

Referências

ALMEIDA, S. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Ed. Pólen, 2019.

ASSIS, M.M.A. **Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde**. In: ASSIS, MMA. *et al.* (orgs). Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários [online]. Salvador: EDUFBA, 2010.

BATISTA, N. Política Criminal com derramamento de sangue. In: **Discursos Sediciosos: crime, direito e sociedade**. Ano 3, n 5 e 6. Rio de Janeiro. Instituto Carioca de Criminologia. Freitas Bastos Ed, 1998.

BATISTA, V.M. Adesão subjetiva à barbárie. In: BATISTA, V.M. (Org.). **Loic Wacquant e a questão penal no capitalismo neoliberal**. Rio de Janeiro: Ed. Revan, 2012.

BORGES, J. **O que é: Encarceramento em Massa?** Belo Horizonte/MG; Letramento; Justificando, 2018.

BRASIL. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias**. I:- Fopen, 2016.

BRASIL. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

CERQUEIRA, D. **Atlas da Violência 2017**. IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Rio de Janeiro, 2017.

CASARA, R. **Estado pós-democrático: neo-obscurantismo e gestão dos indesejáveis**. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira, 2017.

DARDOT, P; LAVAL, C. **A Nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal**. São Paulo: Ed. Boitempo, 2016.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O Anti-édipo: Capitalismo e Esquizofrenia**. São Paulo: Ed. 34, 2010.

DELEUZE, G. **Proust e os signos**. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 2010.

FLAUZINA, A.L. **Corpo Negro caído no chão: O Sistema Penal e o Projeto Genocida do Estado Brasileiro**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2008.

FOUCAULT, M. **Em Defesa da Sociedade**. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2005.

_____. **Segurança, território e população**. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2008a.

_____. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2008b.

GOMES-MEDEIROS, D; FARIA, P. H.; CAMPOS, G. W.S; TÓFOLI, L.F. Política de drogas e Saúde Coletiva: diálogos necessários. **Cad. Saúde Pública**, 35(7): e00242618, 2019.

HECKERT, A.L.C. & NEVES, C.A.B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: **Brasil. Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

LIMA, R.S, BUENO, S. 110 **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2017**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2017.

LOURAU, R. **Análise Institucional**. Petrópolis/RJ: Ed. Vozes, 2014.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. Madri/Espanha; Ed. Melusina, 2011.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

NASCIMENTO, A. **O Genocídio do Negro Brasileiro**: Processo de um Racismo Mascarado. São Paulo: Perspectiva, 2017.

OLIVEIRA, R. M. A Cidade nas franjas do capitalismo: habitar a periferia e ser jovem negro. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores(as) Negros(as) (ABPN)**, [S.l.], v. 4, n. 8, p. 30-51, out. 2012. Disponível em: <https://www.abpnrevista.org.br/index.php/site/article/view/248>. Acesso em: 24 ago. 2020.

PASSOS, E.; BARROS, R.B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V., ESCÓSSIA, L. (Org). **Pistas do método da cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.

REIS, T. **Em 1 ano, dobra nº de menores cumprindo medidas no país, diz CNJ. G1**. São Paulo, 25 nov. 2016. Disponível em: <http://g1.globo.com/politica/noticia/2016/11/em-1-ano-dobra-n-de-menores-cumprindo-medidas-no-pais-diz-cnj.html>. Acesso em: 09 de jan. de 2019.

SANTOS, T. (Org.). **Levantamento nacional de informações penitenciárias**. Brasília: Departamento Penitenciário Nacional, Ministério da Justiça e Segurança Pública; 2014.

ZAMBENEDETTI, G.; NEVES, R. Psicologia e Análise Institucional: Contribuições para os Processos Formativos dos Agentes Comunitários de Saúde. In: **Revista Psicologia**: Ciência e Profissão, 34(3), 690-703, 2014.

WAQUANT, L. **As prisões da miséria**. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 2001.

Mulheres negras e periferia: intervenção psicossocial

*Alessandra de Jesus Santos Lopes
Dóris Firmino Rabelo*

O contexto histórico e social constantemente tensiona a Psicologia a cumprir seu compromisso ético e político com a população brasileira. A força dos movimentos sociais tem introduzido uma série de discussões, que buscam questionar as estruturas opressoras majoritariamente legitimadas pelo Estado e pela sociedade através dos dispositivos que os compõem. As questões psicossociais decorrentes do racismo que permeia as relações e as instituições, uma vez que ainda somos uma sociedade com práticas coloniais, precisam ser pautadas pela Psicologia.

Os efeitos psicossociais do racismo não serão desconstruídos unicamente através de práticas de superação subjetiva, já que este é estruturante do cotidiano e afeta diretamente as comunidades negras. Nesse caso, a superação precisa ser comunitária (CRP-PR, 2016). Isso significa atuar em processos interacionais que produzem os modos de vida comunitários, tendo em vista o seu caráter mediador, favorecendo a criação e o fortalecimento de redes (entre pessoas e instituições) que possam contribuir para uma melhoria na qualidade de vida coletiva (XIMENES; PAULA; BARROS, 2009). Essa prática tem como pressuposto a ideia de que as pessoas são capazes de modificar suas realidades, de superar a alienação e o fatalismo, de se fortalecerem conjuntamente e de desenvolverem capacidades e recursos para intervir nas variáveis que controlam sua situação de vida.

Historicamente, as comunidades latino-americanas sofreram uma série de processos políticos e sociais de dominação e opressão, que im-

pactou diretamente na forma como estas encaram suas realidades. Por serem processos enraizados e naturalizados pela sociedade, a pessoa não vê mais sentido na luta pela realização dos seus ideais, e, assim, sente-se predestinada ao seu destino e incapaz de agir sobre ele (GUZZO; LACERDA JR, 2007).

Em função dos diversos mecanismos de dominação e subordinação, os sujeitos estão alheios aos processos sociais, históricos, culturais e políticos que permeiam os mais diversos contextos em que estão inseridos. Por isso, a conscientização está ligada à compreensão e análise crítica desses processos, conclamando para que se reconheçam enquanto agentes que fazem e refazem o mundo. No caso da população negra, especificamente, o processo de marginalização que é marcado pelo racismo e sexismo repercute em diferentes dimensões da vida, desde o acesso a equipamentos sociais até aspectos subjetivos, além de inúmeras situações de violência, que produzem marcas psíquicas e distorcem sentimentos e percepções de si mesmo (SILVA, 2004; ALMEIDA, 2019).

O Instituto AMMA Psique e Negritude (2007) define o conceito de resistência como “oposição, reação, recusa de submissão à vontade de outrem” (p.77). Dessa forma, resistir é lutar para modificar a relação de poder que está tradicionalmente posta na relação oprimido-opressor. A resistência do povo negro, por exemplo, ocorreu e ocorre como forma de reação à violência do racismo. Assim, concebendo a resistência como uma faceta importante da modificação das relações de poder, as minorias sociais, afetadas pelas mais diversas formas de opressão, têm buscado diferentes fontes e mecanismos para resistir.

De uma perspectiva histórica, desde o período da escravização, a mulher negra ocupa um espaço importante nos movimentos de resistência (DAVIS, 2016). Elas elaboram formas de enfrentamento que contra-

põem a ideia de passividade às violências que sofrem (PAIXÃO; GOMES, 2008), são demandadas quanto à continuidade do seu papel de provedora e autoridade do lar, são protagonistas do cuidado e da comunidade que fazem parte (DAVIS, 2016).

No contexto familiar, o formato de família matrifocal perpetua nas comunidades por conta de fenômenos sociais e psíquicos que excluem a possibilidade de participação do homem negro, como o encarceramento em massa e o genocídio da população negra. Assim, seu papel na comunidade não se limita a prover e coordenar os núcleos familiares, mas também o de transmitir geracionalmente a manutenção de aspectos relacionados à cultura, tradição e religião do povo negro (PRESTES, 2013). Em todos os casos, compreende-se a importância do seu papel na articulação de pontos de resistência e na tentativa de manutenção da identidade racial, partindo de uma perspectiva de coletividade.

Por isso, a resistência política e econômica de comunidades periféricas acaba se voltando para as mulheres negras que as compõem. No entanto, existe um custo à saúde física e psíquica dessas mulheres, por terem que ocupar constantemente esse lugar. Segundo Prestes (2013), essa resistência é um ponto fundante da sua subjetividade, por ser uma questão de sobrevivência. A resistência da mulher negra, embora central para o desenvolvimento das comunidades e enfrentamento das violências raciais, lhe é custosa. Esse custo psicossocial imputado a elas precisa ser reconhecido, acolhido, cuidado, resignificado e reorganizado.

O sofrimento psíquico do povo negro, e aqui se ressalta da mulher negra, precisa ser considerado na atuação da Psicologia. Pensar o combate às violências no contexto da comunidade é traçar estratégias de fortalecimento, conscientização; é conectar fontes de resistência. Nesse sentido, o objetivo deste capítulo é apresentar um relato de experiên-

cia de uma intervenção psicossocial em grupo com mulheres negras de uma comunidade periférica, em uma cidade do interior do Recôncavo da Bahia. O Grupo de Mulheres foi uma das ações realizadas no contexto de um Estágio Supervisionado, e foi pensado em conjunto com as moradoras da comunidade na tentativa de atingir tais objetivos.

O processo de fortalecimento comunitário é um eixo de atuação conjunta de psicólogos com grupos, membros da comunidade em que atuam. Afonso (2010) ressalta que o trabalho em grupo constitui um instrumento importante, pois possibilita alcançar a conscientização de necessidades pessoais, relacionais e coletivas para, a partir delas, descobrir as forças opressivas e as condições de mudança. Segundo Guzzo e Lacerda Jr (2007), o fortalecimento surge de um senso de pertencimento a um coletivo, em que o sofrimento do outro é o próprio sofrimento.

Dentre as possibilidades de atuação com grupos, as intervenções psicossociais dizem respeito a um trabalho de relação direta de um facilitador com um grupo, com vistas a provocar reflexões que levem a mudanças na vida cotidiana. Os processos de fortalecimento estão estreitamente ligados à modificações de percepções e de relações de poder estruturadas historicamente. Por isso, as discussões que ocorrerem dentro desse processo devem ser centradas no ambiente da comunidade, com os recursos que ela possui. É um movimento de libertação que parte do coletivo e centra o poder na comunidade e nos seus membros organizados (MONTERO, 2010).

Método

Este relato de experiência é a descrição e discussão de uma das atividades realizadas em um estágio em Psicologia Comunitária em um bairro periférico. Todas as ações foram estruturadas de forma coletiva a

fim de fortalecer redes e vínculos que pudessem repercutir nas dinâmicas sociais historicamente enrijecidas e, assim, evocar o combate às mazelas decorrentes do racismo. Um aspecto importante a ser mencionado diz respeito à conduta ética do trabalho em comunidades, que, segundo Montero (2010), deve tecer uma relação com os sujeitos que preze pelo respeito e a igualdade, considerando suas singularidades. É necessário também que as ações não sejam realizadas para a comunidade, mas com a comunidade, tendo em vista que os moradores têm sua voz e são plenamente capazes de tomar e executar suas decisões.

Considerou-se importante pensar no histórico de exclusão que as mulheres negras já vivem cotidianamente e criar um espaço na comunidade em que elas habitam. Após um longo processo de vinculação realizado com a comunidade, para que as moradoras se sentissem realmente à vontade para opinar e construir um projeto no qual se implicariam, foi possível criar o grupo de mulheres. Foi realizada uma divulgação que contou com a ajuda das mulheres da comunidade, cartazes fixados no CRAS e na USF e panfletos distribuídos com a ajuda das ACS.

Os encontros ocorreram quinzenalmente no salão de uma creche, com duração média de 1 hora e 30 minutos. A quantidade de participantes do grupo variou de 12 a 17 mulheres adultas e idosas. Foi realizado um total de 06 encontros, com temáticas diversas escolhidas por elas, dentre estas estavam: o que é ser mulher (no contexto da sociedade em que estão inseridas), dinâmica familiar/criação dos filhos, autoestima, assertividade e autocuidado. As atividades estão especificadas no Quadro 1.

Quadro 1: Síntese das atividades realizadas no Grupo de Mulheres.

Encontro/Tema		Objetivo	Atividades
1	Abertura das atividades do grupo.	Iniciar as atividades do grupo, realizar o levantamento de demandas.	1. Acolhimento e recepção; apresentação do grupo (objetivos, modo de funcionamento e datas); 2. Apresentação do CRAS e da USF (serviços prestados, atividades desenvolvidas, agendas, formas de acesso); 3. Levantamento de demandas; 4. Contratualização (escolha de horários, dias, acordo de confidencialidade).
2	Identidade grupal.	Realizar um levantamento dos aspectos da identidade do grupo	1. Dinâmica árvore dos sonhos (elencar sonhos, construir possibilidades para alcançá-los e elencar recursos que já possuem para que isso seja feito); 2. Reavaliação e confirmação das datas dos encontros; 3. Feedback do grupo.
3	Autoestima, autoimagem e autocuidado.	Levantar reflexões sobre a relação das participantes consigo e como isso reflete no autocuidado e, por consequência, na saúde.	1. Atividade com cordéis de Jarrid Arraes; 2. Dinâmica do espelho; 3. Feedback do grupo.
4	O que é ser mulher no Bairro "X"?	Viabilizar reflexões sobre a forma como as participantes se relacionam com o ser mulher; identificar as variáveis que envolvem isso e de que forma o 'ser mulher' é construído socialmente, principalmente no contexto do bairro em que vivem.	1. Pergunta disparadora: O que é ser mulher no bairro "X"?; 2. Dinâmica do corpo feminino (papéis de gênero que são construídos socialmente, como essas instruções se repetem socialmente e historicamente, e de onde surgem essas diferenças); 3. Como eu sou tratada x como eu queria ser tratada; 4. Feedback do grupo.

5	Dinâmica familiar.	Discutir a dinâmica e os padrões familiares com foco na transgeracionalidade.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dinâmica sobre a centralidade das mulheres nas suas famílias; 2. Dinâmica do padrão familiar (características e hábitos que se repetem dos avós e dos pais); 3. Feedback do grupo.
6	Encerramento do grupo.	Sintetizar as atividades do grupo (temas discutidos, principais reflexões); avaliação; discutir formas de dar continuidade ao grupo.	<ol style="list-style-type: none"> 4. Relaxamento; 5. Levantamento de todas as discussões e reflexões feitas no grupo; 6. Dinâmica “cadeira vazia” (viabilizar que as participantes falassem o que mudou nelas desde o começo do grupo, qual sentido foi produzido pelas discussões e como se aplicaram (ou não) em suas vidas); 7. Dinâmica “olhos nos olhos”; 8. Organizar a continuidade do grupo sem a presença da estagiária. 9. Despedida.

Fonte: Lopes; Rabelo (2020).

No fim dos encontros, as mulheres que continuaram frequentando o grupo desde o início criaram uma rede de suporte entre si estruturada principalmente pelo afeto e identificação, o que tornou possível que o grupo tivesse continuidade após o fim do estágio. Além disso, algumas das participantes indicaram ter interesse em iniciar atividades similares, como oficinas de bordado e costura, curso de culinária e atividades com as crianças. Duas delas também apontaram que iriam tentar reorganizar a associação comunitária, ausente no bairro há sete anos.

Nesse sentido, ao entrelaçar as reflexões e aspectos dos trabalhos realizados com os aspectos teóricos, algumas falas das mulheres da co-

munidade no contexto dos grupos serão utilizadas para ilustrar as discussões. Falas estas que foram recolhidas dos registros dos diários de campo produzidos no estágio, e que foram reproduzidas integralmente como citadas por estas mulheres. Para tanto, a fim de preservar a identidade das participantes, os nomes delas serão trocados por nomes de algumas das mulheres negras que ficaram conhecidas nacionalmente por estarem à frente de lutas sociais.

Resultados e Discussão

As mulheres negras da comunidade protagonizavam as ações desenvolvidas no território, assim como movimentavam os serviços e tensionavam as gestões, e eram de fundamental importância para a manutenção das tradições culturais e religiosas. Aqui, a reafirmação da identidade étnico-racial das mulheres da comunidade foi feita por uma razão política. Através das marcas históricas que carregam, são mulheres oprimidas pelo racismo e excluídas socialmente. Ainda que fossem protagonistas da comunidade, aspectos dessa configuração social cerceavam suas vidas e se tornaram fatos similares nas suas trajetórias.

Durante os encontros dos grupos, ao narrarem suas histórias, era comum que as mulheres se referissem às histórias dos seus maridos ou filhos (por vezes os dois), presos ou mortos, e como isso afetava suas vidas. Essa era uma narrativa que se refletia com tamanha frequência entre as mulheres, que em alguns momentos era naturalizada por elas, como se fosse uma trajetória de vida que já estava traçada para seus companheiros e filhos. Vejamos: *“A gente sabe o que pode acontecer porque a gente vê acontecendo o tempo todo. Aconteceu com minha mãe, que meu pai morreu. Aconteceu comigo, que meu marido morreu e ainda meu mais velho ficou preso também”* (Tereza, 43 anos).

Desse modo, a partir da ausência ou redução da circulação do homem negro nos ambientes sociais e familiares, uma configuração familiar e social se pronuncia e atualiza o modelo de família que foi comum no período pós-escravização, a família matrifocal. Contudo, com a atualização dos dispositivos que violentam a população negra e as políticas de extermínio e encarceramento, o homem negro se torna cada vez mais ausente do ambiente familiar, o que sobrecarrega a mulher negra com as funções parentais e econômicas. Essa era uma questão recorrente e em um dos encontros do grupo uma das participantes relata:

Eu sempre fiz de tudo em casa, tudo mesmo. Antes do meu marido morrer eu já fazia. Depois que ele morreu tudo piorou porque os meninos não eram crescidos e eu não sabia se ia conseguir fazer tudo sozinha. Mas fiz, né? Um ficou preso 9 meses, o mais velho. Envolvido em coisa ruim (tráfico). Eu sofri sozinha esse tempo todo, lutando pra continuar colocando as coisas dentro de casa e ainda ir ver ele preso (Tereza, 43 anos).

Em outro encontro, no qual foi feita a discussão da diferença entre a maternidade negra e a maternidade branca, outra fala chama atenção: *“Ser mãe de filho preto é isso. Dormir orando e acordar orando”* (Carolina, 59 anos).

O que também pode ser ilustrado na seguinte fala:

Eu quero que ele saiba que as coisas que podem acontecer com ele quando eu não estiver por perto. Eu não vou estar viva para sempre. Eu quero que ele saiba que o que aconteceu com ‘fulano’ ou ‘beltrano’ semana passada pode acontecer com ele, mas pode não ser culpa dele também, mas eu não sei explicar isso pra ele. Como a gente diz pra um filho que ele pode morrer sem ser culpa dele? (Tereza, 43 anos).

Essa frase remete à reflexão que Evaristo (2016) provoca em seu conto “Maria”, onde uma mulher negra, que vive sozinha com seus três filhos, ao voltar pra sua casa, na periferia de uma grande cidade, depois

de um longo dia de trabalho árduo como doméstica, presencia seu antigo companheiro assaltando um ônibus. Nesse momento a personagem diz ter medo da vida, e não da morte. Diz temer pelo futuro dos seus filhos.

Maria estava com muito medo. Não dos assaltantes. Não da morte. Sim da vida. Tinha três filhos. O mais velho, com onze anos, era filho daquele homem que estava ali na frente com uma arma na mão. O de lá de trás vinha recolhendo tudo. O motorista seguia a viagem. Havia o silêncio de todos no ônibus. Apenas a voz do outro se ouvia pedindo aos passageiros que entregassem tudo rapidamente. O medo da vida em Maria ia aumentando. Meu Deus, como seria a vida dos seus filhos? (EVARISTO, 2016, p. 40).

A partir dessa preocupação com os filhos, com os ciclos familiares e violências sociais que os cercam, além de tentar fazer da sua ocupação a fonte de uma vida melhor para os seus descendentes, essas mulheres tentam inserir na educação dos filhos elementos que possam romper com as probabilidades, subverter a ordem social e, por vezes, lhes manterem vivos. Como é possível ver nos trechos a seguir:

Eu trabalhei igual uma mula pra dar uma vida melhor pros quatro. Todos foram pra escola, com fardinha passada e tudo. Tudo que eu pude eu fiz pra não ver um deles dentro de viatura, apanhando de polícia. E um ainda foi, né? (Tereza, 43 anos).

A gente ensina né, a andar arrumado, limpinho, cabelo cortado, unha cortada. Aqui no bairro não dá pra ficar andando de qualquer jeito não, era o tempo. Já disse: passar de dez horas é pra tá em casa. Se tiver em festa tem que tá com RG (Marielle, 45 anos).

Aqui é possível perceber como as mães negras se preocupam em repassar ensinamentos para que seus filhos possam evitar violências derivadas de situações racistas. No primeiro trecho, a mãe recorre à educação escolar como uma possibilidade de os filhos não fazerem parte dos ciclos de violência presentes na sua realidade. No segundo trecho, as instruções da mãe são bem específicas, tentando afastar o filho de uma imagem que

considera ser mais vulnerável, assim como a ordem para que este tenha que estar sempre com seu documento de identidade.

Assim, a mulher negra no centro da família tenta gerir todas essas variáveis. Contudo, não é só no ambiente familiar que sua figura é importante. Como traz Chagas (2014), os formatos de família para as comunidades negras desde o período pós-abolição não são nucleares, e sim extensões, formando uma rede de suporte, o que se mantém até os dias de hoje. Assim, é possível pensar que a relevância do papel da mulher negra também se expande para um nível comunitário, seja gerando renda, seja ocupando espaços de resistência e articulação política.

Viabilizando encontros, criação e fortalecimento das redes de vínculos entre as mulheres dessa comunidade foi possível fomentar reflexões sobre os diferentes papéis que ocupavam, seja no contexto familiar ou na comunidade. Assim, juntas, elas puderam se encontrar nas narrativas uma das outras. Se identificaram com as dores, sofrimentos, caminhos e possibilidades que marcaram suas histórias de vida: *“Quando eu olhei nos olhos dela (Carolina) eu me vi. É como se eu fosse ela e ela fosse eu. Me identifiquei com ela, com a história dela e isso eu nunca vou esquecer”* (Marielle, 45 anos).

No fim dos encontros, o que fica é o poder do afeto entre elas. O afeto que as conecta, que atravessa suas histórias, que permite que se identifiquem em suas dores, mas que também as potencializa. A importância desses encontros está aí. Em fortalecer e conectar o que já era potente, o que já era sinônimo de sobrevivência e resistência frente a séculos de sofrimento sedimentado em uma sociedade que as rejeita, mas que foi construída sobre suas forças.

Assim, independente da forma como se relacionam com a comunidade, se são reconhecidas ou não enquanto agentes de fortalecimento e transformação social no ambiente em que circulam, mulheres negras

historicamente têm ocupado espaços de luta e resistência que fortalecem as comunidades negras e tornam possível sua sobrevivência. Ainda assim, é necessário pontuar que os elementos que atravessam as narrativas dessas mulheres precisam ser considerados nos mais diversos setores da sociedade brasileira, a fim de evitar a reprodução de violências que tenham por base o racismo. Desse modo, é função também da Psicologia, independente da abordagem teórica ou campo de atuação, se debruçar sobre esses fenômenos, refletir sobre o seu aspecto social e político e a quem está endereçada a sua prática.

É muito recente na Psicologia o movimento de inserir discussões sobre grupos populacionais específicos, a partir da compreensão de que diferentes corpos são marcados por diferentes violências. No caso da população negra, são escassas as produções que permitam compreender as diferentes variáveis que formam o contexto em que está inserida. Para além disso, é necessário considerar o racismo como um elemento que permeia a relação entre a sociedade brasileira e a população negra, sendo um fator que se inscreve na formação da subjetividade do povo negro.

A comunidade onde aconteceu o Grupo de Mulheres é considerada uma das mais negras da cidade, o que tornava a dimensão étnico-racial uma variável que constantemente atravessava os acontecimentos. Contudo, mesmo que houvesse questões dessa ordem que causassem desconforto e sofrimento nos moradores, era raro que o racismo fosse colocado em pauta. Essas questões estavam ligadas ao racismo estrutural e institucional que os impediam ou dificultavam o acesso à serviços de saúde, educação e trabalho não precarizado, e aos estereótipos e estigmas que recaiam sobre os moradores (ALMEIDA, 2019).

É nesse sentido que olhar esses acontecimentos a partir de discussões que abordassem os elementos étnico-raciais, apesar de complexo porque envolve diversas estruturas sociais, permitiu promover ações

que estivessem realmente de acordo com as demandas da comunidade. Tentar compreender os acontecimentos e estruturas da comunidade a partir das perspectivas brancas e tradicionais da Psicologia implicaria não só na reprodução de padrões patologizantes, mas também em um trabalho com baixo nível de eficácia, e acabaria por reproduzir violências raciais, o que de forma alguma corrobora com os princípios éticos e políticos da profissão.

Assim, é preciso pensar em uma Psicologia que consiga romper com o silêncio frente à desigualdades políticas (CFP, 2017), que assume a responsabilidade sobre os discursos que reproduz na sociedade, que considere o racismo como sofrimento psíquico e consiga pensar a sua prática para tentar cuidar da população negra diante dos efeitos nocivos do racismo. Contudo, por mais que os profissionais de psicologia estejam minimamente alinhados com esses pressupostos, elementos do trabalho com a comunidade que tangenciam as questões raciais aparecem de formas diferentes para psicólogas negras.

No Grupo de Mulheres esse aspecto apareceu várias vezes. Ao narrarem suas vivências, principalmente as que se relacionavam com violências raciais que sofreram, as mulheres descreviam de forma como se soubessem que sua dor era compartilhada, compreendida. Como se sentissem que não precisavam explicar ou reafirmar sua dor enquanto um sofrimento legítimo, como de costume, porque identificavam que quem as escutava, em medida, conhecia exatamente o que elas estavam narrando.

Existem aspectos da subjetividade do povo negro que é facilitado quando outra pessoa também negra lhe presta cuidado, porque os efeitos de se viver em um país antinegro são acolhidos por quem traz essas marcas no próprio corpo (VEIGAS, 2018). Era possível perceber a diferença do acolhimento dos moradores, que se sentiam mais à vontade em receber em

sua casa alguém com quem se identificavam, o que facilitou o processo de escuta e levantamento de demandas, por exemplo. Além disso, a figura de uma mulher negra com cabelos crespos naturais, que finalizava sua trajetória pelo ensino superior público, fez com que as mulheres da comunidade se identificassem, mas também enxergassem uma possibilidade que socialmente não lhes é apresentada, uma alternativa, um caminho possível.

Após a trajetória desse trabalho, após esses encontros entre subjetividades negras, compreende-se que a Psicologia não é apenas a clínica, as teorias e as técnicas. A Psicologia é encontro, identificação e, acima de tudo, política. Que seja uma Psicologia descolonizada, que esteja fortemente instrumentalizada para subverter a lógica científica de omissão frente às diferentes opressões e, somente assim, seja potente o suficiente para viabilizar o fortalecimento dessa população. E, a partir disso, é necessário que se faça uma Psicologia Preta, onde negros e negras tenham a possibilidade de cuidar dos seus iguais, para traduzir em potência os resultados da prática. É de fundamental importância que a Psicologia se enegreça, se pinte de preto, que cada vez mais o povo preto habite essa ciência, como promotores e sujeitos do cuidado, e a torne um instrumento para a sua libertação.

Por fim, ressalta-se o papel das mulheres negras na movimentação política e cultural da comunidade, representando um elemento de resistência daquele espaço. Essa posição assumida pelas mulheres é uma herança histórica que, guardada as devidas proporções, se atualiza a partir das diferentes variáveis do contexto social e político atual. Esse aspecto apareceu em diversos momentos do trabalho e, por isso, as mulheres se tornaram as parceiras mais relevantes das ações desenvolvidas.

Foi fundamental promover espaços de escuta e de voz para as mulheres dessa comunidade a fim de facilitar uma rede de vínculo e afeto entre elas, que se tornasse tão genuína a ponto de fortalecê-las em dimensões subjetivas e comunitárias. A relevância dessas ações está diretamente ligada ao fortalecimento da fonte de resistência de uma comunidade negra, que estruturalmente se organiza e sobrevive a partir de contextos vulnerabilizados.

Considerações finais

Buscou-se nesse capítulo fazer um relato de experiência de intervenção psicossocial em grupo com mulheres negras de uma comunidade periférica. Foi utilizada uma perspectiva comunitária como base para a análise das estruturas sociais, e discussões de recortes específicos para compreender as diferentes realidades dos sujeitos que são marcados por diferentes violências. Fez-se um recorte específico sobre a configuração histórica, econômica e política das comunidades negras e a importância da mulher negra como centro de resistência política e cultural desses espaços.

Ainda que com muitos obstáculos, o trabalho aqui descrito tornou possível que novos caminhos e possibilidades fossem criados, evocando uma ampliação de olhares e cores do seu fazer. Considera-se importante retomar a função política da Psicologia no trabalho com a população negra, que foi historicamente oprimida nesse território com fortes heranças coloniais. É necessário também considerar as limitações da experiência e da discussão dos aspectos aqui levantados, dado o tempo limitado do estágio e as proporções desse trabalho. As discussões raciais no campo da Psicologia não são recentes, mas existem aprofundamentos que precisam ser feitos para a melhor compreensão dos efeitos do racismo na subjetividade do povo negro.

Referências

ALMEIDA, S. L. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

CHAGAS, R. S. **A união faz a força**: o mito familiar em famílias negras. São Paulo: Intermeios, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relações Raciais**: Referências Técnicas para atuação de psicólogos/os. Brasília: CFP, 2017.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo, Boitempo, 2016.

EVARISTO, C. **Olhos d'água**. Rio de Janeiro: Pallas: Fundação Biblioteca Nacional, 2016.

GUZZO, R.; LACERDA, F. Fortalecimento em tempo de sofrimento: reflexões sobre o trabalho do psicólogo e a realidade brasileira. **Interamerican Journal of Psychology**, v.41, n.2, p. 231-240, 2007.

INSTITUTO AMMA PSIQUE E NEGRITUDE. **Identificação e abordagem do racismo institucional**. Brasília: Ministério do Governo Britânico para o Desenvolvimento Internacional, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Articulação do Combate ao Racismo Internacional, 2007.

MONTERO, M. A Tensão entre o fortalecimento e as influências alienadoras no trabalho psicossocial comunitário e político. In: GUZZO, R. S. L.; LACERDA, F. (Org.). **Psicologia e Sociedade**: interfaces no debate da questão social. Campinas, SP: Alínea, p. 65-81, 2010.

PAIXÃO, M. GOMES, F. Histórias das diferenças e das desigualdades revisitadas: notas sobre gênero, escravidão, raça e pós-emancipação. **Estudos Feministas**, v.16, n.3, p.949-969, 2008.

PRESTES, C.R.S. **Feridas até o coração, erguem-se negras guerreiras**. Resiliência em mulheres negras: transmissão psíquica e pertencimentos. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

SILVA, M.L. Racismo e seus efeitos na saúde mental. **Anais do Seminário Saúde da População Negra**, 2004.

VEIGAS, L. **Como curar a negritude dos efeitos psicossociais do racismo.** Curso ministrado em Salvador, Instituto Stive Biko, 2018.

XIMENES, V. M.; PAULA, L. R. C.; BARROS, J. P. P. Psicologia comunitária e política de assistência social: diálogos sobre atuações em comunidades. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 29, n. 4, p. 686-699, 2009.

II – ENSINO E PESQUISA EM PSICOLOGIA

Aula de quê? Sobre uma experiência pedagógica

Ana Verônica Rodrigues Silva

Manoel Rocha Reis Neto

Thiala Barreto

Leandro Souza dos Santos

Introdução

“O coração tá batendo forte professora!”. Frase ouvida em meio a um dos encontros-aula em que tivemos a oportunidade de vivenciar, todos nós estudantes e professora, um processo de interlocução considerado a um só tempo privilegiado, criativo e estimulante no contexto de ensino-aprendizagem no âmbito de um componente curricular.

O coração bateu forte em nossos corpos e em nossas mentes desde quando o nosso trabalho se pôs em marcha no início do primeiro semestre de 2017. A frase dita com emoção pelo colega Neto bem poderia ser vista como uma metáfora da potência daquilo que experimentamos no espaço e no cotidiano de um componente curricular obrigatório: a potência do engajamento intelectual, emocional, pessoal com o saber construído coletiva e paulatinamente.

A experiência de que se trata e que relatamos a seguir teve como inspiração a noção de metodologias ativas disseminada na literatura sobre processos de ensino-aprendizagem, em que os sujeitos de tal processo são os protagonistas privilegiados de seu percurso formativo. Aqui os protagonistas da situação vivida foram as alunas e alunos da turma do 8º semestre do curso de Psicologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Pedagogicamente constituiu-

-se como uma tentativa de escapar da mesmice, de um certo ritual que, em muitos casos, se repete semestre após semestre, deixando a sensação de um certo esvaziamento de sentido ou e, por isso mesmo, frustração com o cotidiano da sala de aula.

O componente curricular em questão “Psicologia da Saúde” teve como eixo, considerado matriz, os conceitos saúde-doença-cuidado que se constituíram como o porto de partida para a viagem mar adentro do saber disponível acerca desses conceitos e suas múltiplas e complexas articulações. Viagem empreendida, na saída, com um tanto de coragem, um tanto de medo, um tanto de desconfiança, um bocado de entusiasmo e uma grande dose de vontade das/os estudantes e da docente responsável pelo componente curricular em questão.

Foi um percurso marcado com muitas surpresas e cheio de atravessamentos de toda ordem. Discussões instigantes, por vezes acaloradas, produtivas provocações, alvoroçando corações e mentes, sempre acompanhadas por grande qualidade intelectual e argumentativa dos e das estudantes, guardados os limites que permitem o trabalho no âmbito de um componente curricular em sala de aula e para além dela. O componente curricular em foco foi o CCS128 “Psicologia da Saúde” de caráter teórico/prático com carga horária total de 68hdo semestre 2017.1.

O presente capítulo resulta de uma produção coletiva da docente responsável e de toda a turma do referido componente. Foi construído com base nos registros-diário escritos tanto pela professora como pelos(as) estudantes⁷.

⁷ Anne Cristo, Bianca Soares, Cailze Silva, Clara Ramos, Daiane Novais, Érica Santos, Gabrielle Simões, Ivandra Santos, Karoline Almeida, Laise Brito, Leandro Santos, Maeli Calmon, Manoel Neto, Nara Nogueira, Olga Ribeiro, Tatiane Silva, Taynã da Silva, Thiala Barreto, Tiane Fróes. Docente: Ana Verônica R. Silva.

A ideia e o fazer

A ideia inicial era desenvolver o componente de um modo mais inovador, desejo esse que movia tanto a docente responsável como o conjunto da turma. A vontade de criar uma outra maneira de trabalharmos foi expressa logo nas primeiras conversas típicas de início de semestre. “Professora, nós estamos cansados de aula, *power-point*, *data show*, prova” vocalizou, de novo, o colega Neto. “Pronto, juntou a fome com a vontade de comer” foi a resposta da docente.

Esse diálogo inicial em que estudantes e professora demarcaram a vontade de um cotidiano ressignificado inaugurou a nossa viagem esperançosa. Os pressupostos dessa possível ressignificação estiveram ancorados na abordagem didática referida na literatura como “ensino por investigação” (SASSERON, 2017) que defende a participação ativa e engajada do estudante que não se circunscreve, portanto, a ouvir e executar as propostas do docente. Tal abordagem parte de premissas que reafirmam a construção do conhecimento como um processo de complexificação e integração das ideias na busca de respostas a questões colocadas. Nesse percurso alunos e professor ocupam lugares distintos em que a escuta mútua produz um ambiente profícuo na relação com o conhecimento. Desse modo, o ensino por investigação supõe papéis distintos desses atores sendo o educador entendido como aquele que incentiva, encoraja e promove oportunidades para novas e contínuas interações entre os estudantes e o conhecimento. Nesse sentido, e considerando as palavras da autora “[...] o ensino por investigação apenas tem condições de ser colocado em prática em contextos em que os estudantes estejam engajados com a proposta de ensino, podendo ser considerados agentes ativos em sua aprendizagem” (SASSERON, 2017, p. 122).

O desenho metodológico da proposta assumiu as características de uma aproximação adaptada do ensino por investigação sendo implementado através do que foi chamado de “Plano de Estudo” (PE) que deveria cumprir, entre outros pontos, o papel de disparador, organizador e aglutinador no trabalho coletivo de reflexão, apropriação crítica do conhecimento disponível sobre questões conectadas ao tema eleito como tema matriz previsto na ementa do componente.

Desse modo, por meio do trabalho ancorado no “Plano de Estudo” construímos os primeiros passos da caminhada, tendo sido pactuado seu caráter experimental durante o primeiro bimestre do semestre letivo 2017.1.

Por outro lado, a proposta representava uma outra possibilidade: a de pôr em marcha o trabalho do pensamento de um modo mais engajado, mais “autoral” ou mais protagonizado, substituindo o velho hábito de aulas-leituras-resenhas-discussão-seminários e outras estratégias habitualmente usadas no desenvolvimento de um componente caracterizado como teórico. Além disso, significava escapar, também, de avaliações pontuais, bimestrais, semestrais, finais, usualmente feitas, tornando possível uma avaliação processual, ao longo do semestre, com base na evolução do Plano de Estudo em suas fases de elaboração, reelaboração, desenvolvimento, apresentação, discussão e debate.

Com essa perspectiva presente, demos início aos trabalhos tendo como norte a proposta sistematizada pela docente na formulação do Plano de Curso que, em diálogo com os estudantes, resultou em alguns ajustes e acréscimos na proposição final. Assim, tendo como norte a ementa⁸ do componente, tomou-se como eixo central – organizador e disparador

⁸ EMENTA CCS 128 Psicologia da saúde: campo específico do saber psicológico. Surgimento e interfaces com outros campos do saber psicológico. Alvos, metas, panorama internacional e nacional da Psicologia da saúde. Conceito de saúde e doença. Vida saudável, comportamento e saúde. Estresse e enfrentamento. Adesão ao tratamento. Formação específica do psicólogo. Tendências futuras.

– o conceito de saúde e seus desdobramentos possíveis. Foi assumido como marco referencial de partida, o pensamento dos autores: Georges Canguilhem e Naomar de Almeida Filho, notadamente as suas contribuições quanto à complexidade do conceito e às dimensões epistemológicas e filosóficas das relações entre saúde, doença e normalidade. Evidentemente as ideias de outros autores cujas contribuições dialogavam não só com a temática central, como também com os subtemas eleitos pelos subgrupos serviram como suporte e aprofundamento dos trabalhos.

Desse modo, a partir da leitura inicial e obrigatória para toda a turma foram realizados encontros para discussões conceituais preliminares e de suas elaborações sobre alguns postulados desses autores. Com isso abriram-se os caminhos para a construção dos Planos de Estudos derivando-se livremente para outras vertentes com a problematização sobre questões relacionadas à interface: saúde-doença-cuidado.

Nas palavras dos próprios estudantes o caminho metodológico do PE foi assim acertadamente compreendido e reportado no Relatório do subgrupo: “Saúde: conceitos históricos-sociais-culturais diversos” (M. Neto, A Lopes, O. Ribeiro, 2017, s/paginação).

[...]. Em resumo, o modelo do plano de estudo consiste em, a partir de um eixo teórico central, propor na forma de roteiros de estudo caminhos metodológicos alternativos que explorem as possíveis ramificações do tema central e que consigam ampliar a discussão. Para isso, faz-se uso de diferentes métodos (discussão de artigos, apresentação de vídeos, de cartazes, exposição de fotos, levantamentos de referências, produção de material digital e etc.). Como base dos planos de estudos está o pressuposto de uma construção e execução coletiva, favorecendo assim uma apropriação geral dos temas e métodos, o que consequentemente facilita a produção de discussões mais amplas.

O roteiro geral para a elaboração dos PEs foi pautado pelas consignas: o que fazer; por que fazer; como fazer; quais referências de sustentação argumentativa do trabalho pretendido. Foram previstas duas grandes

etapas para a atividade considerada na sua integralidade. Como primeira etapa, o processo de sua construção tendo como marco temporal para o seu término o final do primeiro bimestre do curso; em seguida e como etapa final, a execução e desenvolvimento do PE tendo como meta a apresentação dos “resultados”, ou seja, possíveis pontos de chegada do trabalho empreendido ao final do segundo bimestre.

O Plano de Estudos foi construído e executado pelos subgrupos formados por escolhas mútuas, livres guardando-se as afinidades eletivas entre os(as) colegas tendo como limite uma composição até quatro membros.

Desde a sua elaboração até a fase final, o referido Plano contou com atividades realizadas individual e coletivamente em momentos e espaços diversos. Os encontros presenciais com os(as) estudantes e a docente responsável, para orientação, supervisão e acompanhamento representaram momentos privilegiados de interlocução constante em todo o processo. Foram organizados, através de um calendário pactuado entre todos, momentos para conversas e discussões sobre o andamento das atividades, observando-se a alternância de reuniões com os subgrupos e momentos com a turma em sua totalidade. Tais encontros não só ocorriam regularmente tendo a duração de quatro horas semanais como também ocorreram eventualmente no gabinete da docente em horários distintos daqueles programados na carga horária planejada do curso. Vale lembrar que no processo comunicacional também fez-se uso de diálogos através de meios virtuais.

As atividades correspondentes a todo o processo de desenvolvimento dos PEs consistiram, entre outras, em pesquisa bibliográfica na biblioteca, no ambiente virtual, e/ou em outros meios; leituras; exibição de vídeos; debates; registro e produção escrita; discussões intragrupos e com a docente, que foram realizadas continuamente.

A conclusão da etapa final dos Planos de Estudos foi celebrada com a socialização de uma análise-síntese de todo o processo. O compartilhamento da análise-síntese de cada subgrupo com toda a turma contou com a utilização de recursos audiovisuais em sessões previamente agendadas e pactuadas com toda a turma. A dinâmica das referidas sessões assumiu a configuração das chamadas “Rodas de Conversa”.

Planos de Estudos

As aproximações e discussões em torno das referências disparadoras “matriz” abriram caminho para o início do processo de construção dos PEs, processo esse que contou com inteira liberdade na escolha, tanto dos subtemas conectados ao tema-matriz como dos caminhos metodológicos para a sua elaboração. Entretanto, à liberdade nos caminhos foi acrescido o compromisso com uma exigência: que os PEs denotassem clareza e congruência em seu “roteiro”; conexões remissivas e, sobretudo, a pertinência das articulações da “matriz temática” com os subtemas eleitos para o desenvolvimento dos Planos de Estudos.

Em uma trajetória produtiva e criativamente sinuosa, de elaboração, reelaboração, escrita e reescrita, provocada pelos debates e discussões, os PEs foram paulatinamente tomando forma, corpo, cor, jeito, movimento, tratando sobre variados assuntos pertinentemente articulados às complexas questões envoltas no tema-matriz do processo saúde-doença-cuidado e às concepções do que seria normal e/ou patológico.

O profícuo percurso de elaboração/construção/reconstrução dos PEs, discutidos em sala de aula, produziu como resultado propostas de trabalhos versando sobre variadas questões que atravessam o campo de saber da saúde como: a saúde como objeto sobredeterminado, histórico

e socialmente construído; direitos; medicalização; o valor do saber popular; representações midiáticas sobre a saúde.

Foram seis os PEs propostos e desenvolvidos assim intitulados: “Saúde: conceitos históricos-sociais-culturais diversos”; “Saúde como direito”; “Determinação social da saúde”; “Mídia impressa e saúde”; “Saúde e medicalização da vida”; “Saberes populares e processo saúde-doença: o ofício das rezadeiras”. Os desenvolvimentos dos Planos de Estudos produziram pesquisas bibliográficas e de campo, entrevistas, textos escritos, pequeno vídeo- documentário concebido e executado pelas próprias alunas de um dos subgrupos.

“E o que a psicologia tem com isso?”, outra frase-pergunta vocalizada, de modo provocativo, pela colega Bianca, parecendo anunciar, quase que intuitivamente, o que viria pela frente, ou seja, no passo seguinte do processo de esmiuçamento de temas, relacionados ao tema geral, até então estudados, compartilhados e discutidos.

Plano de estudo: um exemplo

PLANO DE ESTUDOS

SAÚDE: CONCEITOS HISTÓRICOS-SOCIAIS-CULTURAIS DIVERSOS

(Alessandra Lopes, Manoel Neto e Olga Ribeiro)

Sobre o que falaremos?

O tema sobre o qual traremos algumas contribuições é “As concepções acerca dos conceitos de Saúde, Doença e Cuidado”.

Como trabalhar essa temática?

Construiremos uma “linha do tempo” que apresente e favoreça a discussão sobre as diferentes concepções dos conceitos saúde, doença e cuidado, considere

rando os diferentes períodos e contextos históricos. Como eixo balizador da nossa “linha do tempo”, consideraremos o aspecto temporal dos seguintes períodos: Antiguidade Clássica, Idade Média, do final do século XVIII ao início do XX e a Contemporaneidade, pensando o que se concebia sobre esses conceitos em determinado período. Tais recortes de períodos foram realizados utilizando por base os períodos apontados no artigo de revisão de literatura de Backes et al. (2009), no qual os autores buscaram compreender de que forma são abordados os conceitos de saúde e doença ao longo da história. Consideramos importante também discutir a evolução desses conceitos no contexto do Brasil, visto que é o ambiente social e cultural em que estamos inseridos e no qual iremos atuar futuramente.

Como executar esse plano?

A partir do levantamento de algumas referências que discutam a temática. Reuniremos um compilado de informações, considerando os campos de saber que contribuem para discussão sobre saúde-doença-cuidado, e construiremos a “linha do tempo”. A apresentação dessa produção será feita através de recurso digital semelhante ao PowerPoint, contendo slides com imagens e informações sobre o tema, porém, em um formato mais dinâmico, característico do Prezi.

1º - Releitura da referência bibliográfica selecionada como base para o levantamento de dados. (Após ser feito um levantamento sobre referências que discutiam o tema, selecionamos essas que estão descritas para o levantamento dos dados.

2º - Coleta, nas referências descritas, e síntese dos dados que interessam para a montagem da linha do tempo.

3º - Confecção do material digital.

4º - Discussão do material produzido.

Dito isso, buscaremos apresentar as características que direcionaram a concepção de saúde e doença nos diferentes períodos citados anteriormente, incitando a discussão com a turma ao relacionarmos visões de diferentes épocas,

tentando discutir de que forma a evolução de tais concepções é importante para a compreensão do que se discute atualmente.

Por que escolhemos esse caminho?

Provocados pela leitura do texto base que discute o conceito de saúde, percebemos a complexidade que atravessa esse conceito e principalmente a impossibilidade de responder, de forma objetiva e direta, o que é saúde. Por essa complexidade, consideramos que uma das possibilidades para enriquecer a discussão acerca dos conceitos de saúde, doença e cuidado é buscar compreender um pouco da sua história ou pelo menos o modo como esses conceitos vêm sendo pensados, dando um destaque de como foi a evolução desses conceitos no Brasil e como são pensados esses conceitos.

Considerando também a importância de investigar histórica e socialmente as normatizações quem definem saúde-doença-cuidado e conhecer a pluralidade de fatores que influenciaram essas concepções.

A quais autores recorreremos?

ALVES, PC., and MINAYO, MCS., orgs. **Saúde e doença**: um olhar antropológico [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. 174 p. ISBN 85-85676-07-8. Available from SciELO Books.

HELMAN, Cecil G. *Cultura, Saúde e Doença*. 5^a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 432 p.

REIS, J. C. *Concepções médicas da Antiguidade ao modelo biomédico atual*. In: **O sorriso de Hipócrates**. Vega: Lisboa, 1998, pp. 15-51.

SANTOS, Alessandra Carla Baia dos et al. *Antropologia da saúde e da doença: contribuições para a construção de novas práticas em saúde*. **Rev. NUFEN** [online]. 2012, vol.4, n.2, pp. 11-21. ISSN 2175-2591.

BACKES M. T. S, Rosa L. M, Fernandes G. C. M, Becker S. G, Meirelles B. H. S, Santos S. M. A. *Conceitos de Saúde e Doença ao Longo da História sob o Olhar Epidemiológico e Antropológico*. **Rev. Enferm.** 2009; 17(1):111-117.

Sobre o processo vivido: narrativas

Nesta seção, são apresentadas as primeiras impressões sobre a proposta e a experiência sentida, registradas nos relatórios de cada subgrupo. Importa assinalar que o diálogo que presidiu todo o processo permitiu a avaliação contínua daquilo que estava sendo vivido propiciando, por vezes, correção de rumos, assim como também, senão a superação, a mitigação de eventuais tensionamentos nas relações interpessoais. Os marcadores do início dos depoimentos dos subgrupos estão sublinhados em negrito.

Impressões

*[...]. Em primeiro lugar é necessário relatar que o caminho percorrido até aqui foi marcado por medos, ansiedades, dilemas, assim como de aprendizados, provocações e inquietações que nos proporcionou uma experiência enriquecedora, tanto profissional quanto pessoalmente. **Cursar a tão esperada “Ênfase em Saúde”** [...] indica que a fase mais esperada pela maioria dos estudantes começaria agora. Começou. E o que indubitavelmente podemos afirmar é que esse componente curricular tão esperado nos reservou acontecimentos e aprendizados inimagináveis*

No primeiro dia de aula nos foi apresentada a ementa do componente curricular. [...]. No sentido de executar a ementa a docente teve uma postura incomum, quando nos propôs uma construção coletiva que possibilitasse trabalhar a primeira parte do componente. Então a turma passou por um momento de estranhamento, mas também de entusiasmo para desbravar o desconhecido. Os primeiros encontros foram dedicados ao “desenho” dessa inovadora proposta metodológica (Anne, Gabrielle, Nara, Thiala, 2017.).

[...]. A proposta de uma forma alternativa de avaliação surgiu nos primeiros encontros da disciplina de uma construção em grupo [...] a construção de uma

outra forma de avaliar que fosse menos limitada aos moldes tradicionais [...] e a turma abraçou a ideia.

Nos sentimos interessadas e envolvidas [...] já que era algo que estava sendo construído por toda a turma e não simplesmente determinado e preparado de antemão pelo professor. Assim como a proposta era também nossa, nos sentimos implicadas, responsáveis por ela (Bianca, Tatiane, Tiane, 2017).

[...] tal proposta foi bastante desafiadora, uma vez que, por toda nossa trajetória acadêmica, poucas vezes nos foi apresentada essa possibilidade. Difícil também foi conseguir visualizar uma metodologia que não se tornasse apenas trocas de opiniões, mas que considerasse a sistematização necessária para uma profícua produção de conhecimento.

Nesse contexto a professora Ana Verônica nos apresenta a ideia dos planos de estudo. De início foi deveras complicado compreender do que se tratava a proposta, exatamente por ser um método mais flexível e maleável, mas que também exigia uma estrutura bem específica para que pudesse funcionar. À medida que íamos discutindo em conjunto a construção do modelo, a operacionalização do que foi proposto fluiu melhor, mas não deixou de ser trabalhoso. Vale pontuar que a construção dos planos foi processual e só nos primeiros passos desse processo foi que a ideia dos planos tomou forma e fez sentido (Alessandra, Neto, Olga, 2017).

[...]. Inicialmente encaramos a proposta enquanto 'inovadora', 'temerosa', 'original', 'estranha'. Como a maioria das coisas que nos convocam a uma mudança, a proposta apresentada pela professora nos tirou da zona de conforto e talvez tenha surgido daí o temor e o estranhamento. Embora a necessidade de sair de modelos convencionais com aplicação de provas e apresentação de seminários fosse sentida por muitos dos discentes, ser convidado para uma proposta a qual nunca tínhamos ouvido anteriormente ao longo de quatro anos de curso dentro da universidade foi assustador.

Com o início das apresentações fomos entendendo que a proposta trazida [...] estava saindo de uma lógica [...] de 'educação bancária' [...] passando para uma lógica de 'educação libertadora', de plateia ativa, construtora (Cailze, Daiane, Laise, Leandro, 2017).

[...]. A proposta nos pareceu um tanto confusa, um pouco por romper com os moldes avaliativos tradicionais e muito pela responsabilidade de construí-la em conjunto. A liberdade de pensar e decidir os caminhos da nossa aprendizagem naquele componente se mostrou um desafio para nós.

A criação do plano em si não foi uma experiência simples, as referências de base suscitaram muitas possibilidades de trabalhar o tema, nos exigindo um amadurecimento acadêmico no sentido de fazer um recorte relevante (Rebeca, Taynã, 2017).

[...]. O componente inicialmente foi planejado com uma proposta até então não experimentada pela turma, o que causou grande ansiedade e curiosidade [...] O novo causa desconforto até que as ideias possam se acomodar a contento [...] Ao nos questionarmos a metodologia, conseqüentemente tudo foi ganhando sentido e o planejamento aconteceu a contento (Clara, 2017).

Considerações finais

Pelo exposto até aqui é possível dizer que experiência relatada e vivida intensamente trouxe para todas e todos que dela participaram um entusiasmo novo com a imensa gama de possibilidades criativas no caminho da construção/produção de conhecimento.

Para além disso, foi notável o engajamento animado de todos os participantes, incluindo a professora, com a proposta e com a empreitada que ela exigia. Foi notável também que a caminhada engendrou e fortaleceu, para uns e outros, laços afetivos interpessoais tão fundamentais quanto necessários para seguir juntos e sintonizados nos desafios coloca-

dos, para docentes e estudantes, pela rotina do dia a dia do que se chama “sala de aula”.

O processo de construção de um saber dialogado entre pares e com a literatura, a mediação da escuta nas relações interpessoais que recobriu a experiência aqui descrita revelou a possibilidade de pôr em marcha a vivência, em suas dimensões emocionais, afetivas e intelectuais, do trabalho vivo do pensamento na relação, não só com o conhecimento socialmente disponível, mas também com o outro, parceiros e parceiras dessa estimulante caminhada na busca cotidiana de um exercício pedagógico criativo no âmbito de um componente curricular e para além.

Referências

SASSERON, L.H. O ensino por investigação: pressupostos e práticas. In: **Fundamentos teóricos-metodológicos para o ensino de ciências: a sala de aula**. Série Licenciatura em Ciências – USP/UNIVESP, Módulo 7, 2017.

Pandemia e educação *online*

Ana Lúcia Barreto da Fonseca

Catiane Santos Ferreira

Lara Barreto da Fonseca

Luana Soares

Tainá Lima

Washington Luan Gonçalves de Oliveira

Introdução

O ano de 2020 será marcado na história pela nova crise de saúde pública, com a ameaça em escala mundial da disseminação de um vírus que causa infecção respiratória e está sendo o responsável por milhares de mortos. Na cidade de Wuhan, província de Hubei na China, em dezembro de 2019, surgiram os primeiros casos de pneumonia por causa desconhecida.

Após o aumento de casos na China, percebeu-se que alguns pacientes não expostos ao mercado de animais vivos, primeiro local do foco, foram infectados, indicando que a transmissão entre humanos estava acontecendo (HUANG *et al.*, 2020; WANG *et al.*, 2020). A partir da detecção de casos equivalentes em países da Europa, a Organização Mundial de Saúde (OMS) instaurou estado de emergência internacional de saúde pública, declarando a pandemia do COVID-19. A definição de estado de pandemia levou à orientação de medidas de controle da proliferação do vírus, entre as quais o distanciamento social, com a orientação para a população permanecer em seu domicílio apenas com aqueles que coabitam regularmente (DUARTE, 2020). Para tanto, foi decretado oficialmente a suspensão de atividades comerciais, educacionais e esportistas. Apenas

serviços essenciais de saúde, alimentação, segurança e transporte continuaram em funcionamento e, mesmo assim, em caráter reduzido.

Em fevereiro de 2020, os primeiros casos da COVID-19 foram registrados no Brasil e o número de casos avançou rapidamente pelo território. Enquanto escrevemos esse manuscrito*, o vírus se alastrou por quase todo o território nacional e a transmissão comunitária no Brasil foi declarada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2020). O contexto de ameaça à saúde pública em grandes proporções levou à suspensão das atividades escolares em todos os níveis, e sem prazo determinado para retorno. Com o passar dos dias, meses sem o retorno das atividades rotineiras, como estar na escola, fez surgir uma infinidade de angústias nos pais, responsáveis e educadores, entre elas aquelas dirigidas aos possíveis comprometimentos do processo de ensino e aprendizagem dos estudantes, em especial, das crianças e adolescentes (OLIVEIRA; FONSECA; CORDEIRO, 2020).

A princípio, poderia parecer algo simples, colocar as crianças a frente de uma tela para “ter aulas” com seu professor. Porém, quem são os responsáveis por acompanhar essas atividades? Qual seu perfil? A partir dessa nova realidade, esse estudo teve como objetivo descrever o perfil sociodemográfico dos responsáveis pelo acompanhamento das crianças em atividades escolares *online*.

Afinal, o que é a COVID-19?

O coronavírus é um vírus de RNA de sentido positivo com envelope variando de 60 nm a 140 nm de diâmetro, com projeções de espículas em sua superfície, dando a ele um aspecto de coroa quando visualizado ao microscópio eletrônico (RICHMAN *et al.*, 2016; SINGHAL, 2020).

Esse microrganismo faz parte de um grupo comum de vírus conhecido pelos órgãos sanitários desde a década de 80 do século XX (FONSE-

CA; OLIVEIRA, 2020). Segundo a OMS (2020), fazem parte desse grupo, o MERS-CoV e SARS-CoV, vírus que contaminam os animais. Contudo, as transmissões aos humanos são raras, porém, o detectado em Wuhan na China é um grupo novo de coronavírus, nominado SARS-CoV-2, e está sendo transmitido aos humanos, com alto poder de contaminação e mortalidade, através da doença desencadeada por ele, a COVID-19 (OMS, 2020).

Segundo a OMS “A COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, que apresenta um espectro clínico variando de infecções assintomáticas a quadros graves” (2020, s/p). De acordo com a OMS apenas 20% dos infectados podem desenvolver a COVID-19 com sintomas que necessitem ser hospitalizados, por comprometimento nas vias respiratórias, e desses, 5% evoluem com a possibilidade de desenvolverem um quadro similar a Síndrome Respiratória Aguda, sendo necessária a utilização de suporte ventilatório e com alto risco de morte, os demais ou são assintomáticos ou terão sintomas leves.

Duarte (2020) define que a transmissão do vírus ocorre pelo acesso das pessoas com objetos e pessoas contaminadas, de maneira que as mãos são os principais veículos de contaminação, por entrar em contato direto com nariz, boca e olhos. O vírus também está presente nas fezes e a transmissão via oral-fecal também é considerada (OMS, 2020).

O vírus é transmitido por gotículas respiratórias, propagando-se durante tosse e espirros de pacientes sintomáticos e assintomáticos, até antes do início dos sintomas (ROTHER *et al.*, 2020; CHENG; SHAN, 2020). Além disso, é capaz de sobreviver em superfícies inanimadas por dias em temperatura ambiente, mas pode ser destruído rapidamente por meio do uso de desinfetantes, como hipoclorito de sódio e peróxido de hidrogênio (KAMPF *et al.*, 2020).

Estudos tem apresentado a cavidade nasal com maior carga viral em comparação com a orofaringe, sem diferenças quantitativas entre pessoas sintomáticas e assintomáticas, o que pode propagar o vírus mais rapidamente entre as pessoas, sem que muitos assintomáticos tenham ciência de que são transmissores do vírus (ZOU; RUAN; HUANG, 2020). Os pacientes infectados são transmissores do vírus enquanto durarem os sintomas e até a recuperação clínica (OMS, 2020). Após o contato com o vírus, o período de incubação varia de 2 a 14 dias.

A OMS (2020) descreve que, inicialmente, a doença é indistinguível de outras infecções respiratórias virais. Na maioria das pessoas infectadas a doença é leve, porém idosos e pessoas com comorbidades podem evoluir para pneumonia, Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) e disfunção de múltiplos órgãos (CHEN *et al.*, 2020). O fato do quadro clínico da COVID-19 ser muito próximo a de um resfriado comum (febre, tosse seca, problemas para respirar), torna-se necessário para efetivar o diagnóstico a prescrição do exame da Proteína C-reativa (PCR), considerado como método “padrão-ouro”, pela capacidade de identificar a existência do vírus no organismo humano, através da coleta de secreção da garganta e do nariz (CASTRO, 2020). Também se encontra disponível, o exame de Sorologia (teste imunológico) que detectam os níveis da Imunoglobulina M (IgM) e imunoglobulina G (IgG), anticorpos produzidos pelo organismo de pessoas que foram infectadas, durante e após terem os sintomas (REZENDE, 2020).

No momento em que esse texto foi produzido, não há tratamento específico para a doença ou uma vacina. A única estratégia reconhecida, até o momento, para prevenir a contaminação, é evitar a exposição ao vírus através do distanciamento social, isolamento social e quarentena. As medidas de saúde adotadas consistem em: a) isolamento social - separa uma pessoa já infectada do restante da sociedade, b) quarentena - res-

tringe a circulação de sujeitos expostos ao vírus, com suspeita de estar contaminado ou após a confirmação até a eliminação das possibilidades de contágio e c) distanciamento social - exige manter distância de outras pessoas, evitando multidões e permanecendo a pelo menos um metro e meio de outros (WILDER-SMITH *et al.*, 2020; KENNETH, 2020).

Essas medidas foram acopladas a outras medidas para a proteção daqueles que, por ventura, têm necessidade de circular, como profissionais de transporte e serviços essenciais, entre as quais; a obrigatoriedade do uso de máscaras nos ambientes coletivos, a orientação de lavar as mãos frequentemente com água e sabão ou com um desinfetante à base de álcool 70% INPM e evitar tocar os olhos, nariz e boca sem higienizar as mãos (BRASIL, 2020).

Enquanto a vacina não existir e não estiver à disposição da população, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil aconselham o distanciamento social como uma importante estratégia para prevenção da infecção pelo SARS-COV2. Apesar dos benefícios dessa medida, os impactos biopsicossociais e econômicos tornem-se cada vez mais assustadores, com a falência de empresas e aumento do desemprego, que deixam instáveis a economia do país.

Famílias e atividades escolares *online*

Na sociedade contemporânea, a família e a escola dividem as funções de cuidado e educação das crianças, fato recente na história da humanidade. Segundo Aries (2017), em seu clássico estudo sobre a história da família, até o advento da Revolução Industrial, as crianças aprendiam no convívio direto com seu grupo familiar, composto de parentes e agregados, assim o aprendizado era algo inerente ao convívio cotidiano, indo dos aspectos do comportamento social até as habilidades produtiva.

Naquela época, as crianças não eram diferenciadas dos adultos, participavam de todos os momentos da vida familiar sem que houvesse nenhuma restrição específica. Desse modo, logo que conseguisse dominar minimamente a motricidade contribuía e aprendia algumas atividades junto com os demais. As mulheres eram os modelos de aprendizagem para as meninas e os homens para os meninos desde tenra idade (ARIËS, 2017; MURATORI; SANTANA, 2007).

Até o século XVIII, não havia termos na língua francesa para diferenciar a infância, adolescência e a maturidade, o que reflete a ausência de preocupação com o período específico das crianças. É somente no século XVIII (erro do original) que o vocabulário referente à infância e a adolescência ampliou-se progressivamente, principalmente com as famílias nobres (MURATORI; SANTANA, 2007, p. 09).

Segundo Fonseca (2014) a industrialização e a urbanização levaram a construção do sentido de infância como nos moldes atuais, com necessidades e cuidados específicos. Nesse momento começam a surgir os moldes da familiar nuclear, mais efetivamente nas comandas burguesas da sociedade, servindo de referência a outras classes sociais. Na família nuclear, as funções familiares são bastante definidas, os homens têm o papel de provedor, com domínio do público, as mulheres têm o papel de educadoras/cuidadoras com domínio do espaço privado e os filhos são a quem se destina todo investimento, afetivo, educacional e econômico. A escola entra como instituição formadora em parceria com a família (FONSECA; BORLOTI, 2016).

Esse modelo não foi acompanhado pelas famílias trabalhadoras, visto que as mulheres também ofereciam sua força de trabalho para contribuir com a renda familiar (FONSECA; 2011). Nesse contexto, as instituições educacionais surgem como suporte de escolarização, mas também

de cuidado às crianças, especialmente para crianças de mães trabalhadoras (SOUZA, 2009; OLIVEIRA; MARINHO-ARAÚJO, 2010).

Ainda hoje, as mulheres respondem por praticamente todas as atividades domésticas e cuidados com as crianças, idosos e enfermos (OLIVEIRA; FONSECA; CORDEIRO, 2020), e também são maioria no que diz respeito às atividades essenciais, em especial as de cuidados, como auxiliares de enfermagem, cuidadoras, técnicas de enfermagem e enfermeiras, e agregam a essas funções as atividades dirigidas ao cuidado e educação dos filhos. Fonseca e Borloti (2016) apontam que as mulheres são constituídas, socialmente, para o papel social do cuidado ao outro, especificamente para o exercício da maternidade, sendo dirigida às mulheres a função materna e de cuidado da família como fatores inerentes a seu gênero.

Souza (2009) afirma que há uma complexidade na relação entre família e escola, na atualidade, devido às mudanças nas estruturas familiares consequentes das conquistas sociais e políticas das mulheres. As mulheres começaram a galgar funções sociais diferenciadas de tempos anteriores, tendo que acoplar a vida familiar, a maternidade e a vida doméstica, a vida profissional. As relações familiares tomam outros cenários, tendo a escola que ajustar-se a esse novo padrão. Por outro lado, afirma Souza (2009), as famílias passaram a não ter um referencial de educação das crianças, não conhecendo o desenvolvimento dos infantes, passando a escola muitas das atribuições da família.

Para Oliveira e Marinho-Araújo (2010) as relações entre as famílias e a escola estão cheias de barreiras e atritos, pois os papéis não são estanques, especialmente as funções educacionais, em que os familiares esperam que os professores sejam conhecedores do saber que orienta o comportamento das crianças, estando os professores preparados com

metodologias de ensino ao desenvolvimento de habilidades motoras e cognitivas específicas a aquisição de conteúdos acadêmicos.

Nesse íterim, a escola e a família exercem a função de cuidar, orientar e escolarizar as crianças e adolescentes, porém, com a pandemia provocada pelo COVID-19 foi preciso interromper as atividades escolares presenciais a partir de decretos municipais e federais com objetivo do distanciamento social para contenção do vírus. Essas medidas geraram discussões mais intensas acerca do ensino remoto e o ensino EaD (Educação a distância).

O ensino remoto é uma modalidade que ganhou força durante o período de distanciamento social decorrente do coronavírus, a partir da portaria 343 do MEC que traz orientações sobre a substituição das aulas presenciais por aulas em meios digitais enquanto durasse a situação de pandemia do novo coronavírus.

A perspectiva das atividades escolares no modelo *online* foi proposta como alternativa para evitar a perda ou atraso do ano letivo, mas trouxe à tona muitas questões sobre os papéis educacionais dos familiares ao tratar do ensino fora do ambiente escolar, compreende-se que diante de um modelo de aprendizado diferenciado, o estudante necessita estar contemplado por alguns pré-requisitos, principalmente, no que diz respeito às habilidades de organização do estudo, motivação e adequação e acesso às tecnologias.

Se o estudante é uma criança do Ensino Fundamental será necessário que um adulto o acompanhe, que além de conhecer os mecanismos que envolvem o ensino remoto, tenha o conhecimento básico sobre os temas que fazem parte do conteúdo disponibilizado as crianças nas aulas remotas. No uso dessa ferramenta de ensino, o discente acaba sendo “forçado” a desenvolver sua autonomia no processo de aprendizagem,

tornando-o muito mais responsável pelo seu desempenho acadêmico (SOUZA; FRANCO; COSTA, 2016). Quando se refere aos sujeitos universitários, entretanto, não há tecnologia desenvolvida para o trabalho com as crianças, sendo um desafio para os profissionais da pedagogia tendo como parceiros os familiares.

Método

Por ser uma pesquisa realizada em período de distanciamento social, a coleta de dados foi realizada *online*, sendo divulgada pelas redes sociais dos participantes. Com formato de pesquisa transversal através de um questionário com trinta perguntas objetivas, em que os sujeitos aceitavam participar sem se identificarem e voluntariamente após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esse estudo colheu informações de sujeitos que acessaram o instrumento de coleta via rede social, portanto, todos os respondentes tinham acesso à internet, o que pode enviesar seus dados.

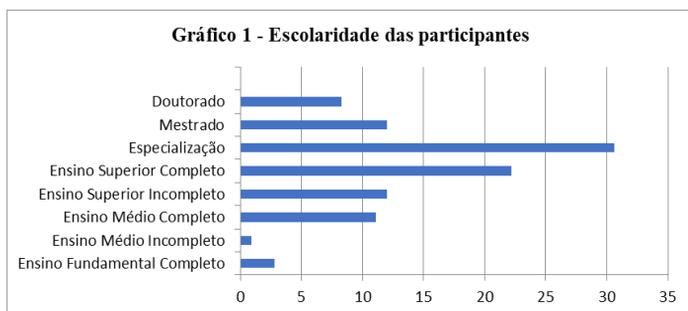
Para a realização da coleta de dados foi estruturado um questionário na plataforma Formulários Google® e repassado aos contatos dos pesquisadores aleatoriamente, via redes sociais como whatsapp, messenger e facebook, os quais foram orientados a repassarem aos seus contatos. Ao final de duas semanas, no início de junho de 2020, havia 108 questionários respondidos.

As respostas foram tabuladas diretamente pelo sistema de Formulários Google®, de onde foram subtraídos os gráficos. Os resultados levantados se limitam ao percentual de respostas e a tabulação em moldura verbal (FONSECA, 2011) as respostas abertas. Após atingir o número 108 de sujeitos o formulário foi fechado tendo em vista a randomização das respostas ao longo da coleta de dados.

Resultados e análise

Ao cabo de duas semanas, foram obtidas 108 respostas válidas e com autorização do TCLE ao formulário, não havendo identificação do local em que estivesse respondendo a pesquisa, apenas pessoas residentes no Brasil. A amostra foi composta 88,9% de pessoas declaradas do gênero feminino, 11,1% declaradas do gênero masculino, esse aspecto que leva este estudo a definir a concordância verbal no feminino. As faixas etárias das participantes variaram entre 18 e 65 anos, divididas em intervalos mostra que 7,4% têm entre 18 – 25 anos, 14,8% entre 26 – 33 anos, 38,9% entre 34 – 41 anos, 27,8% entre 42 – 49 anos e 8,3% acima de 50 anos.

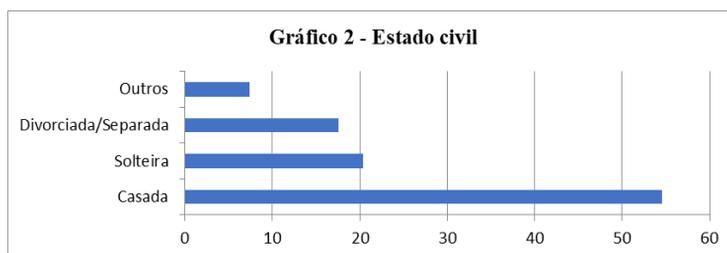
Diante do questionamento do distanciamento social 72,2% da amostra afirmaram estar cumprindo totalmente, 24,1% definiram estar cumprindo parcialmente e 3,7% afirmaram não estar em distanciamento social. O que define que as participantes submeteram-se as recomendações propostas pela OMS (2020) que define o distanciamento social como medida mais eficaz para evitar a disseminação do Novo Coronavírus e efetivação da COVID-19. Fator que define que a maior parte dos colaboradores não faz parte das atividades essenciais durante o distanciamento social e é proveniente da classe média ou alta, fato que se reforça com a resposta da média de escolaridade.



Fonte: Fonseca *et al.* (2020).

A escolaridade das participantes mostra que 2,8% tinham cursado o Ensino Fundamental completo, 0,9% tinham cursado o Ensino Médio incompleto, 11,1% tinham concluído o Ensino Médio, 12% tinham Ensino Superior incompleto, 22,2% haviam concluído o Ensino Superior, 30,6% tinham algum curso de Especialização, 12% tinham mestrado e 8,3% tinham doutorado (gráfico 1), o que localiza 73,1% da amostra com escolaridade superior, caracterizando-as como potencialmente inseridas numa classe social com acesso a informações e a tecnologia. Esse dado abre a perspectiva de elas não estarem compondo o grupo de trabalhadores envolvidos nos serviços essenciais.

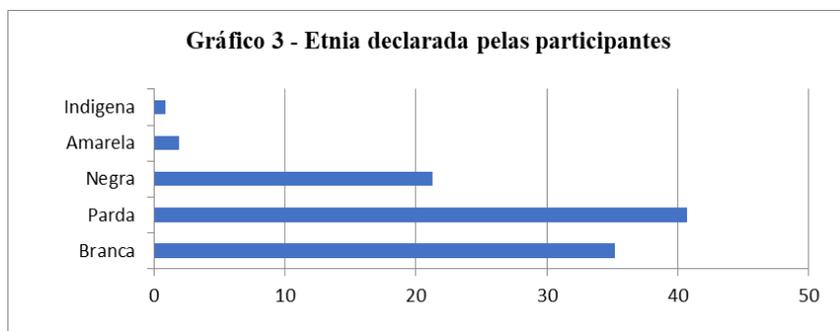
Outro fato que pode contribuir para que estejam efetivando o distanciamento social está descrito na gráfico 2 que ilustra o estado civil da amostra em que as participantes 54,6% declararam estar casada, 20,4% definiram estar solteira, 17,6% definiram-se como divorciadas/separadas, 7,4% se classificaram na categoria “outros” no estado civil. Esse dado pode indicar que as respondentes não são as principais responsáveis pelo sustento da família, reproduzindo o modelo de família nuclear clássica, como descrito por Fonseca (2011) e Fonseca e Borloti (2016), em que o homem é o provedor e a mulher a educadora/cuidadora.



Fonte: Fonseca *et al.* (2020).

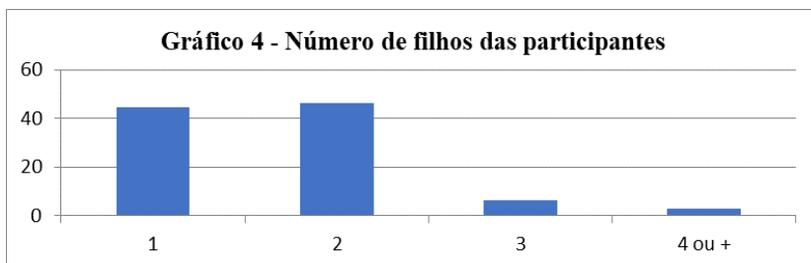
Em relação a etnia, o Gráfico 3 apresenta que 35,2% declararam como brancas, 40,7% se declararam parda, 21,3% preta, 1,9 declararam

ser amarela e 0,9% definiu-se como indígena. Agrupando pardas e pretas, teremos 62% das participantes como negras, podendo levar a suposição de que tais dados contradizem as informações geopolíticas do Brasil (IBGE, 2018), já que a maior parte dessa amostra é composta de negras com escolaridade superior e pertencentes a classe média e alta, mas não há informações suficientes para aprofundar essa hipótese e não há conhecimento do grau de reconhecimento das participantes enquanto se autodeclararam pardas se denominam negras.



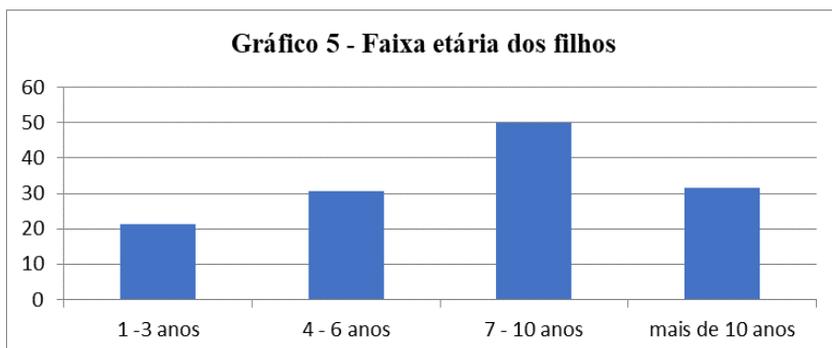
Fonte: Fonseca *et al.* (2020).

Das participantes, 88,9% tem filhos, 9,3% não tem filhos, mas acompanham ou têm crianças em atividades escolares *online* em seu convívio e 1,8% não têm filhos. Como também, 98,1% afirmam estar convivendo com seus filhos no momento da pesquisa, 0,9% diz que às vezes está convivendo com a criança e 0,9% não convive com a criança. As respondentes com filhos 46,3% têm dois filhos, 44,4% tem apenas um filho, 6,5% tem três filhos e 2,8% tem 4 ou mais filhos (gráfico 4). Esses dados reforçam a hipótese que as respondentes, em sua maioria, são provenientes de classes sociais média e alta, e que se encaixam no modelo nuclear de família (FONSECA, 2011; ARIES, 2017).



Fonte: Fonseca *et al.* (2020).

As faixas etárias dos filhos estão distribuídas em 21,3% entre 01 e 03 anos, 30,6% entre 04 e 06 anos, 50% entre 07 e 10 anos e 31,5% mais de 10 anos (gráfico 5). Desses 31,5% estão cursando a Educação Infantil, 13% estão cursando a Alfabetização (1 Ano do Ensino Fundamental I), 14,8% estão cursando o 2 Ano do Ensino Fundamental I, 13% estão cursando o 3 Ano do Ensino Fundamental I, 17,6% estão cursando o 4 Ano do Ensino Fundamental I, 17,6% estão cursando o 5 Ano do Ensino Fundamental I e 30,6% estão cursando do 6 Ano do Ensino Fundamental II para cima (gráfico 6). A maior parte das crianças está na faixa de idade que possivelmente tem algum domínio do uso da tecnologia necessária às atividades escolares *online*, mas ainda necessitam de suporte de um adulto, mesmo que os professores desenvolvam aulas motivadoras.

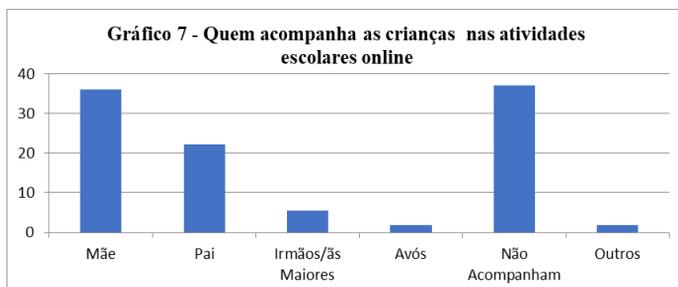


Fonte: Fonseca *et al.* (2020).



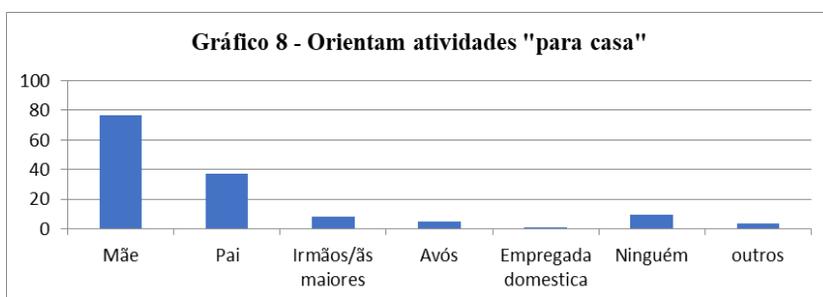
Fonte: Fonseca *et al.* (2020).

Quanto às atividades escolares *online*, 87% estão em atividades e 13% não estão tendo, porém, dessas quatro responderam que a escola ainda não se posicionou, cinco justificaram que a Educação Infantil não realiza esse tipo de atividades e duas argumentaram que a escola optou por passar vídeos de orientação aos pais, às demais não justificaram a resposta. Esses dados corroboram com a perspectiva da adesão ao distanciamento social como estratégia de proteção contra a Covid-19, tendo em vista os números crescentes de contaminados e constantes anúncios de mortes (CASTRO, 2020; CHENG *et al*, 2020; ZOU; RUAN; HUANG, 2020). As atividades escolares *online* manterão os estudantes em contato com os conteúdos acadêmicos, em contato com os professores e colegas, supostamente, diminuindo a angústia dos envolvidos.



Fonte:Fonseca *et al.* (2020).

O gráfico 7 ilustra que 36% definem que é a mãe da criança que a acompanha durante as atividades escolares *online*, 22,2% definem o pai como aqueles que acompanham, 5,6% definem um irmão ou irmã mais velho que acompanham a criança, 1,9% dizem ser os avós, em 37% dos casos ninguém acompanha, e 1,9% é acompanhado por outros. Esses dados evidenciam a permanência das mulheres como principais responsáveis pelos cuidados familiares e acompanhamento educacional das crianças, como parte essencial da maternidade (FONSECA, 2011; ARIES, 2017).



Fonte: Fonseca *et al.* (2020).

As atividades “para casa”, equivalentes às tarefas de casa, são orientadas por 68,5% das respondentes, enquanto 22,2% afirmam que orientam “às vezes” e 9,3% não orientam. As crianças têm outras pessoas como suporte, em 76,9% das atividades as crianças são orientadas pelas mães, 37% pelo pai, 8,3% por irmãos/irmãs maiores, 4,6% por avós, 0,9% por empregada doméstica, em 9,3% por ninguém e 3,7% por outras pessoas (gráfico 8). Esses dados reafirmam esse lugar feminino de cuidado e educação, para além das demais responsabilidades domésticas.

Considerações finais

Com a pandemia provocada pela COVID-19 foi preciso interromper as atividades escolares presenciais a partir de decretos municipais e fede-

rais com objetivo do distanciamento social para contenção do vírus. Essas medidas geraram discussões mais intensas acerca do ensino remoto e o ensino EaD (Educação a distância).

A maioria dos indivíduos em distanciamento social relata que o convívio familiar intenso e a falta de um tempo definido têm sido os principais fatores de adoecimento das pessoas, em detrimento do aspecto financeiro. Além disso, mais da metade dos isolados estão sentindo estresse no ambiente doméstico, que se evidenciam com as alterações no ritmo de sono e na falta de exercícios físicos (BEZERRA *et al.*, 2020). No distanciamento social os indivíduos estão mais suscetíveis a apresentar transtornos de saúde mental, surgindo sintomas de sofrimento psíquico relacionado ao estresse, ansiedade e depressão (PEREIRA *et al.*, 2020).

No caso de pais e familiares, a angústia cresce com a possibilidade dos filhos apresentarem prejuízos escolares futuros, a partir da pressão das instituições educacionais e entidades de classe e a definição de estratégias de substituição das aulas presenciais por aulas remotas acresceu uma nova demanda às famílias, em grande parte as mães com a reprodução do papel socialmente instituído, educativo/cuidado da família (FONSECA, 2011; FONSECA; BORLOTI, 2016; FONSECA; OLIVEIRA; CORDEIRO, 2020).

A partir do momento em que surgiu a proposta das atividades escolares *online*, mulheres dos dois lados, as professoras, em sua maioria mulheres, realizariam “aulas remotas” em ambiente virtual e definiriam atividades a serem realizadas pelos estudantes sob tutela dos familiares, na sua maioria, as mães. E se essas também são professoras, ou ainda, profissionais das atividades essenciais, como profissionais da saúde, o acúmulo de funções é crescente, e se executam as tarefas de casa, é exaustivo.

Ou seja, se para Bezerra *et al.* (2020) e Pereira *et al.* (2020) o isolamento social provocado pela COVID-19, para a erradicação da contaminação (DUARTE, 2020; REZENDE, 2020; CHENG *et al.*, 2020; ZOU; RUAN; HUANG, 2020), tem sido responsável por exaurir a saúde mental das pessoas, para as famílias com crianças esse dado pode ser acrescido ao acúmulo de atividades domésticas, ao controle do comportamento das crianças, com necessidade de rotinas, que somadas as atividades escolares *online* agregam mais variáveis a condição de adoecimento psíquico (FONSECA; OLIVEIRA, 2020). Essa realidade pode ser mais efetiva a saúde mental das mulheres, mães, e se essas executam tarefas também no âmbito das atividades essenciais, a condição ainda se torna mais crítica.

As atividades *online* não têm um modelo pré-definido, são moldadas de acordo como as instituições escolares e seus projetos pedagógicos. Essa perspectiva traz em si muitos ajustes aos quais, os sujeitos envolvidos, não estão previamente preparados, como: domínio da tecnologia digital, métodos pedagógicos que atendam as necessidades curriculares, disponibilidade de arsenal técnico como internet, computadores e seus recursos para a montagem das atividades, e do outro lado às famílias disporem desses instrumentos, capacidade de manejá-los, espaço adequado, somado a dinâmica familiar e da criança a essa demanda.

Referências

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família.** Trad. Dora Flaksman. Rio de Janeiro. Zahar, 1981.

BEZERRA, V.; SILVA, C. E. M. de; RAMALHO, F.; SOARES, G.; SILVA, J. A. M. da. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de Covid 19. **Ciência e Saúde Coletiva.** V. 25, supl. 1. Rio de Janeiro, jan. a jun. 2020. https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232020006702411&script=sci_arttext

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Novo Coronavírus**. 2020. <https://coronavirus.saude.gov.br/>

BRASIL, **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** (IBGE). www.ibge.gov.br. 2018.

CASTRO, R. **Fiocruz implanta unidades de apoio ao diagnóstico da Covid-19**. 2020. <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-implanta-unidades-de-apoio-ao-diagnostico-da-covid-19>

CHENG, Z.J.; SHAN, J. 2019 novel coronavirus: where we are and what we know. **Infecção**. N. 48, p. 155-163, 2020 <https://doi.org/10.1007/s15010-020-01401-y>.

DUARTE, R. **Mais um Novo Coronavírus**: Como esses vírus são transmitidos aos humanos? <https://pubmed.com.br/mais-um-novo-coronavirus-como-esses-virus-sao-transmitidos-aos-humanos/>

FONSECA, A. L. B. da. **Gravidez, maternidade e análise comportamental da cultura**: Crenças e atitudes de Agentes Comunitários de Saúde e adolescentes grávidas do sertão do Brasil. Tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação da UFES, 2011.

_____. Comportamento verbal dirigido à maternidade para jovens do nordeste brasileiro. **Comportamento, Desenvolvimento e Cultura**. Fonseca, A. L. B. da. (Org.). Curitiba/PR: CRV Editora, p.141-162, 2014.

FONSECA, A. L. B. da; BORLOTI, E. B. Comportamento verbal de agentes comunitários de saúde sobre a maternidade adolescente. **Psicologia e suas interfaces**: Estudos Interdisciplinares. Ana Lucia B. da Fonseca e Alvanay Maria S. Santiago (Orgs.). Salvador/Ba: Edufba, p.115-134, 2016.

FONSECA, A. L. B. da OLIVEIRA, W. L. G. A clínica psicológica em tempos de pandemia. **E-book Covid-19**. (no prelo) 2022.

HUANG, C.; WANG, Y.; LI, X.; ET, A.L. Características clínicas de pacientes infectados com o novo coronavírus de 2019 em Wuhan, China. **Lanceta**. 2020; 395: 497–506.

MURATORI, A.; SANTANA, W. Filhos e filhos: As particularidades do ser criança no Império Inca e da construção da infância na Europa. **Amerídiá**, UFC, v. 3, n. 1, 2007.

OLIVEIRA, W. L. G. de; FONSECA, A. L. B. da; CORDEIRO, R. C. Desigualdades raciais e de gênero na pandemia. **Saúde da População Negra e Indígena**. Rosa Cândida Cordeiro e Washington Luan. G. De Oliveira (Orgs.). Cruz das Almas: EDUFRB, 2020, p. 13-28.OMS. 2020 <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus2019/events-as-they-happen>

REZENDE, H. Por que é difícil criar a vacina anticovid? Para começar, uma só não basta. **Correio Brasiliense**. https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/ciencia-e-saude/2020/05/11/interna_ciencia_saude,853647/por-que-e-dificil-criar-a-vacina-anticovid-para-comecar-uma-so-nao-b.shtml

RICHMAN, D.D.; WHITLEY, R.J.; HAYDEN, F.G. **Clinical Virology**, 4a ed. Washington: ASM Press; 2016.

ROTHER, C.; SCHUNK M.; SOTHMANN, P. Transmissão da infecção 2019-nCoV a partir de um contato assintomático na Alemanha. **NEJM**. January 30, 2020.

SINGHAL, T. Uma revisão da doença de Coronavírus-2019 (COVID-19). **Indian J Pediatr** 87, 281–286 (2020).

SOUZA, S. de; FRANCO, V. S.; COSTA, M. L. F. Educação à distância na ótica discente. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 99-114, Mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022016000100099&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 July 2020.

WANG, C.; HORBY, P.W.; HAYDEN, F. G.; GAO, G.F. Um novo surto de coronavírus que preocupa a saúde global. **Lanceta**. 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30185-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30185-9)

KAMPF, G.; TODT, D.; PFAENDER, S.; STEINMANN, E. Persistência de coronavírus em superfícies inanimadas e sua inativação com agentes biocidas. **J Hosp Infect**. 2020, 6 de fevereiro. Pii: S0195–6701 (20) 30046–3.

OLIVEIRA, C. B. E. de; MARINHO-ARAÚJO, C. M. A relação família – escola:

intersecções e desafios. **Estudos de Psicologia**. Campinas – SP, v. 27, n. 1, jun/mar 2010.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Relatórios de situação**. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>.

SOUZA, M. E. do P. **Família/Escola: A importância dessa relação no desenvolvimento escolar**. Programa de desenvolvimento educacional (PDE). Santo Antônio da Platina - Paraná, 2009. <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/1764-8.pdf>

WILDER-SMITH, M.D.; DO FREEDMAN, M. D. Isolamento, quarentena, distanciamento social e contenção da comunidade: papel central para medidas de saúde pública à moda antiga no novo surto de coronavírus (2019-nCoV). **Journal of Travel Medicine**, Volume 27, Edição 2, março de 2020, taaa020, <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa020>.

ZOU, L.; RUAN, F.; HUANG, M. Carga viral SARS-CoV-2 em amostras respiratórias superiores de pacientes infectados. **N Engl J Med**. 2020.

Flor do coração, rosa do sertão: frutos da UFRB

*Silvana Batista Gaiño
Suzana Rosa de Almeida*

Introdução

Sabemos que o cuidado na infância permite à criança explorar o mundo ao seu redor e mergulhar no processo de formação humana. E com certeza Suzana pode contar com esse cuidado que a acompanhou por vários caminhos até chegar ao Curso de Psicologia da UFRB. E vai continuar a acompanhando por todos os caminhos por onde ela transitar. Para nós, enquanto professores, é um desafio e ao mesmo tempo um convite poder nos deter na tentativa de compreensão da dimensão socioemocional dos nossos alunos. Essa tentativa de compreensão vai falar sobre caminhos. de vários e tantos caminhos que convergem e divergem na formação de cada um de nossos alunos. E nos faz revisitar constantemente os aspectos fundamentais da constituição humana.

Ao mergulharmos nesse espaço de diálogos sobre o desenvolvimento e a ontogênese, de muitos dos nossos alunos, observamos as contribuições diretas e indiretas que falam e depõem sobre o nosso trabalho cotidiano. Para nós professores do Curso de Psicologia da UFRB, o trabalho naturalmente transcende as fronteiras e as cartografias definidas nas salas de aula. Assim, deparamo-nos com um campo circunscrito, porém não limitado, de fronteiras e mapas, que marcam não apenas as áreas do saber, mas também as diferenças nas demandas da formação e pós formação dos nossos alunos. E esse fato aponta também para algo que vai além da multiplicidade dos olhares, nos convocando e desafiando a construir e manter um olhar interdisciplinar.

Para além dos encontros e desencontros epistemológicos presentes nas diferentes abordagens e fazeres da psicologia, a articulação desse conhecimento com as demais ciências é uma conduta que amplia, desbrava e desafia as perspectivas da formação do aluno. Com efeito, a construção da formação interdisciplinar se destaca como ponto de partida para experiências vivenciadas pelos egressos da graduação em psicologia no Centro de Ciências da Saúde da UFRB. Neste sentido, queremos ressaltar as grandes contribuições de professores que durante a graduação acolheram e apoiaram Suzana de maneira singular: Prof. Dr. José Neander Silva Abreu, Prof.^a Dra. Ana Verônica Rodrigues Silva, Prof.^a Dra. Regina Marques de Souza Oliveira.

E destacar o percurso de Suzana, uma egressa do curso, que frequentou a turma que se formou em 2012.2. Alguns dos trajetos e acontecimentos que marcaram sua graduação e, que continuaram refletindo na sua pós-graduação serão tratados de forma pontual nesse texto. O percurso experimentado e vivido por ela, nesta instituição, favoreceu seu engajamento em grupos de pesquisas, monitorias, estágios e participações em eventos científicos que, somados ao auxílio disponibilizado pelas Políticas de Ações Afirmativas da UFRB garantiram sua permanência qualificada durante a graduação em Psicologia bem como suas posteriores conquistas exitosas.

Esse movimento nos permite reconhecer a existência das muitas realidades que caracterizam a história de vida dos nossos alunos, oriundos de diferentes contextos socioculturais. E não podemos desconsiderar a existência de inúmeras barreiras estruturais que nos desafiam na consolidação de nossas práticas e vivências.

A pandemia que vem afetando o mundo e a UFRB evidencia ainda mais as desigualdades sociais que imprimem cicatrizes em nossos alunos,

causam segregações e diferenças na adoção de tratamentos, cuidados e orientações para uma população que vivencia no seu dia a dia os efeitos da exclusão social. Por exemplo, dizer e acreditar que todos os alunos podem ter acesso à educação *online*, desconsiderando as particularidades da região do Brasil onde a UFRB está inserida é, no mínimo uma recusa em aceitar, que para muitos dos nossos alunos seus sonhos de graduação estão desaparecendo. Como afirma Segata (2020), os números podem ser universais, mas as experiências que eles descrevem não são. Portanto, mais do que nunca, a criação de um espaço aberto para diálogos, saberes, fazeres e apontamentos de conquistas da psicologia e demais áreas de conhecimento da UFRB se torna fundamental para pensar de forma idiossincrática a formação dos alunos que por aqui passam.

Ao apresentarmos um pouco do histórico das conquistas de Suzana durante a sua formação e da continuidade delas na pós-graduação, buscamos reconhecer e enaltecer as contribuições que a UFRB e demais Instituições de Ensino Superior tiveram na sua história de vida e nos primeiros passos que ela ousou dar em direção a quebra de tantos *totens e tabus*, que sabemos que permeiam tantas existências. E mais do que isso queremos tentar contribuir para a manutenção da esperança, que em tempos atuais, se tornou produto tão escasso no cotidiano de muitos dos nossos alunos.

Dito isso, iniciemos essa jornada, que terá como ponto de partida a graduação em psicologia na UFRB e como ponto de chegada não conseguiria abarcar todas as projeções que pululam na minha mente quando penso nos espaços que Suzana ainda poderá vir a ocupar.

Essa é, portanto, uma história de grandes encontros, entre seres imperfeitos e em constante construção, que compartilharam durante um período de tempo um espaço compreendido no mágico território do

Recôncavo da Bahia e com certeza poderia começar com essa frase, que inicia tantos outros contos: Era uma vez...

Território e Cartografias: olhares e desenvolvimentos

Na contemporaneidade, o pensamento científico tem privilegiado o diálogo entre as teorias e as histórias de vida de seus autores, buscando uma maior interação entre as diversas áreas que nos formam e estruturam a compreensão sobre os sistemas complexos que sustentam o constructo que nos tornamos. Tais aspectos nos motivam, enquanto estudiosos e viventes *a repensar quem somos e reavaliar o poder das nossas experiências e o papel das nossas emoções durante todo o nosso desenvolvimento.*

Nesta direção, o conhecimento sobre o lugar de pertencimento e desenvolvimento de Suzana e Silvana permite aos leitores reunir parâmetros que possam indicar fatores que promoveram e facilitaram esse encontro. Há diferentes formas de analisar a complexa interação entre os fatores casuais e as variáveis históricas e idiossincráticas de cada uma das protagonistas desse recorte histórico. Então vamos começar.

Pela licença cronológica começaremos por Silvana.

Silvana nasceu como todo bebê da sua época sócio-histórica, sem um nome anteriormente designado, pois seus pais ainda não sabiam se seria uma menina ou um menino. Moravam numa fazenda, pertencente a um pequeno município (Santa Mariana) no interior do Paraná, que faz parte da Rota do Café e que fica a 2.039,3 km de distância de Santo Antônio de Jesus/BA. Seus pais trabalharam na lavoura, colhendo café e, passaram por todas as dificuldades oriundas dessa condição social.

Durante a gestação sua mãe fez uso contínuo de tabaco e não fez acompanhamento gestacional porque isso não estava disponível para ela. Portanto, Silvana nasceu com baixo peso (40 semanas de gestação e

1,500kg) e lidou com todas as consequências relacionadas ao fato de pertencer a um grupo de risco para o desenvolvimento infantil. E até hoje não consegue compreender todo o rol das prováveis sequelas que isso trouxe para sua vida, procurando lidar com as mesmas conforme elas se apresentem.

Segundo relatos de familiares, seus pais a levavam para os cafezais, limpavam debaixo de um dos pés de café e estendiam uma toalha. E lá a deixavam enquanto capinavam ou faziam a colheita dos grãos. E desde de então, seus olhos descobriram o prazer de passear por paisagens e territórios e seu olfato fica em êxtase com o cheiro do mato, da terra molhada, das folhas e flores. Ela gosta de desvendar caminhos, observar o curso dos rios, explorar correntes marítimas e lutar por relações possíveis.

A formação acadêmica de seus pais abarcou o que lhes foi possível: a mãe não completou o ensino fundamental, enfrentando muitas dificuldades desde o princípio e seu pai, curioso e contestador por natureza, conseguiu finalizar o quarto ano do ensino fundamental e depois, como o bom autodidata que era, fez um curso de eletricista, pelo antigo Instituto Universal Brasileiro (e pelo correio!), e se encontrou nessa profissão a exercendo até o final de sua vida.

Fazer um curso profissionalizante foi um divisor de águas para seu pai e melhorou muito as condições de sobrevivência da família.

Quando Silvana conseguiu concluir o magistério e ingressar na Universidade, foi a primeira da sua família paterna a conseguir isso e, seu pai viveu um misto de alegrias e medos pelos novos territórios pelos quais ela iria transitar. Infelizmente não pode, assim como sua mãe participar das conquistas posteriores, incluindo a conclusão do Curso de Graduação em Psicologia, o mestrado e doutorado cursados na USP em São Paulo e o recente pós doutorado desenvolvido na Faculdade de Medicina da USP de

Ribeirão Preto. Mas enquanto esteve presente, seu pai sempre fez questão de deixar claro que acreditava que investir na educação era o melhor caminho para o enfrentamento da pobreza tão presente em suas origens. Portanto, Silvana entende as dificuldades financeiras e pessoais pelas quais muitos alunos passam durante a sua formação e as lutas diárias que são travadas no silêncio de suas casas e de seus quartos.

Ela gosta de ajudar os alunos a questionarem tudo que for possível e não permitirem ser restringidos por discursos e mensagens limitantes. Diz que ninguém deve esquecer que os nossos caminhos são construídos durante o nosso caminhar e que podemos desafiar todas as fronteiras anteriormente existentes, sempre revisitando e agradecendo as nossas origens.

E como a origem dela está relacionada à rota do café no norte do Paraná ama criar espaços potenciais ou transicionais, que podem ser definidos como um lugar intermediário entre o mundo subjetivamente concebido e aquele objetivamente percebido, para boas conversas regadas à café (WINNICOTT, 1983).

Agora conheceremos um pouco da história de Suzana:

Filha de trabalhadores rurais, ela nasceu no Sertão da Bahia com o nome de Suzana designado pelo seu pai. Morava em Rio do Pires, uma pequena cidade que se localiza a 720 km de Santo Antônio de Jesus. A formação acadêmica de seus pais limitou-se ao segundo ano do ensino fundamental. Seu pai partiu cedo, aos 48 anos, tendo sido um sertanejo e lutador por natureza. Conseguiu construir um lar para a família e depois de sua morte, lutar foi o verbo mais conjugado e presente entre sua mãe e as seis filhas na busca da garantia pela sobrevivência.

Durante a infância, Suzana aprendeu precocemente a lutar e enfrentar as adversidades da vida. Aos três anos de idade, perdeu seu pai de repente para a doença de Chagas. Após isso, sua infância foi atravessada

pelas instabilidades impostas pela vulnerabilidade social. Nas suas memórias mais vívidas se destacam a seca, a falta de água e o café com farinha improvisado pelo desespero materno, com o intuito para matar a fome de suas seis filhas. E nesse contexto familiar se descobriram resilientes.

Quando Suzana conseguiu ser aprovada na Universidade Pública, sua família viveu um momento conflituoso e que dividiu opiniões. A condição social indicava que o casamento e a constituição de uma família eram as melhores e mais adequadas opções para o seu futuro. Alguns membros de sua família foram veemente contra sua ida para a Universidade porque não haviam recursos financeiros suficientes para manter Suzana em outra cidade.

Então, Suzana se viu diante de um duplo desafio: quebrar legado familiar que lhe era pré-determinado e criar condições para conseguir ingressar e se manter na Universidade. Seu ingresso na UFRB foi amparado por muita fé, misturada ao entusiasmo e ao medo de não conseguir concluir a graduação.

Felizmente as políticas de Ações Afirmativas da UFRB já existiam e significaram um divisor de águas para a conquista de seu sonho. As suas necessidades puderam ser resolvidas e isso permitiu que pudesse trilhar o caminho tão desejado e que a levaria para uma transformação social tão importante na sua história.

Segundo relatos familiares, ela herdou a coragem do pai Jason e a força da mãe Sebastiana. A identidade sertaneja a faz contemplar e admirar os diferentes cenários do Sertão e em especial, os mandacarus que refletem toda a resiliência e fortaleza dos filhos nascidos nesse pedaço de chão. E ainda nos deixam de presente uma profusão exuberante de flores.

E como a origem dela está relacionada à luta por sonhos e por mudanças, ela ama compartilhar a sua história pessoal e ser fonte de inspi-

ração para todos aqueles que não temem as lutas e desejam ser protagonistas de suas histórias.

Tem um enorme orgulho de ser filha do Sertão e de ter construído caminhos que foram se apresentando através da educação. Quando pode realizar um doutorado na Universidade Federal de São Paulo com período sanduiche na Université Sorbonne Nouvelle em Paris, se sentiu imensamente grata à UFRB que acreditou em seus potenciais e a ensinou a transformar seus sonhos em realidade. Hoje ela continua desafiando fronteiras e tentando conquistar novos espaço. E acalenta, no âmago do seu coração, o sonho de poder voltar como professora para a UFRB e mostrar toda gratidão que sente pela Instituição que nunca deixou de acreditar nos seus potenciais.

Idiosincrasias: histórias pessoais e profissionais

Sigmund Freud é considerado o fundador do conceito de inconsciente e seu brilhantismo não se resume apenas às numerosas publicações e contribuições para a psicologia, mas também inspira os estudiosos da psique humana, convocando-os a terem a coragem de assumirem suas opiniões.

Em “Totem e Tabu e outros trabalhos”, Freud (1913/1914) revela importantes premissas sobre a relação entre a origem da vida mental dos adultos e a infância, enfatizando que “a criança é o pai do homem” (p. 185). Nessa obra ele aponta para a continuidade entre a mente infantil e a mente adulta, destacando as transformações e ressignificações que ocorrem ao longo do desenvolvimento humano. E com certeza a vida acadêmica faz parte desse território atravessado pelas memórias que carregamos dentro de nós.

Os êxitos alcançados durante as nossas jornadas pessoais indicam as janelas que se abriram para as manifestações da nossa subjetividade.

No caso de Suzana, quando ela foi aprovada para ingressar no Curso de Psicologia da UFRB, com certeza toda a comunidade de Rio do Pires a acompanhou. A sua constituição histórica pessoal se refletiu em todos os espaços preenchidos pelo seu discurso. Ela sempre foi e será acompanhada pelos desejos, medos, fantasias, pensamentos e emoções de cada pessoa que mora dentro dela e a acompanha em todos os espaços.

Sua trajetória e legado com certeza já fazem parte da história da sua cidade de origem e, continuam servindo como modelo para muitas pessoas.

O legado que ela criou com certeza será importante para que muitos continuem a acreditar que podem sair do sertão da Bahia e construir uma vida profissional sólida que trará contribuições que transcendem fronteiras e territórios.

E o sentimento de pertencimento que ela mantém aberto para a UFRB nos fala da importância que esse lugar tem na sua vida. Nesse espaço podemos vislumbrar o olhar apaixonado da profissional que se formou aqui e que ainda se detém a admirar seus sonhos e desejos mais profundos, gerados e paridos nesse território, bem como podemos testemunhar as lágrimas que brotam abundantemente de seus olhos diante da história de tantas lutas e da realidade de tantas injustiças sociais que ainda afetam o povo do Sertão. E só pode falar dessas dores quem as conhece de fato.

Ao se permitir desafiar e reeditar os discursos pré-estabelecidos a seu respeito Suzana abriu caminhos para muitos outros jovens que como ela desejam integrar num mesmo espaço suas histórias pessoais com a sua formação profissional.

Aos que não se conformam e não desistem diante dos muitos obstáculos que se apresentam o Curso de Psicologia da UFRB procura manter um território sempre aberto ao público e à espera de novos integrantes.

Formação da UFRB: espaço de encontros

Para Jerome Bruner, um dos teóricos da psicologia, o desenvolvimento humano compreende interações e entrelaçamentos entre o inato e o adquirido, de modo que o único atributo que podemos nomear como natural é a complexidade advinda desses encontros entre o biológico, o social, o simbólico e o cultural que vão tecendo o nosso estatuto de sujeitos.

Assim, Suzana chega na UFRB, atravessada pela sua cultura regional, e se depara com a perspectiva formativa que norteia nossos trabalhos, e a partir daí vai se adaptando à cultura acadêmica e tentando entender e desvendar a história evolutiva do próprio homem e as maneiras que ele utiliza para se expressar.

Sua inserção em vários espaços vai ampliar sua visão sobre esse Homem e sobre o Mundo. Participa de grupos de pesquisa, de grupos de estudos, busca compreender melhor cada disciplina, cada desafio proposto pelos professores. Readapta sua rotina diante de tantas demandas... e sempre mantém o olhar encantado, o coração grato e o sorriso largo daqueles que ampliam suas fronteiras.

No espaço dedicado aos estudos da linguagem e do brincar redescobre uma antiga paixão: o mundo infantil. E a partir daí começa a mapear territórios e alinhar percursos. E essas escolhas a impulsionarão rumo à São Paulo e depois rumo à França!

No mapeamento de territórios e no alinhavo de percursos um dos nossos encontros aconteceu durante o Grupo de Pesquisa sobre Autismo Infantil.

As inquietações provocadas pelas singularidades da presença e da ausência da Linguagem nesse território do desenvolvimento criaram laços que carregamos sempre conosco. Eu tentando ressignificar aprendi-

zagens e conhecimentos e ela permitindo-se encantar pela Linguagem presente nas ausências e nos sussurros. E num espaço criado para a permissão do brincar, antes negado a essas crianças autistas, ela compartilha brincadeiras e ações e interage de maneira contingente, no sentido de que as linguagens de cada criança se transformam em janelas simbólicas que permitem a interação entre eles. Desta forma, assume o papel de facilitadora do emergir do Ser antes do discurso e faz da sua representatividade pessoal um veículo fundamental na passagem da comunicação à linguagem (GAINO, 2004, 2014; ALMEIDA, 2015).

Por fim, o caráter assimétrico inerente à relação entre uma criança e um adulto, entre uma professora e uma aluna, remetem ao conhecimento das partes, coloca um deles como conhecedor e o outro como um conhecedor menos experiente. E ambos podem desempenhar, o papel de modelo, suporte e mediador, até que seja atingido o domínio necessário que se está buscando. Portanto esse aspecto é fundamental por permitir a exploração e estimulação de um papel ativo durante a interação (ALMEIDA; ROMERO, 2016).

E essa interação vai continuar existindo mesmo quando tivermos que trilhar outros caminhos, enveredar por novos territórios e nos disponibilizarmos para outros encontros.

Território e diversidade: o legado da UFRB

Para Vygotsky (1998, p. 112) a linguagem é um dos elementos básicos constitutivos da humanidade e ela vai contribuir especialmente, na organização e no desenvolvimento dos processos de pensamento. As aquisições significativas vão sendo incorporadas através das relações que estabelecemos com o meio físico e sociocultural.

Nesse contexto, a UFRB, território que permite e incentiva a diversidade, vai promover o encontro dos conteúdos já adquiridos por seus alunos com as potencialidades que podem ser desenvolvidas. Os alunos, durante sua permanência no Curso de Psicologia poderão contar com as orientações dos professores que os auxiliarão na solução de problemas e com a colaboração de colegas mais experientes.

Esse alto grau de plasticidade do ser humano e o efeito diferencial que a variação do ambiente pode exercer sobre o seu desenvolvimento cognitivo e linguístico deixa marcas profundas e estrutura muitas transformações (ALMEIDA, 2019).

O ambiente universitário é, sem dúvida, um fator diferencial para o desenvolvimento humano e profissional. Se o meio não oferece nenhuma interação, não lhe faz novas exigências e não estimula o seu intelecto, o estudante não conseguirá atingir seus níveis mais elevados. Portanto, o desenvolvimento profissional caminha por uma trilha singular construída na relação entre o nível de desenvolvimento de cada aluno e seu entorno social.

E assim, Suzana consegue vencer os desafios e dificuldades, e se forma em Psicologia na UFRB.

E a sua conquista cria um marco subjetivo em mim: não consigo lembrar de Suzana Rosa, sem sobrepor a sua imagem a imagem da Rosa do Deserto, que é uma planta que não passa despercebida em nenhuma situação. Ela cresce bem em solo seco, bem-drenado, clima quente e seco, não tolerando geada ou congelamento. E as coincidências continuam... Em território baiano os encontros sempre são regados por muito calor humano e demonstrações afetivas.

E no meu território subjetivo, Suzana Rosa passa a ser a Rosa do Sertão, capaz de crescer e se desenvolver nos mais diversos solos, suportando

o calor de 40 graus do Sertão e o frio de -8 graus do inverno parisiense. Com certeza, nunca mais pensarei em Rio do Pires da mesma maneira.

Interdisciplinaridade e os novos territórios conquistados

A trajetória de Suzana tem continuidade na pós-graduação, e é marcada pela busca do aperfeiçoamento profissional, da conquista de novos conhecimentos e pelo aprimoramento da prática nos cuidados em saúde, particularmente no atendimento à criança e ao adolescente. Investe na especialização em Psicologia da Infância, vinculada ao Setor de Saúde Mental/Departamento de Pediatria geral e comunitária da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

As interlocuções e vivências propiciadas pela UFRB durante a sua formação em Psicologia, faz com que a atuação em equipe interdisciplinar, durante a especialização se dê de forma tranquila e efetiva. Ela consegue responder à diferentes demandas de atendimento infanto-juvenil, considerando com atenção o processo do cuidado em saúde e os seus determinantes sociais.

Compreende os impactos dos fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Portanto, sua atuação está sempre aliada a uma articulação intersetorial com outras instituições como: fóruns, abrigos, escolas e Unidades Básicas de Saúde de referência da criança e sua família.

E um campo de atuação que já chamava sua atenção se fortalece e desponta como área de interesse nas suas práticas profissionais: ações que visam a prevenção de doenças que acometem a primeira infância, através da detecção de riscos para o desenvolvimento, bem como da indicação de tratamentos, o mais precocemente possível, garantindo a

promoção da saúde por meio do fortalecimento dos fatores de proteção (resiliência) da criança e de seus familiares (ALMEIDA *et al.*, 2009).

O trabalho que desenvolveu no Setor de Saúde Mental compreendeu desde a realização de triagens, discussões conjuntas de casos clínicos até indicações de intervenções e tratamentos, num espaço de diálogo interdisciplinar, com o qual ela já estava muito familiarizada. Como psicóloga, pôde colaborar com graduandos e residentes de medicina através de reuniões semanais que integravam discussões sobre os casos clínicos e os encaminhamentos, considerando os níveis de atenção e a saúde mental. Tais experiências reforçaram seu interesse pela docência no âmbito da formação interdisciplinar de profissionais comprometidos com a investigação sobre problemáticas em saúde infanto-juvenil, processo de cuidado e avanço científico.

A escolha por realizar o mestrado e o doutorado no Programa de Pós-Graduação em Educação e Saúde na Infância e na Adolescência da UNIFESP foi motivada pelo reconhecimento da importância do diálogo da psicologia com as outras ciências da saúde e das ciências humanas e sociais bem como pela busca por uma formação interdisciplinar sólida. Desse modo, durante o mestrado e o doutorado realizou pesquisas sobre a relação entre a atividade de linguagem e a construção de sentido na fala da criança, buscando neste processo dialogar com diferentes áreas do conhecimento, acreditando que esse movimento seria profícuo para a continuidade de sua formação interdisciplinar e para o aprimoramento do seu olhar para a criança no processo do cuidado em saúde.

Por fim, em 2018, ela conquistou a bolsa do Programa de Doutorado Sanduiche no Exterior (PDSE) da CAPES. O trabalho de pesquisa no exterior foi significativo para a realização pessoal e profissional em razão do conjunto de experiências culturais e científicas vivenciadas num diálogo

constante com a equipe de pesquisadores do laboratório DILTEC *Didactique des Langues des Textes et des Cultures*, na Université Sorbonne Nouvelle – Paris 3. E a realização desse estágio permitiu que fossem estabelecidas relações importantes e decisivas para o seu futuro profissional. Mantém a sua participação em grupos de pesquisas que integram universidades brasileiras e francesas no campo dos estudos sobre a interface entre linguagem, interação e construção do sentido.

Café e mandacaru: rebeldia e possibilidades

Era uma vez duas meninas que resolveram ser rebeldes. Uma nasceu, numa pequena cidade no norte do Paraná e a outra numa pequena cidade no Sertão da Bahia.

Desde cedo resolveram que seriam muito mais do que as pessoas que conviviam com elas afirmavam que elas poderiam ser.

Pertenciam a famílias pobres que nas suas lutas diárias sonhavam e desejavam que dias melhores pudessem existir.

Enquanto seus pais trabalhavam, elas iam para a escola e se imaginavam nas cenas relatadas nos seus livros de história: vencendo grandes batalhas, conhecendo o mundo e podendo fazer diferença na vida das pessoas.

Quando falavam de seus sonhos, algumas pessoas riam e diziam que deveriam parar com essas bobagens de “querer ser diferente” e de fazer coisas que mulheres normalmente não fazem. O mundo é um lugar muito perigoso para pessoas que acham que podem dar um passo maior que as suas pernas.

Enquanto lágrimas banhavam seus olhos e desciam pelo seu rosto Silvana olhava os vales e planícies cobertas por pés de café e pensava em tudo que existia para além das paredes da sua casa, em lugares que seus olhos ainda não alcançavam. E em tudo que desejava ser mesmo sendo apenas mais uma menina.

Enquanto lágrimas banhavam seus olhos e desciam pelo seu rosto Suzana olhava para a caatinga, admirava a força e resistência dos mandacarus e pensava em tudo que existia para além das paredes da sua casa, em lugares que seus olhos ainda não alcançavam. E em tudo que desejava ser mesmo sendo apenas mais uma menina.

Muitos anos se passaram e muitas batalhas foram travadas por Silvana e Suzana. Alcançaram vitórias e tiveram que lidar com a dor de muitas derrotas.

E o destino quis que suas histórias se cruzassem, no território do Recôncavo Baiano, numa Universidade Pública. E compartilharam suas histórias, seus sonhos, seus medos, seus desejos de um futuro melhor para todas as garotas rebeldes que vagueiam pelo mundo.

E assumiram o compromisso de continuarem lutando por um espaço onde todos e todas possam ser o que desejarem e puderem ser.

E criaram espaços onde o riso, a brincadeira, o acolhimento, o silêncio e as palavras podiam visitar todas as crianças. E embalar suas vidas e seus sonhos.

E decidiram que seriam felizes porque descobriram que pés de café e mandacarus podem ser plantados e cultivados em qualquer lugar.

Considerações finais

Ao descrever os percursos de formação e interações vivenciados no contexto da UFRB e posteriormente em outras Instituições de Ensino Superior, por Suzana esperamos contribuir para a compreensão da importância dos contextos acadêmicos, relacionais e sociais na formação dos alunos do Curso de Psicologia da UFRB.

Com certeza, todos nós que optamos por fazer parte da história do Curso de Psicologia da UFRB comemoramos muito quando os egressos do Curso dão continuidade à história profissional que foi iniciada aqui.

Para mim, foi um momento ímpar poder contar um pouco desse encontro maravilhoso que pude ter com Suzana. Essas lembranças que povoam a minha mente, enquanto a ajudo na escrita desse relato reavivam as marcas que ela deixou em mim e que me acompanharão durante toda a minha existência. E reacendem o amor e a paixão que sinto pela Psicologia e pelos espaços que ela cria para que encontros como esse possam sempre acontecer.

E para encerrar as divagações oriundas desse encontro entre dois seres extremamente humanos que se dispuseram a vencer suas limitações e seus medos, compartilho um poema intitulado Psicologia:

Amar o ser humano sobre todas
As resistências, preconceitos, restrições,
Convenções, religiões, níveis sociais,
Econômicos, culturais, estéticos...
Não considerar vãs suas dores,
Limitações, doenças, incapacidades,
Ilusões, esperanças, seus sonhos.
E amá-lo como a mim mesmo
Numa convivência pacífica com os espelhos.

(Arte poética, baseada na sabedoria junguiana que diz: “Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”; Silvana, 1995).

Referências

ALMEIDA, S R. **Uma análise metalinguística sobre a atividade de linguagem infantil**: os movimentos ajustáveis da criança na co-construção de sentido. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Educação e Saúde na Infância e na Adolescência. Universidade Federal de São Paulo, Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Guarulhos, 2019.

ALMEIDA, S R; Romero, M. O reflexo do brincar e da fantasia na construção de sentidos dos enunciados infantis. **Revista Línguas & Letras**, 2016.

Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/linguaseletras/article/view/12806/10599>. Acesso em: 07 de ago de 2019.

ALMEIDA, S R. **O brincar e seus tons: reflexos do lúdico no processo de aquisição da linguagem**. 2015. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação e Saúde na Infância e na Adolescência. Universidade Federal de São Paulo, Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Guarulhos, 2015.

ALMEIDA, S R. Oliveira, R M S. Do amor à agressividade: privação materna e seus impactos sobre a constituição psíquica infantil. **Caderno NEPINS: Temas em Saúde e Educação**, 2014.

ALMEIDA, M M *et. al.* Atendimento conjunto pais-bebês: alternativas em psicoprofilaxia e intervenção clínica. **Pulsional Revista de Psicanálise**, 2009.

Bruner, J. **Como as crianças aprendem a falar**. Instituto Piaget. Horizontes pedagógicos. 1983.

FREUD, S. **Totem e Tabu e outros trabalhos (1913-1914)**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Volume XIII. Rio de Janeiro, Imago.

GAINO, S B. **Identidade de gênero em crianças com Transtorno do espectro autista (TEA)**. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia. São Paulo, 2014.

GAINO, S B. **Lista de verificação em comunicação e linguagem para Transtornos do Espectro Autístico**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Semiótica e Linguística Geral. Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. São Paulo, 2004.

SEGATA, J. A importância das ciências humanas na pesquisa e combate às pandemias. **Instituto de Filosofia e Ciências Humanas**, 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/ifch/index.php/br/a-importancia-das-ciencias-humanas-napesquisa-e-combate-aspandemias?>. Acesso em 09 de mar de 2020.

VYGOSTSKY, L. S. (1896-1934). **A formação social da mente:** o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. Lev Semionovitch. São Paulo. Martins Fontes, 1998.

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação:** estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre, Artmed, 1983.

Depressão materna e desenvolvimento infantil

*Camila Amorim
Cristiane Ajnamei dos Santos Alfaya*

Introdução

Este capítulo é o produto de estudos teóricos realizados por meio de seminários temáticos vinculados ao projeto de pesquisa intitulado Interação mãe-bebê e o desenvolvimento infantil no contexto da depressão materna: estudo longitudinal no primeiro ano de vida do bebê, o qual faz parte do LABIAP/CCS/UFRB.

O momento de puerpério para a mulher é marcado por algumas crises, assim como as demais fases do ciclo vital. É considerado um estágio em que enfrenta-se uma série de desafios e mudanças psicológicas e físicas, as quais podem ser vivenciados pela mãe como desafiadoras e ocasionar conflitos e dificuldades diversas. Essas mudanças, que geralmente ocorreram com a chegada da maternidade podem ser de ordens multidimensionais, alteram a dinâmica familiar e individual da mulher, reestruturando seus papéis dentro do arranjo social, além de reestruturar os papéis dos demais membros da família (LEVANDOWSKI; PICCININI; LOPES, 2008).

Para Winnicott (2002), a mulher se encontra nesse momento em um estado bem característico denominado de “preocupação materna primária” em que a mãe vive uma condição de sensibilidade aumentada, cujo objetivo é habilitar a mulher a preocupar-se com seu bebê. Porém, algumas vezes as mulheres podem enfrentar um prolongamento dessa fase e esse fato pode se configurar em preditor ou indicador para quadros de ansiedade, de depressão materna, dentre outros transtornos.

A depressão materna caracteriza-se por intensas alterações no apetite e sono, dificuldade de dormir, especialmente após amamentar o bebê, desatenção, crises de choro, problemas de concentração, além de falta de interesse em atividades que antes eram consideradas agradáveis. Podem ocorrer ideação suicida e sentimentos excessivos de culpabilização. Quanto ao período de duração, a depressão pode estender-se por um período de 6 meses a 1 ano após o nascimento do bebê (PARRY, 1997; O'HARA, 1997).

Diferentes autores sugerem que geralmente, a depressão materna pode também aparecer em algum outro momento do primeiro ano do bebê, e não necessariamente nas primeiras semanas após o parto, embora ainda fortemente associados à maternidade (BROWN e COLS.,1994). Quando a depressão da mãe ocorre durante as 4 semanas após o parto, esta é classificada pelo DSM-IV como episódio de depressão maior com início no pós-parto. Para a CID-10, a depressão pós-parto pode surgir durante as 6 primeiras semanas após o parto.

Os transtornos pós-parto podem se desdobrar basicamente em três diferentes tipos: a melancolia da maternidade (baby blues), a psicose puerperal e a depressão pós-parto. A melancolia estaria relacionada a um estado mais reativo do que a depressão, podendo ser concomitante associado a mudanças normativas dos sistemas neurofisiológicos. Enquanto a psicose puerperal se apresenta de forma mais grave e de ocorrências raras (O'HARA,1997), a depressão pós-parto, ocorre com incidências maiores na população e se caracteriza pelo seu tempo de duração prolongado, que pode levar de semanas à alguns meses e, dessa forma, pode ocasionar maiores impactos futuros.

A depressão materna contribui para que os comportamentos afetivos e de atenção da díade mãe-bebê tornem-se assíncronos, na medida

em que a mãe encontra-se não responsiva afetivamente. Dessa forma, a depressão na mãe afeta a criança pela alteração dos modelos de interação diádica, que se constituem como fator importante a maturação da criança. A exposição da criança a estilos de interação não saudáveis, portanto, pode representar diferentes tipos de riscos para o desenvolvimento emocional, físico e cognitivo da criança, como depressão, baixa autoestima, dificuldades de aprendizagem e de interação social, alterações linguísticas, entre outras (LEVANDOWSKI; PICCININI; LOPES, 2008).

Dada essa constatação, vem-se observando um crescente investimento nos estudos sobre depressão materna, principalmente, pelo fato já consistentemente evidenciado por outros estudos, que o estado de depressão materna pode implicar algum prejuízo para o desenvolvimento infantil desde o período pós-natal. A depressão materna pode ser prejudicial ao vínculo inicial mãe-bebê e é considerada um fator de risco para o desenvolvimento infantil, pois compromete a disponibilidade cognitiva e emocional da mãe e resulta na falta de persistência necessária para estabelecer uma interação sensível e funcional com a criança (SCHMIDT *et al.*, 2011).

As crianças de mães deprimidas são mais propensas a desenvolver problemas de comportamento como a externalização e internalização (CIVIC; HOLT, 2000; TRAPOLINI; McMAHON; UNGERER, 2007), déficits cognitivos (CAMPBELL *et al.*, 2007), e menos comportamentos socialmente competentes (LUOMA *et al.*, 2001) do que as crianças de mães sem depressão.

Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi investigar as repercussões da depressão materna para o desenvolvimento cognitivo, da linguagem e emocional da criança. Para tanto, foi realizado uma revisão da literatura sobre estudos publicados entre os períodos de 2009 à 2019, que

propuseram-se a descrever os impactos da depressão no desenvolvimento infantil.

Método

Para a realização deste estudo, utilizou-se o método de revisão da literatura (WHITTEMORE; KATHLEEN, 2005), a fim de auxiliar no processo de sistematização de análise dos resultados, visando a compreensão de determinado tema, a partir de estudos anteriores. A revisão inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas da ciência que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (MENDES, 2008).

Para a operacionalização dessa revisão, utilizamos metodologicamente os seguintes passos: identificação do problema, busca na literatura, avaliação dos dados, integração dos dados e apresentação dos resultados. Posteriormente a definição do tema, elaboramos a seguinte questão de pesquisa: Quais as repercussões da depressão materna no desenvolvimento cognitivo, da linguagem e emocional na infância?

Crítérios de elegibilidade

Os critérios de inclusão para identificar os trabalhos disponíveis na literatura sobre os fatores do desenvolvimento associados aos sintomas de depressão materna, estão descritos a seguir:

- a) Foram incluídos estudos quantitativos e qualitativos (exceto os estudos de revisão);
- b) Participantes: mães com e sem depressão e crianças com até

- 6 anos (exceto estudos com prematuros, gravidez gemelar e adolescência);
- c) Foram incluídos artigos redigidos apenas em inglês e português;
 - d) E incluídos as publicações dos últimos anos, dentro do período entre 03/01/2009 até 16/01/2019.

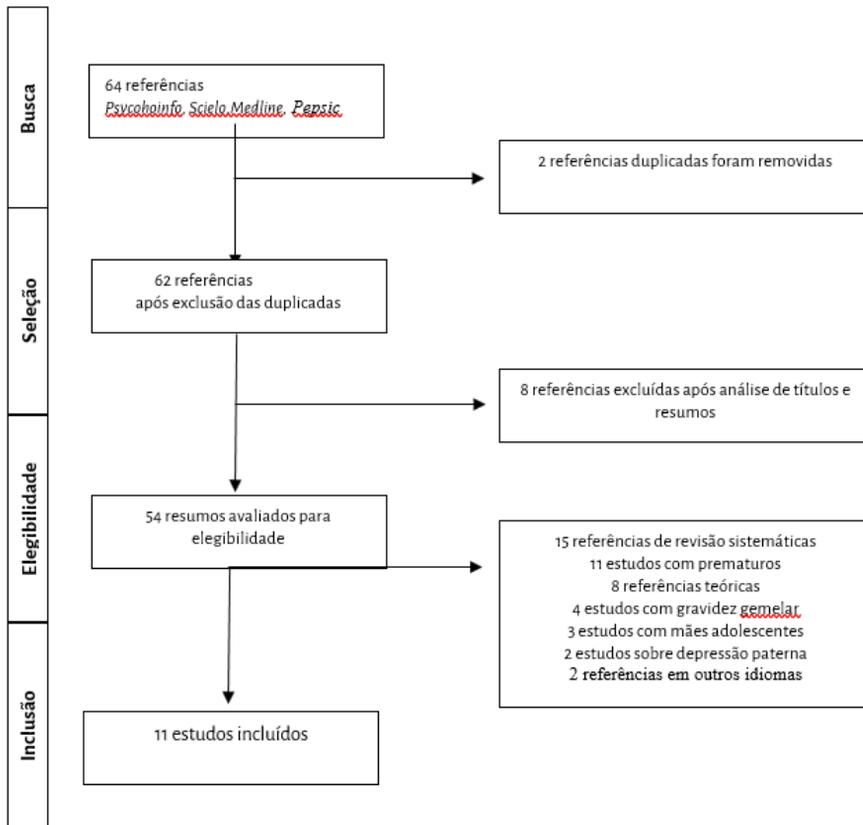
Buscas na literatura

A presente revisão realizou o levantamento de artigos indexados nas bases de dados *Psycohinfo*, *Scielo*, *Medline*, *Pepsic*, entre os anos de 2009 e 2019. Foram utilizados os seguintes descritores: *maternal depression OR postpartum depression OR postnatal depression AND child development*.

Exploração de dados

Foi realizada uma pré-análise dos artigos encontrados a partir dos seus títulos e resumos, a fim de verificar a adequação ao tema preterido por dois codificadores. Posteriormente, foram aplicados os critérios de elegibilidade e os artigos incluídos foram analisados na íntegra e, em seguida, categorizados e agrupados em subcategorias quanto as suas similaridades, para a análise dos achados e identificação dos resultados.

Figura 1. Fluxograma do processo de busca e seleção dos artigos.



Fonte: Amorim; Alfaya (2018).

Resultados

Inicialmente foram encontrados 64 referências na literatura das bases de dados pesquisadas. Após as análises foram incluídos 11 artigos sobre a associação entre o desenvolvimento infantil e a depressão materna, além da adequação dos critérios de elegibilidade. Os artigos trabalhados estão descritos a seguir, indicando suas referências e resultados simplificados.

Categorização dos estudos

Com base na análise dos artigos incluídos foram elaboradas três subcategorias principais relacionadas às repercussões da depressão materna para o desenvolvimento infantil, que foram definidas como *Desenvolvimento cognitivo*, envolvendo os estudos de Park *et al.* (2018), Koutra *et al.* (2012), Nielsen *et al.* (2016), e Jensen, Dumontheil e Barker (2014). *Desenvolvimento da linguagem* de acordo com os estudos de Paulson *et al.* (2009), Kaplan *et al.* (2014), Servilha e Bussab (2015), e Kaplan *et al.* (2015). E *Desenvolvimento emocional* com os estudos de Harris *et al.* (2016), Alhusen, Hayat e Gross (2013), e Tharner *et al.* (2012).

Desenvolvimento Cognitivo

Os aspectos do desenvolvimento cognitivo nos estudos encontrados investigaram a repercussão da depressão materna para o desenvolvimento de habilidades cognitivas na infância como a atenção, as funções executivas, as habilidades sociais, entre outras, tanto no período pré-natal como após o nascimento. Essas pesquisas utilizaram um delineamento de estudo longitudinal e de grande quantitativo amostral como o estudo de Jensen, Dumontheil e Baker (2014) realizado com 6979 díades mãe-bebê.

O estudo de Koutra *et al.* (2012) examinou o efeito da saúde mental materna pré-natal e pós-natal para o neurodesenvolvimento infantil aos 18 meses de idade em uma amostra de 502 mães e suas crianças, na Grécia. Foram utilizadas as escalas EPDS para identificação de depressão nas mães e as Escalas Bayley para avaliar o desenvolvimento cognitivo e motor das crianças. Os resultados do estudo revelaram que os níveis elevados de sintomas depressivos maternos durante os períodos pré e pós-

-natal estavam associados a uma redução da capacidade cognitiva e motora da criança aos 18 meses de vida, especialmente a motricidade fina.

Na mesma direção, o estudo de Park *et al.* (2018) investigou os sintomas depressivos em 191 mães no Canadá, sendo acompanhadas desde a metade da gravidez até os 3 anos de vida da criança e reavaliadas aos 6 anos de idade. Os resultados indicaram associação entre os sintomas depressivos e o desenvolvimento das funções executivas da criança. Também foi evidenciado a propensão para problemas comportamentais como internalização, externalização e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade nas crianças de mães com nível de depressão grave aos 3 e 6 anos de idade. Já crianças cujas mães apresentaram nível de depressão leve ou moderada não apresentaram tais sintomatologias nas mesmas faixas etárias.

Já o estudo de Nielsen *et al.* (2016) avaliou aspectos cognitivos e motor de bebês. O estudo foi realizado com 83 mães (28 mãe deprimidas e 55 mães não deprimidas) e seus filhos da região de Copenhague, na Dinamarca. Os resultados encontraram associação entre a depressão pós-parto e o desenvolvimento cognitivo aos quatro meses do bebê. Contudo, aos treze meses de vida esta diferença não se manteve. Os bebês de mães com depressão obtiveram pontuação inferior em comparação aos bebês de mãe sem depressão somente aos 4 meses de vida. O resultado da pesquisa também demonstrou não haver diferença significativa nas escalas do desenvolvimento motor e de linguagem.

Os pesquisadores Jensen, Dumontheil e Baker (2014) realizaram um estudo longitudinal com díades mãe-criança (n = 6979) na Inglaterra, avaliados desde o nascimento até aproximadamente os 3 anos de idade da criança. Este estudo teve como objetivo investigar em que medida os três fatores de risco (depressão materna, riscos contextuais e estresse interpes-

soal) podem se inter-relacionar com o impacto negativo do funcionamento cognitivo e das habilidades sociais das crianças. Os resultados demonstraram correlações entre os três fatores de risco e as variáveis QI verbal e o desempenho cognitivo das crianças. Os comportamentos de atenção e inibição da criança aos 3 anos de idade foram significativamente correlacionados com a presença de depressão materna e riscos contextuais.

Desenvolvimento da Linguagem

Os estudos encontrados sobre as repercussões da depressão materna para o desenvolvimento da linguagem propuseram-se a investigar em quais momentos da vida da criança as repercussões se tornam mais agudas. Através de estudos longitudinais, os autores Paulson *et al.* (2009) e Kaplan *et al.* (2014) pesquisaram quais os fatores da linguagem (expressiva ou receptiva) são mais afetados pela depressão materna, como descritos, a seguir.

Os autores Paulson *et al.* (2009) procuraram avaliar o impacto da depressão dos pais (n= 4.109) na linguagem expressiva da criança através de um estudo longitudinal com uma amostra de crianças. Os resultados encontrados demonstraram que 14% das mães e 10% dos pais apresentaram níveis elevados de sintomas depressivos aos 9 meses de vida da criança. Tanto para as mães como para os pais, a depressão não foi associada à leitura de pais para filhos. Contudo, somente para os pais, a depressão foi associada à leitura tardia e ao desenvolvimento do vocabulário expressivo da criança.

O estudo de Servilha e Bussab (2015) realizado no Brasil avaliou o desenvolvimento da linguagem de crianças aos 36 meses no sentido pragmático do desenvolvimento da linguagem em 80 díades mãe-bebê. A partir da análise dos dados constatou-se que as crianças de mães sem

depressão empregaram mais o meio verbal para se comunicar, enquanto que as crianças do grupo de mães com depressão utilizaram mais o meio gestual de comunicação. O que sugere a influência significativa da depressão pós-parto no desenvolvimento da linguagem.

Outro estudo que também obteve correlação positiva entre depressão materna e desenvolvimento da linguagem da criança foi Kaplan *et al.* (2015). A pesquisa foi realizada com 165 díades mãe-bebê quando a criança contava com 4 meses de vida e demonstrou evidências de que os bebês do grupo de mãe com depressão teriam obtido associações voz-faciais mais fracas em comparação aos bebês do grupo de mães não deprimidas.

Já o estudo de Kaplan *et al.* (2014) realizado com 91 mães e suas crianças de 12 meses de idade não encontraram correlação para a comunicação receptiva e o desenvolvimento cognitivo geral na avaliação das escalas Bayley do desenvolvimento infantil e os escores de autorrelato materno na escala de Beck (BDI-II). Contudo, foram identificadas diferenças na comunicação expressiva entre os bebês de mães com e sem depressão. Os bebês de mães com depressão apresentaram atrasos no desenvolvimento da comunicação expressiva.

Desenvolvimento emocional

Os estudos que abordaram os aspectos do desenvolvimento emocional associados com a depressão materna utilizaram diferentes métodos de pesquisa como a análise da observação por meio de filmagens e o uso de instrumentos como escalas e entrevistas. Os estudos também fizeram uso de coorte da pesquisa longitudinal, além de abordarem questões como o estilo de apego (ALHUSEN; HAYAT; GROSS, 2013), bem como comportamentos de internalização e externalização (HARRIS *et al.*, 2016).

O estudo de Harris *et al.* (2016) teve como objetivo identificar trajetórias de sintomas depressivos maternos em 120 mulheres, acompanhadas desde a gravidez até 2 anos após o nascimento da criança. Também buscou verificar possíveis diferenças no desenvolvimento emocional de crianças entre os grupos com diferentes trajetórias de depressão materna. O desenvolvimento emocional foi avaliado aos 2 anos de vida da criança por meio de observações em vídeo e o relato das mães. O grupo de mães com nível de depressão grave relataram mais problemas sociais e emocionais como comportamentos de internalização e externalização na criança, do que as mulheres dos grupos com nível leve e moderado para a depressão. E significativamente, as mães do grupo com nível de depressão moderado, percebiam seus filhos com mais problemas sociais e emocionais do que as mães com nível leve de depressão.

O estudo de Alhusen, Hayat e Gross (2013) investigou as associações entre apego materno-fetal, depressão materna, os estilos de apego materno e as repercussões para o desenvolvimento na primeira infância. Em uma amostra de 166 mães e seus filhos com idade entre 12 e 24 meses foi possível demonstrar correlações significativas entre o estilo de apego materno evitativo, menor apego materno-fetal e maior pontuação para a depressão materna na escala EPDS. O estilo de apego ansioso nas mães foi altamente correlacionado com menor apego materno-fetal e maior pontuação para a depressão materna.

Já o estudo de Tharner *et al.* (2012) realizado com 627 díades mãe-bebê investigou a qualidade das relações iniciais aos 14 meses de vida do bebê e seus respectivos padrões de apego. O resultado do estudo demonstrou que as trajetórias de transtorno depressivo materno, independentemente do nível de depressão, quando comparado ao grupo de mães sem histórico de depressão, não foram associadas ao fator de risco para o desenvolvimento de apego inseguro desorganizado da criança.

Discussão

Com base no levantamento realizado envolvendo 11 artigos empíricos publicados nos últimos anos sobre as repercussões da depressão materna para o desenvolvimento infantil foi possível constatar correlações positivas, especialmente no que se refere ao desenvolvimento cognitivo e da linguagem na primeira infância. Os estudos quantitativos, em sua maioria, abordaram métodos de pesquisas longitudinais, a fim de avaliar as trajetórias de sintomas depressivos nas mães, e o desenvolvimento na primeira infância.

Poucos artigos publicados no Brasil, nesses últimos anos, propuseram-se a fazer uma análise sobre o tema investigado, sendo a maioria das referências encontradas em artigos de periódicos internacionais. Esta constatação reflete a baixa produção bibliográfica no Brasil acerca do tema repercussões da depressão para o desenvolvimento infantil.

O estudo brasileiro encontrado no período entre 2009 e 2018 foi de Servilha e Bussab (2015) que abordou o desenvolvimento da linguagem no contexto da depressão materna. Esse estudo, assim como os estudos de Kaplan *et al.* (2015) e Paulson *et al.* (2009) examinaram em quais momentos da vida da criança as repercussões da depressão materna para o desenvolvimento da linguagem se tornam mais agudas. Através de estudos longitudinais, os autores demonstraram de forma efetiva, com a composição de grandes amostras, assim como a comparação entre grupos de mães com ou sem depressão, quais os fatores da linguagem (expressiva ou receptiva) são mais afetados pela depressão materna.

Ainda no que se refere ao desenvolvimento da linguagem e a depressão materna, o estudo de Kaplan *et al.* (2014) não encontrou correlação e mencionou possíveis justificativas para isto, como o número de bebês avaliados ter sido pequeno e o estudo transversal com crianças de

12 meses de idade fornecer informações limitadas sobre o processo pelo qual a depressão materna afeta o desenvolvimento da comunicação expressiva infantil, e não esclarece sobre como os efeitos podem mudar com a idade.

Sobre essas questões, os autores Carlesso, Souza e Moraes (2014) afirmam que os efeitos da depressão materna não se limitam ao atraso no desenvolvimento dos primeiros anos de vida, mas pode ocasionar alterações na interação mãe-filho desde a primeira infância e causar prejuízos para o desenvolvimento, em longo prazo. Segundo eles, o impacto da depressão para o desenvolvimento poderia ser minimizado por um processo de avaliação precoce a respeito da saúde mental materna, qualidade da interação mãe-bebê e o desenvolvimento infantil. Os autores sugerem que atrasos na comunicação em bebês de mães com depressão são detectáveis em uma idade muito precoce. E intervenções dentro do primeiro ano após o parto são destinadas a prevenir ou diminuir os atrasos no desenvolvimento da linguagem nessa população (KAPLAN *et al.*, 2014).

Os estudos longitudinais de Koutra *et al.* (2012), Jensen, Dumontheil e Baker (2014), Nielsen *et al.* (2016) e Park *et al.* (2018), que avaliaram as repercussões da depressão materna para o desenvolvimento cognitivo na infância, sugerem que a depressão materna no período pós-parto pode ter um efeito agudo no funcionamento cognitivo infantil a longo prazo. Indicaram também que a depressão materna nos primeiros meses de vida da criança, e os riscos contextuais afetam diretamente o funcionamento cognitivo e emocional das crianças.

No tocante ao desenvolvimento emocional, os estudos de Harris *et al.* (2016) e Alhusen, Hayat e Gross (2013) demonstraram relação entre a depressão materna e os estilos de apego materno. Este último estudo investigou as associações entre apego materno-fetal, depressão materna,

os estilos de apego materno em uma amostra de 166 mães e seus filhos com idade entre 12 e 24 meses. Foi possível encontrar correlações significativas entre o estilo de apego materno evitativo, menor apego materno-fetal e maior nível de depressão materna. O estilo de apego ansioso nas mães foi altamente correlacionado com menor apego materno-fetal e maior nível de depressão nas mães. Contudo, nas crianças não foram observadas diferenças.

Inclusive, o estudo de Tharner *et al.* (2012) não encontrou relação entre a depressão materna e o desenvolvimento emocional nem nas mães. Os autores entenderam que na presença de fatores como apego seguro nas mães e apoio social, a relação de apego pode não ser afetada pelos efeitos da história pessoal das mães incluindo os sintomas depressivos pré e pós-parto. Com relação a ausência de consequências no desenvolvimento infantil, a hipótese seria a capacidade de regulação do estresse infantil (fisiológico) (LUIJK *et al.*, 2010) ou fatores genéticos que também podem desempenhar um papel moderador de proteção.

Além disso, o suporte social poderia ser considerado um fator de proteção para a criança que encontra apoio no ambiente, ainda que não seja a própria mãe, e dessa forma consegue ingressar no processo de desenvolvimento da continuidade do vir a ser (WINNICOTT, 2002).

Considerações finais

O presente estudo examinou a depressão materna e suas repercussões para o desenvolvimento infantil em uma revisão atualizada das produções nos últimos anos, acerca desse tema. Para isto, foi realizado um levantamento da literatura nas bases de dados Psycoinfo, Scielo, Medline, Pepsic com o objetivo de investigar as repercussões da depressão materna para o desenvolvimento cognitivo, da linguagem e emocio-

nal da criança. A busca foi realizada entre os períodos de 2009 à 2019, sendo encontrados 11 artigos. Os estudos quantitativos e longitudinais, em sua maioria, indicaram relação positiva entre a presença de sintomas depressivos nas mães e o desenvolvimento cognitivo das crianças, como transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, problemas comportamentais como internalização, e externalização. No tocante a linguagem, as crianças de mães com depressão usavam mais o meio gestual de comunicação, enquanto as crianças de mães sem depressão empregavam mais o meio verbal para se comunicar. Este resultado sugere a influência significativa da depressão materna no desenvolvimento da linguagem da criança. Contudo, não foram encontradas repercussões da depressão materna no desenvolvimento emocional da criança, apenas no estilo de apego das mães, assim como na percepção das mães sobre o desenvolvimento emocional das crianças. Estudos indicaram correlações significativas entre o estilo de apego materno evitativo, menor apego materno-fetal e maior nível de depressão nas mães. Assim sendo, os estudos ainda mostram lacunas e controvérsias sobre o impacto da depressão para o desenvolvimento infantil, especialmente o desenvolvimento emocional, havendo a necessidade de novos estudos.

Referências

ALHUSEN, J. L., HAYAT, M. J., GROSS, D. A longitudinal study of maternal attachment and infant developmental outcomes. **Archives of women's mental health**, v. 16, n. 6, p. 521-529, 2013.

BROWN, S., LUMLEY, J., SMALL, R., ASTBURY, J. **Missing voices: the experience of motherhood**. New York: Oxford University Press, 1994.

CAMPBELL, S., MATESTIC, P., VON STAUFFENBERG, C., MOHAN, R., KIRCHNER, T. Trajectories of maternal depressive symptoms, maternal

sensitivity, and children's functioning at school entry. **Developmental Psychology**, v. 43, p. 1202–1215, 2007.

CARLESSO, J., SOUZA, A. P., MORAES, A. Análise da relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. **Revista CEFAC**, v. 16, n. 2, 2014.

CIVI, D., HOLT, V. L. Maternal depressive symptoms and child behavior problems in a nationally representative normal birthweight sample. **Maternal and Child Health Journal**, v. 4, n. 4, p. 215–221, 2000.

HARRIS, K., HUTH-BOKS, A., LAUTERBACH, D., JANISSE, H. Trajectories of maternal depressive symptoms across the birth of a child: associations with toddler emotional development. **Archives of women's mental health**, v. 19, n. 1, p. 153-165, 2016.

JENSEN, S. K., DUMONTHEIL, I., BARKER, E. D. Developmental inter-relationships between early maternal depression, contextual risks, and interpersonal stress, and their effect on later child cognitive functioning. **Depression and anxiety**, v. 31, n. 7, p. 599-607, 2014.

KAPLAN, P. S., DANKO, C. M., CEJKA, A. M., EVERHART, K. D. Maternal depression and the learning-promoting effects of infant-directed speech: Roles of maternal sensitivity, depression diagnosis, and speech acoustic cues. **Infant Behavior and Development**, v. 41, p. 52-63, 2015.

KAPLAN, P. S., DANKO, C. M., EVERHART, K. D., DIAZ, A., ASHERIN, R. M., VOGELI, J. M., FEKRI, S. M. Maternal depression and expressive communication in one-year-old infants. **Infant Behavior and Development**, v. 37, n. 3, p. 398-405, 2014.

KOUTRA, K., CHATZI, L., BAGKERIS, M., VASSILAKI, M., BITSIOS, P., KOGEVINAS, M. Antenatal and postnatal maternal mental health as determinants of infant neurodevelopment at 18 months of age in a mother-child cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 48, n. 8, p. 1335-1345, 2012.

LEVANDOWSKI, D., PICCININI, C., LOPES R. Maternidade Adolescente. **Estudos de Psicologia**, v. 25, n.2, p. 251-263, 2008.

LUIJK, M. P., SARIDJAN, N., THARNER, A., VAN IJZENDOORN, M. H., BAKERMANS-KRANENBURG, M. J., JADDOE, V. W., TIEMEIER, H. Attachment, depression, and cortisol: Deviant patterns in insecure-resistant and disorganized infants. **Developmental Psychobiology**, v. 52, n. 5, p. 441-452, 2010.

LUOMA I., TAMMINEN, T., KAUKONEN, P., LAIPPALA, P., PUURA, K., SALMELIN, R., ALMVIST, F. Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 40, n. 12, p. 1367-1374, 2001.

MENDES, K., SILVEIRA, R., GALVÃO, C. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enfermagem**, v.17, n. 4, 2008.

NIELSEN, J., THARNER, A., KROGH, M. T., VAEYER, M. S. Effects of maternal postpartum depression in a well-resourced sample: Early concurrent and long-term effects on infant cognitive, language, and motor development. **Scandinavian journal of psychology**, v. 57, n. 6, p. 571-583, 2016.

O'HARA, M.W. The nature of postpartum depressive disorders. In: L. Murray e P.J. Cooper (Orgs.). **Postpartum depression and child development**, p. 3-34. New York: The Guilford Press, 1997.

PARK, M., BRAIN, U., GRUNAU, R., DIAMOND, A., OBERLANDER, T. Maternal depression trajectories from pregnancy to 3 years postpartum are associated with children's behavior and executive functions at 3 and 6 years. **Archives Womens Mental Health**, 2018.

PARRY, B. L. Postpartum depression in relation to other reproductive cycle mood changes. In: Miller. L. (Org.). **Postpartum mood disorders**, p. 21-46. Washington: American Psychiatric Press, 1997.

PAULSON, J. F., KEEFE, H. A., LEIFERMAN, J. A. Early parental depression and child language development. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 50, n. 3, p. 254-262, 2009.

SCHMIDT, B., BLOMEYER, D., BUCHMANN, A. F., TRAUTMANN-VILLALBA, P., ZIMMERMANN, U.S., Schmidt, M. H., ESSER, G., BANASCHEWSKI, T., LAUCHT, M. Quality of early mother-child interaction associated with

depressive psychopathology in the offspring: A prospective study from infancy to adulthood. **Journal of Psychiatric Research**, v. 45, p. 1387-1394, 2011.

SERVILHA, B., BUSSAB, V. S. R. Interação mãe-criança e desenvolvimento da linguagem: a influência da depressão pós-parto. **Psico**, v. 46, N. 1, p. 101-109, 2015.

THARNER, A., LUIJK, M. P., VAN IJZENDOORN, M. H., BAKERMANS-KRANENBURG, M. J., JADDOE, V. W., HOFMANN, A., TIEMEIER, H. Maternal lifetime history of depression and depressive symptoms in the prenatal and early postnatal period do not predict infant–mother attachment quality in a large, population-based Dutch cohort study. **Attachment & human development**, v. 14, n. 1, p. 63-81, 2012.

TRAPOLINI, T., McMAHON, C., UNGERER, J. A. The effect of maternal depression and marital adjustment on young children's internalizing and externalizing behaviour problems. **Child: Care, Health, and Development**, v. 33, n. 6, p. 794–803, 2007.

WINNICOTT DW. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

WHITTEMORE, R., KATHLEEN, K. The integrative review: Update methodology. **Journal of advance nursing** v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

Transtorno Neurocognitivo Leve: indicadores estruturais e cognitivos

Kelly Cristina Atalaia da Silva

Francine Teixeira de Sena

Ingride Souza Lima

Valdinei de Jesus dos Santos

Washington Luan Gonçalves de Oliveira

Introdução

Uma das premissas da formação do psicólogo é o seu desenvolvimento no âmbito da pesquisa. Neste sentido, a fim de proporcionar uma qualificação acadêmica dos estudantes de Psicologia inseridos no recôncavo baiano, torna-se necessária a implementação de projetos de pesquisas que tenham como objeto de estudo os construtos basilares da Psicologia. Os estudos dos processos neurocognitivos são fundamentais na formação de qualquer psicólogo, e não seria diferente no contexto da UFRB.

Acompanhando as pesquisas mais atualizadas na área de Neurociência Cognitiva, a Neuropsicologia tem se despontado como uma área científica de destaque no âmbito da Psicologia, uma vez que contribui para o diagnóstico de patologias neurológicas e psiquiátricas, além de fornecer ferramentas de intervenção baseadas em evidência (reabilitação neuropsicológica). Ainda são poucas as universidades brasileiras que ofertam o componente “Neuropsicologia” como parte obrigatória da grade curricular. Na maioria das vezes, os componentes relacionados à Neuropsicologia são ofertados como disciplinas optativas. Com uma proposta curricular atualizada, a UFRB incorporou à sua grade obrigatória os

estudos sobre Neuropsicologia, fazendo com que os acadêmicos de Psicologia do recôncavo baiano tenham acesso a este campo do saber.

Uma das frentes de pesquisa abordada com os estudantes de Psicologia foi o delineamento do projeto “Combinação de marcadores neuroanatômicos e de memória para o diagnóstico de Comprometimento Cognitivo Leve: um estudo de revisão sistemática”, registrado sob o número PRPPG1631, vinculado ao curso de Psicologia da UFRB, que contou com um bolsista de iniciação científica do CNPq e três acadêmicos PIBIC voluntários. Tal projeto de pesquisa originou vários trabalhos, propiciando aos estudantes um primeiro contato com a pesquisa na área das neurociências. Cabe ressaltar que as pesquisas na área da Neuropsicologia, atualmente, são majoritariamente circunscritas ao eixo sudeste-sul do país, sendo ainda incipientes os estudos em outras regiões, sobretudo em cidades do interior. Propiciar este tipo de conhecimento e formação aos acadêmicos de Psicologia da UFRB é motivo de satisfação e avanço acadêmico, apesar de todas as limitações impostas pela escassez de financiamentos.

Os trabalhos originados deste projeto de pesquisa foram apresentados em congressos nacionais e internacionais (um dos trabalhos inclusive foi premiado), abrindo uma nova possibilidade de atuação aos psicólogos formados na UFRB. Um dos desdobramentos deste projeto de pesquisa consistiu na elaboração de uma revisão simples e exploratória da literatura, tendo em vista a necessidade de apropriação, por parte dos estudantes, da temática que seria estudada.

O cerne deste estudo baseia-se na identificação de alterações cognitivas e neuroanatômicas que antecedem o diagnóstico de uma síndrome demencial. Diversas pesquisas têm sido realizadas com o intuito de encontrar marcadores precoces de quadros neurodegenerativos que aco-

metem, especificamente, a população idosa. A seguir, passamos a relatar a contextualização do presente estudo.

As modificações demográficas no Brasil são fenômenos que têm gerado uma ampla transformação no que se refere ao perfil epidemiológico do país. Os efeitos dessas alterações são os processos de envelhecimento e longevidade da população (CHAIMOWICZ, 2013). O segmento populacional que mais aumenta na população brasileira é o de idosos, com taxas de crescimento de mais de 4% ao ano no período de 2012 a 2022. A população com 60 anos ou mais passou de 14,2 milhões, em 2000, para 19,6 milhões, em 2010, devendo atingir 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões, em 2060 (IBGE, 2015).

O aumento mundial da população de idosos está diretamente relacionado com o crescimento da frequência de doenças associadas ao envelhecimento, como as doenças circulatórias, respiratórias, neoplásicas e síndromes demenciais (CHAIMOWICZ, 2013). Dentre as modificações neurocognitivas ocorridas durante o processo de envelhecimento, destacam-se as mudanças nas funções executivas e no funcionamento da memória. Vale ressaltar que o declínio acentuado dessas funções cognitivas está estritamente relacionado aos processos demenciais, principalmente, a Doença de Alzheimer (DA) (FURMANN *et al.*, 2019).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) (BRASIL, 2017), demência é uma síndrome caracterizada por diminuição progressiva da capacidade cognitiva do indivíduo (que inclui memória, linguagem e abstração, entre outros domínios), levando a um prejuízo na realização das atividades de vida diária (AVD's) (PEREIRA; SOARES, 2015).

A DA, forma mais prevalente de demência no Ocidente, representa mais de 50% dos casos demenciais (NITZSCHE; MORAES; TAVARES JÚ-

NIOR, 2015). Na DA, as manifestações cognitivas culminam em deficiências progressivas que levam à incapacidade e à morte (NITZSCHE; MORAES; TAVARES JÚNIOR, 2015). Comumente, a DA possui evolução lenta e pode afetar o indivíduo de diferentes maneiras. O padrão mais comum de sintomas começa de forma insidiosa, com a piora gradativa da memória, acompanhada de dificuldades na compreensão de novas informações e perda da habilidade de realizar AVD's. Com a progressão da doença, a pessoa vai se tornando cada vez mais dependente e incapaz de gerenciar sua rotina diária.

Identificar as pessoas que têm maior risco de desenvolver DA é de grande importância, uma vez que a intervenção precoce pode favorecer um prolongamento da manutenção da qualidade de vida ao longo do curso da doença. Por este motivo, os profissionais de saúde precisam estar atentos aos sinais que demarcam as fases prodrômicas da DA, que são caracterizadas como Transtorno Neurocognitivo Leve (TNL), que consiste em um estado transitório entre envelhecimento cognitivo normal e patológico, no qual o idoso apresenta perda cognitiva maior que a esperada para sua idade, porém sem comprometimento funcional (SOBRAL; CARRÉRA; ARAÚJO, 2015; APA, 2014; PETERSEN *et al.*, 1999).

O TNL, também conhecido como Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), possui as classificações diagnósticas dos subtipos amnésico, não-amnésico e de múltiplos domínios (PETERSEN *et al.*, 1999). Estudos apontam que pacientes com quadros amnésicos apresentaram atrofia cortical mais severa do que pessoas com quadros não-amnésicos, sobretudo nas regiões hipocampais bilaterais e no córtex entorrinal (PHILLIPS *et al.*, 2019). Neste sentido, as pessoas com CCL amnésico têm maiores índices de declínios cognitivos de memória, assim como uma probabilidade significativamente maior de evoluir para DA (POINSATTE *et al.*,

2019). Por isso, os quadros amnésicos são os que mais preocupam os profissionais de saúde, em virtude da alta taxa de conversão para DA.

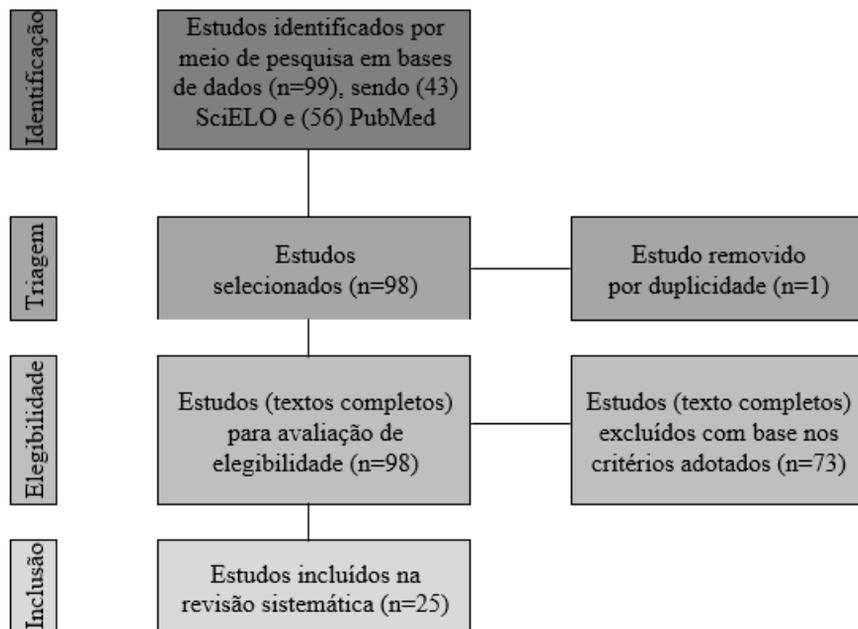
A fim de identificar precocemente os pacientes com TNL, é necessário o desenvolvimento de instrumentos capazes de avaliar alterações cognitivas sutis. Barbosa *et al.* (2015) identificaram a relevância da avaliação neuropsicológica do paciente com TNL, delimitando alguns critérios metodológicos: 1) a escolha dos instrumentos mais adequados para o diagnóstico de TNL; 2) variação dos critérios utilizados para classificar o comprometimento: ponto de corte ou desvio-padrão; 3) estabelecimento de algoritmos diferentes; 4) diferenças etárias, sociais, educacionais e demográficas entre amostras que dificultam as comparações de estudos; 5) influência de variáveis sóciodemográficas, como idade e escolaridade, no desempenho dos testes; e 6) número escasso de instrumentos validados, normatizados e padronizados para a população idosa brasileira. Estudos como o de Serrao *et al.* (2015) elencaram as funções cognitivas comprometidas nos quadros de TNL: 1) memória, que pode ser definida como a capacidade de codificar, armazenar e evocar as informações, tendo envolvimento do hipocampo e das áreas adjacentes, como córtex perirrinal, entorrinal e para-hipocampal; 2) linguagem, que é a função que utiliza elementos verbais, orais e gráficos para a realização de comunicação entre os sujeitos, associada às áreas de Wernicke e Broca; e 3) funções executivas, associadas ao córtex pré-frontal, que compreendem as habilidades necessárias para planejar, organizar, guiar, revisar, e monitorar o comportamento necessário para todas as ações, como também resolver problemas.

Alguns estudos relacionados aos biomarcadores genéticos, como os de Clemente e Ribeiro-Filho (2008), destacaram a presença do alelo $\epsilon 4$ da Apolipoproteína (ApoE4) como preditiva de um maior índice de pro-

gressão para DA. Embora saibamos as alterações que ocorrem no TNL, ainda não há consenso sobre marcadores que indiquem o quadro prodromico da DA. Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo avaliar, por meio de revisão sistemática, a presença de alterações estruturais e funcionais demonstradas nos exames de neuroimagem em fases prodromicas da DA, além de identificar quais alterações específicas de memória são capazes de diagnosticar pacientes com TNL.

Método

Este trabalho utilizou o desenho de estudo de revisão da literatura. Foi realizada uma pesquisa de artigos publicados nas bases de dados Pubmed e Scielo, utilizando os descritores: “mild-cognitive-impairment-and-marks”, “neuroanatomy-and-mild-cognitive-impairment-and-memory”, “comprometimento cognitivo leve e memória” e “comprometimento cognitivo leve e ressonância”. Os critérios de inclusão utilizados nesta pesquisa foram: artigos publicados entre os anos de 2007 e 2017, estudos descritos na língua inglesa e/ou portuguesa, pesquisas de caso-controle, ensaio clínico, estudo experimental e presença de biomarcadores cognitivos e estruturais. Foram considerados como critérios de exclusão: estudos longitudinais, transversais, de revisão e artigos duplicados. A figura 1 mostra os artigos incluídos e excluídos no presente estudo.

Figura 1. Sistematização da seleção dos artigos.

Fonte: Silva *et al.* (2020).

Resultados e discussão

Foram encontrados 99 artigos, sendo incluídos 25 para o trabalho. As referências repetidas nos dois bancos de dados analisados (PubMed e Scielo) foram excluídas. Os marcadores foram definidos pela frequência de ocorrência nos trabalhos. Os artigos incluídos na presente revisão foram alocados em três domínios: marcadores anatômicos, marcadores cognitivos e marcadores genéticos, conforme tabela 1.

Tabela 1 – Domínios dos marcadores precoces da DA elencados por frequência de ocorrência nos artigos avaliados.

MARCADORES ANATÔMICOS	MARCADORES COGNITIVOS	MARCADORES GENÉTICOS
Cortéx entorrinal	Memória retrógrada	ApoE4
Hipocampo	Memória anterógrada	Placas β amilóide- BTA-1
Giroparahipocampal	Memória semântica	Mutações na presenilina-1
Giro denteado	Memória verbal	---
Cortéx temporal	Memória de reconhecimento visual	---
Cortéx pré-frontal	Memória de trabalho	---
Córtex insular	Funções executivas	---
Núcleo caudado	---	---
Substância branca	---	---
Cerebelo	---	---

Fonte: Silva *et al* (2020).

A fim de elucidarmos os marcadores acima identificados e categorizados, passamos a relatar alguns dos estudos selecionados, assinalando seus aspectos metodológicos e suas evidências cognitivas ou neuroanatomofuncionais da fase prodrômica da DA.

A associação entre volume hipocampal e a DA precoce foi citada nas referências selecionadas. Na DA típica ocorre perda de neurônios colinérgicos e atrofia cerebral, com início nas regiões hipocampais e parahipocampais – o primeiro local de atrofia é o lobo temporal medial (XAVIER, 2013). Sabemos da importância do hipocampo no processo de consolidação da memória, uma vez que pacientes com lesão bilateral dessa estrutura são totalmente incapazes de armazenar qualquer informação nova (MOURÃO

JÚNIOR; FARIA, 2015). Xavier (2013) ainda acrescenta que é cada vez mais relevante para o diagnóstico a demonstração de marcadores positivos de doenças específicas, como a atrofia dos hipocampos na DA.

Na DA, a atrofia inicia-se no hipocampo, o que se traduz na neuroimagem em atrofia temporal medial. Posteriormente, a atrofia estende-se à amígdala, seguindo para o sistema límbico, para-hipocampo, córtex temporal e todo o córtex cerebral. Pesquisas revelaram que exames de ressonância magnética demonstraram haver uma retração do hipocampo, assim como a atrofia do lobo frontal e temporal (ZHANG *et al.*, 2020).

Os estudos também trazem marcadores cognitivos da DA em suas fases prodrômicas. Inicialmente, estes pacientes apresentam comprometimento na memória episódica, que pode ser definida como a capacidade de armazenar informações autobiográficas sobre datas de episódios ou eventos e suas relações espaço-temporais (LEMOS; HAZIN; FALCÃO, 2012). Essa memória estaria relacionada à autorreferência que cada sujeito possui, além da interpretação subjetiva que temos sobre os eventos existentes. A perda da capacidade de armazenar essas informações sobre episódios autobiográficos ou a dificuldade de evocar tais experiências vividas e armazenadas demonstra um dos principais prejuízos observados no quadro de TNL prodrômico de DA.

O estudo de Lin *et al.* (2015) identificou que as mulheres progrediram no quadro demencial em taxas mais rápidas do que os homens no teste cognitivo ADAS-Cog ($p = 0,001$) e na escala CDR-SB ($p = 0,003$). O ajuste quadrático para mudança ao longo do tempo foi significativo tanto para ADAS-Cog ($p = 0,001$) quanto para CDR-SB ($p = 0,004$), e a aceleração adicional em mulheres foi de 100% para ADAS-Cog e 143% para CDR-SB. A variabilidade da mudança foi maior nas mulheres. O efeito de gênero foi maior nos portadores de ApoE4. Vale ressaltar que ApoE possui três prin-

cipais variações alélicas, a saber: E2, E3 e E4, no entanto é a ApoE4 que está relacionada a uma probabilidade maior do desenvolvimento da DA. Essa probabilidade ocorre, justamente, devido a inibição da depuração de A β , bem como pela fomentação da agregação de A β (YAMAZAKI *et al.*, 2019).

No estudo de Bruijn *et al.* (2014), as pessoas com TNL, particularmente aquelas com TNL não amnésico, apresentaram volumes maiores de lesão de substância branca, pior integridade microestrutural da substância branca e maior prevalência de lesões lacunares, em comparação com participantes cognitivamente saudáveis. O TNL foi associado a um risco aumentado de demência (taxa de risco de 3,98, com intervalo de confiança 95% (CI) 2,97; 5,33), doença de Alzheimer (4,03, IC 95% 2,92; 5,56) e mortalidade (1,54, 95 % CI 1,28; 1,85). No estudo de Cohen *et al.* (2012), o exame de neuroimagem funcional PiB-PET e a presença de A β marcaram um grande avanço no estudo da patologia e tratamento da DA. Um grande desafio futuro será determinar a associação da proteína amilóide com comprometimentos cognitivos específicos. O uso do exame de PiB-PET, sozinho ou em conjunto com outros biomarcadores, provavelmente será fundamental para a identificação de pacientes com alto risco para DA.

No estudo de Becker *et al.* (2011), foi identificado que a retenção do composto B de Pittsburgh em indivíduos do grupo controle estava relacionada à idade avançada e a reduções de espessura cortical, particularmente em regiões parietais e posteriores que se estendem ao precúneo, em um padrão semelhante ao observado na DA leve. A redução do volume do hipocampo foi relacionada à deposição de A β . Por meio de pesquisas de observação clínica, foi possível evidenciar que o marcador genético ApoE induz a TAU a um processo patológico que gera a neurodegeneração. Esta neurodegeneração é provocada pela proteína TAU e pelas respectivas respostas microgliais. Estudos ainda apontam que as isoformas da ApoE têm

a capacidade de modular a patologia da DA, e, principalmente, através da depuração e agregação de A β (YAMAZAKI *et al.*, 2019).

Penner *et al.* (2010) propuseram que a desregulação de mecanismos de controle epigenéticos fornecem uma base molecular para a disfunção cognitiva associada ao envelhecimento. O estudo contínuo de marcas epigenéticas na regulação da cognição aponta para um futuro tratamento de terapia epigenética que seja capaz de minimizar o impacto cognitivo. Já no estudo de Smith *et al.* (2014), foi observado que o grupo de pacientes com TNL apresentou quadro de amnésia anterógrada e retrógrada cerca de quatro décadas antes do diagnóstico.

No estudo de Lee *et al.* (2013), os pacientes com TNL que converteram para DA apresentaram déficits cognitivos mais severos em funções executivas, memória verbal imediata e memória de reconhecimento visual em comparação com os pacientes com TNL que não evoluíram para o quadro demencial. No estudo de Ahn *et al.* (2011), a relação entre espessura cortical e desempenho neuropsicológico foi analisada utilizando-se análises de regressão linear múltipla. Essas análises (corrigidas $p < 0,001$) mostraram que várias regiões cerebrais específicas foram associadas à disfunção cognitiva de funções atencionais, memória verbal e funções executivas.

No que se refere ao desempenho da fluência verbal fonêmica e da fluência semântica, foi possível identificar que estas tiveram uma diminuição significativa e prejudicial. Observações neuropsicológicas em pacientes que estavam com dificuldades para recordar e reconhecer uma lista de palavras indicaram que os danos no domínio executivo são superiores aos do domínio de memória (ZHANG *et al.*, 2020).

O estudo de Ozen & Rezaki (2007) identificou uma pequena disfunção cognitiva quando o córtex pré-frontal está comprometido nos qua-

dros de TNL. É possível hipotetizar que os déficits cognitivos de memória estejam sendo mascarados por sintomas comportamentais evidenciados pelos comprometimentos frontais.

Coutinho *et al.* (2015) observaram hipometabolismo glicolítico nos pacientes com DA, porém não no grupo com TNL. Menezes, Andrade-Valença & Valença (2012) realizaram o teste de evocação de palavras e mostraram redução significativa no número de palavras evocadas pelos pacientes com TNL e com DA, em comparação com o grupo controle. Foi observada redução bilateral do volume do hipocampo no grupo com DA e no grupo com TNL, quando comparados com o grupo controle.

Estudos como os de Kessels, Overbeek e Bouman (2015) mostraram que tanto pacientes com TNL quanto pacientes com DA tiveram prejuízo no desempenho visuo-espacial. Tanto os pacientes com TNL como os com DA também tiveram desempenho comprometido em todos os três testes de extensão de dígitos, mas não foram encontradas diferenças entre a ordem direta e inversa em nenhum dos grupos. A condição sequencial diferia da condição inversa apenas no grupo com DA. No estudo de Serrao *et al.* (2015), os grupos DA, TNL e controles diferiram quanto ao Mini-Exame de Estado Mental (MEEM), de acordo com o esperado para as patologias, para os testes de memória, para a nomeação e a inteligência geral estimada. No caso do subteste vocabulário, medidas de inteligência cristalizada não apresentaram diferenças entre os grupos. No estudo de Coutinho *et al.* (2013), todos os testes neuropsicológicos mostraram diferenças entre controles e pacientes com DA. A comparação entre TNL e outros grupos mostrou, principalmente, diferenças em tarefas de memória. Análises com curvas ROC demonstraram boas sensibilidade e especificidade nos instrumentos neuropsicológicos quando comparados grupos de indivíduos com demência e sem demência (grupos de TNL e DA agrupados) e

grupos de controle-clínico de indivíduos com declínio cognitivo (TNL associado à DA). Por outro lado, as medidas de sensibilidade e de especificidade diminuiram consideravelmente para discriminar controles-clínicos de indivíduos com diagnóstico de TNL.

Balthazar *et al.* (2011) observaram que as áreas que mais se relacionaram à nomeação e aos erros semânticos foram as estruturas mediais temporais, tálamo, giro temporal superior e inferior, especialmente em suas partes anteriores e os córtices pré-frontais (giro frontal inferior e superior).

Tedrus *et al.* (2009) identificaram diferenças estatisticamente significativas em todos os testes neurocognitivos que avaliaram memória e habilidade visuo-espacial entre os grupos controle, TNL e DA, e entre controles e o grupo DA. Abreu *et al.* (2008) identificaram que a análise combinada do questionário do informante sobre declínio cognitivo e o MEEM não aumentou a acurácia diagnóstica do MEEM em prever a ocorrência de TNL. Marchiani *et al.* (2008) aplicaram o Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey (RAVLT) e observaram que os pacientes com DA evocaram menos palavras que os pacientes com TNL e estes, por sua vez, evocaram menos que o grupo controle. O teste de análise de variância (ANOVA) seguido do teste post hoc de Tukey para comparações entre os grupos mostrou diferença significativa entre controles, DA e TNL, mas não entre DA e TNL.

As análises genéticas têm possibilitado uma compreensão maior da DA, oportunizando observações clínicas mais acuradas (HARDY; ESCOTT-PRICE, 2019). Nesse sentido, a estimulação cognitiva para pessoas com TNL, de forma individual, mediada por profissionais especializados, tem atingido resultados expressivos (HENRIQUES *et al.*, 2019). Ao ser identificado um quadro de TNL, a avaliação neuropsicológica mostra-

-se eficaz para detectar as funções cognitivas que estão comprometidas e quais funções estão preservadas nos quadros prodrômicos da DA (CÂMARA, 2018).

Considerações finais

A partir do presente estudo, podemos identificar que as principais alterações observadas em pacientes com TNL que progridem para DA são associadas a comprometimento da memória episódica, alterações anatomofuncionais em regiões hipocâmpicas e presença de ApoE4. A identificação precoce dos marcadores cognitivos e neuroanatômicos é de suma importância nos quadros de envelhecimento cognitivo patológico, contribuindo para a delimitação dos possíveis indicadores da fase inicial da DA. Futuros trabalhos poderão realizar a avaliação neuropsicológica, de neuroimagem e da mutação para o alelo ApoE4 em pacientes com TNL e acompanhá-los longitudinalmente, a fim de investigar quais dos pacientes com estes marcadores que converterão para DA ao longo do tempo.

Referências

ABREU, Izabella Dutra de *et al.* Combining functional scales and cognitive tests in screening for mild cognitive impairment at a university-based memory clinic in Brazil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 346-349, dez. 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000400008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 jul. 2020.

AHN, Hyun-Jung *et al.* The cortical neuroanatomy of neuropsychological deficits in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: a surface-based morphometric analysis. **Neuropsychologia**, [S.L.], v. 49, n. 14, p. 3931-3945, dez. 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22019776/>. Acesso em: 23 jul. 2020.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-V. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BALTHAZAR, Marcio L.F. *et al.* Neural correlates of lexical-semantic memory: A voxel-based morphometry study in mild AD, aMCI and normal aging. **Dement. neuropsychol.**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 69-77, jun. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-57642011000200069&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jul. 2020.

BARBOSA, Eduarda Naidel Barboza *et al.* Perfis neuropsicológicos do Comprometimento Cognitivo Leve no envelhecimento (CCL). **Neuropsicologia Latinoamericana**, Calle, v. 7, n. 2, p. 15-23, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2075-94792015000200002&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 23 jul. 2020.

BECKER, J. Alex *et al.* Amyloid- β associated cortical thinning in clinically normal elderly. **Annals Of Neurology**, [S.L.], v. 69, n. 6, p. 1032-1042, 17 mar. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3117980/>. Acesso em: 22 jul. 2020.

BRASIL. SBGG. (org.). **Demência**: uma prioridade de saúde pública. 2017. Disponível em: <https://sbgg.org.br/demencia-uma-prioridade-de-saude-publica/>. Acesso em: 24 jul. 2020.

BRUIJN, Renée F.A.G. de *et al.* Determinants, MRI Correlates, and Prognosis of Mild Cognitive Impairment: the rotterdam study. **Journal Of Alzheimer'S Disease**, [S.L.], v. 42, n. 3, p. 239-249, 2 set. 2014. Disponível em: <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24825566/>. Acesso em: 22 jul. 2020.

CÂMARA, Fernando Portela. **Comprometimento cognitivo leve CCL uma breve introdução**. 2018. Disponível em: <https://www.polbr.med.br/2018/01/01/comprometimento-cognitivo-leve-ccl-uma-breve-introducao-leonardo-cardoso-portela-camara/>. Acesso em: 29 julho 2020.

CHAIMOWICZ, Flávio. **Saúde do Idoso**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2.ed. Belo Horizonte:

Nescon/UFMG, 2013. 179p. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/saude_idoso.pdf. Acesso em: 23 jul. 2020.

CLEMENTE, Rená; RIBEIRO-FILHO, Sergio. Comprometimento cognitivo leve: aspectos conceituais, abordagem clínica e diagnóstica. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto** (TÍTULO NÃO-CORRENTE), [S.l.], v. 7, n. 1, set. 2008. ISSN 1983-2567. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/9283>. Acesso em: 23 julho 2020.

COHEN, Ann D. *et al.* Using Pittsburgh Compound B for In Vivo PET Imaging of Fibrillar Amyloid-Beta. **Current State Of Alzheimer'S Disease Research And Therapeutics**, [S.L.], p. 27-81, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3542972/>. Acesso em: 22 jul. 2020.

COUTINHO, Artur M.N *et al.* Analysis of the posterior cingulate cortex with [18 F]FDG-PET and Naa/ml in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: Correlations and differences between the two methods. **Dement. neuropsychol.**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 385-393, Dec. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-57642015000400385&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jul. 2020.

COUTINHO, Gabriel *et al.* Is it possible to identify individuals with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease using a 30-minute neuropsychological battery?. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 139-143, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832013000400003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jul. 2020.

FURMANN, Meiriélly *et al.* Influence of acute physical exercise on cognitive and motor behavior in an experimental model of alzheimer's disease. **Rev Bras Med Esporte**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 152-156, abr. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922019000200152&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jul. 2020.

HARDY, John; ESCOTT-PRICE, Valentina. Genes, pathways and risk prediction in Alzheimer's disease. **Human Molecular Genetics**, [S.L.], p. 235-240, 30 set. 2019. Disponível em: <https://academic.oup.com/hmg/article/28/R2/R235/5537030>. Acesso em: 24 jul. 2020.

HENRIQUES, Susana Isabel Justo *et al.* Programa de estimulación cognitiva individual de larga duración para personas con trastorno neurocognitivo leve: estudio piloto. **Revista de Neurología**, [S.L.], v. 68, n. 07, p. 281-289, 2019. Disponível em: <https://www.neurologia.com/articulo/2018321/eng>. Acesso em: 24 jul. 2020.

IBGE. **Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI**: Subsídios para as projeções da população do Brasil e das Unidades da Federação. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2020.

KESSELS, Roy P.C.; OVERBEEK, Anouk; BOUMAN, Zita. Assessment of verbal and visuospatial working memory in mild cognitive impairment and Alzheimer's dementia. **Dement. neuropsychol.**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 301-305, set. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-57642015000300301&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jul. 2020.

LEE, J. E *et al.* Exploratory analysis of neuropsychological and neuroanatomical correlates of progressive mild cognitive impairment in Parkinson's disease. **Journal Of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry**, [S.L.], v. 85, n. 1, p. 7-16, 4 jul. 2013. BMJ. Disponível em: <https://jnnp.bmj.com/content/85/1/7>. Acesso em: 23 jul. 2020.

LEMOS, Caroline Araújo; HAZIN, Izabel; FALCÃO, Jorge Tarcísio da Rocha. Investigação da memória autobiográfica em idosos com Demência de Alzheimer nas fases leve e moderada. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 17, n. 1, p. 135-144, abr. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2012000100017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jul. 2020.

LIN, Katherine A *et al.* Marked gender differences in progression of mild cognitive impairment over 8 years. **Alzheimer'S & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions**, [S.L.], v. 1, n. 2, p. 103-110, 21 jul. 2015. Disponível em: <https://alz-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1016/j.trci.2015.07.001>. Acesso em: 22 jul. 2020.

MARCHIANI, Nathalia Carollina Peruzza *et al.* Hippocampal atrophy and verbal episodic memory performance in amnesic mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease: A preliminary study. **Dement. neuropsychol.**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 37-41, mar. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-57642008000100037&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jul. 2020.

MENEZES, Terce Liana; ANDRADE-VALENCA, Luciana Patrícia A.; VALENCA, Marcelo Moraes. Magnetic resonance imaging study cannot individually distinguish individuals with mild cognitive impairment, mild Alzheimer's disease, and normal aging. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 71, n. 4, p. 207-212, abr. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2013000400207&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jul. 2020.

MOURÃO JUNIOR, Carlos Alberto; FARIA, Nicole Costa. Memória. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 780-788, Dec. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722015000400017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jul. 2020.

NITZSCHE, Bárbara Oliveira; MORAES, Helena Providelli de; TAVARES JÚNIOR, Almir Ribeiro. Alzheimer's disease: new guidelines for diagnosis. **Revista Médica de Minas Gerais**, [S.L.], v. 25, n. 2, p. 237-243, 2015. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1780#>. Acesso em: 23 jul. 2020.

OZEN, Nurper Erberk; REZAKI, Murat. Prefrontal cortex: implications for memory functions and dementia. **Turkish Journal of Psychiatry**, [s. l.], ano 2007, v. 18, ed. 3, p. 262-269, 2007. Disponível em: <https://pubmed>.

ncbi.nlm.nih.gov/17853981/#:~:text=The%20PFC%20has%20a%20critical,be%20related%20to%20PFC%20dysfunction. Acesso em: 22 jul. 2020.

PENNER, Marsha R *et al.* An epigenetic hypothesis of aging-related cognitive dysfunction. **Frontiers In Aging Neuroscience**, [S.L.], p. 1-8, 2010. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnagi.2010.00009/full>. Acesso em: 22 jul. 2020.

PEREIRA, Lírica Salluz Mattos; SOARES, Sônia Maria. Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3839-3851, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001203839&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jul. 2020.

PETERSEN, Ronald C. *et al.* Mild Cognitive Impairment. **Archives Of Neurology**, [S.L.], v. 56, n. 3, p. 303, 1 mar. 1999. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/774828>. Acesso em: 23 jul. 2020.

PHILLIPS, Jeffrey S. *et al.* Longitudinal progression of grey matter atrophy in non-amnesic Alzheimer's disease. **Brain**, [S.L.], v. 142, n. 6, p. 1701-1722, 16 abr. 2019. Disponível em: <https://academic.oup.com/brain/article-abstract/142/6/1701/5474981>. Acesso em: 22 jul. 2020.

POINSATTE, Katherine *et al.* T and B cell subsets differentially correlate with amyloid deposition and neurocognitive function in patients with amnesic mild cognitive impairment after one year of physical activity. **Exercise Immunology Review**, [S.L.], v. 25, p. 34-49, 23 set. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6756851/?report=classic/>. Acesso em: 22 jul. 2020.

SERRAO, Valéria Trunkl *et al.* Performance of a sample of patients with Mild Cognitive Impairment (MCI), Alzheimer's Disease (AD) and healthy elderly on a lexical decision test (LDT) as a measure of pre-morbid intelligence. **Dement. neuropsychol.**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 265-269, set. 2015.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-57642015000300265&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jul. 2020.

SMITH, C. N *et al.* Comparison of explicit and incidental learning strategies in memory-impaired patients. **Proceedings Of The National Academy Of Sciences**, [S.L.], v. 111, n. 1, p. 475-479, 07 jan. 2014. Proceedings of the National Academy of Sciences. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3890873/>. Acesso em: 23 jul. 2020.

SOBRAL, Ana Iza Gomes da Penha; CARRÉRA, Camila Moura Dantas; ARAÚJO, Cláudia Marina Tavares de. A comunicação no diagnóstico de comprometimento cognitivo leve: revisão sistemática. **Distúrbios da Comunicação**, [S.l.], v. 27, n. 4, nov. 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/dic/article/view/23798>. Acesso em: 23 jul. 2020.

TEDRUS, Gloria Maria Almeida Souza *et al.* Dementia and mild cognitive impairment in patients with Parkinson's disease. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 67, n. 2b, p. 423-427, jun. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2009000300010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jul. 2020.

YAMAZAKI, Yu *et al.* Apolipoprotein E and Alzheimer disease: pathobiology and targeting strategies. **Nature Reviews Neurology**, [S.L.], v. 15, n. 9, p. 501-518, 31 jul. 2019. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41582-019-0228-7#citeas>. Acesso em: 23 jul. 2020.

XAVIER, J. M. de F. B. M. Anatomy of Alzheimer's Disease: Correlation between Neuropsychological Profile and Image. **Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar**. Universidade do Porto Centro Hospitalar do Porto, 2013.b. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/9277/847ab4accfa4799d47d1ee5b537aedd92dfa.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2020.

ZHANG, Renyi *et al.* Identifying airborne transmission as the dominant route for the spread of COVID-19. **Proceedings Of The National Academy**

Of Sciences, [S.L.], v. 117, n. 26, p. 14857-14863, 11 jun. 2020. Disponível em: <https://www.pnas.org/content/117/26/14857>. Acesso em: 23 jul. 2020.

ZHANG, Shouzi *et al.* Identification of a Rare PSEN1 Mutation (Thr191Ile) in Late-Onset Alzheimer's Disease With Early Presentation of Behavioral Disturbance. **Frontiers In Psychiatry**, [S.L.], v. 11, 14 mai. 2020. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2020.00347/full>. Acesso em: 23 jul. 2020.

III – SERVIÇO DE PSICOLOGIA E CUIDADO EM SAÚDE

Psicanálise infantil e relações étnicas no Recôncavo

*Regina Marques de Souza
Manoel Rocha Reis Neto*

Introdução

As reflexões apresentadas neste trabalho partem da proposta de produção de uma clínica que possibilite outro olhar dentro do *setting*, capaz de interseccionar saberes e de considerar os atravessamentos sociais, culturais e étnicos que singularizam a experiência constitutiva dos sujeitos.

Este capítulo é parte da experiência do estágio supervisionado específico em psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) no ano 2018. A experiência formativa, que se desenvolveu no Serviço de Psicologia do Centro de Ciências da Saúde (CCS), tinha como matriz os pressupostos de uma clínica de olhares ampliados, a partir da qual entrelaçamos os saberes da clínica psicanalítica com as bases freudianas, winnicottianas e kleinianas, e com o aparato teórico da psicologia social de base materialista-histórica.

Psicanálise, Psicologia Social e Psiquismo

Para pensar como perceber no sujeito, que se apresenta na clínica, as marcas do social, precisamos primeiro pensar em como esse social se inscreve no sujeito. Passamos então à fundamentação dessa clínica que se lança, a partir do sujeito, em direção às matrizes culturais e sociais de uma coletividade.

Freud ([1930]2010) em “O mal-estar na civilização” estabelece uma metáfora entre o inconsciente e a cidade de Roma. A Roma que hoje co-

nhecemos carrega em si os traços de sua história; foi construída sobre a mais antiga Roma, a *Quadrata*. A cada nova era e sobre a sua anterior, outra Roma se construía de modo que ainda hoje, mesmo afastado dos olhos nus, encontram-se sobre seu solo os vestígios de outrora. É neste ponto que Freud ([1930] 2010), usando essa metáfora, informa-nos sobre o princípio da conservação do primitivo no psiquismo. Sob a sua perspectiva, nada do que um dia foi formado no psiquismo se dissolve, mas os traços inscritos na vida psíquica são preservados e podem ser acessados a partir do processo analítico. Sendo assim, também como a cidade de Roma, o psiquismo humano se “constrói” sobre e conservando os traços inscritos em sua história.

Na mesma perspectiva, Klein ([1959]1991b), ao falar sobre o desenvolvimento individual em o “Nosso mundo adulto e suas raízes na infância”, considera que a análise da personalidade humana vai nos direcionar, regressivamente, à infância, já que “a vida mental é influenciada pelas mais arcaicas emoções e fantasias inconscientes” (KLEIN, [1959]1991, p. 282). Para esta autora, o próprio trabalho na psicanálise está diretamente ligado ao processo de conservação psíquica, visto que uma das descobertas fundamentais de Freud, a transferência, baseia-se na ideia de que na relação com o analista o paciente repete e atualiza situações e emoções arcaicas do seu processo de desenvolvimento. Conclui Klein ([1959]1991b, p. 296): “aquilo que já existiu no inconsciente nunca perde completamente sua influência sobre a personalidade”.

Oliveira (2016, p. 25), ampliando a discussão e traçando relação entre importantes psicanalistas do século XX, reafirma a permanente influência do desenvolvimento inicial sobre a vida adulta, considerando o mundo infantil e suas primeiras experiências como sendo “as bases nutritivas do campo mental para a saúde do psiquismo humano”. Nas discussões des-

sa autora, mais do que confirmar os pressupostos kleinianos, ela aproxima as noções de desenvolvimento psíquico em Klein e a noção de provisão ambiental em Winnicott, de modo a considerar que a história de um bebê – e aqui estamos pensando em um psiquismo que foi desenvolvido, constituído na relação com o outro e que conserva em si as marcas de tudo aquilo que o constitui – não pode ser considerada isoladamente e sim considerada em termos da provisão ambiental que atendeu ou não as necessidades desse bebê. Oliveira (2016), ao discutir a saúde mental da população negra e indígena em relação com as suas raízes na infância, pontua:

Assim, como no texto de Klein, enfatizamos a permanente influência do desenvolvimento inicial sobre a vida adulta - individual e social. E pensamos este desenvolvimento inicial enquanto marcas históricas que precisam ser consideradas, reconhecidas, afirmadas como barbárie presente na história dos homens no processo de organização social do mundo ocidental tal qual o conhecemos na atualidade (OLIVEIRA, 2016, p. 27).

Essas considerações são importantes para o nosso trabalho, pois fundamentaram a posição do psicoterapeuta na tentativa de captar, perceber essas raízes que se inscrevem na criança a partir do social e que marcam os sujeitos que chegam ao consultório. Nessa perspectiva, considerando que essas raízes da infância conservadas no psiquismo humano são relevantes na vida adulta, ocupar-nos-emos de interrogar como elas se desenvolvem, como esse sujeito dialeticamente vai sendo constituído e imprimindo as marcas na sua vida psíquica.

De acordo com Oliveira (2003), as formulações winnicottinas oferecem significativo suporte para pensarmos a constituição psíquica do sujeito. Dentro dessa perspectiva, o *Eu* se constitui em uma relação dialética entre interno/externo, subjetivo/objetivo. A autora, ao discutir a noção de *self* em Winnicott, afirma que o *self* não é uma instância ou entidade, mas

um processo, um devir, que se articula com a experiência cultural, com o meio ambiente e com as condições materiais que, embora não determinem, atravessam o sujeito. Nas palavras da estudiosa: “Em Winnicott a condição de desenvolvimento psíquico e o amadurecimento emocional ocorrem pela relação das pessoas com o meio ambiente que é social, relacional, afetivo, subjetivo e objetivo” (OLIVEIRA, 2003, p. 127).

Quando Winnicott em suas formulações teoriza o ambiente enquanto importante elemento do desenvolvimento psíquico, abre-se o caminho para a consideração e a discussão sobre esse ambiente. A partir de então, o ambiente não é apenas o espaço físico ou apenas a relação afetiva, mas pode ser pensado em termos de provisão, das condições concretas que estarão dispostas para o amadurecimento saudável ou não do psiquismo humano. Nos termos de Oliveira (2003; 2016), a provisão ambiental é social, cultural, afetiva, histórica, étnica e relacional.

Para a psicologia social, o indivíduo se constitui em uma relação dialética com o meio social, onde “o singular materializa o universal como particularidade do sujeito individual. [...] o coletivo e o individual se constituem reciprocamente e a singularidade individual se articula com a universalidade dos seres humanos” (OLIVEIRA, 2003, p. 129).

Partindo dessa interseção psicanálise-psicologia social, entendemos que as condições ambientais, nas quais se fundam o desenvolvimento psíquico, são importantes e devem ser consideradas para pensar o sujeito “constituído”. Assim, se entendemos que o ambiente é também social e que este tem lugar relevante no desenvolvimento pessoal, voltamos para a formulação que aponta a subjetividade também como uma subjetividade social e histórica.

Diante disso, podemos pensar que se a psicanálise, principalmente a partir de Winnicott, oferece-nos substrato para pensarmos esse desenvolvimento emocional do sujeito em seu ambiente, a psicologia social,

com suas considerações sobre os modos de organização social e a dialética constitutiva do sujeito, oferece-nos campo para pensar que ambiente é esse e quais suas implicações para o amadurecimento do sujeito social. O entrelaçamento é que “também para a psicanálise – “ciência” do conhecimento da mente – os aspectos culturais serão os mais importantes na constituição do sujeito” (OLIVEIRA, 2016, p. 27).

Clínica Psicanalítica, Identidade e Emancipação

Falar de identidade é falar da dialética que compõe a trama social que constitui o indivíduo. Na psicologia social de Ciampa, a identidade é processo, um contínuo processo dialético entre o individual e o social, considerando sempre os processos emancipatórios do sujeito. Processos emancipatórios são as oportunidades de vivências de situações de liberdade e autonomia, produzidas pelo encontro consigo mesmo. O encontro com si e com seus pares, com sua historicidade, produz amadurecimento e emancipação, na medida em que favorece a tomada de postura frente à vida (OLIVEIRA, 2003).

Oliveira (2003) acredita que exista uma íntima relação entre o modo de pensar o sujeito entre psicólogos sociais, antropólogos e psicanalistas. Nessa perspectiva, todos eles consideram o sujeito em sua gênese nas relações sociais e a história singular pode ser ponte de análise para a história da coletividade.

Ainda no bojo das articulações entre psicanálise e psicologia social, a criatividade, em Winnicott, relaciona-se com a ideia de emancipação na psicologia social. Criatividade como condições para a superação e reinvenção do mundo objetivo, condições de liberdade para a criação de modos de ser e estar no mundo. A criatividade é tomada como possibilidade do ser de protagonizar os processos de formação de vida. Essa condição

de criatividade está presente para indivíduos que vivenciam processos emancipatórios (OLIVEIRA, 2003).

A clínica psicanalítica é considerada como possibilidade para o acesso do sujeito a uma “interpretação” da sua existência, das suas condições de vida, da compreensão da sua singularidade e, conseqüentemente, ter o favorecimento da vivência de processos emancipatórios. Nesse sentido, o processo de emancipação estaria relacionado com a transformação do sujeito a partir de uma certa apropriação de si, uma conscientização das condições históricas e sociais que incidiram sobre o seu processo de constituição (OLIVEIRA, 2003).

Assim, considerando as reflexões de Oliveira (2003), a clínica psicanalítica é interceptada como ferramenta para analisar a constituição psíquica do sujeito. Essa constituição é tomada como processo em íntima relação com o meio ambiente, com sua cultura e com sua historicidade. Para isso, o *setting* da clínica, na perspectiva winnicottiana, é também um lugar onde se pode pensar e desenvolver o sujeito.

A Clínica Psicanalítica Infantil

O brincar, para Winnicott (1975), é mais do que o meio pelo qual a criança se expressa ou a técnica utilizada pelo analista para analisar a criança. O brincar apresentado por este autor se coloca como um fenômeno próprio da vida e a base para a psicoterapia, já que “a psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas” (WINNICOTT, 1975, p. 59).

No desenvolvimento emocional do bebê ele se encontra, a princípio, em um estado de fusão absoluta com a mãe ou com a figura materna que ocupa esse lugar. Digamos aqui que essa fusão é também uma fusão

com o objeto. Em sua onipotência, o bebê cria subjetivamente o objeto e o controla, aproxima-o e o afasta, ele o faz aparecer com o seu choro, com a sua manipulação objetiva, mas que é percebida como subjetiva. Desse modo, a mãe se orienta para atender, para fornecer aquilo que o bebê afastou ou aquilo que o bebê demanda nesse seu primeiro momento de controle mágico (WINNICOTT, 1975).

Winnicott (1975) discute que se nesse processo de desenvolvimento a mãe conseguir atender a essa difícil tarefa, o que decorrerá é um estado de confiança que funda no bebê uma zona de experimentação que se articula entre o controle onipotente dos processos intrapsíquicos e o controle do externo, do real. Aqui o autor vai nomear esse espaço de experimentação da onipotência como um playground, justamente porque, como apontado, é nesse momento e espaço que se inicia a brincadeira, o brincar.

Depois desses processos, a criança se encontra investida da possibilidade de, mesmo com a presença de alguém, ficar sozinha, de experimentar e explorar o meio. O bebê é sustentado pela relação de confiança desenvolvida com a figura materna, que nutriu suas necessidades e sua ideia de onipotência, que a criança poderá brincar sozinha, supondo que essa pessoa estará à disposição. É nessa construção que reside a importância do brincar, o brincar como sinalizador desse momento de desenvolvimento, dessa articulação entre a realidade intrapsíquica e a experiência de manipulação dos objetos na realidade externa. Justamente por isso, se a criança que chega para a psicoterapia se acha impossibilitada de brincar, essa deve ser a primeira dimensão do trabalho (WINNICOTT, 1975).

Ainda pensando sobre o brincar, Klein ([1955]1991a) vai considerar que o brincar na análise infantil é equivalente à associação livre na análise com adultos. Para essa autora, a interpretação não deveria ser focada apenas nas palavras da criança, mas também e, principalmente, nas ati-

vidades com os brinquedos. Em outra perspectiva, não excludente, mas diferente da perspectiva de Winnicott, Melanie Klein vai focar no brincar enquanto meio de expressão, enquanto técnica para a análise infantil.

Segundo Klein ([1955]1991a, p. 157), “no brincar da criança, também encontramos a repetição de experiências e detalhes reais da vida cotidiana, frequentemente entrelaçados com suas fantasias”. Justamente por isso que essa autora afirma que é condição fundamental da psicanálise com crianças a compreensão e interpretação das ansiedades, fantasias, experiências e sentimentos que vão ser expressados no brincar. Os desejos e fantasias da criança ganham significados simbólicos a partir do brincar.

Aberastury (1992), fazendo alusão aos ensinamentos de Freud sobre a repetição de experiências satisfatórias no brincar, corrobora a ideia de que no brincar a criança repete e elabora também as situações traumáticas e dolorosas. Próximo ao argumento kleiniano, a autora defende que ao brincar a criança desloca para o exterior seus afetos, como medo e angústia, e que pela manipulação ativa dos objetos elabora as situações de excesso para o ego ainda fraco, podendo assim modificar o que sofreu passivamente. No brincar, a criança ainda pode elaborar os papéis que lhe são impostos na vida real.

Essas bases do pensamento sobre a constituição dialética do sujeito, a produção de uma identidade e sobre as primeiras experiências constitutivas da criança orientaram a discussão do caso a seguir. Mais do que analisar o caso clínico, recortaremos passagens que sinalizam para as interlocuções entre sociedade, cultura, constituição psíquica e sintoma.

Caso clínico

Conceição, nome fictício que significa “concepção”, sexo feminino, tinha quatro anos de idade no momento da sua chegada para os aten-

dimentos. Nascida em uma das cidades do Recôncavo Baiano, morava com seus pais e tinha um irmão por parte de sua mãe, que a princípio não residia na casa da família. Chega ao Serviço de Psicologia da UFRB, trazida pela sua mãe, após ser encaminhada por sua pediatra para um acompanhamento psicológico. A queixa relatada pela mãe era a presença do comportamento de roer as unhas e morder os lábios, chegando a ferir tantos os dedos quanto os lábios.

Nesse primeiro momento, a mãe da paciente foi orientada a buscar acompanhamento para si também. O caso da mãe de Conceição foi acompanhado por uma estagiária do mesmo grupo de supervisão. Essa articulação foi essencial para o andamento dos casos. O trabalho até o momento relatado compreendeu 19 sessões de atendimento, sendo três delas com os pais.

Especificamente os métodos propostos para o trabalho foram os atendimentos infantis individuais, com uso dos recursos do brincar, da caixa de brinquedo, dos desenhos livres e da orientação de pais. Foram realizados atendimentos individuais de 45 minutos ou, quando necessário, 1 hora, bem como atendimentos com os pais, na modalidade de anamnese ou de orientação.

Para direcionar a discussão apresentaremos uma síntese das hipóteses iniciais do caso. O principal sintoma de Conceição era o comportamento de autolesão, que decidimos considerar como automutilação pela sua dimensão de “fragmentação”, de um corpo frágil, objetificado e por isso passível de despedaçamento. Observamos uma ansiedade decorrente de uma performance para o outro, como se estivesse submetida ao outro. Isso estava expresso na sua relação com o balé, atividade da qual se queixa a princípio, na ocasião de sua chegada na primeira consulta, vestida de bailarina. A principal questão levantada por nossa análise inicial foi

a de uma criança com dificuldades de sustentação subjetiva em função de sua submissão ao desejo do outro. Esse outro ou esses outros estavam, bem como Conceição, envoltos numa trama social, cultural, familiar e étnica. Essa trama revelou os recortes que discutiremos a seguir.

Cultura, maternagem e território

O primeiro contato com o caso foi na sessão de anamnese com a mãe da criança. No decorrer do atendimento as tramas que compõem a história dessa família e o próprio sintoma começam a ganhar contornos. A mãe de Conceição anuncia as marcas de sua vida e os atravessamentos com a história da filha.

Questionada sobre o motivo de estarem procurando ajuda para Conceição, a mãe pontua: “ela estava com machucados nos lábios e ela ficava puxando a pelinha da boca. As unhas também, começou a machucar as unhas a ponto de ferir dois dedos. E ela não reclamava de dor, ela saía pela casa e o sangue pingava e não reclamava de dor (sic)”. A partir dessa passagem, algo da relação desta criança com seu próprio corpo, com sua integração, dava indícios de um corpo não sentido, não integrado.

Uma relação de identificação e uma projeção com a filha surgem nas colocações feitas pela mãe. Ao falar sobre a suspeita de ansiedade da filha, diz: “eu sou muito ansiosa e acredito que posso ter passado isso para ela. [...] Essa ansiedade dela pode ser minha que passou para ela (sic)”. Essa “identificação” com a filha apontava para uma fragilidade nas fronteiras que deveriam separar mãe e filha e logo aponta para a possível função desta criança na trama familiar.

Sobre a gravidez, relata: “eu fiquei muito feliz, eu já tinha sido mãe solteira, então eu queria saber como era ser mãe casada e tudo. Essa gravidez foi planejada (sic)”. Segundo Piccinini *et al.* (2004), a relação entre

mãe e bebê se inicia ainda na gravidez e está sustentada nas expectativas que a mãe tem sobre o bebê que virá. Essa primeira interação estabelecida pode fornecer indícios da relação futura entre mãe e bebê. Nesse ponto, supomos que Conceição desde sempre respondia às expectativas do outro. As questões sobre ser mulher, ser mãe e mãe casada atravessavam essa mãe imersa nas representações sociais e culturais que fundamentavam essa cena. Marcas de uma realidade coletiva que se inscrevem na subjetividade desta mulher. Não parando neste ponto, as vivências dessa mulher, mãe, mais uma vez se lançam ao *setting* e, dessa vez, convocam a imagem do terapeuta, um homem negro. Diz a mãe:

Quando você me ligou e disse que atenderia Conceição, eu passei o fim de semana todo pensando nisso. Deixa eu te explicar. Eu fui abusada quando era jovem, por funcionários da fazenda. Quando eu soube que Conceição ficaria uma tarde sozinha, numa sala fechada com um homem... foi muito difícil. Eu não fiquei confortável com isso (sic).

De imediato a transferência lança suas regras. A marca de origem – o corpo do homem negro – entra em cena no imaginário materno. Não só a marca de origem, mas a marca histórica dos corpos escravizados e negados como confiáveis. Os corpos negros são os corpos mais violados no contexto brasileiro. No Atlas da Violência (IPEA, 2020), as mulheres negras representam 68% dos corpos assassinados no contexto do Nordeste. Em todo território nacional, observou-se que os riscos de exposição, vulnerabilidade à violência e óbitos por homicídio são maiores e evidentes em relação ao grupo étnico social negro (IPEA, 2020). Além deste dado concreto dos índices sociais e demográficos, a violência simbólica – o imaginário materno – recai também sobre o corpo do estagiário de psicologia da UFRB – um homem negro: "Quando eu soube que Conceição ficaria uma tarde sozinha, numa sala fechada com um homem... foi muito difícil. Eu não fiquei confortável com isso" (mãe da criança em atendimen-

to psicológico).

A violência simbólica ao corpo masculino e negro é expressada. E do ponto de vista objetivo, a criança jamais *ficaria uma tarde sozinha numa sala fechada com um homem*. Objetivamente, um atendimento clínico infantil tem a duração máxima de quarenta e cinco minutos, com algum tempo entre dez a quinze minutos para organização da sala de atendimento, com o recolhimento dos brinquedos e da caixa lúdica. Contrato comunicado à mãe durante o contrato inicial na sessão reservada aos pais. Ademais, o psicólogo – estagiário de psicologia – não era um homem. Ele era um estudante de psicologia.

Estas dimensões das marcas psíquicas e das violências simbólicas podem ser interpretadas de diferentes modos. No entanto, é importante, no território negro do Recôncavo, observar a qualidade formativa do profissional de psicologia; que a despeito desta qualidade de atuação e formação, está sujeito a ser também marcado por seu território de origem – o Nordeste, o escravismo e, em certo sentido, a violência do racismo.

O território apresenta suas marcas. E não sem razão, a Bahia é o terceiro estado do Brasil com maior número de denúncias de casos de violência sexual infantil. Só em 2011, segundo dados do Ministério Público do Estado da Bahia (2011), foram 386 casos na capital baiana e 803 casos no interior. Esses dados da realidade concreta da vida cotidiana a que estão expostas as crianças, principalmente do sexo feminino, não escapam à conceituação teórica e fazem presença na clínica, no *setting*, na relação terapêutica.

A herança do escravismo marca o território brasileiro no assédio e no abuso aos corpos negros. Principalmente das meninas, das adolescentes e das mulheres.

Na herança escravista, as mulheres eram propriedades do *senhor branco* para servir à casa e também onde ele – *o senhor* – quisesse. Neste sentido, a historicidade do escravismo colonialista brasileiro naturalizou

os abusos ao gênero feminino em nosso país. Esta é uma das razões para a apresentação de dados alarmantes sobre a violência sexual contra as mulheres negras no Brasil; embora os números apresentem-se diluídos de forma genérica no contexto das taxas de homicídio e violência contra a mulher negra (IPEA, 2020).

Sobre este aspecto é preciso ponderar que no Atlas da Violência mais recente (2020), desenvolvido com o objetivo de referendar políticas públicas e programas de desenvolvimento para o Estado brasileiro, os dados disponíveis sobre violência sexual infantil ainda são precários, carecem de um trabalho de pesquisa minucioso; pois não são contemplados os índices específicos sobre a violência sexual infantil e adolescente. O documento (IPEA, 2020) informa que houve avanços no contexto da proteção à criança e ao adolescente no campo da saúde e da educação. No entanto, os abusos e violência sexual infantil ainda não são informados de modo pleno em função dos segredos que encobrem tais crimes que são praticados muitas vezes por pessoas próximas e familiares do convívio cotidiano da criança.

O simbólico materno reproduz uma historicidade do território que a mãe e a criança vivem. Regado nas vivências subjetivas e objetivas. Cabe ao psicoterapeuta infantil considerar tais narrativas e refletir sobre o sintoma da criança: não sendo a mãe de Conceição a paciente, qual a relevância desse fato para o andamento do processo terapêutico? A historicidade materna importa para a singularidade da criança, porque a mãe e sua existência singular compõem o colo que ninou a criança, e o colo é sempre um colo social (OLIVEIRA, 2017).

Nesse sentido a mãe que carrega ao colo seu bebê não o faz sozinha. Ela embala a criança em todo o "caldo" de cultura em que ela mesma, como mãe, foi banhada. Ela embala o bebê neste "caldo" de sua transmissão cultural

presente em sua genealogia de pertencimento e filiação social e sócio-histórica (p. 28).

É a mãe quem faz a apresentação do ambiente para o desenvolvimento emocional e psíquico da criança. A vivência materna, seus medos, o seu contexto, também compõem o colo que sustentou e sustenta Conceição. Aqui damos notas da existência de um trauma psíquico: uma violência sexual.

Trauma que abala a inscrição da subjetividade materna. Este trauma não se faz ausente na matriz do psiquismo da criança. Da criança que foi sua mãe e na criança que vem sendo Conceição; uma transmissão materna dentro de um caldo cultural e transgeracional.

Transferência e racismo: o psicoterapeuta

A mãe falou do trauma, do medo e da violência sexual. Falou também de uma preocupação que se assentou sobre a imagem do terapeuta homem. Qual lugar de um homem na clínica de atendimento infantil? E ainda: qual o lugar de um homem negro em uma clínica psicológica (serviço de psicologia)?

Em um território majoritariamente negro, marcado pelo estigma social e pelas representações de uma sociedade racializada institucionalmente, qual o lugar do homem negro? Seria também um lugar de virilidade reificada do homem negro que representa no imaginário social o 'garanhão', o reprodutor, o corpo másculo, com diminuta capacidade e habilidade para funções que exigem sensibilidade e pensamento? Seria possível ele – *este homem negro* – ser um aspirante a psicólogo? O que estaria *ele* fazendo dentro de uma sala fechada sozinho com uma menina?

O homem negro e jovem, dentro da historicidade do território brasileiro e baiano, tem sua imagem estigmatizada simbolicamente como

violenta e como marginal. E também viril, de baixa escolaridade e moldado para o trabalho braçal. Em termos de uma psicanálise capaz de considerar a vida psíquica da História, as inscrições da vida mental, no contexto da contemporaneidade, são fundamentais para a compreensão do sofrimento e angústias dos sujeitos humanos.

O mais importante nesta contextualização foi a abertura da mãe em manifestar explicitamente para o psicoterapeuta infantil o seu medo.

Nesta reflexão não estamos apontando a atitude da mãe como preconceituosa. Ao contrário disso, a mãe ter expressado seu medo foi importante e diz mais sobre essa mãe do que sobre a possibilidade real de que a criança fosse abusada em um serviço de atendimento psicológico.

Ainda assim, precisamos considerar que aquela mãe estava em uma Universidade Pública Federal. No interior de um serviço-escola também público e diante de um “*psicólogo*” – estagiário de psicologia. O que levou essa mulher, branca, se autorizar a expressão explícita desse medo, nesse contexto, frente a um homem negro?

Em termos psicanalíticos a partir do que Frantz Fanon (2016) nos ensina, as marcas do colonialismo, da discriminação e do racismo estrutural organizam o estigma dirigido ao corpo negro. No caso, do homem negro. Operando para a materialização e comunicação desse medo conforme a narrativa da mãe. A qual comunicou seu medo aparentemente sem receio ou constrangimento.

Segundo Oliveira (2016) a escravidão e o racismo trazem marcas psíquicas na história da saúde mental da população brasileira em seu conjunto totalitário, bem como na história psíquica da humanidade. Estas marcas são as bases sobre as quais se formou a cultura brasileira e, conseqüentemente, é nesta base que se assenta a estrutura do psiquismo humano no Brasil e no mundo. Na contemporaneidade, o adoecimento mental

é o agravo em saúde mais prevalente na ordem social. As bases da saúde mental humana assentam-se a partir da dimensão cultural, das relações sociais e econômicas. E os pilares de uma sociedade colonialista escravista, hoje exclusivamente liberal capitalista, fundamentam os riscos e exposição da saúde mental humana. O colonialismo, o escravismo e o capitalismo liberal são fatores que materializam a desvalorização do corpo negro e fortalecem as amarras mentais impedindo o desenvolvimento emocional humano para todos os corpos, negros ou não negros (FANON, 2016).

Diante disso, a marca de origem – o corpo negro – foi provavelmente o elemento mobilizador para que essa mulher – fenotipicamente branca – se autorizasse a manifestar seu medo e verbalizasse sua tentativa de prevenir mais violência em sua vida; fato esse que não foi negativo. Pois a presença afetiva da figura materna é importante substrato para o desenvolvimento emocional das crianças, ao mesmo tempo em que uma mãe traumatizada por suas vivências infantis também pode imprimir marcas de adoecimento psíquico – sintomas – que promovem bloqueios no desenvolvimento de seu filho, sua criança.

Neste sentido, os estudos sobre relações étnicas e contemporaneidade são fundamentais para o desenvolvimento da clínica psicológica, da psicanálise e psicoterapia. Pois as realidades sociais impactam nos processos de produção subjetiva dos indivíduos e na coletividade.

Romance familiar e manejo clínico

Freud ([1914]2010) em seu artigo “Recordar, repetir e elaborar” nos apresenta a sua hipótese de que no processo de análise o sujeito, em sua compulsão pela repetição, pode, ao invés de recordar conteúdos esquecidos, repeti-los em forma de atuação. Uma das brincadeiras preferidas de Conceição, e que passa a ocupar parte das sessões, era a brincadeira com o

teatro de fantoches. Fazendo uma torção no sentido do ato discutido por Freud pensamos na possibilidade de o teatro ter sido, mais do que uma forma de expressão ou de representação, um modo de recordação e elaboração para a paciente. A torção de sentido, a ligação entre o caso e a construção freudiana, aconteceu justamente pelo caráter de repetição das cenas, dos conteúdos e do modo como a paciente escolhia brincar. A repetição das cenas ganha sentido de ato, o ato de repetir e com isso recordar.

O tema principal das brincadeiras com o teatro foi a família. Família essa que se apresentou como presença fundamental para Conceição. Ela brincava com frequência de fazer comidas com as massas de modelar e dedicava essa comida a diferentes membros da família.

Conceição: era uma vez, uma bela jovem, ela andava e viu uma família muito engraçada e achou que podia fazer um lanche com aquela família.

Conceição: “posso lanchar com vocês? Oh, tio, deixa eu sentar perto da minha irmã (fala atribuída ao personagem por Conceição).

Terapeuta: todas as pessoas que passam podem lanchar com essa família?

Conceição: sim, pode...

Em outra ocasião, também ao brincar de fazer comida, Conceição me pede que busquemos mais pratos de brinquedo. Ela diz que precisaria de 15 pratos para comer com a família. Ao brincar a criança constrói um enredo, uma novela ou um teatro; e suas representações e atuações comunicam ao terapeuta de crianças suas relações com a família extensa.

Neste sentido, uma característica da família extensa de Conceição era justamente esta: família numerosa, família que se reunia e cultivava os hábitos de comerem juntos, a partir da convivência intergeracional, e da ajuda mútua.

Esse padrão familiar, com frequência encontrado em famílias do Recôncavo Baiano, certamente oferecia suporte e sustentação para o de-

envolvimento da paciente. Essa variável que dizia da dinâmica social dessa família se fez presente nas tantas outras encenações teatrais cujo o tema era a família, como se Conceição, nessa repetição em ato, estivesse recordando e elaborando o lugar da sua rede de suporte familiar na sua nutrição, nessa nutrição que figurava em torno do alimento dividido, mas que dizia principalmente do acolhimento e da sustentação dos seus.

Oliveira (2016), ao discutir a noção de mãe enquanto um colo social e como essas questões vão compondo a mãe que embala a criança, pode nos oferecer recurso para pensar na centralidade, demonstrada nos atendimentos em ludoterapia/psicanálise infantil, da família de Conceição como ponto de alteridade que ajudou ampará-la na tarefa de resistir à objetificação e às projeções que se faziam presentes na sua relação maternal. A mãe de Conceição teve suporte para, apesar dos pesares, nutrir a sua filha, e sobre esse suporte Oliveira (2016, p. 29) escreve:

A tudo isso agrega-se a necessidade de um outro humano presente e disponível para prover e favorecer a mãe: o pai, a mãe da mãe (a avozinha da criança; a sogra; a tia; uma irmã; uma cunhada; uma amiga “nota mil”; uma vizinha fabulosa e tudo o mais que você imaginar que trará para a mãe a capacidade de bem acolher ao colo o seu bebê. Tudo isso para lembrar que o papel exercido pela mãe da mãe pode ser praticado pelo pai da mãe, o avô paterno da criança, um tio, um padrinho, enfim... alguém, ou tanto melhor se forem vários “alguéns” que ajudem a mãe a segurar ao colo o bebê, para que ele não caia, para que ele não se torne um cansaço, para que ele não seja um “peso” e sobretudo que ele seja, como sempre deve ser, uma grande alegria para toda Humanidade). Estas são algumas das qualidades do colo – condição – materno.

Representações: o homem negro

A figura do pai emerge como parte significativa da estrutura psíquica desta criança. Esse pai que Conceição tinha escrito na sua primeira

sessão foi o mesmo que estava inscrito em sua subjetividade como figura de alteridade e de cuidado.

Nas civilizações negro-africanas a figura da mãe é sagrada. E neste sentido, os pais são correspondentes importantes no desenvolvimento da vida afetiva, emocional e social dos sujeitos. A figura do *Griôt – o sábio e ancião* – é correspondente a figura paterna, que reafirma a ordem da cultura e da reverência ao conhecimento, ao ancestral e à valorização da vida social e coletiva. A figura do *Griôt* expande os valores do sagrado materno e reitera a importância fundamental do pacto comunitário. O ser humano em extensão deve curvar-se à sociedade e seus princípios, aprimorando sua singularidade na comunhão com a ordem de bem estar humano para o seu grupo social de pertencimento – moral civilizatória. Em termos de desenvolvimento psíquico, esta característica civilizacional de África, presente há milhões de anos, é muito anterior a perspectiva psicológica da função paterna em Lacan. Para ele (Lacan [1958]1998), a função paterna, mais do que a presença de um pai real, diz da inscrição de um Nome-do-pai. Onde antes existia a “célula” mãe/criança vem o Nome-do-pai, enquanto inscrição de um “não do pai” que reafirma a importância da mãe como elemento gerador da vida, e não como elemento de prazer único e exclusivo do infante. Na psicologia afrocentrada (OLIVEIRA, 2021) a criança é apresentada a ordem da cultura e convocada a constituir-se como sujeito a ela pertencente. Usamos essa passagem para reafirmar a fundamental presença do pai de Conceição em sua estrutura psíquica. Precisamos compreender que essa função do *Griôt*, ou da função do pai, não está atrelada à figura do homem. Nesse caso, foi o conhecimento paterno – o *Griôt* – em sua alteridade, que inscreveu a marca social da diferença entre Conceição e o desejo do infante de limitar-se a exclusividade materna.

Preferimos utilizar esta linguagem psicológica e psicanalítica, a partir de conceitos distintos da teoria lacaniana sobre função paterna. Porque conhecemos correspondentes mais efetivos para a realidade de uma psicologia afrocentrada e decolonial (OLIVEIRA, 2019; 2020). Embora neste texto não aprofundemos tais conceitos, no Recôncavo, na Bahia e no Brasil estes conhecimentos vindos de constructos teóricos da diáspora negra no mundo – Franz Fanon, por exemplo – são mais efetivos neste caso clínico apresentado. Nesta perspectiva, o pai – representante da cultura civilizacional (o *Griôt*⁹) – não só cuidou de sua filha, como favoreceu o desenvolvimento emocional saudável para o fortalecimento da subjetividade infantil.

Na sessão com a família os pais revelam que é o pai quem se encarrega de cozinhar para todos. É esse pai (o *Griôt*) que fornece o olhar – o espelho do cuidado materno – como referência para que Conceição brinque – e se implique no pacto comunitário – de cozinhar para os seus. Neste aspecto, cozinhar está para *cuidar* de si – emocionalmente – e dos outros – a sociedade, a cultura, a contribuição do sujeito para a elevação da vida social comunitária, ou seja: o advento civilizacional humano.

Assim como o seu pai havia oferecido o alimento para a criança e para toda a família – o *Griôt, em sua sabedoria alimenta a todos* –, Conceição pode exercer sua autonomia e ajudar na nutrição da sua trama familiar. Ou seja: o indivíduo – sujeito da cultura – pode liberar-se de seus conflitos e expandir-se para contribuir com a ordem civilizacional através de uma psicologia/pedagogia *Griôt* (OLIVEIRA, 2018).

Nossas considerações se referem ao fato de que o pai de Conceição é um homem negro. Homem que responde a necessidade de nutrição

⁹ Sábio menestrel da comunidade que divulga o conhecimento importante para a manutenção da vida mental e material.

afetiva da criança e da família. Ele, homem negro, reafirma a importância do cuidado materno na ordem da cultura e obedece ao seu legado de pertencimento étnico-racial e civilizacional. Seu legado é ser protagonista de cuidado e bem estar comunitário, assim como os pilares fundamentais da civilização negra africana (HAMPATÊ BÂ, 2013).

Não se trata de supor a superposição desse pai em relação à mãe, mas de pensar como na inabilidade da mãe prover plenamente o alimento afetivo à filha, foi esse pai que cumpriu com a necessidade humana de favorecer e prover a criança.

Nesse ponto, a transmissão geracional da figura paterna – o pai que cozinha e alimenta a família – possibilitou a provisão afetiva e um colo provedor necessário para as condições de desenvolvimento saudável da criança. Retomando o argumento de Oliveira (2016), o colo que embalou essa criança é composto das tramas sociais e históricas que desenham uma família, uma mãe, um pai e suas matrizes étnicas e raciais.

O conceito de transgeracionalidade é um marcador das estruturas psíquicas humanas nos primórdios de sua existência emocional. Ele refere-se a toda genealogia étnica, social, cultural e coletiva que um bebê – ser humano – herda de seus pais, par parental e família extensa (bisavós, avós, tios e pessoas intimamente vinculadas à família; mesmo que por laços não consanguíneos). No mesmo sentido, por ser transgeracional, quando crescida, a criança também retransmitirá a seus filhos e assim sucessivamente. No âmbito da criação do conceito no referente à diáspora negra no mundo, a transgeracionalidade atravessa a própria condição física do sujeito. A transmissão é inerente ao sujeito, que no caso brasileiro, mesmo quando as pessoas não apresentam fenótipo negro, as dimensões étnicas da diáspora africana se expressam nos hábitos, cultura, modos de vida das pessoas no território brasileiro. No Brasil, em específico, território negro da diáspora por excelência, este aspecto é ainda mais presente em função da forte presença negro africana principalmente no estado da Bahia (OLIVEIRA, 2021, p. 132).

Este pai e o terapeuta negro diferenciam-se das versões estereotipadas e estigmatizadas sobre o homem negro. A figura do *homem negro*, no universo da brincadeira lúdica no *setting* terapêutico da criança, é trazida em versões opostas às narrativas perversas sobre os corpos negros, que desde sempre, no contexto brasileiro, foram submetidos a uma política genocida, impossibilitando o acesso digno às condições de trabalho. Foram os homens negros e a população negra oprimidos por um projeto de embranquecimento institucionalizado, além de perseguidos para o encarceramento em prisões e manicômios (AZEVEDO, 2004).

Diante das fatalidades do genocídio calculado dos corpos negros, Conceição representa a resistência transgeracional dos povos negros da diáspora. Conceição tem um pai – *Griôt* – que é negro e transmite o legado paterno da diáspora. Na hora lúdica durante o atendimento infantil, a criança apresenta o simbólico e o material negados socialmente. Ou seja: no teatro psicoterapêutico os homens negros – psicoterapeuta estagiário e pai provedor de alimentos afetivos nutritivos – surgem na cena psíquica do infante como figuras de superação, cuidado, resistência e provedores de condições de emancipação.

A família como sintoma

Ao final do primeiro semestre de estágio e já apostando no que havia sido produzido no caminhar no caso, realizamos uma sessão de orientação com os pais de Conceição. A finalidade primeira desta sessão era oferecer alguma devolutiva sobre o processo da filha e tentar trabalhar alguns pontos que seriam importantes para o desenvolvimento de Conceição. Como orienta Aberastury (1982), quando já temos um diagnóstico elaborado e informações úteis, apresenta-se a necessidade de uma nova entrevista com os pais.

Conceição faz uma série de atividades como balé, inglês, aula de canto, além da escola e igreja, sendo que apenas a aula de canto foi uma solicitação da criança. Neste momento pensamos na perspectiva que socialmente direciona as crianças desde muito cedo a se capacitarem ou adquirirem habilidades que possam ser usadas no futuro. No caso de Conceição, isso ganha particular contorno quando essa quantidade de atividades parecia mantê-la no exercício constante de ser para o outro, de se capacitar para performar de acordo com o desejo do outro. A mãe então faz uma construção importante.

Mãe: o balé mesmo eu ia tirar, mas não por ela e sim porque eu não estava bem. Eu estava naquele processo de não querer sair. Mas o balé era o compromisso que me fazia sair de casa e também a tia dela queria manter ela... então eu deixei.

Mãe: no balé mesmo ela ajuda a professora... até quando ela está meio caída ela logo esquece e vai ajudar a professora. Isso é muito meu. Às vezes eu não estou bem e alguém precisa de mim aí eu logo vou. E isso não é bom.

Terapeuta: Sim, às vezes Conceição pode ser esse suporte para a senhora. Quando a senhora fala que, por exemplo, manteve ela no balé porque era o modo que a senhora achou para sair de casa. Isso é bom, porque ela é um recurso positivo para a senhora, mas para ela... ela pode sentir isso, sentir que é o suporte, âncora...

Aberastury (1982), ao falar sobre as entrevistas posteriores com os pais, alerta para a possibilidade de os sintomas das crianças estarem sendo mantidos pelos pais. O manejo pensado a partir disso teve como objetivo não produzir na mãe um sentimento de culpa, mas uma indicação de que uma separação efetiva precisa ser feita entre aquilo que é da mãe e a demanda que é de Conceição. Enquanto Conceição fosse o objeto de apoio, ela não poderia se tornar sujeito, ela não poderia completar seu desenvolvimento emocional enquanto pessoa inteira e humana.

Do sintoma ao nome: Conceição

Conceição chega com um sintoma de despedaçamento de si. Ao beliscar seus dedos e puxar a pele dos seus lábios, ela vai respondendo ao lugar que lhe foi dado pela trama familiar. Não foi difícil entender que Conceição ocupava um lugar muito específico no mundo da sua mãe. Esse lugar não era de afetividade e suporte a seu desenvolvimento emocional como sujeito singular e íntegro.

Considerando Klein ([1955]1991a) sobre a agressividade da criança e o modo como ela poderia destruir coisas no *setting* como forma de escoamento, questionamos em que momento a paciente teria feito uso da sua agressividade. No *setting* ela não quebrou sequer um lápis. Conceição não podia quebrar nada, não podia destruir o que lhe magoava, essa não era a sua função e quando o fazia era em seu próprio corpo, contra si mesma. Era preciso ser mais que objeto para sentir doer. Conceição tinha a sua existência condicionada ao que era esperado dela, mesmo antes de nascer. Era um ser para o “outro”.

Foi Conceição quem inaugurou a maternidade de sua mãe, a dignidade e a realização do sonho de construir casa, casamento, família. Conceição, que vem do latim *conceptus*, que significa fruto ou concepção, era o nome da criança que nascia para ser sustento dos sonhos da mãe, sustento da sua casa e da sua família. Conceição sofreu a ansiedade de ser investida pelas projeções do outro e teve por algum tempo o sintoma como única saída.

No processo de análise construímos uma relação que foi capaz de favorecer para Conceição um espaço onde ela podia ser por si mesma, um lugar onde a sua única função era cuidar de si e se tornar mais autônoma. Apostamos na sua capacidade de brincar, de criar, de pintar e de dar um nome. Sustentamos a relação para que Conceição pudesse sustentar a si

própria. E nesse aspecto, ela conseguiu desenvolver um modo de estar no mundo que não fosse integralmente submetida ao desejo parental.

Na proposta de estágio em psicanálise infantil e relações étnicas no Recôncavo, na abordagem técnica que foi realizada, não nos ocupamos do sintoma. Ocupamo-nos do sujeito, explorando as zonas saudáveis. O processo produziu as condições psicoemocionais que Conceição necessitava. Ela chega sem reconhecer-se como sujeito, automutilando-se e impedida de participar da ordem social da cultura de seu tempo. Estava aprisionada nas redes de uma existência subordinada aos inúmeros quereres alheios. No entanto, a cada sessão, na transferência analítica, na apreensão do legado transgeracional paterno, que o psicoterapeuta estagiário em certo sentido também representa, a criança alcança sua condição de ser para si na ordem da cultura de seu tempo e o legado recebido no plano individual e coletivo. O sintoma de automutilar-se passa a diminuir até não mais ocorrer. No processo de reconhecimento de si, através da positividade dos legados e presenças afetivas enquanto alimentos recebidos, Conceição tem a garantia de seu ingresso e participação na ordem da cultura. Passa a existir também para si. E por existir por si, ela pode romper com o sintoma. E começar a realizar o percurso de sua existência.

Considerações finais

Realizou-se uma leitura clínica que compreendesse o sintoma dentro das observações da realidade psíquica e tramas emocionais da paciente. Consideramos sua cultura, sua etnicidade, a exposição à raça no contexto sociocultural, a sociedade, as raízes de seu pertencimento.

Os estudos sobre psicanálise e relações étnicas e raciais no âmbito da clínica psicológica são ainda raros no contexto da formação do psicólogo no Brasil. A partir deste argumento territorial da população negra no

Recôncavo e das marcas que alicerçam esta realidade, realizamos a condução e análise do caso clínico com a família e a criança.

Quando apresentamos as relações do contexto psíquico da família, principalmente a mãe, foi para reafirmar a opressão sofrida pelas mulheres do Recôncavo e de grande parte do território brasileiro. Opressões que são sociais e históricas tornaram-se marcas psíquicas singulares que foram transmitidas transgeracionalmente. No colo de sua mãe, Conceição foi acalentada. E ali foi nutrida pelos afetos que eram disponíveis para esta mãe. Esta mãe que sofreu abuso sexual na infância e na vida adulta foi acusada por ter engravidado antes do casamento. Todas essas vivências maternas fizeram parte do colo social e da provisão ambiental que aninharam a paciente Conceição.

Compreender e tratar o sintoma de Conceição – automutilação – implicou percorrer a travessia de vida de sua mãe e a mediação paterna com empatia. Pois o psicoterapeuta infantil necessita acolher as demandas e oferecer algum nível de sustento emocional para que a provisão originária do ambiente familiar possa redesenhar-se a fim de que a criança possa ser sustentada – carregada – no colo familiar. Nos braços dos pais. A figura do analista infantil deve possibilitar o *holding* a fim de que a criança possa continuar seu desenvolvimento a partir das novas configurações emocionais e psíquicas da família, que passa a estar mais atenta às demandas do infante – *seu* infante.

O objetivo clínico foi sustentar a criança na sua experiência de existir no mundo, de explorar, a partir de um *setting* seguro – a hora lúdica/psicanálise infantil –, as aventuras de inventar um mundo frente às adversidades de sua origem familiar. Antes, provocador de adoecimento psíquico e insegurança emocional representados pelo sintoma. Depois do

trabalho psicoterapêutico com a criança e com a família, a compreensão de que a origem do sofrimento e da adversidade podem ser cruéis. No entanto, a condição humana que é criativa, a partir do laço social ancorado pelo amor e esperança, mediados pela figura do psicoterapeuta infantil – estagiário de psicologia –, pode restabelecer a conexão de sentidos estabelecidos pela família.

Neste aspecto, a mediação não é apenas conceitual clássica de uma psicanálise ou psicologia que possui bases epistemológicas eurocêntricas. O método da psicanálise infantil ou do atendimento psicológico com crianças é fundamentalmente uma clínica viva, em ebulição constante, que na contemporaneidade não pode deixar de escutar as vozes e sensibilizar-se com a paisagem do território. O território define os corpos. Seus modos e sua presença.

A etnicidade – relações étnicas – na mesma medida que é produto material do território é também *corpus* psíquico. E nesta medida, este *corpus* é também sonho, é devir e transcendência, para além do corpo físico no alargamento da vida.

Centrado territorialmente, o corpo percorre caminhos e constrói sentidos. No percurso pelo território, nunca se está sozinho. A diáspora não segue sozinha.

No atendimento infantil, os pais e o psicoterapeuta emprestam algum tipo de lastro. Mas o caminho é a curva inusitada da marcha da criança que no vazio do destino constrói novas marcas, novos aportes nos territórios físicos e psíquicos, que como Logum Edé¹⁰, ou o correspondente Édipo, trilha solitariamente sua estrada, a fim de libertar-se, algum dia, para reencontrar a si mesmo.

¹⁰ É o orixá da riqueza e da fartura, filho de Oxum e Oxóssi, deus da terra e da água. Logun Edé: uma princesa na floresta e um caçador sobre as águas. Ele será Oxóssi e será Oxum, sem deixar de ser ele mesmo (EYIN, 2000, p. 160).

Como sabemos, ao final, Édipo não estará sozinho. Na derradeira hora, Antígona, como a velha Nanã¹¹, realizará todas as honras. E ele terá cumprido o caminho civilizatório de sua sina.

Igualmente, no caso de Conceição, no chão do território do Recôncavo, Oxóssi entrega a seu povo o grão e a fartura. Enquanto Oxum, o amor, trilhou os seus passos, libertando-se das dores de suas guerras. É o retorno de Conceição aos braços de sua família: seu pai e sua mãe.

Em guerra vencida, psicólogo esquecido (CALLIGARIS, 2021). Amor (verbo) conjugado.

Afinal, não poderia ser diferente no território desta gente. Pois: *nessa cidade todo mundo é d'Oxum ... homem, menino, menina, mulher... Toda essa gente irradia magia ... Presente na água doce, presente na água salgada e toda cidade brilha!* (CALASANS e SANTANA, 1985).

Conceição recebe a Luz! A Luz do colo maternal de Oxum. E a Luz do grão, que é o alimento fornecido por Oxóssi, para toda sua comunidade.

Na pequena Conceição, e no povo negro do Recôncavo, o amor vence. O amor brilha! Povo rico, terra forte!

Referências

ABERASTURY, A. **Psicanálise da criança: Teoria e Técnica**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 1982.

_____. **A criança e seus jogos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ATLAS DA VIOLÊNCIA. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. 2020.

AZEVEDO, C. M. M. **Onda negra, medo branco: o negro no imaginário das elites século XIX**. Annablume, São Paulo, 2004.

¹¹ Orixá que representa a memória ancestral. Mãe respeitável, o princípio, o meio e o fim (EYIN, 2000, p. 140).

BAHIA, Ministério Público do Estado da. **Distribuição mensal Violência Sexual 2011**. Disponível em <https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/crianca-e-adolescente/violencia-sexual/mapeamento-disque-100/mapeamento_2011/distribuicao_mensal.pdf>. Acesso em: 25 de mar. 2018.

CALLIGARIS, C. **Cartas a um jovem terapeuta**. Editora Paidós. Barcelona, 2021.

É D'OXUM. Intérprete: MPB-4. Compositores: Santana, Gerônimo; Calasans, Vevé. In: **Tenda dos milagres**. Rio de Janeiro: Som Livre, 1985.

EYIN, Pai Cido de Osum. **Candomblé: A panela do segredo**. São Paulo, Editora Mandarin, 2000.

FANON, F. **Écrits sur l'aliénation et la liberté**. Éditions la découverte, Paris, 2016.

FREUD, S. **A dinâmica da transferência**. In: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia: ("O caso Schreber"): artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913). Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, pp. 133-146.

_____. **Recordar, repetir e elaborar**. In: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia: ("O caso Schreber"): artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913). Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, pp. 146-158.

_____. **O mal-estar na civilização**. In: O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936). Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, pp. 14-122.

HAMPATÉ BÂ, A. **Aspects de la civilisation africaine**. Présence Africaine: Paris, 2013.

LACAN, J (1958). **De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose**. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998a. p. 537-590.

KLEIN, M. **A técnica psicanalítica através do brincar**: sua história e significado. In: KLEIN, M. *Inveja e Gratidão e Outros Trabalhos (1946-1963)*. Tradução Elias Mallet da Rocha Barros e Liana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: Imago; 1991a. p. 149-168.

_____. **Nosso Mundo Adulto e suas Raízes na Infância**. In: KLEIN, M. *Inveja e Gratidão e Outros Trabalhos (1946-1963)*. Tradução Elias Mallet da Rocha Barros. Rio de Janeiro: Imago; 1991b. p. 280-297.

OLIVEIRA, Regina Marques de Souza. Cheiro de alfazema: Neusa Souza, Virgínia e racismo na psicologia. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 72, n. spe, p. 48-65, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672020000300005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 de mar. de 2021.

_____. **Nosso mundo adulto e suas raízes na infância**: saúde mental da população negra e indígena. In: OLIVEIRA, R.M.S (Org.). *Cenários da saúde da população negra no Brasil: diálogos e pesquisas*. 1ed. Rio de Janeiro: Editora Fino Traço, 2016, v., p. 25-65.

_____. **O canto das sereias**: poéticas femininas negras na psicanálise brasileira. In : *Candaces: gênero, raça, cultura e sociedade: construindo redes na diáspora africana*. Pacheco. A.C.L. (Org). Salvador :Eduneb, 2019.

_____. **Psicanálise infantil**: saúde mental nas relações étnico-raciais. Editora Appris, Curitiba, 2021 (no prelo).

_____. **Psicologia, psicanálise e relações étnicas no Brasil e na França**. Odeere (UESB), [S.l.], v. 2, n. 4, p. 29-60, dez. 2017.

_____. **Sobre crianças no espaço híbrido da esperança**: Reflexões da psicologia social e da psicanálise. Dissertação (Mestrado em psicologia) - PUC, São Paulo, 2003.

PICCININI, C.A. *et al.* **Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê**. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 20, n. 3, p. 223-232, Dec. 2004.

WINNICOTT, D.W. **O brincar e a realidade**. Tradução José Octavio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro, Imago, 1975.

Ambulatório de atenção às pessoas em condições crônicas

*Jeane Saskya Tavares
Alanna Tays Piton Nogueira
Ayêska Luzia Cardozo de Jesus
Manuela Pinheiro Santos
Mariana Matos de Almeida
Ramoni Alves Malta*

Introdução

O Ambulatório de Atenção a Pessoas que Vivem com Condições Crônicas (APC) é um programa de extensão permanente (P13601/2015) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) que funciona no Serviço de Psicologia dessa instituição desde outubro de 2013. A equipe, formada pela docente supervisora, estagiários(as) de diferentes semestres do curso de Psicologia da UFRB e psicólogos(as) extensionistas, oferta atendimento clínico psicológico, breve, focal e gratuito para pessoas que vivem com condições crônicas, bem como para seus familiares e cuidadores profissionais ou informais, que apresentam quadros clínicos físicos e psicológicos potencialmente incapacitantes. Além disso, o programa contribui para a formação continuada de graduandos(as) em Psicologia e profissionais extensionistas.

Investimos ainda em prevenção de condições crônicas e suas comorbidades, assim como na promoção da saúde. São ofertados cursos e treinamentos para o público em geral objetivando o desenvolvimento de competências e habilidades para o autocuidado e o enfrentamento das re-

percussões do adoecer e do cuidar. Esses são cursos específicos que respeitam as necessidades e características dos grupos e instituições solicitantes.

A abordagem teórica que baseia nossas ações é a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) uma perspectiva psicoterapêutica que permite ao sujeito identificar emoções, reconhecer pensamentos disfuncionais, num processo de compreensão de suas crenças e padrões de comportamento. Nesta abordagem, o(a) psicólogo(a) buscará produzir mudanças no padrão cognitivo do sujeito, com a finalidade de promover mudança tanto comportamental, quanto cognitiva de forma duradoura (BECK, 2013).

Consideramos que essa mudança se dá em contexto social e, portanto, as categorias raça, classe, identidade de gênero, capacidade física, dentre outras, ao estruturarem nossa sociedade, são determinantes sociais da saúde e também estruturam as subjetividades. Especial atenção é dada aos efeitos deletérios e continuados do racismo estrutural abordado por Almeida (2018) uma vez que a população do Recôncavo da Bahia é majoritariamente negra e descende do grande contingente de africanos escravizados e traficados para esta região. Nesse sentido, considerar a categoria raça e os efeitos do racismo sobre a saúde física e mental dos sujeitos em atendimento não é uma opção ou “recorte de análise” clínica ou de pesquisa. Antes, raça e racismo são centrais para compreensão dos problemas apresentados, para elaboração coletiva de estratégias de enfrentamento e para o estabelecimento de vínculos entre as pessoas atendidas e terapeutas, como explicitado por Tavares e Kuratani (2019).

Segundo Adrião (2019), é dever da Psicologia problematizar sobre questões referentes à raça, não apenas pela ordem cultural ou biológica, mas também com toda construção política e social que demarca, ainda hoje, as diferenças e que fazem com que haja hierarquizações e desigual-

dades historicamente acumuladas nos âmbitos das relações de poder, as quais proporcionam, direta ou indiretamente, sofrimento psíquico em pessoas negras. Nessa perspectiva, enquanto brancos(as) são tidos(as) socialmente como referências, os sujeitos(as) negros(as) possuem suas identidades e corporeidades invalidadas e demarcadas por racismo e por diversas tentativas de branqueamento subjetivo e social (BENTO, 2002).

Dentre os fundamentos das ações do APC/UFRB, destacamos a adequação e criação colaborativa de estratégias para cada sujeito atendido, além do estabelecimento de vínculos e aliança terapêutica segura. Para tanto, há contínua discussão em equipe e com os sujeitos em atendimento acerca de aspectos sociais que mediam as formas como se organizam os processos psicoterápicos tais como: adoecimentos físicos e comorbidades, acesso a rede pública de saúde e assistência social, pobreza, racismo, violência física, psíquica e moral, machismo e outros que se relacionam com diferentes sofrimentos na vida cotidiana.

Considerando as especificidades desse processo de aprendizagem, este capítulo tem como objetivo: relatar a experiência de atendimentos ambulatoriais realizados por cinco estagiárias de Psicologia do décimo semestre da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

Método

Os atendimentos foram individuais, ocorreram no ano de 2019, semanalmente e com duração média de 50 minutos. Após triagem, realizou-se avaliação inicial e demais sessões, conforme preconizado pela TCC. Foram utilizadas múltiplas técnicas como a Linha do Tempo, a Escala de Intensidade de Emoções, o registro de Pensamentos Automáticos

Negativos (PANs), a Tríade Cognitiva, Técnicas de Psicoeducação, Torta de Responsabilidade.

A Triagem é considerada o primeiro encontro com o sujeito e é direcionada para o início do estabelecimento de vínculos com o Serviço de Psicologia, identificação do perfil sociodemográfico, identificação da queixa inicial e do itinerário terapêutico, existência de sofrimento individual e familiar, além de análise de suporte social. Nessa fase, temos como objetivo compreender as necessidades do indivíduo e avaliar a capacidade do APC em prestar atendimento adequado. Caso não possamos atender, essa pessoa é encaminhada para outro serviço de saúde ou direcionada internamente para grupo de atendimento no próprio serviço de psicologia da UFRB.

A Avaliação Inicial tem como principal objetivo abordar questões mais abrangentes em relação à vida do sujeito. Deve-se contemplar as áreas: social, acadêmica e empregatícia, relacional, familiar, sexual e de saúde física. Esse é o momento de conhecer melhor o sujeito, como afirma Wright (2008), se trata de “uma anamnese completa e um exame do estado mental. Deve-se dar atenção aos sintomas atuais do sujeito, suas relações interpessoais, sua base sociocultural e seus pontos fortes pessoais” (WRIGHT, 2008, p. 45).

Todos os pacientes assinaram, antes do início dos atendimentos, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do Serviço de Psicologia da UFRB em que explicita-se a interrupção do atendimento por faltas e possibilidade de estudo científico de seu atendimento. Neste texto, foram atribuídos nomes fictícios e os dados pessoais e da história de vida foram alterados, com a finalidade de resguardar a identidade e garantir o compromisso ético, sem prejuízo à veracidade do relato sobre a intervenção terapêutica.

Casos atendidos

Caso 1- Lucas, 28 anos, 6 sessões realizadas

Homem cisgênero, heterossexual, de 28 anos de idade, autodeclarado pardo, protestante, solteiro, residente de uma cidade localizada no Recôncavo da Bahia, onde convive com sua família. Foi encaminhado por profissional de Psicologia ao APC devido a uma tentativa de suicídio recente, além de apresentar grave sofrimento psíquico que demandava atendimento psicológico com urgência. Mesmo Lucas não apresentando nenhuma condição física crônica, passou a ser acompanhado no APC pois seu encaminhamento salientava relação entre seu quadro clínico, experiências de racismo e comportamento suicida que são temas de trabalho da supervisora.

Durante a triagem, Lucas relatou que procurou a terapia, pois estava sentindo desprazer em todas as atividades desenvolvidas e que se sentia “um peso” e inferior a todas outras pessoas. Ao longo das sessões, Lucas relatou insegurança, baixa autoestima, crises de ansiedade, sensação de impotência e fracasso em praticamente todos os âmbitos de sua vida. Descrevia também episódios frequentes de tristeza e desânimo, relacionando-os principalmente a conflitos familiares, de cunho acadêmico e financeiro e de autoimagem.

Caso 2 - Joana, 50 anos, 4 sessões realizadas

Mulher cisgênero, heterossexual, 50 anos, autodeclarada parda, cristã não-praticante, divorciada (atualmente em um relacionamento), moradora de uma cidade localizada no Recôncavo da Bahia. Foi encaminhada para atendimento devido a um quadro de Fibromialgia, contudo vive com comorbidades, como LER/DORT, hérnia de disco, síndrome de túnel do carpo, síndrome do manguito rotador, entre outras. A condição

crônica era a principal fonte de preocupação e uma das causas de insatisfação, pois as dores severas dificultavam a execução de suas atividades laborais e fizeram com que o seu autoconceito se modificasse. Relatou concentração, atenção, autoestima e autoconfiança reduzidas, sensação de inutilidade excessiva, perda de energia, apetite desregulado, sono alterado, e visão pessimista do futuro. Na terceira sessão, devido à morte de um familiar, passamos a concentrar os atendimentos na Terapia do Luto.

Caso 3- José, 56 anos, 6 sessões realizadas

Homem cisgênero, heterossexual, autodeclarado preto, 56 anos, católico, morador de uma comunidade periférica, casado, possui um enteado (filho de sua atual companheira) e três filhos do casamento passado. Segundo relato de José sua relação familiar atual é satisfatória. No entanto, sua vida familiar é marcada por eventos que envolvem violência e negligência. Após fugir de casa durante a pré-adolescência, foi acolhido por um tio em outro estado brasileiro e começou a trabalhar na mesma época. Após retornar para sua cidade natal, casou-se, teve filhos e, após alguns anos, sofreu um acidente de trabalho que o tornou dependente de cadeira de rodas por quase 10 anos. Uma relação extraconjugal entre sua esposa e outro homem tornou-se insustentável para a família, levando à separação de José, o qual mudou-se para outro estado, passando conviver com sua irmã e sobrinho. Após o assassinato do sobrinho, o paciente retornou à sua cidade natal e casou-se novamente.

Há aproximadamente 05 anos, José sofreu seu primeiro infarto e precisou reestruturar toda sua vida, parou de exercer sua atividade laboral e passou a ser assistido pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Esse fato foi considerado muito relevante em sua vida, pois houve o empobrecimento familiar, o que produziu uma forte e constante sensação de impotência. No período de admissão no serviço, desenvolvia trabalho

voluntário em uma instituição religiosa e, mesmo sendo responsável pela resolução de questões complexas nesta instituição, ainda se via como incapaz e esta foi sua principal queixa durante as sessões realizadas. Depois do início do processo de psicoeducação com os registros de emoções e atividades semanais, foi possível observar que um dos esquemas centrais do paciente concentrava crenças de desvalor.

Caso 4: Miguel, 42 anos, 4 sessões realizadas.

Homem cisgênero, heterossexual, solteiro, 42 anos de idade, auto-declarado pardo, evangélico, residente de uma cidade do Recôncavo da Bahia. A busca por atendimento psicológico foi justificada por ele como complementar ao tratamento médico, além da possibilidade de obter laudos suficientes para conseguir aposentadoria pelo INSS devido a um Acidente Vascular Cerebral – AVC sofrido há cerca de 8 anos no início de seu curso de graduação numa Universidade Federal. Esse AVC teve relação com seu quadro de Doença Falciforme, o que também desencadeou Epilepsia e Priapismo (uma ereção involuntária e muito prolongada do pênis, causando bastante dor e incômodo ao sujeito podendo durar muitas horas e, geralmente, sem excitação sexual envolvida). As repercussões da Doença Falciforme são, portanto, os eventos de saúde física relacionados ao seu sofrimento psíquico.

No início do atendimento, sua mãe era a principal cuidadora, ambos viviam em uma casa alugada e o pai do paciente contribuía com algumas despesas mensais. O encaminhamento foi feito pelo CRAS do seu município de origem para atendimento psicoterápico devido a todas as condições crônicas e suas comorbidades, além do uso de medicações que potencializaram outras patologias. Desde o primeiro encontro, Miguel verbalizou que teria ido apenas por desejo de outras pessoas e essa atitude denota desinteresse e desresponsabilização pelo seu processo,

houve uma devolutiva após a triagem em que a terapeuta pôde conversar sobre a necessidade de sua implicação no processo. Apesar dos acordos estabelecidos previamente, Miguel chegou atrasado a todas as sessões, o que comprometeu significativamente o avanço na terapia. No entanto, mantivemos o acompanhamento reconhecendo as particularidades do seu quadro físico, em alguns encontros foi necessário ultrapassar o tempo inicialmente acordado de 50 minutos para abarcar todas as questões, dores e sofrimentos que eram expostos em seus relatos.

Caso 5 - Jurema, 26 anos, 5 sessões realizadas

Mulher cisgênero, heterossexual, solteira, 26 anos, autodeclarada branca, evangélica, residente do interior da Bahia, foi encaminhada ao serviço em caráter de urgência devido a recente diagnóstico de doença neurológica degenerativa autoimune de caráter desmielinizante. Nas primeiras sessões, relatava ter procurado o serviço por insistência da família e não ter sintomas, procurava ajuda para lidar com o medo, ansiedade e expectativas negativas em relação a seu diagnóstico, mas acreditava estar aceitando bem.

A paciente dava a entender que não havia “diagnóstico fechado” sobre o que tinha e adotava uma postura de evitação do tema. Devido à resistência de Jurema em tocar nos temas relacionados ao seu quadro de saúde/doença e extrema dificuldade em falar de si, foi necessário focar, inicialmente, nos aspectos do seu dia-a-dia e em como funcionavam suas relações. Após algumas intervenções, conseguiu expressar seu desconforto e raiva por estar cercada de pessoas sempre falando da sua doença, por ter que ir a consultas médicas com frequência, mudar sua rotina em função de algo totalmente novo e indesejado que a acompanharia pelo resto da vida. Também enfatizava as dificuldades relacionais em família,

principalmente com o pai e a irmã, e o fato de sua família ter uma relação ambígua com a sua doença, ora evidenciando-a, ora a negando-a.

Resultados e discussão

A construção da aliança terapêutica é, em si, objetivo terapêutico e a base para as demais estratégias. Rosenfarb (1992) defende que a relação terapêutica serve para diversos propósitos, entre eles está a sensação de “porto-seguro” em que os (as) pacientes podem revelar diversas camadas do seu próprio ser, promovendo confiança e sentindo-se aceitos (as). Além disso, essa relação pode proporcionar também o aprendizado acerca de aptidões sociais, as quais servirão, não apenas para o contexto da clínica, como para suas vivências e relações. Desta forma, as primeiras sessões tiveram o intuito de desenvolver um:

espaço de possível estabelecimento de confiança e *rapport*, isto é, criar uma relação com o sujeito, compreender quais as expectativas dele com a terapia e coletar mais informações que possam, inclusive, servir como metas, além de perceber quais os assuntos que mais irão surgir e construir junto com ele a agenda (BECK, 2008, p. 41).

As estratégias terapêuticas foram realizadas à luz da Terapia Cognitivo Comportamental considerando a especificidades da clínica promovida pelo APC. Dentre essas especificidades, estavam os projetos terapêuticos individualizados, que possuíam como características o acolhimento, o vínculo e a responsabilização/colaboração. Segundo Brandalise (2009), este deve ser o tripé das práticas em saúde, pois o acolhimento refere-se ao posicionamento ético diante da validação do sofrimento do sujeito, o vínculo constrói uma relação de confiança diante da história de vida e sofrimentos que são apresentados e a responsabilização implica na cooperação do sujeito ao projeto terapêutico.

Outro aspecto importante do treinamento no APC é referente ao desenvolvimento de “Olhar Racializado” pelas extencionistas em sua prática clínica. De acordo com Geledés (2011), as repercussões do racismo perpassam as questões físicas, trazendo um extremo sofrimento para a vida do sujeito, além de promover baixa estima, humilhação social, extrema irritabilidade, ansiedade intensa, hipertensão, estados fóbicos, entre tantos outros acometimentos. Por isso, é necessário que se considere o racismo como produtor de sofrimento psíquico para que a intervenção terapêutica possa ser mais efetiva (CPF, 2017). Com a finalidade de instrumentalizar o sujeito para situações de enfrentamento de uma sociedade racista, de modo que se promova uma mudança cognitiva e comportamental acerca desse processo, fazendo com que o sujeito possa se compreender de forma positiva, não apenas aceitando-se, como também abrangendo seu amor próprio e sua ancestralidade.

Uma estratégia importante para os processos terapêuticos foi a construção de uma linha do tempo, cujo objetivo central era compreender mais profundamente os aspectos que perpassaram a vida do (a) paciente e que poderiam estar ligados às questões atuais e de sofrimento. A linha do tempo foi uma estratégia proveitosa, uma vez que assuntos que não haviam sido explanados nos primeiros atendimentos surgiam através do seu uso, dando maiores informações acerca das experiências dos sujeitos e sua compreensão sobre as mesmas.

No caso de Lucas, por exemplo, nas primeiras sessões foi construída, colaborativamente, uma linha do tempo visando compreender de forma mais abrangente e longitudinal a sua história. Esta estratégia foi fundamental, pois resgatamos diferentes eventos produtores de sofrimento como: uma tentativa de abuso sexual que sofreu ainda na sua infância, *bullying* e violência física em sua escola durante a adolescência, episódios

de automutilação no início da sua fase adulta, além de episódios de ataques racistas de cunho verbal, moral e físico. Embora não apareçam nas principais referências nacionais sobre suicídio no campo da saúde (BO-TEGA, 2015), consideramos que a tentativa de suicídio teve relação com o racismo e múltiplas violências raciais que funcionaram, neste caso, como fatores predisponentes.

Em todos os casos foi aplicada a Escala de Intensidade das Emoções (Escala tipo Likert com desenhos amigáveis para os pacientes indicarem as principais emoções percebidas durante a semana), a Psicoeducação e o Registro de Pensamentos Automáticos Negativos (PANs).

Sempre no início das sessões era conferida a Escala de Intensidade das Emoções, que funcionava como uma alternativa simplificada e breve às Escalas de Beck (Ansiedade, Depressão, Ideação Suicida e Desesperança). Nela eram investigadas as emoções como medo, raiva, tristeza, alegria, culpa, ansiedade, tranquilidade, vergonha, preocupação/agonia e outras que a pessoa relatasse. Esse recurso possibilitou monitorar os sentimentos ao longo do período de acompanhamento, bem como fazer com que o (a) paciente ficasse mais atento (a) aos acontecimentos durante a sua semana e como eles afetavam sua maneira de sentir.

Na prática da Psicoeducação, houve o estabelecimento de um fluxo de informações de terapeuta para paciente e vice-versa (CALLAHAM; BAUER, 1999). Seu objetivo principal é fazer do sujeito um colaborador ativo, aliado dos profissionais de saúde envolvidos, desse modo, torna-se o procedimento terapêutico mais efetivo (JUSTO; CALIL, 2004).

O registro de Pensamentos Automáticos Negativos (PANs), atividade importante da psicoeducação, ocorria através de um diário semanal no qual eram registrados os principais acontecimentos da semana, adaptado à escolaridade e disponibilidade dos sujeitos para este tipo de ativi-

dade. Dessa maneira, objetivou-se que os pacientes tivessem papel ativo na checagem da realidade e das limitações das suas cognições, caracterizadas como pensamentos automáticos, pressupostos e crenças nucleares (BENNETT-LEVY *et al.*, 2004).

Como afirmam Santos e Medeiros (2017), para identificação de problemas e o direcionamento de metas devem-se fazer questionamentos que conduzam o sujeito a pensar e compreender seu processo de tomada de decisões racionais. Devido ao perfil dos sujeitos atendidos no APC/UFRB, é frequente a necessidade de se investir em treinamento de assertividade para o desenvolvimento de comportamentos como: pedir ajuda, recusar e fazer pedidos, expressar sentimentos e vontades, pedir mudanças de comportamento, desculpar-se e admitir falhas, entre outros.

Em relação à Tríade Cognitiva, que de acordo com Beck (2001) consiste na identificação de três padrões cognitivos: a forma como o indivíduo vê a si mesmo, o mundo e o futuro, observou-se ganho terapêutico significativo no caso de Lucas ao permitir identificar pensamentos automáticos, acontecimentos desagradáveis e agradáveis no seu cotidiano. Considerando a gravidade do seu quadro clínico optamos por utilizar o Teste Psicológico das Escalas Beck (2001), que é composto pelo Inventário de Depressão (BDI), Inventário de Ansiedade (BAI), Escala de Desesperança (BHS) e Escala de Ideação Suicida (BSI). O BDI mede a intensidade da depressão, o BAI a intensidade da ansiedade e a BHS é uma medida de pessimismo que oferece indícios sugestivos de risco de suicídio em sujeitos deprimidos e/ou que tenham história de tentativa de suicídio. A BSI detecta a presença de ideação suicida, mede a extensão da motivação e planejamento de um comportamento suicida. Essas escalas podem ser utilizadas em pessoas que convivem ou não com quadros psiquiátricos, na faixa etária dos 17 aos 80 anos de idades.

Considerando os elevados níveis de estresse e ansiedade identificados nos relatos de Lucas e no BAI, além de dores osteomusculares resultantes de agressões físicas que sofreu como vítima de violência racial física, foram aplicadas técnicas de Auriculoterapia, das Práticas Integrativas de Cuidado em Saúde (PICS), atividades aprovadas pela Portaria 971, em Maio de 2006, regulamentadas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC/MS). A estagiária responsável pelo caso de Lucas era certificada para o uso dessa técnica por curso de Extensão em Saúde do Campo da própria UFRB. Importante ressaltar que a auriculoterapia é baseada no cuidado através do estímulo de um microsistema que se encontra na orelha. Os pontos desse microsistema mapeado estão correlacionados às partes e órgãos de todo o corpo. Por ser uma técnica complementar de cuidado terapêutico, foi realizada através de conduta ética, com responsabilidade e explicação dos benefícios, do procedimento e da sua utilização e manutenção.

No caso de José, foi uma técnica importante utilizada foi a Torta de Responsabilidade. Esta teve a finalidade de que ele pudesse analisar a sua real responsabilidade pelos acontecimentos que o faziam sofrer, além de permitir identificar e alterar distorções cognitivas.

Os atendimentos de todos os casos foram interrompidos devido ao encerramento do ano letivo e, posteriormente, início da Pandemia da COVID-19, a qual contaminou mais de 3 milhões de brasileiros(as) e matou mais de 100 mil pessoas até o momento que descrevemos nossa experiência. Na sessão que antecedeu essa interrupção, foi realizada a avaliação dos ganhos terapêuticos e das metas que ainda não haviam sido alcançadas. Além disso, foram estabelecidas novas metas que seriam cumpridas no ano de 2020 em que se constavam quesitos da vida pessoal, financeira, familiar, acadêmica e/ou laboratorial, questões relacionais, entre outras que fossem necessárias a partir de cada caso.

Resultados terapêuticos alcançados

Mesmo diante das impossibilidades, como as poucas sessões realizadas, atrasos dos sujeitos e situações do cotidiano que afetaram o andamento do processo terapêutico, houve resultados significativos ao longo das sessões. Destacamos a experiência de estabelecimento de vínculo na relação terapêutica, o que possibilitou um ambiente seguro e saudável, fazendo com que fossem construídos laços de confiança entre pacientes e estagiárias. Em diferentes casos, foi possível observar um aumento do repertório de habilidades sociais, além da elevação da autoestima e autoamor.

Lucas, por exemplo, relatou que conseguiu ver qualidades em si que antes não conseguia observar. Além disso, ao ser solicitado a descrever fisicamente sua família e a si, se autodeclarou como “homem negro” pela primeira vez, sendo este um momento extremamente importante do processo psicoterapêutico. Em uma das sessões, durante sua avaliação da sessão verbalizou que o processo psicoterapêutico estava sendo desafiador e libertador para ele, o que traz uma devolutiva significativa frente à terapêutica.

No caso de Joana, o processo psicoeducativo precisou ser interrompido devido à morte de um familiar muito querido por ela e, por esse motivo, foi iniciada a Terapia do Luto. Uma perda significativa e repentina como essa é considerada um evento ameaçador à integridade física, psicológica e social de um indivíduo. Como resposta de enfrentamento, esquemas primários são ativados, e, em uma tentativa de amenizar os sentimentos provocados, os pacientes podem então hipercompensar, evitar ou resignar tais esquemas (BASSO, 2011).

Foi possível realizar o acolhimento de Joana em um primeiro momento, em seguida, foi necessário explicar sobre o processo de luto e pedir que ela escrevesse uma carta direcionada ao seu familiar, uma vez

que ela se culpava por não tê-lo protegido ou evitado sua morte. No decorrer dos atendimentos com Joana, ela pôde perceber que a frequência e intensidade das suas crises de dores diminuía em períodos em que se sentia mais feliz e pioravam em momentos tristes ou estressantes. A satisfação da paciente em estar em terapia e sendo cuidada foi verbalizada diversas vezes, de modo que ela repetia a cada nova sessão sua vontade em dar prosseguimento aos atendimentos.

Em relação a José, as sessões iniciais tiveram como objetivo estabilizar seu humor e reações aos diferentes acontecimentos que colocavam em risco sua saúde física. José apresentou desde o princípio uma percepção dos eventos cotidianos como perigosos e avaliação de que tinha baixa capacidade de lidar com eles, o que correspondia a um estado extremamente ansioso. Vale ressaltar que a maior parte das questões interpretadas como perigosas não nos pareciam distorções cognitivas, mas relacionavam-se à violência cotidiana a que populações periféricas e negras são submetidas, como o assassinato de uma pessoa próxima, por exemplo. Consideramos que a estabilização afetiva através do acolhimento, a aceitação de suas reações de medo e validação de sua dor e sofrimento, gerado pelas experiências de violência atuais e passadas, foi um ganho importante, principalmente por se tratar de um paciente cardiopata.

Acompanhar Miguel foi desafiador devido aos seus constantes atrasos com motivos diversos, incluindo impossibilidades físicas, como um desmaio que sofreu em um espaço público por conta de um episódio de Epilepsia. Mesmo com todas as dificuldades e flexibilidades exigidas para a estagiária terapeuta, um dos resultados que salientamos foi a abordagem do Priapismo como uma questão central no sofrimento relatado por ele. Nesse caso específico houve a necessidade imperativa de retornar ao passado, embora a TCC privilegie a análise do presente.

Foi um processo importante para que a díade José-terapeuta pudessem entender as experiências e múltiplas repercussões da Doença Falciforme.

No caso Jurema, um dos bons resultados obtidos ao longo das sessões, foi o reconhecimento por ela de sua resistência ao se posicionar e relatar fatos sobre sua vida. A partir de algumas técnicas utilizadas, como a Tomada de Assertividade, exploramos seu cotidiano, de maneira a conhecer melhor seu contexto familiar, forma de pensar e agir em diferentes situações. Evitou-se, inicialmente, enfocar seu diagnóstico e sintomas, dessa forma possibilitou-se a expressão de desconfortos e raivas que faziam parte da sua experiência de estar doente sem que isso fosse nomeado. Apenas quando a paciente sentiu-se pronta e segura, foi possível falar sobre o diagnóstico e suas implicações.

O estabelecimento da relação terapêutica e o aumento do repertório de habilidades sociais nos casos aqui apresentados foram essenciais para que houvesse a promoção de comportamentos mais assertivos dos (as) pacientes para resolução de problemas cotidianos. Além disso, houve a promoção de uma relação psicoterapêutica mais efetiva e profunda. Diante disso, mesmo que ainda na fase inicial, o processo terapêutico possibilitou uma maior compreensão dessas pessoas sobre suas histórias de vida, seus repertórios comportamentais diante de seus familiares e amigos e o estabelecimento de um vínculo terapêutico sensível às questões pontuadas pelos mesmos, bem como a validação de suas vidas, histórias, dores e sofrimentos.

Considerações Finais

O Estágio Básico II foi uma experiência revolucionária e desafiadora que possibilitou o aprendizado de conhecimentos teóricos acerca do processo terapêutico, das técnicas utilizadas na TCC, de pesquisadores e no-

vas linhas e campos de conhecimento, bem como um vasto conhecimento prático de se fazer uma clínica diferenciada, racializada, voltada para o sujeito, para seus pensamentos, sentimentos e comportamentos. Além disso, defrontou as estagiárias com suas próprias frustrações e expectativas acerca do funcionamento e desenvolvimento do processo terapêutico.

O exercício da busca constante de informações relatadas anteriormente, tanto técnicas quanto teóricas, promoveu uma implicação no planejamento e execução, além de reafirmar que o processo terapêutico é muito mais que a aplicação de técnicas. Está na forma como escutamos ativamente, enxergamos aquele indivíduo à nossa frente e estamos presentes nessa grande troca que é a Psicoterapia.

Vale salientar a importância do diálogo, dos *feedbacks* recebidos/dados e a forma como são feitos, assim como a postura ética e política nesse espaço. Nesse sentido, é necessário reconhecer que um dos limites encontrados foi a falta de disponibilidade de agenda de alguns pacientes, fazendo com que houvesse alguns atrasos no processo terapêutico e que o número de sessões fosse inferior ao esperado.

Foi perceptível a importância de desenvolver novos estudos acerca da compreensão sobre as queixas centrais e comorbidades pré-existentes de pessoas que vivem com doenças crônicas incapacitantes, a exemplo da Fibromialgia e seus impactos emocionais, Anemia Falciforme, o Priapismo, AVC, Esclerose Múltipla, entre outros, a fim de que se viabilize intervenções cada vez mais eficientes e eficazes, oferecendo o suporte e as intervenções adequadas para cada sujeito. Além disso, o estágio possibilitou a compreensão da importância e os efeitos benéficos da construção e fortalecimento do vínculo terapêutico, como elemento que favorece a efetividade da terapia, auxiliando pacientes a adquirir confiança e às estagiárias a verem no outro um sujeito complexo. O estágio também proporcionou a discussão de questões relacionadas ao machismo/patriarca-

do, ao racismo e às diversas questões psicológicas e sofrimentos psíquicos relacionados à organização da sociedade.

Entendemos que faz parte do processo terapêutico se disponibilizar para o outro em seu processo de cuidado, com um olhar voltado para as pessoas que são massacradas, excluídas e menosprezadas dentro de uma política neoliberal que mata e oprime todas(os) aqueles(as) que não condizem com um “padrão” ditado por poucos. Nesse contexto, faz-se necessário que todo(a) e qualquer psicólogo(a) tenha um olhar frente às questões de raça/etnia, gênero, religiões, de ser e estar no mundo em suas maiores distinções e especificidades, olhando o sujeito como um todo e promovendo, dessa forma, a potencialização de bem estar e de qualidade de vida em todos os âmbitos de sua existência.

Referências

ADRIÃO, Karla Galvão; RODRIGUES, Mariana Borelli. Racialização, subjetividades, arte e estética: um estudo de caso a partir da formação em psicologia. **Revista PerCursos**, Florianópolis, v. 20, n.44, p. 112 -137, set./dez. 2019.

ALMEIDA, S. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Editora Letramento. 2018.

BAHLS, Saint-Clair; NAVOLAR, Ariana Bassetti Borba. Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. **Psico UTP online Revista Eletrônica de Psicologia**, Curitiba, 2004.

BASSO, Lissia Ana; WAINER, Ricardo. Luto e perdas repentinas: contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 35-43, jun. 2011.

BECK, Judith S. **Terapia cognitiva: teoria e prática/** Judith S. Beck; trad. Sandra Costa- Porto Alegre: Artmed, 1997.

BENNETT-LEVY J., *et al.* **The Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy.** Oxford, UK: Oxford University Press, 2004.

BETTINI, Samara Maria; PARISOTTO, Daniele. Auriculoterapia como recurso terapêutico para pacientes que apresentam queixas de dor e insônia. **Revista UNIANDRADE**, 2018.

BOTEGA, NJ. **Crise Suicida: avaliação e manejo.** Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. Lei Nº 11.788. **Da definição, classificação e relações de estágio.** Brasília. 25 de Setembro, 2008. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/legislacao/leis-e-normas/>. Acesso em: 08. Ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual da anemia falciforme para a população** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

CALLAHAM, M.A.; BAUER, M.S. Psychosocial Interventions for Bipolar Disorder. **The Psychiatric Clinics of North América**, 22, 675-88, 1999.

CERIONI, Rita Aparecida Nicioli; HERZBERG, Eliana. Triagem psicológica: da escuta das expectativas à formulação do desejo. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 19-29, dez. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516=36872016000300002-&lng=pt&nrm=iso, 08, Ago. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relações Raciais: Referências Técnicas para atuação de psicólogas/os.** Brasília: CFP, 2017.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

DUTRA, Oscar P. II Diretriz brasileira de cardiopatia grave. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 87, n. 2, p. 223-232, Aug. 2006.

JUSTO, L.P.; CALIL, H.M. Intervenções psicossociais no transtorno bipolar. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 31, n.2, p. 91-9. (2004).

QUINTANA, Jacqueline Feltrin. A relação entre hipertensão com outros fatores de risco para doenças cardiovasculares e tratamento pela psicoterapia cognitivo comportamental. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, p. 03-17, jun. 2011 .

ROSA, Rosana Cardoso M. *et al.* Cardiopatias congênitas e malformações extracardíacas. **Rev. paul. pediatr.** São Paulo, v. 31, n. 2, p. 243-251, junho de 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822013000200017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08. Ago. 2020.

ROSENFARB, I. S. A Behavioral Analytic Interpretation of the Therapeutic Relationship. **The Psychological Record**, 42, 341-354, 1992.

TAVARES, Jeane Saskya Campos; KURATANI, Sayuri Miranda de Andrade. Manejo Clínico das Repercussões do Racismo entre Mulheres que se “Tornaram Negras”. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v.39, e184764, 2019 Epub 27-Jun-2019.

WRIGHT, Jesse H. **Aprendendo a terapia cognitivo comportamental: um guia ilustrado**/ Jesse H. White, Monica R. Basco, Michael E. Thase; tradução Mônica Giglio Armando.- Porto Alegre: Artmed, 2008.

Prática neuropsicológica: relatos de casos clínicos

Kelly Cristina Atalaia da Silva

Ailla Cardoso da Silva Santos

Camila Oliveira de Amorim

Lais Souza Anias

Renata da Silva Lima

Sandra Jesus Almeida

Tainá Morais da Silva

Introdução

Neuropsicologia é uma ciência que estuda a relação entre cérebro, comportamento e cognição, sendo uma interface entre o campo das ciências humanas e biológicas (LEZAK *et al.*, 2004). Por ser uma área das Neurociências, a Neuropsicologia tem uma faceta interdisciplinar em sua essência, uma vez que utiliza aportes teóricos e técnicos de diversas ciências que se debruçam sobre o estudo do sistema nervoso, como Biologia, Medicina, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, e Fonoaudiologia. No Brasil, a regulamentação da Neuropsicologia como uma especialidade da Psicologia ocorreu através da Resolução 002/2004 do Conselho Federal de Psicologia. A prática neuropsicológica envolve basicamente duas vertentes: avaliação e reabilitação. A avaliação neuropsicológica tem como objetivo realizar diagnósticos referentes a alterações cognitivas, emocionais, comportamentais e funcionais, estabelecendo um correlato neuroanatomofuncional. A avaliação diagnóstica serve de base para a implementação de planos de tratamento, tanto medicamentoso como psicoterápico e de reabilitação neuropsicológica. A avaliação neuropsicológica nos permite compreender os pontos de fortaleza e de fraqueza dos diversos domínios cognitivos e comportamentais associados às patologias que acometem o

sistema nervoso. Diagnósticos neurológicos e psiquiátricos, na maioria dos casos, são complexos e necessitam de diferentes olhares para uma compreensão mais adequada. Neste sentido, a Neuropsicologia contribui de forma significativa no esclarecimento diagnóstico de patologias neuropsiquiátricas ao longo de todo o curso do desenvolvimento.

Por outro lado, em sua vertente terapêutica, a reabilitação neuropsicológica tem o propósito de auxiliar na recuperação de uma função cognitiva comprometida, promovendo estratégias compensatórias e funcionais que propiciarão melhora ou manutenção da autonomia e qualidade de vida do paciente e de seus familiares (WILSON, 1989). A reabilitação neuropsicológica, amparada pela premissa básica dos mecanismos de plasticidade neuronal, propicia o estabelecimento de rotas neuronais alternativas capazes de compensar, em certa medida, funções cognitivas que foram comprometidas em decorrência de doenças e transtornos neuropsiquiátricos, tais como processos neurodegenerativos (síndromes demenciais, esclerose múltipla), lesões adquiridas (traumatismo cranioencefálico, acidente vascular encefálico), quadros neurodesenvolvimentais (Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, Autismo) ou transtornos neuropsiquiátricos (transtorno de ansiedade, depressão). Pautando sua atuação nas práticas baseadas em evidência, os planos de reabilitação neuropsicológica partem dos resultados obtidos pela avaliação neuropsicológica para o estabelecimento de metas construídas em conjunto com os pacientes e seus familiares (HAZIN *et al.*, 2018). Após o período de intervenção, uma nova avaliação neuropsicológica é realizada a fim de verificar mudanças em relação à avaliação feita antes do processo de reabilitação.

Vários são os benefícios propiciados pelas práticas neuropsicológicas, porém, no Brasil, raros são os locais que oferecem esta prática al-

tamente especializada em serviços públicos de saúde. No contexto do recôncavo baiano, até o presente momento, observamos a prestação de serviços neuropsicológicos apenas na rede privada (de forma bastante escassa), deixando de fora a possibilidade de acesso por parte da população mais vulnerável socioeconomicamente. A fim de ofertarmos este serviço para a população do recôncavo, planejamos a implementação do estágio supervisionado em Neuropsicologia através do Serviço de Psicologia da UFRB. Ressaltamos que foi a primeira vez, no âmbito da UFRB, que o estágio na área de Neuropsicologia Clínica foi ofertado. A seguir, elencamos os relatos de alguns dos casos clínicos atendidos durante o ano de 2018.

Relatos de casos clínicos

Com o intuito de caracterizarmos os casos clínicos de modo mais particular, para além de identificarmos comprometimentos neurocognitivos e sindrômicos, buscamos inspiração nas obras de Luria (2008) e Sacks (1997) para nomear os casos clínicos apresentados.

A Mulher da Roça de Mandioca

A Mulher da Roça de Mandioca era uma obstinada agricultora. Branca, aposentada, mãe de 10 filhos. Chegou à clínica-escola acompanhada de sua filha, com quem morava há mais de oito anos. Descrevia-se como uma adulta-jovem e trabalhadora rural desde criança. O que ela não contava era que já havia completado 93 anos. Não se reconhecia através de fotos recentes e já não realizava tarefas domésticas desde os 70 anos, precisando de apoio para locomoção e higiene pessoal. Há 10 anos, esquecia-se de onde estava, de que era viúva, dos nomes e da existência dos filhos e netos.

Dizia-se amiga daqueles com quem se afeiçoava. Ela se afeiçoou a mim, e eu a ela. Era esse o vínculo terapêutico tão importante no trabalho do psicólogo. Só que, como estagiária, eu não contava que tal vínculo precisasse ser construído a cada encontro, já que este era sempre como se fosse o primeiro para minha paciente. O acompanhamento neuropsicológico deu-se através da avaliação neuropsicológica (AN), realizada em seis sessões, de 50 min cada, com a aplicação de entrevistas, observação comportamental e instrumentos neuropsicológicos; reabilitação neuropsicológica (RN), realizada em doze sessões, e reavaliação neuropsicológica, ao fim da reabilitação.

Na avaliação foi aplicado o Mini-Exame do Estado Mental (LOURENÇO; VERAS, 2006), o *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the elderly* (CARRABBA *et al.*, 2015), o Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer (SANCHEZ; LOURENÇO, 2011) e a Escala de Depressão Geriátrica (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005) para avaliação do humor. Uma tomografia de crânio apresentada pela cuidadora indicava sinais de microangiopatia degenerativa, involução cortico-subcortical, sobretudo dos lobos temporais e redução volumétrica dos hipocampus.

Durante a avaliação, observou-se um funcionamento cognitivo geral prejudicado e um alto nível de dependência funcional. Foi levantada hipótese de provável doença de Alzheimer. Assim, foi aplicada a Bateria Neuropsicológica CERAD - *Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease* (BERTOLUCCI *et al.*, 2001). O Escore Isquêmico de Hachinski (HACHINSKI *et al.*, 1975) afastou a hipótese de uma possível demência vascular. Por fim, o Estadiamento Clínico da Demência – CDR (MACEDO MONTAÑO; RAMOS, 2005) indicou quadro demencial em estágio avançado. Na avaliação, foi realizada a técnica de redução do intervalo de evocação, para a memória de trabalho, através de uma informação verbal. Verifi-

cou-se que o menor intervalo entre a evocação da informação foi de 60 segundos sem a recordação.

A idosa apresentava preservação da memória implícita e habilidade construtiva visual. As alterações na orientação e memória episódica eram mais evidentes, fato que refletia na dificuldade em transformar memórias de curto para longo prazo. Por isso, todos os encontros eram como a primeira vez para ela. A RN baseou-se no aproveitamento das funções cognitivas preservadas e a adaptação às perdas adquiridas pelo quadro demencial, através das técnicas de Aprendizagem Sem Erro (WILSON, 2009) e tarefas ecológicas. Os encontros iniciavam com Terapia de Orientação para a Realidade (TOR) baseado nas suas vivências pessoais, através de um calendário agrícola mensal.

A reavaliação neuropsicológica mostrou mudanças significativas em recordação tardia, reconhecimento, fluência verbal e habilidade construtiva. Por outro lado, apresentou prejuízo qualitativo da praxia e linguagem, como ocorre ao longo da progressão da doença. Através da observação clínica, foram percebidas diferenças qualitativas em orientação e comportamento, pois esta levava menos tempo para se acomodar e parecia não estranhar ao espaço e a mim, levando à hipótese de aprendizagem implícita. Ela parecia expressar, pela memória implícita, respostas aprendidas e julgamentos enraizados, tão presentes quanto à raiz da mandioca, que, apesar de não visível numa plantação, ainda está lá. Submersa na terra potente e fértil, bem como a nossa capacidade plástica cerebral, em toda diversidade de áreas do processamento das informações transformadas em memórias visuais, táteis, afetivas, auditivas, entre outras, possíveis e ativas no processo reabilitativo.

Essa experiência foi de grande relevância para o aprimoramento profissional, pois pôde refletir sobre o fazer “psi”, que deve ter como

centro a noção do cuidado, principalmente ao acompanhar um caso de paciente com um prognóstico reservado pelo curso da doença. Prestar atenção às capacidades do sujeito e à qualidade da relação estabelecida, validar a história de vida e reabilitar o que for possível, a partir das necessidades do sujeito, foi sem dúvidas maior ganho a cada (re)encontro.

A mulher que bordava e desenhava vestidos

Os filhos buscaram atendimento na triagem do Serviço de Psicologia da UFRB para uma mulher, branca, 79 anos, casada, relatando que ela estava com dificuldades de memória. Afirmam que ela começou a esquecer refeições no fogão e torneiras abertas há aproximadamente cinco anos. A paciente, durante sua vida, foi uma costureira e empresária, vendia artigos de roupa e bordado. No momento dos atendimentos, estava aposentada. As atividades e o autocuidado foram direcionados para uma cuidadora, que acompanhava a paciente durante as sessões. No período do estágio foram realizadas: AN, RN e reavaliação neuropsicológica em 16 sessões com 50 minutos cada. Com as pessoas idosas, a AN conta com avaliações das atividades de vida diária, entrevistas com informantes, avaliações comportamentais e de humor.

Neste caso, foram utilizados os seguintes instrumentos para compor a AN: triagem inicial com a paciente e familiar, bateria CERAD composta pelo MEEM, Fluência Verbal (animais), Teste de Nomeação de Boston, Lista de Palavras (recordação imediata, tardia e reconhecimento) e Habilidade Construtiva. Além da CERAD, foram utilizados: o Teste do Desenho do Relógio (TDR) (ATALAIA-SILVA; LOURENÇO, 2008) e a Escala Geriátrica de Depressão. Com o filho, foram utilizados o IQCODE e o QPAF para avaliar a funcionalidade da paciente.

Após uma avaliação qualitativa, optamos por incluir a Bateria de Avaliação Frontal (FAB) (BEATO *et al.*, 2007) para a realização de diagnóstico diferencial entre a Demência de Alzheimer (DA) e demência fronto-temporal. A inclusão da FAB foi em razão de comportamentos relacionados a comprometimento no controle inibitório, como, por exemplo, a paciente sempre desenhava vestidos em todas as atividades. Após a AN, optamos por iniciar a RN considerando a hipótese de provável DA em fase moderada, visto que os déficits de memória eram predominantes. Observamos maior comprometimento de memória episódica, orientação e funcionalidade. Além destes comprometimentos, a paciente tinha habilidade praxica e memória implícita preservadas.

A RN contou com atividades que fossem significativas e prazerosas para a paciente. No início da RN, a paciente começou a fazer uso da Olanzapina (2,5mg), com indicação médica. À medida que a RN ia acontecendo, os seus filhos, sob orientação médica, foram aumentando as doses da medicação. Com isso, a paciente ficava sonolenta durante as sessões.

Durante a RN foram realizadas principalmente atividades relacionadas à memória implícita e às habilidades praxicas. O bordado era algo que ela realizou durante sua vida e foi incluído durante as sessões o bordado “ponto-cruz”, considerando todos os passos para bordar (desde desenhar o bordado até realizar no tecido). Além disso, os desenhos dos vestidos estavam sempre presentes, portanto, optamos por realizar atividades de memória com estes desenhos. Como o maior comprometimento era na memória, em geral, a paciente solicitava “pistas” para a evocação das figuras desenhadas. Considerando a aprendizagem sem erros (WILSON, 2009) no processo de RN, as “pistas” eram fornecidas. Após a reabilitação, foi realizada uma reavaliação com os mesmos instrumentos da AN inicial. Os ganhos da paciente foram pontuais, principalmente com

relação à orientação. É preciso considerar que o uso da medicação causava sonolência, diminuindo o foco atencional da paciente, o que pode ter influenciado no processo.

Neste caso, outras variáveis interferiram no processo e modificaram o curso da RN, demonstrando que a evolução de um paciente nem sempre ocorrerá de acordo com as expectativas profissionais. As práticas em Neuropsicologia, os estudos e as supervisões foram cruciais para pensar numa Psicologia comprometida, que tem como base nas suas intervenções as potencialidades dos sujeitos para além de um comprometimento/patologia. Destacamos a importância dessa prática no Recôncavo Baiano, ampliando a visão dos/das discentes de Psicologia para outras possibilidades além das práticas clínicas convencionais.

O homem de meias palavras

Um homem, de 37 anos, divorciado, buscou o Serviço de Psicologia da UFRB para atendimento clínico e AN. Tinha ensino superior incompleto, e as questões que lhe traziam ali eram por conta das dificuldades de um Acidente Vascular Cerebral (AVC) que havia sofrido há aproximadamente cinco anos. O paciente, na época do AVC, trabalhava em uma indústria de medicamentos. Ficou internado por dois meses e apresentou dificuldades na sua fala durante esse período. As dificuldades relatadas na AN eram relacionadas à memória, complicações para ler, falar, escrever, digitar, e realizar atividades com a mão direita. A rotina diária do paciente também havia mudado de forma drástica, ele pouco se envolvia com atividades sociais e havia parado de trabalhar, o que era motivo de bastante sofrimento. Por muitas vezes foi desafiador compreendermos sua fala durante os atendimentos.

As sessões iniciaram com a AN, com o objetivo de observar pontos funcionais e cognitivos preservados e comprometidos do paciente. A partir desse ponto, começamos a estruturar o plano de RN. Os instrumentos utilizados no processo foram desde o rastreio cognitivo com o MEEM, Teste do Desenho do Relógio (TDR) e o *Cambridge Cognitive Examination - CAMCOG-R* (PARADELA, 2007), até escalas que avaliam a qualidade de vida e funcionalidade do sujeito, como a Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-bref) (FLECK, 2000).

Foram utilizados também os instrumentos de Avaliação Neuropsicológica breve (NEUPSILIN) para adultos (FONSECA; SALLES; PARENTE, 2008) e o Token Test - versão reduzida (MOREIRA *et al.*, 2011). Para avaliação do humor, foram utilizados os Inventários de Depressão e Ansiedade Beck - BDI e BAI (CUNHA, 2001). Também foram elaboradas tarefas ecológicas adaptadas ao quadro do paciente.

Os resultados da AN apontaram para algo já esperado, como as dificuldades de linguagem, nas tarefas de escrita, onde o paciente escrevia de forma espelhada e apresentava palavras desconexas, muitas vezes sem presença de sentido semântico. Observamos dificuldade para nomeação de palavras, fato que se confirmava em seu discurso restrito, e, por vezes, sem lógica, expondo-se com muitos gestos e poucas palavras. Por conta disso, apontamos que possivelmente a rota fonológica teria sido a mais prejudicada durante o AVC. Consideramos, então, os diagnósticos prováveis de Afasia de Broca e/ou de Condução.

A partir desse momento, após a devolutiva ao paciente, iniciamos a RN. As sessões aconteciam duas vezes por semana e ao todo foram realizadas treze sessões. As atividades envolviam psicoeducação, tarefas que trabalhavam as habilidades de memória, nomeação e linguagem, sempre trazendo para as sessões conteúdos que faziam parte da vida do paciente, como, por exemplo, o futebol.

No momento de reavaliação final, foi possível observar que o paciente se beneficiou do processo de RN, apresentando melhora de algumas funções, como atenção e linguagem, mas também uma maior adaptação em sua vida diária. O paciente também se via mais independente e mais disposto a fazer trocas sociais com outras pessoas, o que se desenrolou inclusive em uma nova aproximação afetiva com uma parceira, o que era algo muito válido e importante para ele, uma vez que o paciente sempre trazia para as sessões a importância de ter um novo relacionamento afetivo.

Podemos então pensar o quão significativo foi todo esse processo clínico, que envolveu desde o processo de vinculação, até avaliação das fragilidades, mas também das potencialidades desse paciente. O caminhar da RN nos convida mesmo a isso, nem sempre é fácil, mas é libertador! É conseguir ressignificar os acontecimentos e enxergar possibilidades e rotas que ainda são passíveis de mudanças.

O menino que venceu a matemática

Este caso clínico diz respeito a um jovem adulto (26 anos), pardo, solteiro, graduado numa área de exatas. O título traz o termo “menino”, pois ao longo do processo terapêutico o paciente fez as pazes com a criança que foi. O paciente procurou o Serviço de Neuropsicologia com queixa de sintomas intensos de ansiedade há pouco mais de um ano. O mesmo já havia abandonado parte de suas relações interpessoais e pensava em abandonar sua carreira acadêmica, devido ao quadro no qual se encontrava.

A AN iniciou-se com uma anamnese detalhada e, em seguida, houve a construção de uma linha do tempo referente ao curso de seus

sintomas ansiosos. A avaliação contou, ainda, com a aplicação de instrumentos para construção do perfil neuropsicológico: NEUPSILIN, Teste de aprendizagem auditivo-verbal de Rey (RAVLT) (DE PAULA; MALLOY-DINIZ, 2018), para avaliação de memória recente, aprendizagem, interferência, retenção e memória de reconhecimento; Escalas Beck BDI e BAI); e de avaliação do nível de desesperança (Beck Hopelessness Scale-Escala de Desesperança de Beck-BHS) e de Ideação suicida (Beck Scale for Suicide Ideation-Escala de Ideação Suicida Beck-BSI) (CUNHA, 2001).

Os resultados revelaram um sujeito com défices atencionais, de memória de trabalho e visuo-espacial. Já no início do rastreo, identificamos um desempenho atípico do paciente no que diz respeito às habilidades aritméticas. O desempenho comprometido nas habilidades numéricas chamou a atenção, o que levou à necessidade da elaboração de tarefas para a avaliação desta habilidade (Tarefa de Verificação de Desempenho em Aritmética; Tarefa de Avaliação de Reconhecimento Numérico; Tarefa de Ditado Numérico; Tarefa de Verificação da capacidade de Subitização; tarefa Oral de Verificação de desempenho em Aritmética, além de uma Investigação de Trajetória Escolar).

Através da AN construímos o perfil do paciente que sofria de uma ansiedade grave cursando com uma depressão em grau moderado. O curso da AN reuniu diversas evidências da presença de uma discalculia do desenvolvimento. Referida hipótese diagnóstica foi conduzida de forma criteriosa devido à baixa prevalência deste transtorno na população e pela raridade em relatos de casos de pacientes com discalculia do desenvolvimento com nível superior de escolarização.

O paciente passou por sessões de *Mindfulness* de forma guiada durante os encontros e, também em casa, através de áudios de apoio. Foi feita, ainda, psicoeducação breve acerca do modelo cognitivo, pensamentos

automáticos negativos e distorções cognitivas, além de psicoeducação acerca da respiração. Foram desenvolvidas tarefas que aliaram as queixas provenientes do quadro de discalculia do desenvolvimento e do déficit em memória de trabalho e memória visuo-espacial, com o fim de melhorar das habilidades referentes a estes défices.

Pôde ser observado que o paciente se beneficiou do tratamento, a começar pelo acesso a um neuropsicodiagnóstico. As hipóteses diagnósticas levantadas contribuíram para que o mesmo pudesse entender seus sentimentos, comportamentos e os acontecimentos à sua volta. O paciente declarou que a recepção do diagnóstico, principalmente da discalculia do desenvolvimento, tivera um efeito de auto perdão, pois o mesmo atribuía seu comportamento ao longo de toda sua trajetória acadêmica a uma falha em seu esforço pessoal.

A reavaliação por meio dos instrumentos psicológicos apresentou, de forma objetiva, o quanto houve de melhoras no quadro neuropsicológico do paciente. A observação acurada e o *feedback* positivo do paciente, por sua vez, demonstraram eficiência da proposta baseada no princípio de que a plasticidade cerebral pode beneficiar-se da relação organismo-ambiente, além de evidenciar a importância de um *rapport* bem construído.

O ganho para a vida profissional veio através desse aprendizado de que os psicodiagnósticos nem sempre são exatos, pois cada pessoa pode apresentar um quadro com peculiaridades únicas, e que, cada paciente vai exigir um diferente empenho de estudo e criatividade. Oferecer AN e RN a baixo custo (no presente caso, sem custo algum) e adaptada às necessidades de cada paciente, demonstra que a Psicologia pode ser oferecida de forma democrática promovendo autonomia da pessoa sobre sua própria vida.

A mulher que sentia prazer em limpar

Esse caso relata a evolução de uma senhora de 63 anos, que chegou ao Serviço de Psicologia com sintomas ansiosos e comportamentos de repetição ligados à limpeza e organização. A paciente era divorciada, morava sozinha, mãe de três filhos já adultos, e avó de quatro netos. Possuía ensino médio completo, não tinha profissão, utilizava seu tempo nos cuidados do lar. Procurou ajuda após seus familiares notarem excessos em seus comportamentos, que envolviam limpar a casa repetidas vezes, obsessão por objetos de decoração em ordem, e alimentos comprados em certos cortes, para que a geladeira ficasse em perfeita organização. Havia indícios de um provável quadro de transtorno obsessivo compulsivo (TOC).

Nos primeiros encontros, foram realizadas sessões para investigação mais detalhada sobre os sintomas de TOC e depressão, com entrevistas estruturadas a partir dos critérios diagnósticos do DSM-V. Em seguida, foram realizadas oito sessões de AN, para observar as habilidades cognitivas funcionais e disfuncionais. Para isso, foram utilizados alguns instrumentos psicométricos de rastreio e outros específicos, sendo eles: Escala de Beck BAI e BDI; CAMCOG; a escala de Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) (OLIVEIRA *et al.*, 2015); de Atividades de Vida Diária (AVD) (LINO *et al.*, 2008); Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (SANTOS; JÚNIOR, 2008); EGD; Questionário do Inventário Neuropsiquiátrico (NPI) (CAMOZZATO *et al.*, 2015); WHOQOL-OLD (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003), RAVLT; Teste dos Cinco Dígitos (FDT) (SEDÓ; DE PAULA; MALLOY-DINIZ, 2015), e NEUPSILIN.

Após a AN, foi evidenciada funcionalidade preservada, e, em algumas funções, como memória de trabalho, memória verbal episódica-se-

mântica, memória de curto e longo prazo, processamento de inferências, funções executivas, e na velocidade do processamento, foram observadas dificuldades discretas. No que se refere à depressão e sintomas psiquiátricos, a paciente obteve resultados negativos. Por outro lado, os escores de ansiedade foram elevados.

Na sequência, demos início às sessões de reabilitação, sendo 12 no total. As sessões focaram em exercícios de *Mindfulness*. Foram desenvolvidas também atividades que envolviam treinamento de habilidade de função executiva, dentre elas, narração de história através de uma ficha de imagens, elaboração de história através de imagens embaralhadas que deveriam seguir uma sequência lógica, resolução de labirintos, e atividades que relacionavam cores, palavras e formas geométricas, que trabalhavam especificamente função inibitória.

No final das sessões de reabilitação foi realizada uma reavaliação, onde foram replicadas as escalas BECK (BAI e BDI) e o FTD, o RAVLT e o NEUPSILIN. Foram identificadas melhoras significativas nos escores. Com a psicoeducação e o entendimento de como seu corpo funcionava sob estresse e ansiedade, e como essa ansiedade estava sendo liberada na organização e arrumação da casa, juntamente com os exercícios de *Mindfulness*, a preocupação com os afazeres domésticos e a repetição já se mostravam reduzidas. Outros avanços apresentados foram nas habilidades relacionadas ao controle inibitório, atenção seletiva, e melhoras no funcionamento da memória, fruto dos exercícios propostos na RN.

Os avanços alcançados com a RN trouxeram melhor qualidade de vida para a paciente. Apesar do curto tempo de prática, as metas foram alcançadas, e técnicas foram aprendidas para o melhor funcionamento das suas atividades de vida diária. Ressaltamos a importância de democratizar o acesso às práticas neuropsicológicas, pois as mesmas têm muito

a contribuir e apresentam grande eficácia em tratamentos psiquiátricos. Foi uma experiência que trouxe crescimento acadêmico e profissional, através da aprendizagem de estratégias e habilidades que permeiam a atuação psicológica.

O caso do canto dos pássaros

O quadro clínico aqui apresentado relata o acompanhamento de um homem de 83 anos, branco, casado, com baixa acuidade visual e que apresentava declínio mnemônico após AVC. A AN contou com a observação dos relatos, dos comportamentos, da história pregressa e a avaliação por instrumentos formais. Como instrumentos, foram usados o MEEM, o RAVLT, o CAMCOG-R, os inventários BDI e BAI e as escalas IQCODE e QPAF.

A partir da AN, foi levantada a hipótese diagnóstica de Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), quadro de declínio em uma ou mais função cognitiva sem a existência de comprometimento significativo da funcionalidade do sujeito, sem que esse comprometimento seja mais bem explicado por algum transtorno do humor ou quadro demencial (RIBEIRO; CONSENZA, 2013). O CCL observado foi classificado como Mnêmico de Único Domínio, já que a memória foi a única habilidade em que foi observado comprometimento.

A intervenção foi planejada a partir desse ponto, contando com atividades de categorização, criação de histórias absurdas, momentos de escuta, realização de atividades que exigiam atenção e a prática de *Mindfulness*. Um dos aspectos mais relevantes do processo de reabilitação foi a escolha de temáticas sempre relacionadas à história de vida do paciente, permitindo usar memórias bem estabelecidas como recurso ao reabilitar os aspectos em declínio e proporcionando maior interesse do paciente no processo.

Ao longo da vida, o então idoso havia trabalhado em uma loja de mantimentos, em uma fábrica de instrumentos musicais e em um armazinho. Agora era aposentado, residindo em um pequeno sítio com sua esposa. As ocupações laborais eram sempre relatadas nos momentos de escuta como aspectos importantes da vida do paciente, e foram as temáticas para a maioria das atividades de memorização. Porém, uma queixa subjetiva de como o déficit mnemônico o afetava deu tema a uma das atividades mais marcantes do processo. O paciente relatou que um dos seus principais incômodos com o esquecimento estava em não mais recordar dos cantos de cada pássaro que passava por seu quintal. Ouvia o canto, mas não conseguia identificar a ave. Um tanto por conta da baixa acuidade visual, que não lhe permitia ver a ave com nitidez, mas, também, um tanto pelo déficit de memória, que não o permitia recordar pela sonoridade do canto de que ave se tratava. Considerando a queixa do paciente e entendendo que o processo de reabilitação objetiva tornar a vida do mesmo mais funcional, melhorar sua qualidade de vida e atenuar os efeitos do declínio em curso (WILSON, 2009), foi realizado um treino de memorização planejado com essa temática, envolvendo estímulos sonoros (referentes aos pássaros que habitam a região onde o paciente residia).

Ao fim da RN, nova AN foi realizada. Observamos, tanto por meio da avaliação normatizada quanto pelas observações qualitativas, que o paciente de fato obteve melhoria em sua qualidade de vida e em sua habilidade de memória. Havia retomado algumas atividades antes abandonadas, como tomar um táxi e ir ao barbeiro ou ver seus amigos tocarem em um clube de músicos. Em seu *feedback*, sentia-se satisfeito com o processo. Relatou ter sido a atividade com o canto dos pássaros a sua preferida. O *feedback* da cuidadora confirmou o relato, já que o idoso foi visto no quintal observando o canto dos pássaros como há muito tempo não fazia.

A experiência foi desafiadora, uma vez que planejar uma AN e uma RN são processos complexos. Todas essas atividades exigem empatia, respeito, ética e também a aprendizagem de um novo repertório de conhecimentos, sobre os assuntos significantes para o sujeito. Aprendemos sobre memória, atenção, habilidades cognitivas em geral, mas também tivemos que conhecer mais sobre instrumentos musicais, sobre a prática de *Mindfulness*, sobre bem-ti-vis, rolinhas, andorinhas, quero-queros e mães-da-lua. Aprendemos que aprender era parte fundamental do processo de reabilitar.

Considerações finais

Conforme pode ser observado, a Neuropsicologia Clínica tem muito a contribuir com a qualidade de vida das pessoas que passam por algum tipo de acometimento neuropsiquiátrico. Acreditamos que a prática de estágio supervisionado em Neuropsicologia proporcionou o desenvolvimento de habilidades técnicas e interpessoais imprescindíveis para a atuação profissional do psicólogo. Apesar dos desafios encontrados (falta de recursos institucionais para aquisição de instrumentos, necessidade de arcarmos com os gastos de testes e instrumentos a partir de recursos próprios, e desconhecimento da prática neuropsicológica por parte da comunidade acadêmica), consideramos ter sido uma experiência primorosa tanto no processo formativo dos discentes do curso de Psicologia como na prestação de um serviço de saúde qualificado para a população com vulnerabilidade socioeconômica do recôncavo baiano. Esperamos que este estágio possa ser implementado como uma ação permanente do curso de Psicologia da UFRB.

Referências

ATALAIA-SILVA, K.C & LOURENÇO, R.A. Translation, adaptation and construct validation of the Clock Test among elderly in Brazil. **Revista Saúde Pública**, 2008.

BEATO, R. G. *et al.* Brazilian version of the Frontal Assessment Battery (FAB): Preliminary data on administration to healthy elderly. **Dementia & Neuropsychologia**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 59-65, 2007.

BERTOLUCCI, P. H. F. *et al.* Applicability of the CERAD neuropsychological battery to Brazilian elderly. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** v.59, n.3A, p. 532-536, 2001.

CAMOZZATO, A. L. *et al.* Validity of the Brazilian version of the Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q). **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 73 n.1, 41-45, 2015.

CARRABBA, L. H. G. *et al.* Características psicométricas das versões completa e reduzida do IQCODE-BR em idosos de baixa renda e escolaridade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, 715-723, 2015.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: casa do psicólogo, 256, 2001.

FLECK, M. P, CHACHAMOVICH, E, TRENTINI C.M. [WHOQOL-OLD Project: method and focus group results in Brazil]. **Rev Saude Publica**. Dec;v.37, n.6793-9, 2003.

FLECK, M. P. D. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p.33-38, 2000.

FONSECA, R. P., Salles, J. F. D., & Parente, M. A. D. M. P. Development and content validity of the Brazilian brief neuropsychological assessment battery Neupsilin. **Psychology&Neuroscience**, v.1, n.1, 55-62, 2008.

HACHINSKI, V. C., ILIFF L. D., ZILKHA E. *et al.* Cerebral blood flow in dementia. **Archives of neurology**. V.32, n.9, p. 632-637, 1975.

HAZIN, I.; FERNANDES, I.; GOMES, E.; GARCIA, D. Neuropsicologia no Brasil: passado, presente e futuro. **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v.18., n.4, p. 1137-1154, 2018.

LEZAK, M. D.; HOWIESON, D. B.; LORING, D.W. **Neuropsychological Assessment** (4th ed.). New York: Oxford University Press, 2004.

LINO, V. T. S. *et al.* Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24 n.1, p. 103-112, 2008.

LOURENÇO, R. A., VERAS, R. P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Revista de Saúde Pública**. v.40, n. 4,p. 712-719, 2006.

LURIA, A.R. **O homem com um mundo estilhaçado**. Editora Vozes, 2008.

MACEDO MONTANO, M. B. M; RAMOS, L. R. Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. **Rev. Saúde Pública**. v. 39, n. 6, 912-917, 2005.

DE PAULA, Jonas Jardim.; MALLOY-DINIZ, Leandro F. Coleção RAVLT: **Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey**. São Paulo: Vetor Editora, 2018.

MOREIRA, L., SCHLOTTTELDT, C. G., DE PAULA, J. J., DANIEL, M. T., PAIVA, A., CAZITA, V., ... & Malloy-Diniz, L. F. Estudo Normativo do Token Test versão reduzida • dados preliminares para uma população de idosos brasileiros. **Archives of Clinical Psychiatry**, v.38, n.3, 97-101, 2011.

OLIVEIRA, E. M. *et al.* Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) e desempenho cognitivo entre idosos. **Psico-USF**, v.20, n. 1, p. 109-120, 2015.

PARADELA, E. M. P. **Adaptação transcultural para o português do Teste Cognitivo Cambridge Revisado e desempenho do teste em idosos ambulatoriais** (Tese de doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil, 2007.

PARADELA, E. M. P., LOURENÇO, R. A., VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista de Saúde Pública**. v.39, n. 6, 918-923, 2005.

RIBEIRO, A. M.; CONSENZA, R. Envelhecimento Normal do Sistema Nervoso. In. MALLOY-DINIZ, L.; FLUENTES, D.; CONCENZA, R. (Org). **Neuropsicologia do Envelhecimento**. Porto Alegre: [s.n.], 2013.

SACKS, O. **O homem que confundiu sua mulher com um chapéu**. Editora Companhia das Letras, 1997.

SANCHEZ, M. A. S., CORREA, P. C. R., LOURENÇO, R. A. Adaptação transcultural do "Functional Activities Questionnaire - FAQ" para uso no Brasil. **Dement Neuropsychol**. v.5, p. 322-327, 2011.

SANTOS, R. L, JÚNIOR, V. J.S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **Rev Bras Promoç Saúde**. v.21, n.4, p.290 – 6, 2008.

SEDÓ, M, DE PAULA J.J, MALLOY-DINIZ, L.F. **O Teste dos Cinco Dígitos**. São Paulo: Hogrefe, 2015.

WILSON, B. A. Avaliação para a reabilitação. In: **Reabilitação da memória: Integrando Teoria e Prática**, New Guilford Press. v.41, p.34-51, 2009.

WILSON, B. Models of cognitive rehabilitation. Em: WOOD, R.L. **Models of brain injury rehabilitation**, London:Chapman e Hall, 1989.

**IV– PSICOLOGIA EM EQUIPAMENTO
COMPLEXO DE SAÚDE**

Psicologia na UTI: humanização no SUS

*Regina Marques de Souza
Ana Karina Araújo Sousa Souto
Yasmin Santos dos Anjos*

Introdução

Neste capítulo procuramos abordar a metodologia e o manejo do trabalho do psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva, a partir de suas contribuições no contexto do Boletim Médico.

No contexto da UTI, no acompanhamento do Boletim Médico e do Hospital, o papel do psicólogo não se restringe a estar apenas com o paciente. Seu trabalho é interseccional, promovendo qualidade em saúde mental através do desenvolvimento da comunicação da equipe de saúde – médicos, assistentes sociais e enfermeiros – com as famílias dos pacientes e com os pacientes.

Seu papel é abrangente, pois a psicologia é a ciência do cuidado através do diálogo e da compreensão do significado do que está sendo expresso em vivências, gestos e também em palavras. Principalmente quando a territorialidade do equipamento de saúde abrange população pobre, vulnerável e historicamente marginalizada, como é o caso dos hospitais públicos das cidades do interior do Nordeste, como é o caso do Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus, no Recôncavo da Bahia. Neste sentido, as dimensões étnicas e raciais são importantes vetores de consideração no trato com as famílias e as equipes de saúde, pois que realizar política de humanização nos equipamentos de saúde é fomentar o diálogo, a partir de questões que afetam direta e indiretamente as necessidades de saúde da população.

Portanto, o psicólogo é também um mediador no processo de comunicação da equipe com o usuário, ao mesmo tempo em que o seu papel é abrangente na perspectiva do cuidado integral à pessoa humana, na minúcia e especificidades de seu sofrimento singular, sua subjetividade intrínseca e os impactos emocionais e psicossociais vividos pela pessoa durante a internação hospitalar.

Dentro desta projeção de limites alargados, a função do profissional da psicologia é pouco compreendida pelos agentes de saúde. A atuação que lhe reservam no contato diário com a equipe de saúde e, principalmente, junto ao corpo médico, é em geral protocolar.

Sua presença e função seguem sendo desconsideradas pelo campo médico e diretoria clínica da UTI, no âmbito específico da Política de Humanização do SUS. Desta forma, seu papel revela-se pouco compreendido pela equipe médica e de saúde, mas importante de acordo com os novos dispositivos constitucionais a partir da Carta Magna de 1988.

Para além dos marcos regulatórios presentes no processo de organização da saúde, sua presença na equipe, com o paciente e com as famílias, é fundamental. Sendo importante discutir o manejo e a presença do trabalho e conduta do profissional da psicologia no acolhimento humano e de tecnologias de cuidados em saúde.

Tentamos neste capítulo apresentar elementos reflexivos sobre a atuação do psicólogo no âmbito da política de humanização do SUS e o trabalho de estagiários de psicologia desenvolvido na UTI do Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus, na Bahia.

Faremos inicialmente uma breve revisão teórica. Porém, é na experiência dialógica com as ações dos estagiários de psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia no interior da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital que centralizamos as preocupações do texto, a fim

de possibilitar discutir a formação em psicologia em equipamentos complexos de saúde a partir das dificuldades em realizar o trabalho em equipe, dos entraves na construção coletiva e da predominância da gestão centralizadora e pouco democrática dos gestores no âmbito do hospital, e, notadamente, na equipe de saúde da UTI.

Os processos enrijecidos dos fazeres em saúde remontam o nascimento da clínica. Suas relações com o poder e uso dos corpos para o domínio e construção do edifício científico (FOCAULT, 2011). Neste aspecto, a construção do saber médico centralizou as ações em saúde, compartimentalizando os saberes e reduzindo, para não dizer bloqueando, o compartilhamento do poder.

Esta característica do nascimento da clínica médica é contrária a gestão participativa proposta pela Política Nacional de Humanização, que se baseia no diálogo horizontalizado entre usuários, trabalhadores e gestores. Inclui o pensar e o fazer coletivos através de ações inclusivas em cogestão.

A gestão em saúde não é um campo exclusivo de médicos especialistas; a história da humanidade e os documentos paleontológicos ou escritos existentes denotam que desde a antiguidade havia preocupação com a saúde do ser humano, seu crescimento, seu desenvolvimento físico e mental, bem como com a prevenção de doenças (CAMPOS, 2007). Também sabe-se que a luta contra a dor, o sofrimento e a morte sempre mobilizou as energias humanas. Observa-se, assim, que a busca da saúde se mostra como tema do pensar e do fazer humano desde tempos imemoriais (GIOVANELLA *et al.*, 2008).

Mas como estudar a saúde? De forma fragmentada como se vê na maioria das disciplinas ou de forma transdisciplinar? Este é um debate que vem causando bastante discussão no meio acadêmico, já que há di-

vergências quando se pensa se a divisão dos conhecimentos em disciplinas é necessária para o crescimento do conhecimento.

Morin, estudioso desse campo do saber, acredita que a disjunção, que é a fragmentação do conhecimento em compartimentos estanques, e a redução, que significa a busca pelo mínimo denominador comum científico, são as características básicas do paradigma da simplificação que orientou a ciência clássica (MORIN, 2015). Para ele, a ciência deve caminhar em busca de uma epistemologia complexa, ou seja, os campos de conhecimento devem se comunicar para que se tenha a compreensão do todo.

Ainda para Morin (2015), para que isto ocorra é necessário que as disciplinas busquem a troca de conhecimento através de produções que sejam capazes de articular umas com as outras, formando o anel completo e dinâmico, o anel do conhecimento. A formação deste anel, portanto, é o desafio das ciências para o alcance da transdisciplinaridade, tendo em vista que o que se tem hoje são fronteiras bastante demarcadas entre as disciplinas, dificultando, assim, a comunicação e o enlaçamento dos conhecimentos.

Uma consequência da fragmentação da ciência é o não funcionamento ideal das equipes multiprofissionais. Há também os entraves entre a equipe ocasionados por diversas questões que permeiam o trabalho multiprofissional, geradas pelas dificuldades ocasionadas pela indefinição de papéis e de fronteiras profissionais, pela competitividade interprofissional e pela hierarquização das profissões e até mesmo pelos entraves no entrosamento interprofissional (GIANOTTI, 1983).

Neste contexto, pode-se destacar que o psicólogo, na equipe multidisciplinar, muitas vezes é subestimado pelos demais profissionais por não compreender aspectos orgânicos e fisiológicos e por diversos outros motivos que sustentam a ideia de que a psicologia não é conhecimento

imprescindível no contexto do trabalho multidisciplinar em saúde; soma-se a isto à historicidade dos modos como se instituiu o poder médico no campo social e técnico-científico (FOCAULT, 2016).

Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde), a saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e, não simplesmente a ausência de doença ou enfermidades”. Este conceito, no entanto, é tido hoje como obsoleto. Existem diversas razões para isso, a saber: falar em “perfeito bem-estar” envolve a esfera subjetiva, portanto, não há parâmetros objetivos para medi-la; questiona-se também a possibilidade de se existir o completo bem-estar onde não há espaço para as angústias do sujeito; e ainda, a separação entre físico, mental e social que é uma discussão antiga que resulta na não separação dos três elementos.

Neste contexto, o psicólogo tenta resgatar os aspectos psíquicos e não orgânicos. No entanto, este resgate é pouco compreendido pelos outros profissionais integrantes da equipe de saúde.

A psicologia aparece, então, no cenário da saúde para orientar quanto à necessidade de compreensão do organismo como uma totalidade e não simplesmente como um órgão doente ou uma parte do corpo adoecida.

O tema de maior destaque nas pesquisas da área e que é foco da atuação dos psicólogos é a humanização; especialmente no que diz respeito à inclusão dos sentimentos e valores tanto do paciente como dos seus familiares e da equipe envolvida, no intuito de que todos participem do processo de tomada de decisões. Estudos empíricos mostraram, inclusive, que melhores resultados estão relacionados a um maior apoio à autonomia do paciente em tratamentos como redução de peso e abuso de drogas, por exemplo (SOARES; CAMARGO JUNIOR, 2007).

O indivíduo que fica institucionalizado por muito tempo vai perdendo gradativamente a dimensão subjetiva com a qual chega ao hospital e

que o caracteriza como sujeito, pois o mesmo “torna-se” uma doença ou um número, não tem controle sobre sua rotina e está resignado aos cuidados médicos, diante da espera e da possibilidade da morte (ELIAS, 2008).

Além de seguir uma rotina embasada em hábitos pré-determinados, o sujeito institucionalizado também está, de algum modo, exposto a todos os olhares externos, sejam eles do enfermeiro, do técnico em enfermagem, do estagiário ou do médico para intervir, olhar, checar ou examinar esse “corpo”. Segundo Clavreul (1983), as etapas que configuram o discurso médico, a saber, o diagnóstico, o prognóstico e a terapêutica configuram-se em um discurso que exclui a diferença. Dessa forma, a linguagem médica, constituída por um vocabulário inacessível ao paciente, faz com que o mesmo se afaste ainda mais da sua subjetividade.

Neste campo, a psicologia torna-se importante para aproximar o paciente de si mesmo, estabelecendo comunicação com a família e mediando o diálogo com os profissionais de saúde, durante o boletim médico na UTI.

A família necessita do suporte e apoio necessários durante a permanência de seu ente no hospital, bem como, caso necessário, um acompanhamento no pós-alta. Esta é uma exigência da Política Nacional de Humanização – PNH (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). A política de humanização faz parte do processo de acolhimento psicossocial que visa escutar e responder às queixas, medos e expectativas do usuário nos equipamentos de saúde.

Em casos de pacientes internados na UTI (Unidade de Terapia Intensiva), os procedimentos são mais específicos, já que a maioria dos hospitais não permite a permanência de acompanhantes nesta unidade. Segundo Oliveira (2006) que cita Auerbach *et al.*:

Além do acesso à informações sobre a condição médica de seu parente internado na UTI ser a necessidade mais

premente dos familiares, a forma como essa informação é transmitida e o desenvolvimento de uma relação de confiança e respeito mútuo entre os membros da família e os profissionais de saúde são fatores cruciais para ajudar no ajustamento dos familiares à situação traumática (AUERBACH et al., 2005 *apud* OLIVEIRA, 2006, p. 26).

Ao ter um integrante familiar inserido no contexto hospitalar, a dinâmica familiar muda e os familiares passam a preocupar-se com o futuro incerto e possíveis ocorrências na vida da pessoa que está acometida por uma doença.

A estrutura familiar é modificada e novas rotinas passam a ser estabelecidas tanto para a pessoa adoentada quanto para os acompanhantes e envolvidos no novo quadro. O hospital é então permeado por diversas relações, cada uma constituída por suas especificidades. A seguir, serão discutidas as dinâmicas dessas relações engendradas no contexto do Hospital.

Método

Aspecto 1

Antes do ingresso no hospital, as estagiárias de psicologia da UFRB realizaram um curso no auditório do Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus, fornecido pela equipe de enfermagem, psicóloga e professor supervisor de estágio. Neste curso foram explicadas normas de biossegurança e formas de higienização. Bem como transmitidos os protocolos de conduta pessoal no local, além de serem esclarecidas possíveis dúvidas das estagiárias. Foi necessário, destarte, realizar alguns exames admissionais e atualizar a carteira de vacinação das estagiárias. Além disso, foi feito o cadastro no setor de recursos humanos e no ambiente de estágio. As estagiárias foram orientadas a usar jaleco, roupas brancas, sapatos fechados e crachá de identificação.

Aspecto 2

Após a entrada em campo, houve supervisões semanais realizadas por psicóloga professora doutora da UFRB. As supervisões ocorriam no próprio hospital e as estagiárias eram acompanhadas pela professora supervisora da UFRB e participavam também de reuniões com a psicóloga do HRSAJ. As orientações forneciam ferramentas como discussões em grupo, elaboração e apresentação de seminários, leituras de textos, dentre outros. Nas atividades de estágio utilizou-se o trabalho de atendimento ao familiar na Unidade de Terapia Intensiva. As orientações foram embasadas na abordagem psicossocial, no materialismo-histórico e na psicanálise. Ressalta-se que nos relatos de experiência presentes neste texto foram dados nomes fictícios aos pacientes por questões éticas.

UTI e o boletim médico

A pessoa internada na UTI deve desfrutar de seus direitos como ser humano e cidadão, onde devem ser considerados os aspectos básicos de humanização, como, por exemplo, ter direito à informação e fazer solicitações quando precisar, ser respeitado por todos os profissionais com quem tiver contato, ter privacidade sempre que possível, desfrutar de um ambiente adequado para o sono, ser cuidado no que for necessário, ser acolhido e receber orientação espaço-temporal e receber a visita de familiares e amigos (SILVA, 2007).

Sabe-se que, além de ser um direito do paciente internado receber visitas diárias, o apoio da família configura-se como extremamente relevante para ajudá-lo frente ao processo de internação hospitalar e enfrentamento da doença, ocasionando até mais rapidez no sucesso do tratamento. Alguns casos vivenciados na UTI do Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus e no boletim médico corroboram essa tese, de-

monstrando o quanto o apoio familiar beneficia o paciente e atenua, de alguma forma, a angústia decorrente deste momento de vida.

O boletim médico configura-se como um espaço organizado no Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus para transmitir à família dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva o estado de saúde de cada um deles. Ele vem acontecendo desde que a UTI foi implantada em dezembro de 2009 e tem significativa relevância, pois possibilita às famílias o acesso aos médicos que cuidam do paciente, facilitando a elucidação das dúvidas e as trocas de informações entre a equipe e os membros familiares sobre circunstâncias pertinentes ao tratamento.

O boletim médico é uma das formas de humanização em saúde no ambiente hospitalar e possibilita o acolhimento da família do paciente e apoio a seu restabelecimento ou, ainda, preparação dos parentes diante das complexidades nos agravos do processo saúde-doença.

Este momento de conversa entre equipe e família permite também que os familiares questionem e sejam informados não apenas sobre o diagnóstico e tratamento, mas sobre outros assuntos que os mesmos consideram importantes e buscam que sejam esclarecidos. Como afirma Barbosa e Brasil (2007, p.27):

Além dos fatores relacionados ao diagnóstico, prognóstico e tratamento em geral, os familiares também valorizam aspectos concernentes ao bem-estar geral dos pacientes, incluindo sinais vitais, nível de conforto, padrões do sono, alimentação e resposta aos estímulos sensoriais e algícos.

O próprio processo de humanização fundamenta-se na comunicação efetiva entre paciente, familiares e equipe, no intuito de observar as dificuldades existentes. Porém, assim como é importante que haja o diálogo, é relevante que as informações transmitidas sejam objetivas e honestas, tendo em vista que estas são necessidades importantes dos

pacientes e de seus familiares (TERTINO, 2007). O trabalho na UTI também deve ser realizado de forma conjunta e integral com a equipe de profissionais. Segundo dispõe a Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva (2010) em seu artigo 23:

As assistências farmacêutica, psicológica, fonoaudiológica, social, odontológica, nutricional, de terapia nutricional enteral e parenteral e de terapia ocupacional devem estar integradas às demais atividades assistenciais prestadas ao paciente, sendo discutidas conjuntamente pela equipe multiprofissional.

No boletim médico há a presença de três profissionais, a saber: o médico plantonista, o psicólogo e o assistente social, conforme as funções desempenhadas por cada um neste contexto. O assistente social se faz presente esclarecendo dúvidas emergentes dos familiares relacionadas a assuntos diversos. De forma geral, este profissional deve participar de ações que busquem fazer cumprir os direitos humanos e a justiça social (FALEIROS, 2011). Outro profissional integrante da equipe é o psicólogo que se faz presente neste momento no intuito de entender o quadro clínico do paciente para elaborar formas de intervenção embasadas na especificidade de cada família e, posteriormente, realizar a atuação com a família e também com o próprio sujeito internado. Além de tal importância, esse profissional funciona como interlocutor da família, uma vez que transmite as informações de forma mais clara e menos técnica, diferente da linguagem normalmente utilizada no discurso médico.

É através do boletim, portanto, que o psicólogo percebe as dificuldades das famílias e como elas estão se posicionando frente à realidade de cada paciente. Em familiares de pacientes com prognóstico fechado, isto é, sem chances de sobrevivência, o luto é trabalhado. Há casos, no entanto, em que a família já demonstra estar, de certa forma, conformada

com o desfecho desfavorável do membro familiar e acaba antecipando suas percepções sobre o prognóstico para a equipe de saúde.

Foi o caso de uma família na qual, durante o Boletim Médico, a filha de um paciente de noventa anos, portador de Alzheimer, ao receber um prognóstico desfavorável quanto a vida e condição de saúde do pai, disse ao médico:

A gente já tá preparado, doutor! Já estamos esperando que ele não ia resistir mais não. A gente entende que foi feito tudo. A gente também está cansado do sofrimento dele [...]. É triste (silêncio). Mas Deus sabe o que faz ... A gente fica triste, mas já estávamos esperando esta notícia (filha de paciente internado na UTI, negra, 45 anos).

A fala da filha do paciente que viria a óbito demonstra que a família muitas vezes possui condições de entender as condições fisiológicas e clínicas da vida de seu ente querido. As famílias possuem um saber sobre seu sistema e sobre o familiar internado. Cada família tem suas especificidades que podem ser mais facilmente percebidas através das reações, falas e posturas durante o boletim médico. E tal observação é importante para que o psicólogo e a equipe possam favorecer o bem estar da família como um todo e do paciente em termos de cuidados paliativos. O desenvolvimento da escuta dos familiares é fundamental. Porque acolher a família não é apenas fornecer o quadro clínico da doença que aniquila a vida, mas possibilitar a expressão afetiva dos familiares que depositaram confiança na equipe de saúde. A família sente-se resguardada pelos cuidados que ofereceu através da instituição hospitalar. A equipe de saúde pode favorecer o conforto da família proporcionando e compartilhando bem estar ao ente querido que se encontra em suas últimas horas ou dias com pessoas – profissionais – que podem fazer além em termos de cuidados paliativos. Neste diálogo, é importante também para a equipe

sentir que pode favorecer a qualidade de vida das pessoas e de seu contexto social. O acesso ao equipamento de saúde é elemento que caracteriza desenvolvimento social e cidadania, que devem ser componentes de acesso à saúde e bem estar das pessoas, resguardando a qualidade do profissionalismo e a dedicação psicossocial da equipe de saúde no cuidado e gestão compartilhada.

Outro profissional integrante do boletim é o médico plantonista que atua como importante figura nesse cenário. Ele transmite todas as informações atualizadas referentes ao quadro orgânico do paciente, dispondo-se à esclarecer dúvidas referentes aos procedimentos realizados, cirurgias feitas e ao quadro de saúde geral do paciente.

Na experiência do estágio observou-se que cada médico apresenta um perfil pessoal e uma postura peculiar ao seu modo de ser e enxergar o mundo. Alguns médicos eram muito técnicos, limitando-se a passar as informações do estado de saúde do paciente de forma objetiva e com uma linguagem formal, não detendo-se às questões da família de maneira mais aberta. Neste aspecto, a observação do psicólogo deve ser ativa, a fim de favorecer a comunicação com o familiar, detectar se diante o boletim médico os familiares compreendem as notícias técnicas que lhes são informadas pelo médico. O psicólogo e o assistente social estão presentes e neste contexto realizam um papel mediador importante. Outros médicos demonstraram claramente maior interação com a equipe e a família. Chegam a dialogar mais e de forma espontânea, solicitando apoio para a transmissão da informação ao familiar ou familiares. Um deles, especificamente, fazia a apresentação de todos os membros da equipe presentes no boletim médico, até mesmo das estagiárias, apresentando-nos como parte integrante da equipe de psicologia do hospital. Este profissional tanto era próximo da equipe de assistentes sociais e psicólogos, como

da família, demonstrando capacidade de melhor estabelecimento de relações de igualdade. No Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus a postura médica no boletim médico na Unidade de Terapia Intensiva era diversificada. Havia um médico que se levantava da cadeira e cumprimentava todos os familiares que entravam na sala de reunião.

Sob este aspecto consideramos que a formação médica carece de maior diálogo interdisciplinar a nível profissional, pois o boletim médico é um dos elementos operacionais da humanização no Sistema Único de Saúde. E esta política é uma necessidade de aprimoramento técnico. É tecnologia no cuidado em saúde. Portanto, os profissionais da saúde e o médico necessitam aprimorar a capacidade de promover o acolhimento do cuidado enquanto componente humano e tecnológico.

A população do HRSAJ é do interior da Bahia, muitas de cidades vizinhas ou, ainda, bem distantes da territorialidade das fronteiras e limites da cidade onde está o hospital. Portanto, a sensibilidade médica é um fator formativo profissional, que deve atrelar-se aos aspectos da Política Nacional de Humanização do SUS. No boletim médico, a variação comportamental do médico no contato com o paciente e a equipe de psicologia e serviço social não deveria estar à mercê de uma habilidade pessoal do médico, mas sim de um caráter formativo do campo de trabalho de todo profissional da saúde.

Neste aspecto, o estágio forneceu importante vislumbre sobre o processo de humanização em saúde, o qual requer formação contínua para os profissionais da área a fim de aprimoramentos constantes que favoreçam o acesso à cidadania, à dignidade humana e à igualdade de tratamento. Principalmente, diante de agravos decorrentes do processo saúde-doença.

É importante frisar que o psicólogo tem a responsabilidade de favorecer o acesso da família à informação médica de modo acolhedor. Im-

plicando-se com as questões trazidas pelos familiares e possibilitando a expressão da relevância de suas questões.

Além disso, na atividade do estágio na UTI, realizávamos, juntamente com as psicólogas do hospital, um trabalho na sala de espera, inclusive com a formação de grupos, no intuito de proporcionar uma escuta e trabalho terapêutico à família e suas demandas: breves palestras sobre temas como luto, ansiedades, perdas e distribuição de panfletos explicativos sobre formas de aliviar o estresse do acompanhante do familiar através de exercícios de relaxamento e alongamento corporal.

Tanto no interior da sala do boletim médico, como na sala de espera com os familiares que aguardavam o boletim médico – nas atividades de palestras e grupos –, foi importante e fundamental a presença do psicólogo. O profissional da saúde mental favoreceu tanto a equipe de saúde, como a família do paciente.

A atuação do psicólogo está para além da relação oferecida pelo espaço do boletim médico e da sala de espera dos familiares para contato com a equipe de saúde. É importante oferecer apoio aos familiares, promover o cuidado com a família, viabilizado através de uma escuta para além da perspectiva do boletim médico.

Chegamos a desenvolver dispositivos de trabalho em rede de apoio a atendimento psicológico tentando viabilizar encaminhamentos para serviços de psicologia disponíveis na cidade, diante de situações traumáticas como desamparo de crianças que perderam seus pais, situações de depressão diante de processos difíceis de saúde-doença, como pacientes amputados e sequelados, bem como ajuda por assistência no acesso a programas sociais disponíveis no quadro social brasileiro para melhor acesso à cidadania – estes aspectos eram orientados e intermediados pelo assistente social do Hospital Regional que juntamente com as esta-

giárias provocavam o trabalho em rede a partir da relação com os acessos da universidade (UFRB) junto a setores sociais e culturais da cidade de Santo Antônio de Jesus e de alguns municípios limites e do entorno do Recôncavo da Bahia e do Vale do Jiquiriçá. Assim também como de municípios mais próximos geograficamente do Hospital e com redes acessíveis de diálogo com a universidade através de projetos organizados em parcerias institucionais como as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), os Centros de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) e o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS).

O estágio no Hospital Regional nos possibilitou perceber, no contexto dos equipamentos complexos de saúde, a amplitude do Sistema Único de Saúde e a relação importante dos aportes sociais para a garantia de acesso à saúde, além de toda gama lacunar na formação médica e dos profissionais de saúde, que possuem dificuldades técnicas e administrativas institucionais para se tornarem agentes promotores de saúde vinculados às dimensões sociais, de forma ampla e humanizada.

Entendemos na vivência formativa do estágio no Hospital Regional, em contato com os pacientes – usuários, famílias – e equipe médica hospitalar – enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos, técnicos de enfermagem e funcionários do serviço – auxiliares de serviços gerais, porteiros, motoristas, enfim – que compreender o processo de humanização em saúde, a partir dos dispositivos elencados na proposta do SUS, é um desafio complexo, o qual envolve vontade política dos gestores sociais presentes no espaço hospitalar, mas também para além dele. E que o trabalho do psicólogo está em estreita relação com estes diversos setores sociais, técnicos e administrativos que convergem para o desenvolvimento de suas atividades em saúde mental, acolhimento psíquico e possibilidades de intervenção psicossocial inscritas também nas ações correlatas ao boletim médico.

Nos diversos boletins médicos que os estagiários participaram na UTI, alguns pedidos dos familiares eram atendidos. Presenciamos mães solicitando para permanecerem mais tempo em contato com seus filhos durante as visitas. A mediação psicológica no boletim implicou reconhecer tal necessidade que precisava ser justificada à equipe. Quando demandada pela equipe psicológica, uma mãe justificou:

Sinto que ele gosta da minha presença do lado dele. Ele aperta bem forte minha mão quando percebe que vou embora, fica triste e angustiado. Mesmo não conseguindo falar eu vejo a angústia e aflição nos olhos dele. Eu acho que ajudo, é bom pra ele melhorar, ajuda mais ele doutor, ele fica melhor...percebo o sentimento dele [...]

A mediação das psicólogas no Boletim Médico, bem como o acompanhamento dos pacientes na UTI, e as ações na sala de espera para a visita de familiares possibilitaram um canal de comunicação do paciente com seus entes queridos, uma escuta psicológica extensa e uma clínica ampliada de promoção da saúde em ambientes complexos do Sistema Único de Saúde. As psicólogas favoreceram o desejo e solicitação da mãe (acima citada), possibilitando que a visita de 1 hora se estendesse por mais 2 horas.

De fato, em nossas observações do paciente na UTI, após a presença materna havia acréscimos favoráveis à condição do quadro clínico geral do paciente. Destacamos o papel importante da família no restabelecimento do paciente no processo saúde-doença, pois contribuiu para que o mesmo se sinta amado, protegido e seguro, levando-o até mesmo a sentir-se mais estimulado para lutar pela vida. Daí a importância da presença da família na UTI e da orientação para que a mesma converse com ele, toque-o e o observe independente da circunstância (SILVEIRA *et al.*, 2005).

Outro paciente localizado na mesma unidade foi internado devido a um grave acidente automobilístico e permaneceu algumas semanas na instituição. O caso era grave e sua família, composta pelo pai, mãe e irmã, ia diariamente participar do boletim médico e fazer visitas ao garoto. Eles demonstravam muita fé e esperança na recuperação de André (nome fictício), além de total interesse e empenho para que o mesmo se recuperasse o quanto antes. Não foram poucas as vezes em que flagramos os familiares debruçados no leito de André, abraçando-o e demonstrando gestos de carinho. Em nossas observações psicológicas consideramos que todo esse suporte familiar oferecido a André colaborou crucialmente para sua alta hospitalar uma vez que “a família é considerada essencial para a recuperação do paciente, logo que ajuda no restabelecimento do equilíbrio psicológico e diminuição de sofrimento, além de proporcionar coragem e esperança para que a recuperação seja mais rápida” (ALMEIDA *et al.*, 2009).

Percebemos que o boletim médico constitui-se como um momento tenso. Na sala destinada a este encontro da família com a equipe médica, as pessoas demonstram ansiedade pelas notícias que vão receber, inclusive através de comportamentos não verbais (roer unhas, esfregar as mãos umas nas outras, olhar atentamente para o médico, etc.). Ao serem dadas notícias positivas relacionadas ao paciente internado, a ansiedade dá lugar a alegria, que na maioria das vezes é expressa através de comemorações e agradecimentos. Ao serem informados, porém, de uma piora ou não melhora do quadro, muitos familiares continuam na busca de algum aspecto positivo para se apegar, como no caso de *Ailton*, em que o médico explicou que não houve melhora, mas a família logo perguntou “Mas também não houve piora, não é?”, buscando algum fator positivo para continuar a ter fé e esperanças.

Muitos familiares sentem dúvidas em relação à forma de portar-se diante do doente. A orientação da psicóloga no que se refere aos esclarecimentos destas dúvidas, bem como ao estímulo que beneficia o paciente, configura-se como um fator importante a ser considerado neste contexto de internação hospitalar. A psicóloga instrui as famílias a conversarem com o paciente, explicando onde ele está e o que aconteceu, salientando que é importante para o mesmo ouvir uma voz já conhecida e/ou familiar. É ressaltado que alguns pacientes podem não ouvir o que é dito, pois nem sempre estão em condições neurológicas aptas para isso, porém enfatiza que, mesmo na dúvida, é importante que continuem estimulando.

Pelos breves fragmentos de casos que foram apresentados, entendemos que a importância da presença da família neste momento não se limita aos estímulos dados e ao apoio dispensado ao familiar-paciente, mas também é essencial na comunicação com a equipe de saúde, trazendo informações do paciente referentes ao estilo de vida, hábitos, medicações, doenças familiares, dentre outras informações imprescindíveis para o tratamento que, muitas vezes, o paciente não tem condições de dizer.

Observou-se em vários atendimentos, em situação de Boletim Médico, a equipe de saúde e o profissional da medicina questionando a família em relação aos medicamentos e estilo de vida do paciente. Essas informações são cruciais para definir qual tratamento é o mais indicado. Percebe-se, portanto, que se torna muito mais fácil para a equipe médica montar um plano terapêutico para o paciente não só através da averiguação do quadro fisiológico, mas também a partir dos dados gerais trazidos pela família do mesmo, incluindo à isto as contribuições da psicologia no deslindar deste tenso e difícil processo de promoção de saúde física e mental.

Apesar do suporte familiar ser essencial para o paciente, não se pode deixar de levar em conta, porém, que nos casos de maior perma-

nência no hospital, o principal cuidador, ou seja, a pessoa mais ligada ao paciente e a sua rotina, deve estar atento às suas próprias necessidades e autocuidado.

A equipe de saúde favorece durante o boletim médico a percepção da própria família sobre sua condição. A fala de uma médica da equipe para o marido de uma paciente internada há mais de 20 dias na UTI é interessante: "O senhor está mais magro e abatido. Sua esposa vai precisar do senhor para se restabelecer, pois quando receber alta ela vai precisar muito dos familiares".

Em outra circunstância a psicóloga referiu-se de forma semelhante à filha de um paciente idoso. Observou-se que o psicólogo na equipe busca, de forma geral, favorecer o cuidado da família a fim de minimizar a tensão existente no processo de saúde-doença e internação na UTI.

O cuidado com a abordagem familiar por parte do profissional de psicologia e saúde deve evitar frases que estejam associadas às dimensões de gênero, raça e classe social. Tomados esses cuidados é importante reconhecer e investir na validade da menção do profissional de saúde no tocante à sensibilidade do cuidado com o paciente e o mediador de cuidado – físico e psíquico – da família.

Como salienta Kübler-Ross (2008, p. 20), não é interessante exigir a presença constante de qualquer um dos membros da família, pois é importante que este "recarregue suas baterias" fora do quarto do paciente e, de vez em quando, viva uma vida normal. Ainda sobre o tema, Ross (afirma:

Creio que tanto para o paciente como para a família, faz mais sentido ver que a doença não desequilibrou totalmente o lar, nem privou os familiares de momentos de lazer; ao contrário, a doença pode permitir que o lar se adapte e se transforme gradativamente, preparando-se para quando o doente não estiver mais presente (KÜBLER-ROSS, 2008, p. 165,).

Neste relato observamos várias situações atendidas por estagiários de psicologia no ambiente da UTI e no boletim médico. Duas equipes de trabalho em dois anos consecutivos discutiram as dificuldades do trabalho com pacientes terminais e a abordagem familiar no momento do boletim médico. O trabalho realizado implicava a desagradável situação de que possivelmente o doente não estaria mais presente no contexto da família.

Na UTI há aqueles que têm grandes e possíveis chances de recuperação. No entanto, muitos que não vão a óbito acabam por carregar sequelas graves que afetam sua antiga rotina, precisando de novos arranjos afetivos e familiares para a nova condição de vida.

Foi o caso de um paciente que visitamos na clínica médica, pois havia recebido alta da UTI, onde permaneceu alguns dias devido a um atropelamento que o deixou com graves sequelas físicas e neurológicas. O paciente era acompanhado diariamente por sua esposa e ao ser transferido continuava sendo cuidado pela mesma. Durante o atendimento, ela enfatizou que o marido era uma pessoa bastante ativa antes do acidente e demonstrou estar passando por dificuldades relacionadas ao cuidado com ele. Na intervenção, orientamos a alternar o acompanhamento com outros familiares, salientando a importância de sair um pouco da rotina hospitalar. Como afirma Ross (2008, p. 165),

[...] o membro da família não pode, nem deve excluir todas as outras interações para ficar exclusivamente ao lado do paciente já que 'as vezes, ele também sente necessidade de rejeitar ou fugir às realidades tristes para encará-las melhor quando sua presença se fizer mais necessária'.

A presença familiar ainda é imprescindível para o acompanhamento na enfermaria, na UTI ou clínica médica do Hospital uma vez que os pacientes só permanecem nesses locais quando acompanhados. Salienta-se que é considerada família todas as pessoas que detêm vínculos

afetivos com o paciente – amigos e vizinhos –, como também figuras de importância para o sujeito no processo saúde-doença.

Desta forma, é perceptível a relevância da manutenção dos vínculos afetivos oriundos dos ciclos sociais do sujeito no momento de adoecimento e internação hospitalar. Apesar da configuração familiar ser afetada e do próprio sujeito estar submetido a um processo de quebra da rotina e subjugação a profissionais de diversas áreas do saber, é possível, com a colaboração dos envolvidos no novo quadro do doente, a busca pelo enfrentamento do processo de hospitalização, no mínimo, de forma menos sofredora, do ponto de vista psíquico e até mesmo orgânico, e mais digna e respeitosa, como deve ser a vida do ser humano.

Resultados

Na Política de Humanização no Sistema Único de Saúde o psicólogo é um dos agentes mais preparados para favorecer o desenvolvimento da equipe. No entanto, as dificuldades não são poucas, considerando o modelo médico clássico e hospitalocêntrico que não viabiliza a emergência do controle social de participação entre os sujeitos envolvidos, incluindo os familiares e pacientes junto aos gestores e equipe de saúde.

As possibilidades de atuação do psicólogo no processo de humanização em saúde em equipamentos sociais complexos – hospital – são amplas e necessárias. No entanto, seu trabalho não pode realizar-se de modo isolado e independente, compartimentalizado, como em geral fazem os demais membros das equipes de saúde, que possuem papéis definidos no âmbito do controle das condições corporais e fisiológicas dos pacientes.

Neste sentido o trabalho do psicólogo é permeado de entraves e dificuldades decorrentes da formação específica dos membros da equipe

de saúde que pouco compreendem as ações do profissional da psicologia em função de uma formação que centraliza na figura do médico um saber privilegiado em detrimento da validade dos conhecimentos dos outros campos disciplinares como a enfermagem, o serviço social e a psicologia.

Esta realidade do estágio demonstra que o processo de saúde-doença é multifatorial e envolve a equipe de saúde como um todo. Desde o aspecto de sua formação na graduação, assim como os desenvolvimentos pessoais no nível de um melhor aprimoramento técnico formal. Desse modo, uma verdadeira Política de Humanização no Sistema Único de Saúde implica alterar a base formativa dos cursos de graduação em saúde. Favorecendo o diálogo interdisciplinar e multidisciplinar entre todos que atuam com o cuidado em saúde. O reconhecimento de componentes farmacológicos que alteram o humor, comportamento e bem estar emocional deve ser conhecimento importante para o psicólogo no seu processo de trabalho. Igualmente, as noções sobre luto, emoções, diversidade e afetividade são embasamentos emocionais que não podem passar ao largo do conhecimento das equipes de saúde. Isto envolve formação compartilhada em serviço, em uma produção de saúde com cogestão. Aspectos estes que são importantes para refletir sobre os aprimoramentos e avanços necessários para a qualidade dos serviços de saúde e a capacidade plena do trabalho dialogado da equipe com os usuários e gestores.

Por isso é fundamental estabelecer no interior dos currículos das universidades os requisitos formativos capazes de promover uma sociedade politicamente orientada para uma educação pautada na igualdade de direitos e oportunidades entre os diferentes atores que compõem a sociedade. Estes dispositivos curriculares formativos tendem a favorecer o dinamismo das boas práticas de promoção e intervenção em saúde, principalmente em territórios periféricos, vulneráveis, historicamente

desiguais e com populações diversas de negros, indígenas e brancos pobres, como é o caso do Nordeste e Recôncavo da Bahia.

Estas reflexões são frutos do trabalho dialogado com os estagiários de psicologia e o professor supervisor. E possibilitam ampliar a noção da clínica do cuidado em saúde para o desenvolvimento de projetos de gestão participativa e cogestão na Rede Humaniza Sus, a partir do aprimoramento das equipes de saúde no trabalho e tomada de decisões compartilhadas.

Acreditamos que o breve diálogo que realizamos a partir de apontamentos de vivências no estágio supervisionado na graduação de psicologia, no hospital regional, na UTI – boletim médico –, possibilita compreender em sua extensão a importância do Sistema Único de Saúde, enquanto política pública e universal para todos os cidadãos brasileiros, que carece de maior empenho social e das equipes de saúde para cumprimento das exigências da Política de Humanização.

Compreender e procurar criar condições de promover os requisitos da Política de Humanização são componentes fundamentais do exercício profissional do psicólogo em equipamentos complexos de saúde e também na atenção básica. No estágio, apesar das dificuldades, foi possível promover a consciência e envolvimento do estagiário para com uma ética do cuidado. Os estagiários comprometeram-se, em meio as angústias e impasses face as inúmeras dificuldades, em contribuir para fortalecer o direito à cidadania, procurando escutar a voz das populações humanas. Em favorecer o acolhimento de sua dignidade, diante do sofrimento de seu ente querido e de si mesmo.

As estagiárias de psicologia da UFRB puderam amparar a população do nordeste, no Recôncavo da Bahia. Cientes das características da população desta territorialidade nacional, puderam romper com a lógica cen-

tralizadora do saber médico e inscreverem-se em um lugar ainda desconfortável e pouco aceito pelos membros da equipe de saúde. Mas este lugar de desconforto foi capaz de produzir acolhimento, acesso à qualidade de serviço em saúde enquanto direito básico à cidadania. Cumprindo com os requisitos importantes de uma psicologia comprometida com a realidade social brasileira e com a população do Nordeste, do Recôncavo e da Bahia: população historicamente esquecida, marginalizada e, não raras vezes, maltratada – violentada – nos equipamentos públicos de saúde.

Considerações finais

É preciso considerar, portanto, que o adoecimento e a vida saudável não dependem unicamente de aspectos físicos ou genéticos, mas são influenciados pelas relações sociais e econômicas que engendram formas de acesso à alimentação, à educação, ao trabalho, renda, lazer e ambiente adequado, entre outros aspectos fundamentais para a saúde e a qualidade de vida (GIOVANELLA *et al.*, 2008, p. 151).

Sobretudo, é preciso superar dicotomias e antigos paradigmas existentes quanto à concepção de saúde e doença – incluindo o conceito ultrapassado de separação entre o físico, mental e social – promovendo práticas que visem cada vez mais analisar o sujeito enquanto inserido na comunidade, que, por sua vez, é inserida em um estado e assim sucessivamente.

Também é muito importante perceber o indivíduo como um ser conectado a diferentes dimensões que de diversas formas o influenciam, considerando principalmente a dimensão qualitativa de vida para que não se deixe de lado a visão holística e global que se faz necessária na análise de todos os processos envolvendo os seres humanos. O contex-

to da territorialidade que pertence, suas condições sociais e culturais de vida, aspectos étnico-raciais, enfim. Pois o paciente é um ser social; é necessário considerar a importância dos laços familiares que podem ajudá-lo no processo de hospitalização e desinternação hospitalar.

A experiência no Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus, além de possibilitar desenvolver raciocínio crítico e ricas reflexões sociais, configurou-se como experiência única e de fundamental importância para a formação em psicologia. Agregando na formação do aluno sensibilidade humana e técnica profissional através do envolvimento com equipes multiprofissionais e as realidades vivenciadas no espaço hospitalar e boletim médico na UTI. Esta circunstância desencadeou significativo crescimento pessoal e profissional que, com certeza, são valiosos e úteis para todo processo de formação humana do aluno-estagiário de psicologia.

Finalmente, consideramos que as contribuições da experiência formativa estão para além do espaço acadêmico, sendo extensivas ao contexto da vida pessoal do aluno, que se tornará, após o decurso e formalidades do estágio, um jovem e comprometido psicólogo. Capaz de contribuir com a sociedade brasileira nas minúcias e especificidades dos cuidados em saúde atrelados às dimensões psicoafetivas, emocionais, sociais, étnicas e culturais.

Referências

CAMPOS, G. W. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Hucitec, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

CLAVREUL, J. **A ordem médica**: Poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense, 1983.

FOCAULT, Michael. **O nascimento da clínica**. São Paulo, Editora Forense Universitária, 2011.

GIOVANELLA, L.; Scorel, S.; Lobato, L. V. C.; Noronha, J. C.; Carvalho, A. I. (orgs). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. Trad.: P. Menezes. 6.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

MORIN, Edgar. **Pensar Global**. Édition Robert Laffont, Paris, 2016.

OLIVEIRA, Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante. **O acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI**: a tecnologia de grupo como estratégia para o cuidado de enfermagem. Universidade Federal de Goiás – UFG, Goiânia, 2006.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Encontro Internacional Direito à Saúde, Cobertura Universal e Integralidade Possível**. Disponível em: https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hot-sites/2016/encontro_internacional_saude/documentos/textos_referencia/00_palavra_dos_organizadores.pdf. Acesso em: 23 de ago. de 2020.

SOARES, J.C.R.S.; Camargo Junior, K.R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, v. 11, n. 21, p.65-78, 2007.

TERTINO, Ilza Maria. **A importância da família na recuperação de pacientes internados na unidade de terapia intensiva**. 80 f.. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) – Universidade Metodista de São Paulo. São Bernardo do Campo-SP, 2007.

WALLING, J.; SOUZA FILHO, E. A psicologia hospitalar segundo médicos e psicólogos: um estudo psicossocial. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**. São Paulo, v. 10, n. 2. 2007.

Psicólogo e paciente: internação domiciliar no SUS

Nádia Ribeiro de Sousa
Regina Marques de Souza

Introdução

O cuidado com a saúde em domicílio não é algo recente; sua existência é anterior ao surgimento dos grandes hospitais, segundo Amaral *et al.* (2001), as referências médicas datam que o primeiro registro desse tipo de serviço é do século XIII a.C., na terceira dinastia do Egito Antigo, onde um médico, chamado Imhotep, atendia seus pacientes tanto no consultório/hospital como no domicílio. Esse médico também era responsável por atender o faraó nas dependências do palácio (AMARAL *et al.*, 2001). Já na Grécia Antiga, existiu um médico chamado Asklépios que:

Atendia na residência do paciente e seus seguidores atendiam em templos, onde dispunham de medicamentos e materiais especiais para cura, podendo esses locais ser considerados a primitiva estrutura do que seria mais tarde denominado hospital (AMARAL *et al.*, 2001, p. 111).

Amaral *et al.* (2001) traz que, na Grécia Antiga, no século V a. C, Hipócrates descreve, em *Tratado sobre ares, as águas e os lugares*, a eficiência e o êxito do atendimento em domicílio. Porém, apenas em 1796, no Dispensário de Boston (hoje New England Medical Center), foi criada a Assistência Domiciliar à Saúde de forma organizada e similar ao que hoje chamamos de Internação Domiciliar. No contexto brasileiro, por sua vez, de acordo com Serafim e Ribeiro (2011):

No Brasil, a primeira experiência de atenção domiciliar foi desenvolvida pelo Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), criado em 1949. Em 1967, o

Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo instituiu um programa de igual natureza. Somente a partir de 1990, os convênios de saúde passaram a oferecer o *home care* e a internação domiciliar. Desde então, essas modalidades atingiram uma larga expansão no mercado de saúde suplementar (SERAFIM; RIBEIRO, 2011, p. 164).

Em sentido concomitante, ou autores sinalizam que:

A Lei n.º 10.424, de 15 de abril de 2002, regulamentou a assistência e internação domiciliar no âmbito do SUS, acrescentando capítulo à Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Posteriormente, a Lei n.º 10.424 foi seguida pela Portaria MS / GM N.º 2.529, de 16 de outubro de 2006 que, revogando a Portaria anterior n.º 2.416 /1998, estabeleceu novos critérios para a internação domiciliar (SERAFIM; RIBEIRO, 2011, p. 164).

Porém, a portaria nº 2.529, de 16 de outubro de 2006, foi revogada e substituída pela Portaria nº 2.029 de 24 de agosto de 2011, a qual institui a Atenção Domiciliar no Âmbito do SUS. A referida portaria, no seu Art. 2º, inciso II, define:

Atenção domiciliar como nova modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

Essa portaria amplia os serviços de Atenção Domiciliar, sendo a Internação Domiciliar um desses serviços. Além da ID, que é um serviço hospitalar, a nova Portaria regulamenta o serviço de Atenção domiciliar nas Unidades Básicas de Saúde. Com isso, a Atenção Domiciliar foi dividida em três modalidades: AD1 (de responsabilidade das equipes da atenção básica, presta cuidados de menor complexidade) e AD2 e AD3 (de responsabilidade dos Hospitais, presta cuidados de maior complexidade).

Devido à maior complexidade dos cuidados prestados nas AD2 e AD3, estas modalidades contam com uma Equipe Médica de Atendimento Domiciliar (EMAD) que, segundo o Art. 25, deve ser composta por no mínimo: 2 médicos (as) com carga horária mínima de 20 horas semanais, ou 1 médico (a) com carga horária de 40 horas semanais; 2 enfermeiros (as) com carga horária mínima de 20 horas semanais ou 1 enfermeiro (a) com carga horária de 40 horas semanais; 1 (um) fisioterapeuta com carga horária mínima de 30 horas por semana ou 1 (um) ou assistente social com carga horária mínima de 30 horas por semana; 4 (quatro) auxiliares/técnicos de enfermagem com carga horária de 40 horas por semana. Além da EMAD, o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) deve ter, também, uma Equipe Médica de Apoio (EMAP); tal equipe, segundo o Art. 28, deve ser constituída por, no mínimo, 3 (três) profissionais de saúde de nível superior, com carga horária semanal mínima de 30 horas, eleitos entre as seguintes categorias: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional. A EMAD e a EMAP devem atuar simultaneamente nos casos, sendo que a atuação da EMAP está sujeita a solicitação da EMAD. Aqui é possível verificar que a psicologia é um serviço de apoio, e sua intervenção está sujeita a solicitação da equipe médica.

Em termos de regulamentação do Serviço de Internação Domiciliar, a referida Portaria traz, no seu Art. 33 e parágrafo único, que:

Os Estabelecimentos de Saúde credenciados no serviço 13.01 - internação domiciliar até a data da publicação desta Portaria permanecerão habilitados e continuarão recebendo por meio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH). **Parágrafo único.** Após a publicação desta Portaria, não poderão ser habilitados novos estabelecimentos de saúde na modalidade internação domiciliar - Código 13.01 (BRASIL, 2011).

Ou seja, os serviços denominados de Internação Domiciliar, que existem atualmente, foram criados antes dessa Portaria.

Em 27 de maio de 2013 foi publicada a Portaria nº 963, que redefine o Serviço de Atenção Domiciliar no âmbito do SUS. Tal Portaria não revoga a Portaria 2.029 de 24 de agosto de 2011, mas acrescenta exigências para implementação e habilitação do Serviço de Atenção Domiciliar nos municípios, bem como estabelece uma série de requisitos para o repasse financeiro ao SAD.

Segundo Silva *et al.* (2005), hoje, a utilização do domicílio como espaço de atenção busca racionalizar a utilização dos leitos hospitalares e os custos da atenção, além de construir uma nova lógica de atenção centrada na vigilância à saúde e na humanização da atenção. O modelo de atenção ou modelo assistencial é o modo como são produzidas as ações de saúde e a maneira como os serviços se organizam para produzi-las e distribuí-las. Assim, pensar em modelo assistencial implica uma análise crítico-reflexiva sobre todos os espaços e sobre a organização das tecnologias utilizadas, as relações de trabalho, a organização e gestão das ações. Implica também, revisar o conceito de saúde e os determinantes históricos e culturais que incidem sobre as intervenções técnicas e sobre os problemas e necessidades de saúde da população.

Nesse contexto, a atenção domiciliar à saúde surge da necessidade de criar alternativas ao modelo hospitalocêntrico, centrado nos procedimentos médicos e na doença, ou até mesmo superá-lo, já que o modelo tradicional de internação traz consigo uma série de significados ainda atrelados às práticas hospitalares generalizantes, enquanto a Internação Domiciliar sugere, entre outros, cuidados que podem ser construídos a partir da singularidade de cada paciente, tornando-o protagonista no seu processo de tratamento/cura.

Fundamentação teórica da experiência de estágio

A psicologia de base materialista histórica e dialética é uma concepção filosófica marxista que considera a realidade como possuindo existência própria e que possui suas leis históricas, sendo a natureza um todo articulado e único, no qual os objetos e os fenômenos se acham vinculados uns aos outros, se interdependem e se condicionam mutuamente. Há contradição em tudo o que existe, em todas as coisas. A contradição é a base do movimento de transformação da realidade.

Nesse modelo teórico o homem é considerado como um ser histórico-social, ou seja, o homem é histórico, flexível e agente ou sujeito de seu tempo e sua cultura. Nesse sentido, a subjetividade humana é construída a partir da objetividade do mundo material, e toda objetividade possui uma infinidade de determinações; assim, o conhecimento sempre será uma aproximação mais ou menos ampla do objeto e, por se tratar de uma aproximação, o conhecimento sempre é relativo, especialmente porque ele é verdadeiro somente na medida em que explica determinado fenômeno num determinado contexto social e histórico.

O método dialético foi incorporado à psicologia no início do século XX pelo psicólogo russo Lev Vygotsky; sendo esta perspectiva denominada Psicologia Sócio-histórica.

Nesse sentido, a Psicologia sócio-histórica, baseada no materialismo histórico-dialético, compreende o homem como produto de uma realidade histórica e concreta, entretanto, essa objetividade inclui subjetividade, porque é produzida por sujeitos concretos constituídos social e historicamente, ou seja, o homem visto como sujeito ativo, social e histórico, produto e produtor do meio. Para Gonçalves (2009, p. 39), “o sujeito é ativo porque é racional. Mas não só. O sujeito é sujeito da ação porque

transforma o objeto e o próprio sujeito. E essa ação do sujeito é, necessariamente, situada e datada, é social e histórica”.

A metodologia utilizada no estágio incluiu leitura de prontuários, observação da dinâmica do hospital, visitas domiciliares, atendimento ao paciente no leito hospitalar, escuta e orientação aos pacientes e familiares, utilização de técnicas projetivas e de exercícios de respiração.

O hospital: breve histórico

O hospital como espaço terapêutico e de cura é uma invenção que data do final do século XVIII. Anterior a isso, o hospital era um espaço de exclusão, destinado aos loucos, prostitutas e pobres portadores de doenças contagiosas, que eram colocados lá para morrer longe dos considerados “sadios”, biológica e socialmente, a fim de evitar a propagação das doenças que o afligiam, bem como os comportamentos inadequados para os padrões sociais da época. O hospital era uma Instituição de assistência, como também de separação e exclusão:

O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. E alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento (FOUCAULT, 1984, p. 101-102).

O autor ressalta, ainda, que naquele período os hospitais não dispunham de médicos, enfermeiras e outros profissionais como na atualidade. As pessoas que davam os últimos cuidados aos hospitalizados eram religiosos e leigos que viam naquela prática uma forma caridosa de ajudar os hospitalizados e conseqüentemente garantir a salvação de suas próprias almas e das almas desses.

Não havia naquela época a medicina hospitalar, pois a atuação médica restringia-se a atendimentos individuais fora do ambiente hospitalar. A inserção do profissional médico no ambiente hospitalar iniciou-se nos hospitais militares, a partir da necessidade de cuidar dos soldados, evitando que eles morressem por motivo de doença, já que a formação de um soldado era algo muito custoso ao Estado.

Se ele morrer deve ser em plena forma, como soldado, na batalha, e não de doença. Não se deve esquecer que o índice de mortalidade dos soldados era imenso no século XVII... Esta perda de homens por motivo de doença, epidemia ou deserção era um fenômeno relativamente comum (FOUCAULT, 1984, p. 107).

Esse processo de legitimação do saber médico acarretou a deslegitimação dos saberes populares sobre saúde. Com isso, todos que tinham práticas voltadas para saúde, a exemplo das bruxas, curandeiras, parteiras, benzedeiros etc, tiveram seus saberes marginalizados ou, até mesmo, excluídos do processo saúde-doença dos sujeitos.

O espaço hospitalar foi disciplinado, e essa disciplinarização impôs limites ao espaço físico e às relações humanas, segregou as patologias e os seres humanos, promovendo o distanciamento entre pacientes e cuidadores/profissionais de saúde. Tal lógica opera até os dias atuais, mesmo havendo movimentos de transformação.

Todo esse processo possibilitou que o hospital se tornasse um espaço terapêutico e de institucionalização da vida, sendo responsável pelo nascimento, doença e morte dos sujeitos. Spink (2009, p. 144) afirma que tais eventos – nascer, adoecer e morrer – foram “outorgados pelo hospital ou imputados a ele pela sociedade”.

No cotidiano é possível confirmar isso, quando presenciamos diariamente a grande procura da população por esse espaço, mesmo que

muitas vezes não tenha suas demandas atendidas e/ou sofrendo negligências nesse espaço. Apesar disso, muitas pessoas ignoram sujeitos e saberes populares que visam promover cura, a exemplo de rezadeiras, benzedadeiras e parteiras.

Na região do Recôncavo da Bahia a presença de rezadeiras e/ou benzedadeiras é bastante comum e muitas pessoas ainda recorrem à elas em busca de tratamento para seus problemas de saúde. Alguns desses problemas de saúde não são de conhecimento médico, a exemplo da espinhela caída e o mau olhado.

Nesse contexto de produção do hospital moderno, a figura do médico e o conhecimento produzido pela medicina norteiam toda a forma de organização hospitalar, bem como as diversas práticas profissionais que coexistem nesse ambiente. O modelo biomédico de saúde, centrado na doença e nas suas questões biológicas, é o que ainda predomina nesse espaço. Porém, é cada vez maior a inserção de outros profissionais que buscam novas práticas e, gradualmente, têm transformado esse espaço, a exemplo dos psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, entre outros. Essa inserção é necessária e urgente, visto que o tradicional modelo de atenção hospitalar demonstra ser insuficiente para atender as reais demandas de saúde da população brasileira, ou seja, demandas biopsicossociais.

HRSAJ

Segundo informações disponibilizadas no site do Instituto Fernando Filgueiras (IFF), o Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus (HRSAJ), unidade construída e equipada pela SESAB, gerenciado pelo IFF, foi inaugurado em 21 de dezembro de 2009. Localizado no município de Santo Antônio de Jesus, a unidade atende aproximadamente a 800 mil

habitantes, distribuídos por 32 municípios. Está apto para abrigar atividades de ensino e pesquisa, assume o perfil de hospital geral de grande porte, para atendimento de média e alta complexidade, com ambulatório de especialidades e serviço de diagnose e terapia de alta complexidade.

Conforme o Instituto que o gerencia:

O HRSAJ funciona com capacidade operacional máxima de 150 leitos, distribuídos nas enfermarias de: Clínica Pediátrica, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Unidade de Tratamento de Queimados e UTI Geral Adulto. Dispõe de Centro Cirúrgico (05 salas), Sala de Endoscopia (02 salas), Centro de Recuperação Pós-Anestésica (CRPA – 05 leitos), Central de Material Esterilizado (CME), Serviços de Farmácia, Lavanderia, Almojarifado, Nutrição, Biblioteca Virtual, Manutenção Geral e Arquivo de Prontuários de Paciente e Estatística (INSTITUTO FERNANDO FILGUEIRAS, 2015).

A unidade de Tratamento de Queimados é a segunda na Bahia, a outra encontra-se em Salvador, no Hospital Geral do Estado. A UTQ do HRSAJ foi instalada devido a grandes ocorrências de acidentes com queimaduras na região do Recôncavo, já que nessa localidade há uma grande produção e utilização de fogos de artifícios. Outro fator histórico de grande relevância para a instalação da UTQ no HRSAJ foi a explosão da fábrica de fogos de artifícios, em Santo Antônio de Jesus, ocorrida no dia 11 de dezembro de 1998, que matou 64 pessoas, de 42 famílias, na sua maioria entre 12 e 22 anos.

A implantação e funcionamento do HRSAJ representaram um grande avanço para a rede de saúde da região, na medida em que conseguiram absorver grande parte da demanda de urgência e emergência das cidades circunvizinhas. O HRSAJ tornou-se referência em ortopedia e trauma na região, e é o único hospital público do interior do Estado que realiza cirurgia de coluna. Na Bahia, apenas três hospitais da capital fa-

zem esse tipo de cirurgia. No Recôncavo, o Regional é o único com serviço de ortopedia com cirurgias pelo SUS. Atualmente o HRSAJ também é utilizado como campo de estágio da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, em regime de convênio.

A internação domiciliar do hospital regional

O Serviço de Internação domiciliar do Hospital Regional foi criado em 01 de junho de 2010, e disponibiliza ações de saúde prestadas no domicílio, onde os pacientes são atendidos por uma equipe multidisciplinar, composta por uma médica, uma assistente administrativa, estagiários de Psicologia da UFRB, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma nutricionista, uma fonoaudióloga, uma assistente social, uma fisioterapeuta e um motorista.

O serviço de ID envolve, ainda, um conjunto de atividades prestadas a pessoas clinicamente estáveis e que necessitam de cuidados acima mencionados, da modalidade ambulatorial, mas que podem ser tratadas em sua própria residência, onde as visitas domiciliares são constituídas por um conjunto de ações planejadas e sistematizadas, através de reuniões quinzenais da equipe, para viabilizar o cuidado dos pacientes.

Esse tipo de internamento é destinado ao paciente cujo quadro clínico exija cuidados e tecnologias, dentre os citados, oferecidos pela modalidade ambulatorial, mas que possa ser assistido em casa por equipe de saúde específica para este fim. O Hospital estabelece os seguintes critérios de inclusão dos pacientes no serviço de ID: Portadores de doenças crônicas degenerativas; Portadores de Patologias que necessitem de cuidados paliativos; Portadores de incapacidade funcional provisória ou permanente; Demandar cuidados da equipe multiprofissional e estar em condições de atender às medidas orientadas pela equipe no domicílio; Residir em

domicílio que disponha de suprimento de água potável, energia elétrica, ambiente específico que assegure a assistência requerida pelo paciente; Residir em domicílio na cidade de Santo Antônio de Jesus, em local de acesso fácil e seguro para a equipe. Os dois últimos critérios aqui citados foram estabelecidos pelo HRSA), já que estes não constam nas portarias estabelecidas pelo Ministério da Saúde para regulamentar o serviço.

Excluem-se dessas possibilidades os pacientes que tenham necessidade de ventilação mecânica, de enfermagem intensiva, que não tenham cuidador contínuo identificado, pacientes em uso de medicação complexa com efeitos colaterais potencialmente graves ou de difícil administração. A capacidade máxima é de 30 (trinta) internamentos domiciliares.

Os pacientes atendidos pelo ID do Hospital Regional são oriundos de algum tipo de serviço prestado no próprio hospital, a exemplo de pacientes internados ou atendidos em consultas ambulatoriais. Mas também é possível solicitar o atendimento ligando para o ID e deixando endereço e telefone e aguardar por até 48 horas para passar por uma avaliação médica e/ou da enfermagem e do assistente social.

O modelo de atenção à saúde ainda hegemônico na nossa sociedade prioriza a prática da atenção médica, procurando oferecer à população a maior quantidade possível de serviços de saúde, reduzidos a serviços médicos ofertados individualmente e destinados a tratar as enfermidades ou reabilitar os usuários portadores de sequelas, por meio da clínica e com a intermediação crescente de tecnologias. A proposta da ID surge a partir da identificação e análise dos problemas e necessidades de saúde contemporâneas da população, e deve ser centrada no usuário e no cuidado.

Diversos estudos comprovam os benefícios da Internação Domiciliar, entre eles é possível citar: Assistência individualizada e persona-

lizada; Maior envolvimento da família no tratamento; Tranquilidade do paciente por estar mais próximo de seus familiares; Melhor resposta à terapêutica proposta, quase sempre reduzindo o tempo de internação; Possibilidade de o paciente estar próximo de sua rotina, seus hábitos e referências, o que ajuda também na recuperação; Reduz custos com a internação hospitalar; Diminui a lotação hospitalar.

O paciente/usuário/sujeito

Em seus primórdios, o hospital promovia a exclusão de corpos, pessoas e tudo que afetasse a ordem social da época. Além disso, também foi excluído do processo de cura todo conhecimento popular que não estivesse diretamente ligado ao saber médico. O paciente era excluído do processo de cura, já que o interesse da medicina tradicional era apenas a sua doença.

Atualmente, movido por conceitos humanistas e por interesses do capital, o hospital tem promovido algumas práticas que podem ser consideradas inclusivas e que colocam o paciente como protagonista no seu processo de saúde. Segundo Spink:

O movimento de inclusão no hospital tem ocorrido através de um lento processo de humanização no tratamento dos doentes, a exemplo dos loucos que estão sendo reintegrados nas comunidades e no caso dos hospitais gerais, procura-se maior contato do paciente e seus familiares, a exemplo dos acompanhantes do enfermo no período da internação (SPINK, 2009, p. 142).

Nesse contexto, o Serviço de Internação Domiciliar deve ser considerado uma das práticas hospitalares inclusivas, pois possibilita que o paciente seja tratado no seu domicílio, incluindo a família no processo de cuidado, bem como a inclusão dos saberes do paciente e de sua família no processo de tratamento. Nessa modalidade de Atenção à Saúde, o usuário

adquire o direito de se manifestar no processo, tornando-se ator principal, pois é em função de suas necessidades reais que as ações são construídas e, estando no seu território (domicílio), ele dispõe de liberdade e autonomia para agir e criar sua própria rotina, com flexibilização de horários e de atividades, podendo tomar decisões sobre seu corpo, sua vida.

Spink (2009) utiliza o conceito de 'ordem negociada', oriundo da sociologia interacionista, para analisar a relação médico-paciente. Segundo a referida autora, "a organização deve ser compreendida como um processo de contínua negociação de objetivos e de divisão do trabalho, sendo a ordem negociada resultante da condição de viabilidade da organização" (SPINK, 2009, p. 213). Nesse sentido, a autora observa que:

Contraditoriamente, a tendência da medicina moderna de devolver a responsabilidade (pela prevenção, promoção ou cura) ao paciente acaba gerando a necessidade de levar em conta as diferenças (de visão de mundo) e torná-las parte integrante da relação e não meramente subordiná-las à visão de mundo do médico (SPINK, 2009, p. 213).

A partir disso, é possível afirmar que a Internação Domiciliar retoma a interação dos saberes médico-paciente, possibilitando a construção de uma nova prática de saúde. A rigidez do modelo hospitalocêntrico está sendo superada, e a Internação Domiciliar é uma das confirmações dessa superação.

O hospital é um espaço onde a manifestação da subjetividade do paciente fica limitada, contribuindo para a passividade ou anulação do sujeito como ser ativo no seu processo de recuperação. Goffman afirma que, ao entrar em uma instituição total, sofremos o processo de despersonalização, onde:

A perda da identidade é inevitável quando somos despojados dos nossos símbolos de individualidade: nossa roupa, nosso make-up e tendo até nosso nome substituído

por um leito de quarto ou pelo cognome da doença que nos internou: sabem o “o rim do leito 4” (GOFFMAN, 1974 apud SPINK, 2011, p. 145).

Ao ser hospitalizado, a identidade do sujeito é dissolvida, ele deixa de ser pai, filho, irmão, etc. e é transformado em propriedade do hospital, passa a ser objetificado, e sua identidade adquire um caráter atemporal de paciente, devendo o sujeito agir como tal para justificar sua identidade pressuposta. Para Ciampa (1989, p. 72), “a tendência geral do capitalismo é constituir o homem como mero suporte do capital, que o determina, negando-o enquanto homem, já que se torna algo coisificado... deixa de ser verbo para ser substantivo”. A utilização do termo paciente para designar uma pessoa hospitalizada reforça ainda mais essa ideia, já que a palavra paciente significa:

adj m+f (lat paciente) **1** Que tem paciência. **2** Feito com paciência: **Trabalho paciente.** **3** Manso, pacífico. **4** Sobre que recai ou se exerce a ação de um agente. **sm+f1** Pessoa que espera com calma, que persevera com ânimo sereno. **2** Pessoa enquanto na dependência do médico, mesmo para simples exame. **3** Pessoa em que se pratica uma operação cirúrgica. **4** Pessoa que padece ou vai padecer. **5 Gram** Aquele que recebe a ação praticada por um agente (DICIONÁRIO MICHAELIS).

Dessa forma, pensar em Internação Domiciliar é, também, promover um processo de desinstitucionalização, com significativos ganhos de autonomia para o paciente, possibilitando que ele saia do lugar de paciente para ocupar o lugar de sujeito da sua própria história. Nesse estágio, foi possível constatar que esse processo de desinstitucionalização é lento e gradual, pois depende de uma série de fatores, como: o tempo que o usuário ficou internado no hospital; a participação da família ou cuidador, a forma de intervenção da equipe profissional, a história de vida e as características pessoais do usuário. Mas, sobretudo, a desinstitucionalização depende dos determinantes históricos e sociais sob os quais o sujeito está submetido.

O cuidador/família

Historicamente, o cuidado dispensado aos enfermos era de atribuição da família. Com o advento da revolução industrial, os avanços tecnológicos e a criação do hospital moderno, esse trabalho foi atribuído ou compartilhado com os profissionais que atuam nos hospitais.

Porém, na Internação Domiciliar, o cuidador e/ou família voltam a adquirir relevante papel no processo de cuidados para efetivação da atenção domiciliar, pois seus esforços e dedicação são de extrema importância para um tratamento eficaz. Para o Ministério da Saúde, a ausência de um cuidador inviabiliza o acesso ao programa de atendimento domiciliar.

Em relação ao cuidador, a Portaria nº 2.029, no seu Art. 2º, inciso III, o define como sendo “a pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana” (BRASIL, 2011), bem como, traz no seu Art. 30 algumas atribuições da Equipe do SAD em relação aos cuidadores, entre elas destacam-se as necessidades de:

II- identificar e treinar os familiares e/ou cuidador dos usuários, envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando limites e potencialidades de cada um; III - abordar o cuidador como sujeito do processo e executor das ações; IV - acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários e familiares e/ou cuidador como parte do processo de Atenção Domiciliar; V - elaborar reuniões para cuidadores e familiares; VI - utilizar linguagem acessível a cada instância de relacionamento (BRASIL, 2011).

Foram selecionados dois atendimentos ocorridos no estágio, através dos quais foi possível constatar a importância do cuidador/família no processo de recuperação do usuário.

Foram dois pacientes do sexo masculino. O primeiro tinha 69 anos, aposentado, pai de três filhos e divorciado; vítima de um acidente vascu-

lar cerebral (AVC), encontrava-se acamado e sem movimentos nas pernas e braços, a fala estava preservada e movia levemente uma das mãos; sua cuidadora era sua ex-esposa. Este paciente residia em uma casa com a ex-esposa, um filho de 20 anos, uma filha de 22 anos e dois netos. Nessa casa foi improvisado, na garagem, um lugar para ele ficar. No local, havia uma cama e uma cortina para impedir o contato visual de quem passasse pela rua.

Em nossa primeira visita o usuário estava bastante comunicativo, demonstrava otimismo e esperança de se recuperar e voltar a ter a vida que tinha antes. Porém, sua cuidadora se dizia cansada, estressada e sobrecarregada, por ter que cuidar daquele homem com quem não era mais casada; dizia que cuidava dele porque sentiu pena quando soube que ele estava doente e sendo negligenciado na casa de uma filha oriunda de outro casamento.

Em um dos atendimentos o paciente relatou que havia deixado de almoçar e jantar para evitar sentir vontade de defecar, pois todas as vezes que precisava ir ao banheiro a sua cuidadora ficava irritada por ter que levá-lo, reclamava, esbravejava e chegava a ofendê-lo com palavras. Os filhos do paciente não colaboravam com os cuidados e tratavam o pai de forma hostil. O paciente sentia-se como um fardo para a sua família, e a família tinha essa mesma percepção em relação ao paciente. O contexto familiar não era favorável para o tratamento do paciente, pois seu quadro clínico não apresentava melhoras; a cada visita o paciente apresentava queixas em relação à família e preocupações quanto a seu futuro. A ex-esposa relatou que os conflitos entre o paciente e a família sempre existiram, e que a separação do casal foi bastante conflituosa.

No caso acima, a intervenção teve como foco os membros da família, no sentido de mediar os conflitos, promover reflexões sobre a

importância de cada um no tratamento e de desconstruir ideias e representações que estavam interferindo no processo de tratamento. Houve também o encaminhamento da cuidadora para o serviço de psicologia da UFRB, para acompanhamento mais prolongado, já que o paciente estava prestes a receber alta da ID.

O segundo paciente tinha 47 anos, era pedreiro, casado, pai de dois filhos, um rapaz com 19 anos e uma menina com 08 anos, e a esposa era a cuidadora oficial. Ele sofreu uma queda enquanto trabalhava, caiu do telhado e teve traumatismo craniano, ficou na UTI por um mês. Ele encontrava-se acamado, sem falar e sem andar, sendo alimentado através de sonda, porém os movimentos dos braços e das pernas estavam preservados. Ao contrário do paciente anterior, este tinha um contexto familiar bastante favorável para a sua recuperação, pois a esposa era dedicada e seu filho ajudava bastante nos afazeres de casa e nos cuidados com o pai. Além disso, as irmãs do paciente estavam sempre presentes, auxiliando a cuidadora no que fosse necessário. A esposa relatava que o paciente sempre foi um pai e marido dedicado. O empenho dessa família contribuiu significativamente para a recuperação do paciente.

Nesse segundo caso, o foco do atendimento foi o paciente, pois este demonstrava intenso quadro de tristeza, desesperança e desilusão. O prognóstico em relação ao quadro clínico era bom, mas ele não conseguia se colocar como ativo no processo de recuperação. Fatores como o longo período de internação na UTI (ambiente de total submissão do sujeito a excessivos procedimentos médicos), bem como a superproteção da família, cercando-o de excessivos cuidados (inclusive de limpar sua saliva, sendo que ele poderia fazê-lo), minaram sua autonomia. Foi necessário realizar intervenções, utilizando técnicas que possibilitassem a retomada dessa autonomia.

lém disso, nos dois casos foi necessário estar atento, analisar e trabalhar as questões de gênero que estavam presentes no processo. Pois se tratavam de dois homens que eram considerados os provedores da casa e que, naquele momento, tinham que se submeter aos cuidados femininos. Essa submissão apareceu por diversas vezes nos discursos do primeiro paciente, bem como no discurso das duas cuidadoras.

Considerações finais

Em uma perspectiva psicossocial, o psicólogo que atua no Serviço de Internação Domiciliar deve conhecer a dinâmica do território na qual o hospital está inserido, bem como o perfil da população atendida, os problemas sociais e de saúde que acometem a população e os aspectos culturais que estão presentes e que envolvem o processo de saúde e doença da população local. É importante que o psicólogo compreenda questões de gênero, raça, classe social e sexualidade como determinantes sociais de saúde.

Em relação ao paciente, é necessário que o psicólogo compreenda e estimule seu papel ativo no processo de saúde/doença/reabilitação/cura, bem como proporcione ao paciente o conhecimento de suas potencialidades. Que colabore para a reestruturação do paciente e seu restabelecimento físico e psicológico, possibilitando suporte psicológico nos momentos de dúvidas e incertezas. É importante que o psicólogo pontue aspectos emocionais e psicossociais que surgem em meio aos desafios provocados pela situação de estar doente, ajudando o paciente a entrar em contato com seus próprios medos e expressar seus sentimentos. Respeitar o espaço para manifestação de tensão, medo, angústia e anseios decorrentes da doença, que poderão provocar diversas implicações, de natureza emocional ou física.

Quanto à família, o psicólogo poderá orientá-la em todo o processo de doença e tratamento, e mediar conflitos familiares que estejam afetando o processo de tratamento. Os familiares também podem ser encaminhados para serviços da rede, caso seja necessário.

É importante ressaltar a necessidade da presença do trabalho do psicólogo no Serviço de ID, pois esse modelo de Atenção à Saúde é uma proposta alternativa ao modelo tradicional; sendo assim, é incongruente manter a equipe mínima, apenas com os profissionais que sustentam o modelo tradicional de saúde, com práticas centradas nas questões biológicas. Afinal, o conceito de saúde que sustenta a atenção domiciliar é biopsicossocial.

Referências

AMARAL, Nilcéia N. *et al.* Assistência domiciliar à saúde (Home Health Care): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. **Rev Neurociências**. 2001;9(3):111-117. Disponível em: <http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2001/RN%2009%2003/Pages%20ofrom%20RN%2009%2003-5.pdf>. Acesso em: 20 de fev. de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção domiciliar**. Vol. 2. Brasília - DF, 2013 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf. Acesso em: 27 de fev. de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.029 de 11 de agosto de 2011**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html. Acesso em: 02 de mar. de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html. Acesso em: 02 de mar. de 2015.

CAMPOS, Teresinha. C. P. **Psicologia Hospitalar: A atuação do psicólogo em hospitais**. São Paulo: EPU, 1995.

CIAMPA, Antônio C. Identidade. In; LANE, Sílvia T. M; CODO, W. (ORGS). **A psicologia Social: O homem em movimento**. 8.ed. São Paulo Brasiliense, 1989.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**, Trad. E org. Roberto Machado. 4.ed. Rio de Janeiro. Graal, p. 69-111, 193-207, 1984.

_____, Michel. **O nascimento da Clínica**, Trad. e org. Roberto Machado. 6.ed. Rio de Janeiro. Forense Universitária, p. 01-21, 41-51, 57-94, 2004b.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo, Perspectiva, 1974.

GONÇALVES, Maria. G. M. A Psicologia como ciência do sujeito e da subjetividade: a historicidade como noção básica. In: BOCK, Ana. M.B; GONÇALVES, Maria. G. M; FURTADO, Odair. **Psicologia Sócio-histórica: uma perspectiva Crítica em Psicologia**. 4. Ed. São Paulo. Cortez, 2009.

INSTITUTO FERNANDO FILGUEIRAS, Site. Disponível em: http://www.iff-saude.org.br/?page_id=727. Acesso em: 05 de mar. de 2015.

SAWAIA, B. (ORG.). **As Artimanhas da Exclusão Social – Análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis. Vozes, 2001.

SERAFIM AP & RIBEIRO RAB. Internação domiciliar no SUS: Breve histórico e desafios sobre sua implementação no Distrito Federal. **Com Ciências Saúde**. 22(2):163-168, 2011. Disponível em: <https://docplayer.com.br/1581057-Internacao-domiciliar-no-sus-breve-historico-e-desafios-sobre-sua-implementacao-no-distrito-federal.html>. Acesso em: 10 de mar. de 2015.

SILVA, Kênia *Let al.* Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 391-397, 2005.

SPINK, Mary. J. P. **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis: Vozes, p. 141-159, 204-214, 2011.

Queimaduras no SUS: escuta de mães e crianças

Regina Marques de Souza Oliveira

Yasmin Santos dos Anjos

Ana Karina Araújo de Sousa

As experiências trazidas neste texto representam as vivências de duas equipes de estagiárias no Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus, durante a formação em psicologia no Estágio Supervisionado realizado nos anos de 2013 a 2015 na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Procuramos descrever uma das experiências de atendimento às crianças e suas mães na Unidade de Terapia de Queimados (UTQ) do Hospital Regional.

A UTQ no Regional é a segunda do estado da Bahia. O estado possui apenas duas unidades em todo o território baiano. Esta unidade em Santo Antônio de Jesus é fruto da luta por justiça de dezenas de famílias que na tragédia da fábrica clandestina de fogos de artifícios em 1998 sofreram queimaduras graves e não possuíam nenhum tipo de assistência médica para os cuidados emergenciais diante da explosão.

Inserir estudantes de psicologia neste equipamento, que surge quase que simultaneamente à instalação da Universidade Federal do Recôncavo, é importante protagonismo formativo para a qualidade e equidade em saúde para as populações vulnerabilizadas desta territorialidade.

A experiência no Sistema Único de Saúde em equipamento complexo configura experiência rica e importante para o cuidado técnico do manejo do profissional de psicologia no âmbito emergencial das tragédias que surgem nos contextos de cuidados específicos à crianças em si-

tuação de internação hospitalar. É experiência única e fundamental para a apropriação do contexto e entendimento do sofrimento social e psíquico da população do Recôncavo. Principalmente pelo fato de que a UTQ em Santo Antônio de Jesus constituiu-se como uma política pública de equidade no SUS, considerando a vulnerabilidade social do território e a exponenciação do sofrimento físico e psíquico das pessoas diante da tragédia de 11 de dezembro de 1998.

Este artigo objetiva apresentar elementos críticos e sociais voltados para uma breve análise do cotidiano das crianças hospitalizadas e acompanhadas por suas mães na Unidade de Tratamento de Queimados do HRSAJ – Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus – BA.

A atuação do psicólogo na rede de alta complexidade no Sistema Único de Saúde é trazida neste processo formativo como pressuposto principal da formação do psicólogo para favorecer a superação do sofrimento provocado pela hospitalização. Promover o acolhimento da criança e possibilitar o '*brincar*' mediante as limitações impostas pelo contexto duro da realidade das tragédias que assolam a vida das famílias e populações brasileiras pobres desassistidas de recursos básicos para a manutenção da vida no seu cotidiano.

O psicólogo deve adequar-se às demandas propostas pelo ambiente hospitalar e às limitações psíquicas e físicas do paciente hospitalizado. Ainda segundo este, para minimizar o sofrimento provocado pela hospitalização é necessário abranger não apenas o paciente em si em termos específicos do processo de cura que eventualmente tenha originado a hospitalização, mas principalmente as sequelas emocionais desse processo de adoecimento.

Quando a doença se instala no indivíduo, muitas vezes, como consequência, surgem desajustes no grupo familiar, tornando-se necessário

estender o apoio psicológico aos familiares, no sentido de compreendê-los e dar-lhes o suporte adequado (CALMON, 2009). Nesta experiência, estendeu-se o suporte para as mães, que acompanhavam seus filhos nesse processo, acolhendo-as em escuta clínica dos conflitos, medos, tensões e dúvidas que estas traziam.

A família dentro do hospital possui características diversas de outras realidades institucionais: no hospital a família vive uma ansiedade que envolve o restabelecimento físico e psíquico do paciente, fato que faz qualquer abordagem psicológica considerar esses aspectos entendidos como atípicos (CAMPOS, 2008).

As mães ao serem englobadas no atendimento receberão condições e sustentáculos emocionais para que as crianças encontrem alívio do sofrimento provocado pelo afastamento do núcleo familiar. Paciente-família é um binômio indivisível, e como tal deve ser abordado dentro desse contexto, com o risco de, se assim não acontecer, perder-se um aspecto muito importante na intervenção do psicólogo: as implicações emocionais que um processo de hospitalização provoca no núcleo familiar (ROMANO, 1999).

A doença da criança, com ou sem internação, constitui uma crise não só para ela, mas também para a família como um todo. Logo, é um evento que altera toda a dinâmica da família em razão dos vínculos de estreita relação que caracterizam a relação criança-família. É nesse contexto que a criança e seus problemas de saúde devem ser considerados (CALMON, 2009).

Entende-se que a criança ao ser hospitalizada passa por diversos desafios e eventos estressantes, que até então eram desconhecidos por ela, podendo influenciar diretamente no seu desenvolvimento, tanto psíquico, quanto motor. O ambiente hostil do hospital e suas experiências,

não sendo bem direcionadas, podem repercutir de forma negativa na experiência de hospitalização, como, por exemplo, o afastamento de sua rotina, de seus brinquedos, dos familiares, a vulnerabilidade emocional, o medo de abandono (SDALA, 1995, p.100).

Logo, o brincar no hospital pode ser utilizado como função de alegrar o ambiente e amenizar as sensações desagradáveis da hospitalização, humanizando o contexto hospitalar, minimizando assim o sofrimento das crianças e favorecendo um ambiente menos hostil nesse processo, independentemente do tempo e da doença que as levaram a internação (MOTTA, 2002).

Para tanto, o brincar como recurso terapêutico dentro desse contexto, possibilita que o profissional compreenda as necessidades e sentimentos da criança; que a criança assimile novas situações, compreendendo o que se passa ao seu redor e esclarecendo conceitos errôneos; o desenvolvimento de autoconfiança, mesmo às crianças mais seguras (SDALA, 1995, p.100).

Segundo Freud (apud MOTTA, 2002), a criança repete no brinquedo tudo quanto a impressiona. Desse modo, torna-se dona da situação, passando da posição passiva para a ativa, de agredida para agressora. Piaget afirma que a criança assimila situações dolorosas com participação total de seu ego. Reproduzem na brincadeira os eventos desagradáveis, trabalhando as situações que a estão estressando e internalizando papéis sociais.

O brincar e o desenhar são importantes meios de compreensão do que se passa com o mundo interno (emocional) da criança. É também a situação onde ela pode entender o mundo que a cerca e elaborar os conflitos e frustrações. As crianças, mesmo doentes, têm necessidade de brincar e se movimentar, como forma de entender o mundo que as cerca. Dessa forma, segundo Romano (2008, p. 210):

O brincar sadio deve ser livre e sem intencionalidade, motivado pelo desejo de conhecer e experimentar. É através dele que acontecem no tempo o desenvolvimento físico, motor, a socialização e o desenvolvimento psíquico. Dentro do hospital, o espaço de brincar deve prezar estas características da vida saudável, habitual: de livre escolha, sem dor, sem pressão. Será também um instrumento importante de socialização.

Deste modo, ao brincar no hospital, a criança altera o ambiente em que se encontra, promovendo através das brincadeiras um ambiente mais familiar e menos ameaçador, aproximando-se assim da sua rotina doméstica (ROMANO, 2008).

Caracterização do campo de estágio

Como inicialmente informamos, as atividades foram desenvolvidas na Unidade de Tratamento de Queimados - UTQ, que se configura como a segunda Unidade de Queimados do estado da Bahia em um hospital geral. Além do Regional, apenas o HGE/SESAB – Hospital Geral do Estado/Secretaria de Saúde da Bahia promove em todo o estado o acesso a este serviço.

O trabalho desenvolveu-se a partir da análise do contexto social e institucional das crianças e suas mães no hospital. Também agregamos à análise a realização de oficinas de ludoterapia para crianças em processo de tratamento das queimaduras. Essas oficinas foram pensadas a partir das observações na unidade e da constatação da falta de recursos que promovessem a humanização mais efetiva do espaço destinado às crianças na enfermaria da UTQ. Esta situação tornava o processo de adoecimento ainda mais penoso para as crianças.

O infante no Sistema Único de Saúde – SUS – deve ser agente de cuidados não apenas físico, mas também psíquico, reduzindo elementos

causadores de estresse decorrentes do ambiente hospitalar e de sua condição de vulnerabilidade no processo de saúde e adoecimento.

Método

As oficinas lúdicas eram realizadas uma vez por semana na enfermaria e o suporte lúdico foi adequado e seguro para o acolhimento das crianças internadas na UTQ. As oficinas de brincadeiras proporcionavam alteração na imagem do hospital para a criança, a fim de que ela não estivesse relacionada somente a procedimentos desagradáveis. A integração e a promoção de um ponto de referência positivo para as crianças e suas mães faziam-se necessárias, principalmente, porque as dores, os gritos, por conta das dores, eram excessivos e estressantes para todos presentes no espaço da enfermaria.

Para tanto, a realização das intervenções psicossociais dentro do hospital buscou minimizar a ansiedade, o medo e a angústia, tanto das crianças quanto de suas mães, as quais traziam não só as angustias decorrentes da situação hospitalar, mas o sentimento de culpa frente às causas das queimaduras. Neste sentido, é preciso conhecer que na realidade da Unidade de Tratamento de Queimados, vários casos de internação com queimaduras de segundo e terceiro grau são em razão de crianças que exercem atividades domésticas sem a supervisão de seus pais ou responsáveis. Crianças pequenas que são responsabilizadas pelo cuidado com os irmãos mais novos enquanto os pais trabalham e buscam o sustento mínimo das necessidades materiais de seus filhos e família. Queimaduras por conta de acidentes na cozinha são comuns e, em geral, graves para crianças menores de sete anos, faixa etária prevalente das crianças da UTQ.

O aspecto social de alta vulnerabilidade socioeconômica é um perfil populacional a ser considerado no ambiente da Unidade de Tratamento. Pois refere-se em grau macro às políticas de acesso à educação, ao direito ao bem estar, lazer e dignidade da vida. Neste sentido, as lesões por queimaduras constituem-se em agravos à Saúde Pública.

As crianças do Recôncavo da Bahia e do território de abrangência dos usuários do Hospital Regional pertencem em geral à população vulnerável social e economicamente, no contexto nacional, considerando os índices de desenvolvimento humano (IDH) por região do país. Sendo que a região Nordeste apresenta IDH 710, ou seja: o menor índice de desenvolvimento das regiões do país (IBGE, 2010).

No Brasil a faixa etária de 0 a 3 anos e de 4 a 7 anos são as que apresentam os maiores índices de lesões por queimaduras; sendo 60% queimaduras por negligência em crianças de 0 à 3 anos e 24% em crianças de 4 à 7 anos (CAMARGO, 2003). Justamente a faixa etária – geralmente – observada como prevalente na UTQ no período das atividades de estágio.

O Nordeste apresenta altos índices de violência contra a criança, e as queimaduras representam este tipo de agravo em saúde.

A epidemiologia das queimaduras, sua distribuição e seus fatores determinantes tem uma função essencial no estudo dessa problemática, entretanto, se tem dado pouca importância aos verdadeiros motivos que as determinam, ou seja, as suas causas reais, como por exemplo: a negligência, e violência física. Somente identificando, investigando e analisando essas causas, é que os profissionais de saúde poderão planejar um sistema eficaz para o tratamento e a prevenção de lesões por queimaduras (CAMARGO; XAVIER, 2003, p 17).

Cientes desta problemática, as atividades buscaram favorecer o entrosamento das mães com suas crianças, favorecer a confiança psíquica e emocional da criança na equipe de saúde, reposicionando-a como sujei-

to de direitos, digna de ser cuidada, ouvida em suas dores e sofrimentos, bem como promover o aplacamento de sua dor emocional exacerbada por suas dores físicas por conta da queimadura ou queimaduras.

Ao mesmo tempo buscávamos orientar as mães para a importância de seu papel no cuidado com a criança. A escuta promovia ouvir as razões pelas quais o acidente aconteceu e como a família responsabilizava-se ou não pelo ocorrido, investigando formas de aconselhar as mães – representante familiar da criança – a buscar ajuda emocional e social diante das dificuldades de apoio à criança no contexto do lar e da sociedade.

Em geral, as mães não eram muito acessíveis a este apelo colocado de modo indireto durante as oficinas com as mães e as crianças.

Importante delimitar que haviam oficinas que se realizavam com as crianças no mesmo período em que outro estagiário de psicologia resguardava uma escuta com as mães interessadas em participar das atividades. Em algumas ocasiões desenvolvemos atividades nas quais mães e crianças puderam estar ativamente brincando nas atividades organizadas pela equipe do estágio de psicologia e/ou estagiária de psicologia.

Consideramos que, ao brincar no hospital, a criança altera o ambiente em que se encontra, promovendo, através das atividades lúdicas, uma melhor ambientação com o espaço hospitalar. O ambiente hospitalar torna-se mais familiar e menos ameaçador. A criança torna-se capaz de sentir-se segura e confiante no referente às necessidades de intervenção propostas pela equipe de saúde: curativos, injeções, sedativos, procedimentos cirúrgicos, enfim.

Partindo desse princípio, as oficinas eram realizadas a partir de temas variados, em geral, propostos pelas crianças e/ou mães nos encontros anteriores, os quais organizávamos previamente: discussão de filmes, realização de desenhos, temas de conversas. Eventualmente, buscávamos

apoio na história clínica da criança, a partir do prontuário clínico com as solicitações da equipe técnica de enfermagem que muitas vezes nos informava das condições de dificuldades de ordem emocional de uma ou outra criança e/ou suas mães.

Sempre ao iniciar as oficinas, lembrávamos da importância do sigilo naquele momento, e apresentávamos às crianças a caixa lúdica (caixa de brinquedos). A atividade durava em média uma hora. Enquanto as crianças brincavam, outra estagiária realizava a escuta clínica e acolhimento com suas genitoras. No momento da supervisão clínica, os relatos de casos eram trazidos, permitindo refletir sobre a relação da criança com o ambiente familiar e as implicações com a mãe, bem como as possibilidades de favorecer o fortalecimento ou reconstrução dos vínculos de cuidados entre a mãe (ou responsável) e a criança. Uma abordagem psicanalítica da escola inglesa mediada por literaturas pertencentes à psicologia social da “*Escola de São Paulo*”, fundada por Silvia Lane, eram os aportes utilizados.

De um modo geral, as oficinas funcionaram enfatizando o respeito da autonomia da criança, que mesmo hospitalizada tem o direito de escolher com *o quê* e *com quem* brincar: seja com a estagiária, com sua própria mãe, com o coleguinha de internação, ou até mesmo sozinho.

Sabemos dos limites gerais de nossa atuação no universo emocional da criança e de suas mães no contexto hospitalar através das oficinas de escuta às mães que realizamos. No entanto, estas oficinas constituíram-se enquanto importantes elementos mínimos de possibilidade de humanização e clínica ampliada em saúde mental.

Obviamente, as implicações sociais da violência e negligência com os cuidados com a criança não foram efetivamente abordadas nas oficinas. Porém, nos foi possibilitado, como estagiárias de psicologia, valorizar

a importância de se refletir sobre as causas das queimaduras. Foi nos permitido iniciar um esboço de uma análise diante das poucas falas maternas que se apresentavam, intermediadas ora pelo medo, vergonha e/ou culpa diante da possível negligência ou violência praticada contra o infante.

Pela velocidade da dinâmica do ambiente, não possuíamos condições técnicas para aprofundar e desenvolver nossas indicativas, visto que na semana posterior à oficina, muitas vezes, a criança atendida obtinha alta e/ou era transferida para equipamento mais próximo de sua residência, quando os cuidados mais específicos no Hospital Regional já não se faziam primordiais.

Os limites de nossa atuação no estágio nos remetem a considerar que um estudo longitudinal aliado às práticas de saúde com crianças hospitalizadas com queimaduras, às referências da equipe do hospital que atende à criança e às mães, bem como estudos de prontuários clínicos e protocolos de entrada no hospital, além das literaturas pertinentes no campo dos agravos em saúde e violência contra crianças e adolescentes, devam ser organizados por equipes de saúde com a colaboração efetiva do psicólogo.

Procedimentos das oficinas de ludoterapia

A priori, as supervisões configuravam-se com leituras, discussões teóricas e seminários individuais referentes à formação e rompimentos nas relações afetivas, assim como discussões da vivência prática de cada estagiária com o cotidiano do hospital. A partir dessas vivências as estagiárias incumbiam-se de emitir relatos de cada dia de prática, os chamados “*diário de campo*”, descrevendo de forma mais fidedigna possível o ocorrido no atendimento, assim como as impressões pessoais, para que fossem compartilhados e discutidos em supervisão.

A nossa vivência prática começou com a leitura dos prontuários, os quais embasavam o conhecimento a respeito dos pacientes: número do registro, número do leito, nome do paciente, sua origem, idade, diagnóstico, causa, unidade de origem e data de admissão. Para assim, devidamente informados sobre o paciente, abordá-lo em seu leito.

Para a elaboração das oficinas considerava-se a rotatividade dos pacientes. Como as atividades eram realizadas uma vez na semana, como já foi dito, era sempre muito provável nos depararmos com pacientes novos. Uma criança em específico frequentou a oficina de ludoterapia mais de uma vez. Ela será o caso clínico que apresentaremos para alguns elementos de discussão.

As oficinas ludoterápicas eram realizadas na sala de convivência da UTQ – Unidade de Terapia de Queimados –, uma sala dividida em três partes: a primeira continha uma mesa e seis cadeiras e panfletos informativos sobre tipos de queimaduras e procedimentos no momento do acidente; a sala seguinte continha uma TV, um aparelho de DVD, um armário, algumas cadeiras infantis, seis cadeiras de espera; a próxima sala era destinada para guardar objetos, esta, em poucos momentos tivemos acesso. As oficinas eram sempre realizadas na segunda sala.

A partir de então se iniciaram as oficinas com as crianças em companhia de suas mães, onde foi estabelecido um contrato verbal com a mesma, com o objetivo de levar ao seu conhecimento informações relativas ao acompanhamento psicológico que estava sendo iniciado. Nesse momento lhes era apresentada a caixa lúdica que seria utilizada apenas pelas crianças presentes, e o acesso à mesma restringia-se às crianças, às estagiárias-terapeutas e às mães. A caixa era guardada em lugar seguro após a sessão. Em armário trancado na sala da enfermagem.

Ao longo do processo terapêutico foi utilizado o recurso da fala, recursos gráficos e a brincadeira livre, típicos das abordagens psicanalíticas da escola inglesa. Esta metodologia, abordagem, possibilitou a criança expressar-se livremente, favorecer um início vincular entre o paciente e a estagiária na relação transferencial, reeditando suas experiências de vida, fortalecendo seu ego e apropriando-se da sua realidade.

A interpretação do contexto remetia-nos a retratar as considerações da psicologia social mediadas pelas considerações psicanalíticas.

Materiais utilizados

Caixa Lúdica (caixa de brinquedos). Trata-se de uma caixa organizadora plástica com travas nas laterais e apresenta os seguintes elementos:

- *Recursos gráficos*: lápis de cor, giz de cera, folhas de papel A4;
- *Bonecos*: duas bonecas de pano e dois bonecos de plástico rígido;
- *Garrafas pets*, devidamente lavadas e veladas com pedrinhas coloridas no seu interior, com o objetivo de que as crianças usassem como chocalhos, ou instrumentos musicais.

Caso clínico: escuta de segredos

A doença e hospitalização de uma criança geralmente afetam todos os membros da família e toda dinâmica familiar, pois ao vivenciar a doença a família ingressa em um mundo novo, o mundo do hospital, cuja organização e dinâmica são diferentes de seu cotidiano, acarretando um elevado nível de estresse e ansiedade, principalmente quando a criança necessita de cuidados dolorosos, como em caso de queimaduras.

Atualmente, os hospitais reconhecem a importância da permanência dos pais em companhia de seus filhos, principalmente das mães. Acredita-se que esse contato melhora o processo saúde-doença.

Em contato com as mães, pode-se perceber que a presença destas constitui simbolicamente uma fonte de proteção, apoio e segurança para o filho e possibilita um conjunto de estímulos agradáveis, tornando o ambiente menos agressivo, e adaptável. Sendo assim, a liberação das mães em permanência na UTQ durante a hospitalização da criança é uma estratégia que possibilita um processo curativo humanizado, além do estreitamento do vínculo afetivo, há redução do estresse emocional tanto da criança como da família. Isto é uma política do Sistema Único de Saúde, a Rede Humaniza SUS, que envolve o trabalho e contato cuidadoso com as necessidades dos seres humanos. Priorizando a singularidade das pessoas, o tratamento individualizado e a atenção psicossocial.

Geralmente é possível observar vulnerabilidade emocional das mães que estão na companhia de seus filhos neste ambiente. Refiro-me à mães extremamente ansiosas, fragilizadas e desamparadas. Dentro desta perspectiva, o caso clínico a ser abordado neste relatório refere-se a uma mãe (que será chamada de *Dona Paula*) de uma criança do sexo feminino – que contava com seus sete anos de idade –, oriunda da cidade de Jequié, vítima de um acidente doméstico com mingau, o qual a feriu com queimaduras de 2.º e 3.º graus na coxa e no glúteo. Esta menina ficou internada na UTQ por volta de duas semanas, em todo o momento estava acompanhada por sua mãe.

Tivemos dois contatos com a criança e *Dona Paula* durante as oficinas. A menina apresentava-se sempre colaborativa com as atividades propostas na oficina, e aparentemente disposta e segura diante da sua condição (informações colhidas através de conversas com a *Dona Paula* e observações com a criança). Nesses momentos, foi perceptível o estado de total angústia e desamparo dessa mãe.

Para tanto, realizamos uma escuta clínica e acolhimento da *Dona Paula*, onde ela expôs seus medos, angústia e insegurança devido à hospitalização da filha, por estar longe de casa e do seu outro filho.

Depois do acolhimento de *Dona Paula*, ela deixou uma carta no local onde realizávamos as oficinas expondo seus sentimentos em uma folha de papel.

Neste material consideramos, através de seu conteúdo, que esse era um produto manifesto da intervenção psicológica, ao passo que as palavras dessa mãe já tinham sido ouvidas em outra ocasião nas oficinas ludoterápicas e na escuta de acolhimento materno:

Dor inexplicável que consome a alma mesmo que essa dor não seja sua, mas de um alguém tão especial. Mãe sente na alma quando vem do seu filho (*Dona Paula*, 18 de outubro de 2013).

Percebe-se que possivelmente *Dona Paula* sofre por não saber o que pode acontecer à filha, pelas incertezas quanto ao tratamento e por ter outras possibilidades.

Em termos psicológicos é muito triste ver a situação da criança submetida a procedimentos terapêuticos dolorosos, sem que a mãe possa fazer alguma coisa para evitar ou minimizar a dor. Em termos psicocemocionais nos agravos de queimaduras com crianças, as mães em geral se compadecem das dores dos filhos e em termos da clínica médica na Unidade de Terapia de Queimados os procedimentos e curativos são realmente dolorosos.

As mães também vivenciam as dores e sentem-se impotentes e incapazes de salvar o filho do sofrimento.

Hoje percebo o quanto doe em mim o sofrimento dos meus filhos. Essa experiência levarei para resto da minha vida, muito sofrimento (*Dona Paula*, 18 de outubro de 2013).

Em alguns momentos da sua estadia no hospital, a mãe parece sentir que não consegue dar conta de responder a todos os papéis que ela define como seus. Ela se descobre querendo cumprir com seus deveres para com a filha hospitalizada e com os demais elementos da família. Como seu outro filho, que estava em Jequié e hospitalizado com fratura do braço. Em função disso, ela se diz dividida, pressionada, sobrecarregada, não conseguindo se desligar no limite de suas forças.

Ó glória, tiraram a sonda e a menina já está até correndo, o sofrimento foi reduzindo, mas o curativo ainda dói, às vezes penso que o chão vai se abrir e vou cair dentro. Como pode um ser tão pequeno já sofrer desse tanto (*Dona Paula*, 25 de outubro de 2013).

Não podemos nos esquecer que *Dona Paula* talvez sentia culpa pela precariedade de cuidado que ofereceu à sua criança.

Em que pese as reais circunstâncias da violência sofrida pelo infante, cabe ao psicólogo intervir no acolhimento do sofrimento da mãe e da criança.

São situações delicadas de dupla violência: simbólica – pobreza, desamparo social – e também física e moral – agressão física, descuido, precariedade afetiva.

Estes fatores de discussão, embora aqui pouco abordados, fizeram parte da discussão do estágio.

E precisamos ponderar: por que a mãe deixou um bilhete na sala de atendimento? O que ela desejava com este gesto resguardar? Por que um outro filho seu, outro infante, estava também internado em outro hospital em Jequié, conforme relato da mãe, com o braço quebrado? Quais os níveis de responsabilidade afetiva da figura materna com os infantes, seus filhos?

Estas questões apenas atravessam a prática de estágio com crianças e suas mães na UTQ. Porém, nos referendam a buscar análises mais

aprofundadas do fenômeno da violência social e violência doméstica, que guardam segredos quase sempre não revelados.

Resultados

Felizmente as crianças reagem bem ao tratamento e ao choque das dores que vão amenizando aos poucos. E em algum momento é chegada a hora de voltar para casa.

O psicólogo deve observar sua prática neste contexto de vulnerabilidade, pensar nas identidades marcadas pelo estigma da violência e da pobreza. Nas marcas psíquicas que se criam diante das exclusões e das violências no ambiente familiar, doméstico.

Estas reflexões devem nos levar a outras formas de atuação psicológica, a partir de redes de apoio ao cuidado, de políticas de gestão, de protocolos de saúde que previnam a violência contra a criança, a negligência e os acidentes por queimaduras.

Isto significa que, embora tenhamos relatado um fragmento de nossas atividades no Sistema Único de Saúde no Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus, muito ainda deve ser feito em termos de redes sociais de saúde e apoio às famílias e crianças no interior do Estado Nacional, sendo certo que a violência infantil, a negligência e o abuso contra as crianças são fenômenos que atingem todas as classes sociais. Mas as classes populares estão mais visibilizadas socialmente na apresentação deste fenômeno.

Reflexões sobre as oficinas

Durante as oficinas, aprimoramos a escuta da dor e das complexidades do fenômeno da violência, negligência e acidentes sofridos pela criança, hospitalizada na UTQ. Foi importante refletir sobre as formas do

laço social presente na infância e nas relações familiares, o complexo da gravidade implicada nas relações com a equipe de saúde, com o psicólogo e o cuidado afetivo e emocional nos agravantes frente às lesões sofridas por crianças com queimaduras.

No limite de muitas lacunas *a melhor técnica utilizada* foi a disposição de *sentar ao chão com as crianças*, brincar, desenhar, oferecer à estas a oportunidade de *serem crianças*. Viver aquele momento onde, embora, muitas vezes, parecia que nada iria acontecer, transformações ocorriam no momento das oficinas, na relação construída pelas crianças com suas mães. Crianças que não riam, passaram a rir; mães com extrema angústia relaxavam, podiam sorrir também e cuidar de seu sofrimento emocional e tensões psicoafetivas.

Compreendemos que a construção das oficinas de escuta e ludoterapia para crianças e suas mães proporcionaram crescimento mútuo, distintos e paralelos: nas mães, nos estudantes de psicologia (estagiários) e também nas crianças a partir do acolhimento psicológico humanizado através de uma clínica ampliada como propõe as políticas públicas e universais do Sistema Único de Saúde.

Foi interessante a descoberta nas supervisões das interpretações dos sentidos dos sofrimentos das pessoas. Nossa sensibilidade fica desdobrada e estamos abertos para trocas com a aprendizagem geral da profissão de psicólogo, tendo a consciência de investir em novos estudos necessários para uma qualidade técnica mais aprimorada após a graduação.

Neste aspecto, observar a dimensão social do contexto da queimadura das crianças, o tipo de queimadura – mingau quente na perna e no glúteo –, nos dá um indicativo para as condições de violência material e simbólica que crianças experimentam no seio de suas famílias em tenra infância.

A família que está socialmente para proteger e cuidar, acaba por favorecer a violência, o risco, o acidente, a tragédia e o trauma na vida do pequeno.

Muitas famílias – simbolicamente representadas pelas mães neste estudo – são responsáveis pelos acontecimentos graves com seus filhos e devemos compreender que em termos da observação social e psicossocial do Recôncavo da Bahia e sua territorialidade, este agravo é fruto de uma desassistência social, da ausência de políticas de Estado: ausência de bons equipamentos educacionais – escolas e creches – para assessorar e garantir cidadania às famílias e por extensão às crianças. Estar dentro da enfermaria da UTQ no Regional tornou possível vincular a responsabilidade social do Estado na redistribuição de políticas de acesso à educação e à saúde como meios de prevenção e promoção de saúde diante dos agravos epidemiológicos relativos às queimaduras em crianças.

Este aspecto triste e terrível não passou ao largo das orientações à família durante as poucas conversas trocadas com as mães. Ao invés de acusar, culpabilizar ou investigar a responsabilidade do ocorrido de modo policaresco, agimos como profissionais da saúde preocupados em promover, naquela esfera específica de grande sofrimento mútuo – de crianças e famílias na UTQ – as condições mínimas de resgate do importante laço social entre as mães, o infante e a sociedade, no caso, o psicólogo – agente de cuidado – e equipe de saúde.

Nesta densa análise conclusiva observamos que a Constituição Federal de 1988 legitima o Sistema Único de Saúde – o SUS – e também o Sistema Único de Assistência Social – o SUAS. Estes dois sistemas complementam-se em políticas de acesso à saúde, cidadania e direitos sociais. Isto significa que em psicologia, nos equipamentos complexos de saúde, a escuta de infantes e suas famílias, bem como dos agentes sociais que

adentram os serviços de saúde, deve ser ampliada. A clínica se faz na interdisciplinaridade, no trabalho em rede de apoios e acolhimento social, psicossocial e socioeducacional. Escutar as crianças e famílias com queimaduras é escutar as dificuldades do cotidiano da pobreza, dos territórios sem cidadania, das periferias sem trabalho e com moradias precárias.

Escutar em clínica ampliada é ser capaz de realizar a análise social materialista histórica, convocando os agentes sociais e de saúde para a realização efetiva das políticas públicas necessárias para o desenvolvimento das áreas segregadas do Brasil.

Trazer para a análise dos casos clínicos a complexidade e problematização da vida precária dos sujeitos, dos processos de opressão, da reprodução da marginalidade diante do silêncio dos profissionais de saúde que nem sempre são formados para realizar uma escuta clínica emancipatória que implique os sujeitos sociais na transformação de seus contextos a partir da conscientização do drama de sua existência e da promoção do acesso aos direitos que possuem para a obtenção da cidadania.

Escutar clinicamente o sofrimento psíquico da vulnerabilidade emergente, no caso do paciente da UTQ, é expandir a reflexão sobre direitos sociais coletivos e direito à saúde mental enquanto fator biopsicossocial. Saúde mental enquanto processo de desenvolvimento humano.

As crianças que se queimam e as suas mães precisam de apoio material, precisam sair das zonas da violência do Estado que pretere e não reconhece o sofrimento destes corpos que vivem em contextos de pobreza e miserabilidade, gerando pessoas despreparadas para o cuidado consigo e com o outro.

Romper com o ciclo da pobreza, com o ciclo do analfabetismo, favorecer para as classes populares o acesso à renda, o acesso do ingresso de toda criança na creche, na escola e uma alimentação de qualidade é

prevenir e evitar acidentes graves de queimaduras de segundo e terceiro graus como as da criança aqui relatada.

A explosão da fábrica de fogos clandestina que vitimou dezenas de famílias do Recôncavo representa esta emergência em acesso à dignidade humana. Direitos sociais, acesso à renda e trabalho, capazes de proporcionar respeito e cuidado com a vida.

O trabalho e formação do psicólogo na UTQ do HRSAJ foram realizados em abordagem crítica, lúcida, comprometida com a realidade, procurando implicar-se no contexto social para promover as ações institucionais necessárias para sanar parte do sofrimento psíquico dos sujeitos com queimaduras graves. Acolhendo as mazelas sociais da realidade dos sujeitos, interpretando a sua dor e não o culpabilizando pela dificuldade.

Ao mesmo tempo buscou refletir junto com o sujeito as implicações de sua responsabilidade pessoal com sua vida. As dificuldades inerentes a sua condição de sujeito sem cidadania e as possíveis formas de compreender seu enredo de vida.

Tornar consciente a marginalidade da vida é também promover avanços psicológicos no campo afetivo emocional. E favorecer a emergência de uma sociedade capaz de protagonizar suas necessidades a partir de identidades emancipatórias e libertárias.

Acreditamos que o trabalho no Sistema Único de Saúde no Hospital Regional conseguiu mobilizar redes de apoio no sentido de discutir estas considerações sociais tão presentes no contexto do hospital.

Antes do término do estágio tivemos a oportunidade de fazer a apresentação destas ideias aos gestores da Prefeitura Municipal de Santo Antônio de Jesus, da Assistência Social e de profissionais do CREAS – Centro Especializado em Assistência Social.

Estes gestores deram início a conversações com outras municipalidades que também têm acesso a estas circunstâncias de agravos em saúde de crianças pequenas no contexto do Recôncavo.

Em termos de atenção psicossocial e sofrimento infantil frente à violência física e simbólica da ausência de cuidado, é importante que o psicólogo seja capaz não apenas de cuidar, através de dispositivos técnicos como a psicoterapia e a ludoterapia, como as oficinas que se desenvolveram no estágio. Torna-se necessário ir além. Dentro do contexto do Sistema Único de Saúde, provocar a Rede de Atenção à Saúde, convocar os agentes e atores públicos sociais e da saúde para que protejam a criança, sua família e congreguem uma psicologia implicada com o seu tempo e com as dificuldades das pessoas que sofrem em seus contextos de exclusão e desigualdade e que reproduzem tal violência com o pequeno ser, seu filho.

A violência simbólica do Estado – a omissão e o descaso – é reproduzida enquanto laço social da família na ordem social, repetindo a mesma negligência ou violência explícita contra o infante.

Considerações finais

Procuramos organizar um quadro que represente as referências acima discutidas de modo mais sistemático, possibilitando observar as implicações do papel formador do estágio para o profissional de psicologia na Unidade de Tratamento de Queimados.

Conforme discutido de modo longo e exaustivo, procuramos considerar que o trabalho do psicólogo não é apenas cuidar da dor da criança e do familiar que acompanha o infante de modo isolado. Mas é pensar as repercussões de seu trabalho na prevenção e promoção à saúde da criança e do adolescente. Considerando que queimaduras em crianças são em geral evitáveis e requerem ações de saúde pública através de uma abor-

dagem psicossocial. Escutar mães e crianças no Sistema Único de Saúde é em primeira instância favorecer o diálogo político e social para o acolhimento da dor nos processos de subjetividade humana. O quadro abaixo é representativo destas preocupações. E as oficinas e rodas de conversa amenizaram a dor física e psíquica das mães e crianças. Porém o trabalho do psicólogo na UTQ com mães e crianças necessita de uma escuta ampliada, capaz de convocar os agentes sociais para a sensibilização do problema. Escutando as vozes que clamam por cuidados.

Quadro 1: prognóstico clínico e estratégias de saúde mental em crianças com queimaduras (atenção psicossocial).

Agravantes psicossociais: laço social familiar e violência simbólica do Estado	Intervenções possíveis com participação do psicólogo
Marginalidade social e desamparo familiar.	· Mobilizar redes de apoio com o CRAS, CREAS (SUAS), associações e famílias acolhedoras.
Violência Infantil – negligência.	· Provocar agentes públicos dispostos a romper com o ciclo da pobreza favorecendo projetos de economia solidária.
Ausência de Políticas de Estado no combate à pobreza.	· Mobilizar o diálogo, através inclusive dos conselhos de educação e saúde, com as associações comunitárias, coletivos de mulheres e coletivos de saúde para o acesso à creches e escolas de educação integral para crianças de 0 a 6 anos de idade.

Fonte: Souza (2020).

Por fim, neste capítulo agradecemos a todas as estagiárias que participaram das equipes de trabalho no Hospital Regional nos anos dos estágios desenvolvidos¹². Embora o texto tenha sido escrito por três autoras, que revisaram os cadernos de notas de estágio – os cadernos de campo

¹² Genolina Mello, Carla Carvalho Mascarenhas, Jéssica Celeste Bitencourt, Débora Castro, Taiane Rodrigues, Maria Soledade Souza Santos, Isis Ferreira, Denise Silva, Chirley Reis e outras.

etnográfico – com as anotações dos relatos realizados por si mesmas e pelas colegas nos horários das supervisões na varanda externa do Hospital Regional, ele é fruto das reflexões de anos de trabalho em supervisão clínica em psicologia e formação de psicólogos e do apoio de egressas que compartilham seus trabalhos no campo da saúde e da clínica social.

As anotações, que recolhemos do trabalho e dos dizeres de outros estagiários que também fizeram parte da equipe nos diferentes períodos dos estágios realizados, foram supervisionados na varanda externa da UTQ. Este lugar ‘dentro’ e ‘fora’ do hospital – a varanda. Estar geograficamente localizados na varanda da UTQ nos permitiu ir além em nossas escutas e observações do espaço institucional do hospital e do campo psicológico das mães e das crianças.

Na tarefa humana e sensível do fazer psicológico – escuta clínica – cabe a fortaleza da compreensão da sociedade e da negação dos direitos inalienáveis para o bom desenvolvimento psíquico pleno.

Escuta plena de consciência para um trilhar de passos que precisam construir as narrativas de caminhos mais justos e dignos para as populações brasileiras.

O psicólogo não poderá fazer tudo sozinho, organizar a ludoterapia e suavizar o sofrimento singular é pouco. Mas ele pode trabalhar em rede, com outros profissionais comprometidos. Ao *sentar no chão com a criança*, o psicólogo, psicoterapeuta infantil, aproxima-se fisicamente do universo de sentidos do pequeno e de sua mãe/família. Esta aproximação física deve também simbolizar o sentido da oferta necessária no papel do profissional da psicologia. Ele deve com seu corpo físico e intelectual acionar as redes, provocar o debate na equipe, implicar a sociedade.

O *chão do psicólogo* sempre será a pessoa, o humano, a humanização do SUS – que é um ato político: um pensar, ser e agir. Agregando nesta

abordagem do trabalho realizado os conceitos de uma psicologia social materialista histórica e uma clínica refinada da escuta do sensível.

Esta escuta é um agir em rede, compartilhado, que não escapa à função peculiar de trabalhar o varejo, o singular nas oficinas diante da tragédia que não foi evitada. Na mesma medida em que provoca o sujeito individual, insta, pelo amor ao humano, ao social, ao pleno, denso, político, crítico, estrutural, através do SUS e também do SUAS a ampliação do trabalho em rede.

E todo este trabalho, sentidos e afetações têm apenas um nome: o amor, pela profissão de psicólogo, que é o compromisso com a vida nas sociedades humanas.

Referências

ANGERAMI CAMON, VA. **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Pioneira, 1994.

CAMARGO, CL; XAVIER E. A. Lesions caused by burns: the violence to children and adolescents. **Online braz j nurs** [internet]. 2003 Jan [cited month day year]; 2 (1): 15-20. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3130>. Acesso em: 25 de ago. de 2020.

CAMON, V.A.A. **Tendências em Psicologia Hospitalar**. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

CAMPOS, T.C.P. **Psicologia Hospitalar: A Atuação Do Psicólogo Em Hospitais**. São Paulo: E. P. U, 2008.

IBGE – Instituto Brasileiro, Geográfico e Estatístico. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/panorama>. Acesso em: 25 de ago. de 2020.

MOTTA, A. B. & Enumo, S. R. F. **Brincar no hospital: câncer infantil e avaliação do enfrentamento da hospitalização**. Psicologia: Saúde e Doenças, v.3, n. 1, p. 23-41, 2002.

OUTEIRAL, J.O. A Criança Normal e o Brinquedo: Um Estudo de Psicologia Evolutiva. In: OUTEIRAL, J.O. **Clínica Psicanalítica de Crianças e Adolescentes-Desenvolvimento, Psicopatologia e Tratamento**. Porto Alegre, Livraria e Editora Revinter, p. 24-38, 2005.

ROMANO, B. W. **Princípios para a prática da psicologia em hospitais**. São Paulo: Casa do psicólogo, 1999.

ROMANO, B. W. **Manual De Psicologia Clínica Para Hospitais**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2008.

ROCHA, B.S. Brinquedos Associados ao Caráter. In: ROCHA. B.S. **Brincando Com o Corpo Técnicas de Terapia Corporal Com Crianças e Adolescentes**. São Paulo. Arte e Ciência, 2005.

SDALA, M. L. A. & Antônio, A. L. O. Interagindo com a criança hospitalizada: utilizando técnicas e medidas terapêuticas. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, p. 93-106, 1995.

Sobre os autores

Ailla Cardoso da Silva Santos

Psicóloga pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, residente de Neurologia pelo Programa Multiprofissional em Saúde.

E-mail: ailla_cardoso@hotmail.com

Ayêska Luzia Cardozo de Jesus

Bacharela em Saúde e Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Membro do Projeto TCC Antirracista, coordenado pela Prof^a. Dr^a. Jeane Tavares, Membro do Diretório Acadêmico de Psicologia da UFRB (Gestão Neusa & Virgínia).

E-mail: ayeskaluzia@gmail.com

Alanna Tays Piton Nogueira

Graduada no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Atualmente, graduanda no Bacharelado em Psicologia, pela mesma universidade. Participa atualmente do Projeto TCC Antirracista, do Grupo de Extensão Saúde do Campo em Áreas de Reforma Agrária, do Grupo de Pesquisa sobre a Produção de vida e saúde mental em contextos de ruralidade e da Liga de Saúde da Família do Recôncavo da Bahia (LASF).

E-mail: alannapiton12@gmail.com

Alessandra de Jesus Santos Lopes

Psicóloga. Egressa da UFRB e Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia - UFBA.

E-mail: slopesalessandra@gmail.com

Ana Flávia de Souza Santana

Professora Adjunta da UFRB, Mestre e Doutora em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia/UFBA.

E-mail: anaflavia.santana@ufrb.edu.br

Ana Lúcia Barreto da Fonseca

Doutora em Psicologia, mestre em Educação, Graduada em Psicologia e Assistente social. Professora Associada I da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia e coordenadora do Núcleo de Pesquisa Comportamento Desenvolvimento e Cultura.

E-mail: analbfonseca@yahoo.com.br

Ana Karina Araújo de Sousa Souto

Psicóloga egressa, graduada pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia no Centro de Ciências da Saúde. Graduada em História pela UEFS e Especialista em Política do Planejamento Pedagógico: Currículo, Didática, e Avaliação pela Universidade do Estado da Bahia. Professora da rede estadual e municipal em Salvador e Conceição da Feira/BA.

E-mail: kary.souto@hotmail.com

Ana Verônica Rodrigues Silva

Professora Associada II da UFRB, Mestre e Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP/USP.

E-mail: ana_veronica@ufrb.edu.br

Camila Oliveira de Amorim

Psicóloga pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia(UFRB). Especializanda em Psicologia, Avaliação e Atenção à Saúde (UFRB) e em Neuropsicologia pela FADBA. Psicóloga Clínica e integrante do Núcleo de Neurociências e Neuropsicologia Cognitiva (NUNNCOG) da UFRB.

E-mail: camilamorim12@gmail.com

Catiane Ferreira

Graduada em Psicologia e Matemática. Professora do Estado da Bahia no Ensino Médio. Pesquisadora voluntária do Núcleo de Pesquisa Comportamento Desenvolvimento e Cultura.

E-mail: catianeferreira@gmail.com

Cristiane Ajnamei dos Santos Alfaya

Psicóloga (PUCRS), Mestre em Psicologia Clínica (PUCRS), Doutora em Psicologia do Desenvolvimento (UFRGS), Docente do Curso de Psicologia da UFRB, Pesquisadora do LABIAP (UFRB).

E-mail: Alfaya.c@ufrb.edu.br

Dóris Firmino Rabelo

Docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia - UFBA e do Mestrado Profissional em Saúde da Família - ProfSaúde-UFRB. Compõe o GT Relações Intergrupais, Preconceito e Exclusão Social da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia. Faz parte da Diretoria da Associação Brasileira de Psicologia do Desenvolvimento (Gestão 2020-2022). Coordena o GT Psicologia, Envelhecimento e Velhice do CRPO3.
E-mail: drisrabelo@yahoo.com.br

Francine Teixeira de Sena

Bacharel em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Graduada em Psicologia pela UFRB. Integrante do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde/Interprofissionalidade).
E-mail: cine_sena@live.com

Ingrid Souza Lima

Psicóloga (CRP-03/20.145), graduada pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Discente no Programa de Pós-graduação em Psicologia (especialização) UFRB.
E-mail: ingridellima@hotmail.com

Jeane Saskya Campos Tavares

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), mestre em Saúde Comunitária e doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (ISC/UFBA). Docente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Líder do Grupo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva da UFRB (GIPESC). Pesquisadora associada do Grupo de Pesquisa e Cooperação Técnica FA-SA: Comunidade, Família e Saúde (FASA- ISC/UFBA). Coordenadora do Ambulatório de Atenção Psicológica a Pessoas que Vivem com Condições Crônicas (APC/UFRB). Vice Coordenadora do serviço de Psicologia da UFRB.
E-mail: jeanetavares@ufrb.edu.br

Kelly Cristina Atalaia da Silva

Professora Adjunta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), doutora em Neurociência pela Universidad Pablo de Olavide de Sevilla (UPO), coordenadora da pós-graduação em Psicologia, Avaliação e Atenção à Saúde da UFRB.

E-mail: kelly.atalaia@ufrb.edu.br

Lara Barreto da Fonseca

Graduanda de Biomedicina na Escola Bahiana de medicina e saúde pública. Integrante da Liga Acadêmica de Hematologia. Pesquisadora voluntária do Núcleo de Pesquisa Comportamento Desenvolvimento e Cultura.

E-mail: larabfonseca@outlook.com

Laís Souza Anias

Psicóloga pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Especializanda em Psicologia, Avaliação e Atenção à Saúde (UFRB) e Neuropsicologia (Faculdade Adventista da Bahia).

E-mail: laisanias@gmail.com

Luana Oliveira Soares

Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Integrante da Liga Acadêmica de Neurologia. Esteve como diretora do scope-Ifmsa de 2017-2018.

E-mail: luanasoares8198@gmail.com

Manuela Pinheiro Santos

Bacharela em Saúde – UFRB. Graduanda em Psicologia – UFRB, Extensionista do Ambulatório de Atenção Psicológica a Pessoas que convivem com condições crônicas (APC/UFRB).

E-mail: manulps12@gmail.com

Manoel Rocha Reis Neto

Psicólogo, egresso do curso de Psicologia, Centro de Ciências da Saúde, UFRB (2019). Realizou Estágio de Graduação em Lisboa-Portugal. Especialização em andamento em Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Vigilância em Saúde, Universidade Federal do Vale do São Francisco,

UNIVASF, Bolsista SESAB-BA.
E-mail: neto.rocha@hotmail.com

Mariana Matos de Almeida

Bacharela em Saúde, Graduanda do curso de Psicologia da UFRB. Bolsista no PET Saúde Interprofissionalidade, ex-bolsista PIBEX no projeto Saúde do Campo em Áreas de Reforma Agrária, pesquisadora voluntária no campo da clínica e genealogia das comunidades terapêuticas.
E-mail: marimatos@hotmail.com

Nádia Ribeiro de Sousa

Psicóloga, egressa do curso de psicologia pela UFRB, no Centro de Ciências da Saúde. Colabora como Psicóloga em atividades sociais voltadas para a violência doméstica com palestras e oficinas no CRAM de Valença. É servidora do Ministério Público do Estado da Bahia.
E-mail: nadyars@gmail.com

Ramoni Alves Malta

Bacharela em Saúde-UFRB. Graduanda em Psicologia-UFRB Extensionista do Programa Educação pelo Trabalho-PET-Saúde/Interprofissionalidade-UFRB. Extensionista do Ambulatório de Atenção Psicológica a pessoas que convivem com condições crônicas- (APC/UFRB). Participante do grupo TCC Antirracista. Integrante do Grupo de Estudos em Políticas e Tecnologias de Cuidado em Saúde Mental da UFRB.
E-mail: ramoni.17.malta@gmail.com

Rafael Coelho Rodrigues

Psicólogo. Professor Adjunto do Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB. Pós-doutorado em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense/UFF e Doutor em Psicologia/UFF. Mestrado em Psicologia pela mesma instituição.
E-mail: rafaelcoelho@ufrb.edu.br

Regina Marques de Souza Oliveira

Mestre e Doutora em Psicologia Social (PUC/SP e EHESS/LPS/CADIS/Paris), Professora na Graduação em Psicologia da UFRB no Centro de

Ciências da Saúde. Pós Doutora pelo IMAF/EHESS (Instituto dos Mundos Africanos/Paris/ CAPES). Pesquisadora e Coordenadora do NEPPINS/ UFRB – Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicanálise, Identidade, Negritude e Sociedade. Professora do Mestrado em Relações Étnicas e Contemporaneidade da UESB-Jequié.

E-mail: regina@ufrb.edu.br

Renata da Silva Lima

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia- UFRB. Atuando na área de Psicologia clínica com abordagem em Terapia Cognitivo Comportamental.

E-mail: renata.ufrb@hotmail.com

Sandra Jesus Almeida

Psicóloga pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, especialista em Terapia Cognitivo Comportamental pela Unyleya e mestranda em Neurociências na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

E-mail: Sandraalmeida.j@gmail.com

Silvana Batista Gaino

Psicóloga, Docente do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Pós-Doutora em Neurociências e Ciências do Comportamento pela FMRP/USP. Doutora em Psicologia Clínica, pelo Instituto de Psicologia da USP/SP. Mestre em Semiótica e Lingüística Geral pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da USP/SP. Pessoa simples, observadora e reservada como todo bom matuto que gosta da roça. Ama um bom café regado a alguns dedinhos de prosa.

E-mail: silgaino@ufrb.edu.br

Suzana Rosa de Almeida

Psicóloga pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Especialista em Psicologia em Saúde pelo Setor Saúde Mental/Departamento de Pediatria Geral e Comunitária da UNIFESP. Doutora em Educação e Saúde na Infância e na Adolescência pela Universidade Federal de São Paulo/Université Sorbonne Nouvelle – Paris 3. Membro do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar NALíngua (Núcleo de Estudos em Aquisição

da Linguagem). Membro do NEPPINS/UFRB. Pessoa determinada, sonhadora e amante da dança.

E-mail: suzi.almeid@hotmail.com

Tainá de Andrade Lima

Graduanda em Medicina na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

E-mail: tainalima95@hotmail.com

Tainá Morais da Silva

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Pós-graduanda em Avaliação Psicológica e Atenção à Saúde na mesma instituição e em Terapia Cognitivo Comportamental pela Faculdade Adventista da Bahia. Atua como psicóloga na atenção básica.

E-mail: tainampsi@gmail.com

Valdinei de Jesus dos Santos

Psicólogo, graduado pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

E-mail: Valdinei.psicologo@hotmail.com

Washington Luan Gonçalves de Oliveira

Psicólogo, graduado pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Atualmente é discente no Programa de Mestrado Profissional em Saúde da População Negra e Indígena na UFRB, e é bolsista FAPESB.

E-mail: was.luna@gmail.com

Yasmin Santos dos Anjos

Psicóloga, egressa do curso de psicologia da UFRB (2015), Especialista em Saúde Pública, Política, Planejamento e Gestão, atua no CREAS e CRAS desde 2016 a 2021 (Valença), Professora de Psicologia na Faculdade de Valença. Atuou como docente do curso de Aprimoramento em Saúde Mental, Impactos da Violência do Racismo para gestores e funcionários da PROPAAE, realizado pelo NEPPINS/UFRB, em parceria com a UNIFESP e a UFBA (2017).

E-mail: psyasminanjos@gmail.com

O livro "Psicologia na UFRB: Diversidade e Territorialidade" representa o esforço de fazer dar a conhecer uma amostra do que professores e alunos da UFRB nestes 15 anos de existência têm promovido. Os textos selecionados constituem-se saberes importantes da graduação em psicologia. O corpo do livro está constituído em quatro eixos de conhecimentos no campo psicológico que pautam atividades sobre inovações na psicologia e saúde mental, atividades organizadas nos estágios oferecidos no curso de psicologia e práticas de cuidados em saúde, ensino e pesquisa em psicologia e intervenções no Sistema Único de Saúde. O livro é um registro do tripé ensino, pesquisa e extensão do curso de psicologia da UFRB, que com força conceitual aliada às práticas com a comunidade, produz conhecimento psicológico crítico na contemporaneidade do século XXI.

ISBN: 978-65-88622-83-4

