

Diálogos

SAÚDE e PSICOLOGIA



**Os desafios teóricos
e práticos e as conquistas
no cuidado com o sujeito**



Diálogos

EDITORES RESPONSÁVEIS

Monalisa Nascimento dos Santos Barros
(CFP)
Marcus Vinícius de Oliveira Silva
(CFP)
Marcos Ribeiro Ferreira
(convidado)

CONSELHO EDITORIAL

Cármem Maria Mota Cardoso
(Região Nordeste)
Eleonora Arnaud Pereira Ferreira
(Região Norte)
Daniela Sacramento Zanini
(Região Centro-Oeste)
Tonio Dorrenbach Luna
(Região Sul)

Esta revista é produzida pelo Sistema Conselhos de Psicologia,
composto pelos 16 Conselhos Regionais de Psicologia
(ver 3ª capa) e pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) SRTVN,
Quadra 702, Edifício Brasília Rádio Center, 4º andar, Conjunto 4024-A
CEP 70719-900
Tel: 61 21090100
Fax: 61 21090150
E-mail: revistadiálogos@pol.org.br

Distribuição gratuita aos psicólogos inscritos nos CRPs
Versão on line no site www.pol.org.br

JORNALISTA RESPONSÁVEL

Mônica Lima
MTB 17025

IMAGENS

Inez Laranjeiras, Jefferson Coppola, Paulo Reis, Roberto Caiafa
e Carlos Gutemberg de Assis (fotografias),
Ramon Muniz (ilustração)

IMPRESSÃO

Posigraf - Gráfica e Editora S/A
Novembro/2006

TIRAGEM

130 mil exemplares

www.pol.org.br

ANO 3 - Nº 4 - DEZEMBRO/2006

4 CARTAS E REPERCUSSÃO

5 EDITORIAL

6 ENTREVISTA SÔNIA FLEURY

34 ENTREVISTA JOSÉ RICARDO AYRES

24 COLUNA DO PSICÓLOGO

REPORTAGENS

14 A FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO

18 CRESCIMENTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

30 DROGAS E REDUÇÃO DE DANOS

32 OS DESAFIOS DO SEXO ADOLESCENTE

36 OS PSICÓLOGOS NO PODER

43 O INSTITUTO PAPAI, NO RECIFE

50 A SÍNDROME DO BURNOUT

52 ENCONTRO COM A DIVERSIDADE

56 EM NOME DA INCLUSÃO

ARTIGOS

9 Cidadania com arte, por Rosalina Teixeira

17 O lugar do saber, por Emerson Merhy

39 A inserção do psicólogo no SUS, por Carmen Teixeira

49 Prosa

55 Saúde do trabalhador e psicologia, por Iône Vasques-Menezes

RESENHA 13 Livro: Quando a vida começa diferente



10 A HUMANIZAÇÃO DA UTI

Medidas simples podem auxiliar na diminuição do sofrimento do paciente

20 HISTÓRIA DA PSICOLOGIA HOSPITALAR

Uma análise da aproximação entre a Psicologia e os cuidados dentro dos hospitais

26 MÚLTIPLAS FACES

A atuação do psicólogo hoje inclui atendimento até nas áreas da beleza e da odontologia

40 O PROJETO CANGURU

Como o programa está ajudando na recuperação dos bebês prematuros

46 CARA A CARA GINA FERREIRA E MARY JANE SPINK

As duas especialistas discutem a formação do profissional

CONSELHOS REGIONAIS DE PSICOLOGIA

NOME: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – 1ª REGIÃO
ENDEREÇO: SRTVN QD. 702 ED. BSB RÁDIO CENTER SALA 1031-B
BAIRRO: PLANO PILOTO
CIDADE: BRASÍLIA CEP: 70.719-900 UF: DF
TELEFONE: (61) 3328-3480 / 3328-3017 / 3328-0406
FAX: (61) 3328-4660
E-MAIL: CRP01@TERRA.COM.BR
JURISDIÇÃO: DF/AC/AM/RR/RO

NOME: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – 2ª REGIÃO
ENDEREÇO: RUA AFONSO PENA, 475
BAIRRO: SANTO AMARO
CIDADE: RECIFE CEP: 50050-130 UF: PE
TELEFONE: (81) 2119-7272
FAX: (81) 2119-7262
E-MAIL: CRPPE@CRPPE.ORG.BR
JURISDIÇÃO: PE/FERNANDO DE NORONHA

NOME: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – 3ª REGIÃO
ENDEREÇO: R. AGNELO BRITO, 141 ED. VERSALHES SL.03
TÉRREO
BAIRRO: GARIBALDI
CIDADE: SALVADOR CEP: 40.170-100 UF: BA
TELEFONE: (71) 3332-6168 / 3245-4585
FAX: (71) 3247-6716
E-MAIL: CRP03@UFBA.BR / CRP03@VELOXMAIL.COM.BR
JURISDIÇÃO: BA/SE

NOME: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – 4ª REGIÃO
ENDEREÇO: RUA TIMBIRAS, 1532 – 6º ANDAR
BAIRRO: LOURDES
CIDADE: BELO HORIZONTE CEP: 30.140-061 UF: MG
TELEFONE: (31) 2138-6767
FAX: (31) 2138-6767
E-MAIL: CRP04@CRP04.ORG.BR / DIRETORIA@CRP04.ORG.BR
<PARA E-MAILS URGENTES
JURISDIÇÃO: MG

NOME: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – 5ª REGIÃO
ENDEREÇO: RUA DELGADO DE CARVALHO, 53
BAIRRO: TIJUCA
CIDADE: RIO DE JANEIRO CEP: 20.260-280 UF: RJ
TELEFONE: (21) 2139-5400 / 3872-3756 / 3872-7150
FAX: (21) 2139-5419
E-MAIL: CRP05@CRP05RJ.COM.BR / GERENCIA@CRPRJ.ORG.BR
JURISDIÇÃO: RJ

NOME: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – 6ª REGIÃO
ENDEREÇO: RUA ARRUDA ALVIM, 89
BAIRRO: JARDIM AMÉRICA
CIDADE: SÃO PAULO CEP: 05.410-020 UF: SP
TELEFONE: (11) 3061-9494 / 3061-9617 / 3061-0871
FAX: (11) 3061-0306
E-MAIL: DIRECAO@CRPSP.ORG.BR /
ADMINISTRCAO@CRPSP.ORG.BR / INFO@CRPSP.ORG.BR
JURISDIÇÃO: SÃO PAULO

NOME: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – 7ª REGIÃO
ENDEREÇO: AV. OSVALDO ARANHA, 1423 SALA 102
BAIRRO: BOM FIM
CIDADE: PORTO ALEGRE CEP: 90035-191 UF: RS
TELEFONE: (51) 3334-6799
FAX: (11) 3334-6799
E-MAIL: CRP07@CRP07.ORG.BR / ORIENTAD@CRP07.ORG.BR
JURISDIÇÃO: RS

NOME: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – 8ª REGIÃO
ENDEREÇO: AV. SÃO JOSÉ, 699
BAIRRO: CAJURU
CIDADE: CURITIBA CEP: 80050-350 UF: PR
TELEFONE: (41) 3013-5766
FAX: (41) 3013-5766
E-MAIL: CRP08@CRPPR.ORG.BR
JURISDIÇÃO: PR

NOME: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – 9ª REGIÃO

ENDEREÇO: AV. T-2, QD. 76, LOTE 18, N.º 803
BAIRRO: SETOR BUENO
CIDADE: GOIÂNIA CEP: 74210-070 UF: GO
TELEFONE: (62) 3253-1785 / 3253-1079
FAX: (62) 285-6904
E-MAIL: DIRETORIA@CRP09.ORG.BR
JURISDIÇÃO: GO/TO

NOME: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – 10ª REGIÃO
ENDEREÇO: AV. GENERALÍSSIMO DEODORO, 511
BAIRRO: UMARIZAL
CIDADE: BELÉM CEP: 66.055-240 UF: PA
TELEFONE: (91) 3224-6690 / 3224-6322
FAX: (91) 3225-4491
E-MAIL: CRP10@AMAZON.COM.BR
JURISDIÇÃO: PA/AMAPÁ

NOME: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – 11ª REGIÃO
ENDEREÇO: RUA CARLOS VASCONCELOS, 2521
BAIRRO: JOAQUIM TÁVORA
CIDADE: FORTALEZA CEP: 60115-171 UF: CE
TELEFONE: (85) 3246-6879 / 3246-6887
FAX: (85) 3246-6924
E-MAIL: CRP11@CRP11.ORG.BR
JURISDIÇÃO: CE/PI/MA 2ª À 6ª - 8H ÀS 17H

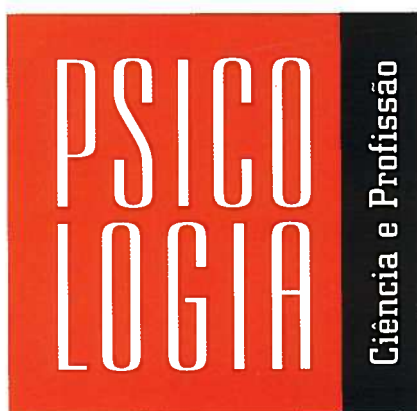
NOME: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – 12ª REGIÃO
ENDEREÇO: RUA PROFESSOR BAYER FILHO, 110
BAIRRO: COQUEIROS
CIDADE: FLORIANÓPOLIS CEP: 88080-300 UF: SC
TELEFONE: (48) 244-4826
FAX: (48) 244-4826
E-MAIL: CRP12@CRPSC.ORG.BR /
DIRETORIA@CRPSC.ORG.BR
JURISDIÇÃO: SC

NOME: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – 13ª REGIÃO
ENDEREÇO: AV. MANOEL DEODATO, 599 ED. EMPRES. TOWER
SL 301
BAIRRO: TORRE
CIDADE: JOÃO PESSOA CEP: 58040-180 UF: PB
TELEFONE: (83) 3244-4246
FAX: (83) 3244-4151
E-MAIL: CRP13@UOL.COM.BR
JURISDIÇÃO: PB/RN

NOME: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – 14ª REGIÃO
ENDEREÇO: AV. FERNANDO CORREA DA COSTA, 2044
BAIRRO: JOSELITO
CIDADE: CAMPO GRANDE CEP: 79004-311 UF: MS
TELEFONE: (67) 3382-4801
FAX: (67) 3382-4801
E-MAIL: CRP14@TERRA.COM.BR / GERENCIA@CRP14.ORG.BR
JURISDIÇÃO: MT/MS

NOME: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – 15ª REGIÃO
ENDEREÇO: RUA PROF. JOSÉ DA SILVEIRA CAMERINO, 291
(ANTIGA RUA BELO HORIZONTE).
BAIRRO: FAROL
CIDADE: MACEIÓ CEP: 57055-630 UF: AL
TELEFONE: (82) 3241-8231 / (82) 9306-1964
FAX: (82) 3241-3059 FAX COOP. (82) 336-5555
E-MAIL: CRP15@CRP15.ORG.BR
JURISDIÇÃO: AL

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – 16ª REGIÃO
NOME: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – 16ª REGIÃO
ENDEREÇO: RUA FERREIRA COELHO, Nº 330 - SALA 805 A 807
BAIRRO: CENTRO
CIDADE: VITÓRIA CEP: 29055-250 UF: ES
TELEFONE: (27) 3324-2806
FAX: (27) 3315-2807
E-MAIL: CRP-16@INTERVIP.COM.BR /
EMILIA BARBARIOLI@YAHOO.COM.BR /
SECOES@CRP04.ORG.BR
JURISDIÇÃO: ES



Diálogos



**Conselho
Federal de
Psicologia**

**Conselhos
Regionais de
Psicologia**

www.pol.org.br

REPERCUSSÃO

A edição de Diálogos dedicada aos dilemas da avaliação psicológica foi bastante oportuna. Procurou abordar as principais questões de um dos pontos mais polêmicos na Psicologia, como ciência e como profissão. Se por um lado a avaliação psicológica é prerrogativa do psicólogo e base para toda e qualquer intervenção, por outro, é alvo de ataques severos e muitos mal-entendidos dentro e fora da comunidade de psicólogos.

As matérias refletem de modo fiel a diversidade de opiniões no amplo contexto da nossa sociedade. Há textos mostrando a valorização da cientificidade dos instrumentos e técnicas de avaliação são destacadas como ponto primordial e outros em que se observa o questionamento sobre a tarefa de avaliar, testemunhos contra e testemunhos a favor. E há, felizmente, autores que demonstram bem quanto o ensino da Psicologia tem sido falho na formação do profissional e do cientista nessa área de atuação, ponto a meu ver primordial – o calcanhar-de-aquiles de toda a questão. Tomando por esse ângulo, o da formação, vê-se que certamente as falhas existentes nas grades curriculares são decorrência da forte pressão contrária que se instaurou na Psicologia em oposição à avaliação ou ao uso de testes. Pressão essa originada seja nas lacunas no desenvolvimento científico, em nosso país, de boa parte dos procedimentos de avaliação, ou calcada em um viés ideológico que considera a avaliação psicológica como prática de exclusão social. Esse viés ideológico, fruto da incompreensão a respeito da verdadeira função do avaliar, impregna vários setores da Psicologia e marca desfavoravelmente os cursos, principalmente na graduação, onde o espaço para disciplinas relacionadas à avaliação fica cada vez mais restrito. A consequência é a formação de profissionais que utilizam com frequência avaliações formais ou informais de modo às vezes desastroso, provocando um considerável reforço aos velhos ataques. O problema da composição dos currículos e das cargas horárias dedicadas à avaliação pode ser apontado como um dos principais desafios que enfrentam os professores da área para garantir uma estrutura que viabilize uma formação verdadeiramente capacitante.

De todo modo, transparece pela leitura de Diálogos que os argumentos nem sempre consideram a abrangência e complexidade do problema, já que suas vantagens e desvantagens dependem de um universo diversificado de questões que vão do ensino de técnicas e teorias, da formação ética, passando pelo desenvolvimento científico da Psicologia como um todo, da natureza do seu objeto, até chegar à visão do papel do psicólogo na sociedade e de suas contribuições para o bem-estar das pessoas.

Depreende-se que algumas visões polarizadas não levam em conta que toda intervenção requer um diagnóstico e que todo diagnóstico só se justifica se produzir efeitos que lhe dêem continuidade. Os destinos dos resultados dos processos de avaliação dependem de aspectos éticos e ideológicos que não são exclusivos do ato de avaliar em si, mas que se encontram na visão que se tem de homem, de sociedade e cultura.

A revista traz também informações importantes aos profissionais que não têm acompanhado de perto os desenvolvimentos na área. Fornece dados sobre a história da avaliação psicológica, profissionais que influenciaram os destinos da área, novas práticas, aspectos legais da comercialização das técnicas, eventos futuros e uma lista de debates na internet – a Avalpsi – que, diferentemente do que foi noticiado, já conta com quase 500 participantes e continua em expansão.

A edição de Diálogos chamou a atenção dos seus milhares de leitores. As matérias abrem espaço para um debate ainda mais abrangente e profícuo, pois mostram que há total ausência de unanimidade na área. Felizmente, já que a unanimidade é paralisante.

Anna Elisa de Villemor-Amara é doutora pela UNIFESP/EPM, pós-doutorada pela Universidade de Savoia, na França, e professora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade São Francisco e da PUC-SP. Preside a Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos (ASBRO).

■ Sobre a entrevista de Luiz Pasqualino último número da **DIÁLOGOS**, Pierre Weil validou seu teste INV em todos os estados do Brasil e até entre indígenas. Isso naquelas épocas sem militares na Psicologia... Há os magníficos trabalhos da Ana Maria Popovic com seu Rorschach em Crianças (edição Vetor). O CEPA pesquisou muitos testes e até invalidou para o Brasil muitos testes famosos na Europa e nos USA. Naquelas épocas priscas, não havia computador e levamos mais de duas semanas de cálculos estatísticos – 12 horas por dia) para invalidar o Gordon (os dois). Fizemos o primeiro Código de Ética dos Psicólogos em que já se falava da validação de testes. Fizemos o texto aprovado pelo Ministério da Educação da elaboração de laudos psicológicos de seleção de pessoal. Fizemos todo o sistema de testes psicotécnicos para motoristas utilizado no Detran de São Paulo. Ele deveria reverenciar esses pioneiros...

**Berje Luis Raphaelian
São Paulo (SP)**

■ Ao receber a última revista **DIÁLOGOS**, fiquei muito satisfeita pelo tema escolhido, que é muito polêmico mas é da nossa área e temos que ter domínio sobre ele. Mas ao ler o material, fiquei surpresa ao perceber que a área que mais usa testes, que é a de Seleção de Pessoas, novamente não foi contemplada.

**Patricia Meinhart
Novo Hamburgo (RS)**

■ A revista **DIÁLOGOS** é uma de minhas preferidas, um material pertinente e necessário para a reflexão e prática profissional. No entanto, por algum motivo que desconheço, não recebi o exemplar nº 2 (Direitos Humanos - Subjetividade e Inclusão).

**Izabel Mª da C. Cidade
Alto Piquiri (PR)**

■ Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à revista Psicologia Ciência e Profissão – **DIÁLOGOS** pela abordagem de temas tão importantes em uma profissão que tem um campo de atuação tão diversificado, fazendo, assim, uma grande diferença na prática do psicólogo. Mais um motivo para orgulho da profissão: é uma equipe tão competente, além de comprometida com um material tão valioso. Sou uma psicóloga que, em busca de desafios, saí de São Paulo e estou aqui, no Portal da Amazônia, trabalhando em um programa de combate ao tráfico, abuso e exploração sexual de crianças e adolescen-

tes – “Programa Sentinela”. Gostaria de receber os dois números anteriores da **DIÁLOGOS**, e algum outro material que por ventura venham a disponibilizar gratuitamente, pois, aqui, ter o conteúdo desta equipe e revista me será de grande valia.

Rejane Maria Ferreira Andrade
Rorainópolis (RR)

■ Somos da Fundação Universidade do Contestado. Recebemos e agradecemos o envio da revista **DIÁLOGOS** nº 3, e gostaríamos de receber as de nºs 1 e 2. Parabéns pelas publicações de trabalhos de alta qualidade.

Maria Inês/Rosane
Mafra (SC)

■ Gostaria de saber o que preciso fazer para receber o nº 1 da revista **DIÁ LOGOS**, sobre Psicoterapia. Aproveito a oportunidade para elogiar as publicações de nºs 2 e 3, estão excelentes!

Kelly
(SC)

■ Gostaria de parabenizá-los pela revista **DIÁLOGOS**. A avaliação psicológica é responsabilidade nossa e não pode ficar restrita a “bastidores”. O tema deve ir para a discussão pública, de toda a classe profissional. Sou a “criadora” do Avalpsi e fiquei muito contente de ver esta lista de discussão divulgada na revista! Só gostaria de corrigir que não temos mais de 160 profissionais, mas 466! Acabei de verificar no site e temos 466 membros + 24 inativos (problemas provisórios com envio de e-mail). Isto significa: são 500 profissionais dispostos a discutir, a pedir material e a pensar sobre a avaliação psicológica brasileira!

Cristina Coutinho
Marques de Pinho
Araras (SP)

■ Gostaria de parabenizá-los pelo formato e os conteúdos da revista. Gostaria de saber se ainda é possível receber um exemplar da **DIÁLOGOS** nº 1, que trata de Psicoterapia.

Andria
Porto Alegre (RS)

CARTAS PARA O CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP) – STRTV, Quadra 702, Edifício Brasília Rádio Center, 4º andar, conjunto 4024-A – CEP 70719-900. Esta seção reserva-se ao direito de resumir os textos enviados para publicação. Serão divulgadas apenas as mensagens que estiverem acompanhadas de nome e endereço completos, telefone ou e-mail para contato. Recomenda-se que pedidos e sugestões sejam enviados fora do contexto dos comentários e informações. As solicitações de natureza não editorial serão encaminhadas aos setores competentes do CFP.

OS NOVOS PAPÉIS DO PSICÓLOGO

O tema da nossa revista neste número é a psicologia e a saúde. A história da psicologia no Brasil tem seguido caminhos que passam a saúde desde seus primórdios. Entretanto, o encontro destas duas áreas do conhecimento humano era restrito ao campo das atuações psicoterapêuticas e da saúde mental. Nos últimos anos, esta relação tem se intensificado e diversificado, principalmente depois da reforma sanitária, da ampliação do conceito de saúde e do desenvolvimento, no ambiente da classe de psicólogos, do compromisso social.

Vários fatores contribuíram para esta evolução e abertura de questões que se colocam hoje como desafio para os psicólogos: a expansão do conceito de saúde, que sai do modelo biomédico para incorporar os diversos fatores que interagem para determinar a saúde, enfatizando as influências mútuas entre os contextos biológicos, psicológicos e sociais da saúde; aumento da expectativa de vida; surgimento de patologias crônicas e de transtornos relacionados ao estilo de vida; conseqüências do uso de alta tecnologia na saúde.

As questões que têm sido colocadas são amplas e diversificadas, demonstrando o desenvolvimento da intervenção: a inserção do psicólogo na saúde pública, o atendimento ao paciente internado em tratamento intensivo, aos pacientes sem possibilidades terapêuticas e sob iminência da morte, o estresse do trabalho que acomete o trabalhador da saúde, a humanização das relações, a contribuição da psicologia para a construção de políticas públicas de saúde ou para a gestão de serviços, a incorporação da dimensão subjetiva no atendimento odontológico, no atendimento hospitalar, no uso e abuso de drogas, na prevenção da Aids, a avaliação e contribuição para a formação do psicólogo e de outros profissionais de saúde.

Saúde é, também, um tema de todos na vida cotidiana. As pessoas têm, na saúde, um campo de necessidades e demandas sociais variadas. Poder estar atentos a elas e respondê-las com nossa competência profissional é tarefa colocada, historicamente, para nossa profissão.

As respostas existentes na psicologia, sua tecnologia e todo suporte teórico são a riqueza de uma profissão e fontes de muitos temas a serem debatidos. A experiência profissional diversificada tem tido pouca organização, exigindo referências que garantam a qualidade técnica e o compromisso ético dos serviços prestados em área tão cara a toda a população.

A desigualdade social tem gerado diferentes níveis de acesso de atendimento à saúde e os psicólogos, na medida em que tenham o compromisso social como um dos lemas da sua intervenção profissional, devem tomar essa questão para o debate.

Por fim, o tema da formação aparece como ponto importante. Seremos capazes de implicar a dimensão subjetiva em todas as questões de saúde tem sido um desafio para o próprio psicólogo em sua intervenção, assim como para os demais profissionais de saúde para qualificar a interlocução multiprofissional.

Este número da Revista Diálogos Ciência e Profissão tem o objetivo de aprofundar e ilustrar diversas vertentes da psicologia na saúde, resgatando um pouco da história da psicologia hospitalar, reconhecendo a diversidade do fazer, questionando e apontando questões relativas à formação e apresentando contribuições para a prática profissional do psicólogo na saúde seja na prestação de serviços, seja na gestão de serviços.

O espectro é amplo, muita coisa está sendo produzida e merece ter visibilidade. Esperamos oferecer ao leitor uma agradável viagem por algumas destas questões. Boa leitura!

A PSICOLOGIA DEVE IR muito além do CONSULTÓRIO

Sônia Fleury propõe que os profissionais não se limitem ao atendimento nas clínicas e passem a se envolver em programas dirigidos à saúde coletiva

A psicóloga Sônia Fleury não costuma usar meias-palavras para criticar certa visão da Psicologia de que ao profissional recém-saído da universidade cabe apenas abrir um consultório e tratar as neuroses da classe média. “É uma visão estereotipada e elitista. O sofrimento é vivido individualmente, mas a determinação do sofrimento é coletiva”, analisa. Desde os anos 70, quando se formou pela Universidade Federal de Minas Gerais e começou a trabalhar na área social, Sônia Fleury milita por uma Psicologia que discuta sua relação com a sociedade, as instituições e as políticas públicas de saúde. O contrário, acredita, é alienação.

Os caminhos trilhados pela estudiosa (mestre em Sociologia e doutora em Ciência Política pelo IUPERJ) confirmam sua trajetória de luta por uma relação entre Psicologia e saúde que passe pela transformação das idéias em ações concretas. “A política de saúde determina o lugar de tratamento institucional dos problemas sobre os quais o psicólogo vai atuar. Assim, ele precisa se apropriar desse conhecimento para conquistar mais espaço”, defende, sugerindo mu-



danças nos currículos universitários e muita propaganda sobre a função social do psicólogo.

Professora da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas (Fundação Getúlio Vargas), Sônia Fleury é coordenadora do Programa de Estudos sobre a Esfera Pública, integrante do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social e autora de várias pesquisas e análises institucionais sobre saúde e previdência social para organizações no país e no exterior. “É preciso coragem e imaginação para tentar não fazer a mesmice de sempre. Sem desqualificar o trabalho nos consultórios, acho

que a Psicologia ainda tem um trabalho amplo e uma importante contribuição a dar à sociedade e ao país”.

DIÁLOGOS – De que forma a Psicologia contribuiu para o seu trabalho na área de sanitarismo?

Sônia – Formei-me em Psicologia na UFMG e trabalhei como psicóloga social, ainda em Montes Claros, nos anos 70. Fiz mestrado em Sociologia, no Rio de Janeiro, e doutorado em Ciência Política, o que denota uma formação não muito típica de um psicólogo. Sempre me interessei pelo lado social da Psicologia, por trabalhar com grupos e instituições, e acabei entrando para a área de saúde, porque na Psicologia Social lida-se com a questão da representação social da relação saúde-doença. Ou seja, a forma como a população representa saúde e doença.

DIÁLOGOS – O que facilitou a aproximação?

Sônia – O aprendizado na área de Psicologia Social, especialmente com relação às instituições, me aproximou muito de várias questões da área de saúde, especialmente a dos hospitais psiquiátricos. Eles eram vistos como instituições totais, que reproduziam certas dinâmicas da sociedade por meio

de um aparato repressivo e, digamos, pouco terapêutico. Havia toda uma discussão da antipsiquiatria, que passava pela Psicologia Social e trabalhava com a questão das instituições. A aproximação com a saúde veio por meio da própria Psicologia, considerada não como tratamento individual, clínico, mas como saúde coletiva.

DIÁLOGOS – O que significa saúde coletiva?

Sônia – O conceito surgiu da discussão sobre quais seriam os determinantes do processo de saúde e doença, em meio a uma revisão de conteúdos, ocorrida nos anos 70 nos Departamentos de Medicina Intensiva. Por exemplo: o barbeiro, em si, não provoca a doença de Chagas, mas a situação de pobreza que leva a pessoa a viver em determinadas condições a torna suscetível ao contato com o barbeiro. Começamos a mostrar que, além das bactérias da água e de todos os agentes do processo saúde/doença, considerados pela saúde pública tradicional, soma-se o determinismo de um contexto socioeconômico. Não se quer negar a existência das bactérias e agentes, mas por que as pessoas ricas não se contaminam com eles? Porque vivem em outro contexto. A discussão sobre a saúde como um processo social e coletivo leva ao surgimento dessa noção de saúde coletiva, muito ligado à causa social do processo saúde/doença.

DIÁLOGOS – Qual a participação da Psicologia nesse novo contexto?

Sônia – Além da abordagem a partir da perspectiva institucional, vista do lado da Psicologia Social ou das representações sociais, houve também uma discussão em relação à clínica, com a humanização dos tratamentos na área psiquiátrica e uma mudança da visão da figura do louco, que deixou de ser visto como aquele que deveria estar preso e tratado como uma manifestação singular de sofrimento, mas não necessariamente com processos químicos ou com encarceramento.

DIÁLOGOS – A Psicologia ajudou a mudar as técnicas de tratamento?

Sônia – A Psicologia teve uma importante contribuição no conjunto de técnicas de tratamento, desde terapias ocupacionais até sócio e psicodramas. Uma série de coisas foram feitas nas instituições e ajudaram na construção do que hoje se chama de Reforma Psiquiátrica no Brasil, trabalho influenciado pela Reforma Psiquiátrica da Itália, cujo impacto foi muito forte aqui. Isso ocorreu em parale-

lo à Reforma Sanitária e teve grande influência no projeto de “desospitalização” da loucura, que culminou na redução das internações hospitalares e na criação de outros formatos de tratamento. Antes, a loucura deveria ser circunscrita aos hospitais, deveria estar presa, porque a sociedade não queria ver.

DIÁLOGOS – O que falta consolidar no campo interdisciplinar da saúde?

Sônia – Com a criação do SUS (parte do processo da Reforma Sanitária)

Iniciativas foram feitas e criaram a Reforma Psiquiátrica. Antes, a loucura deveria ficar só nos hospitais. A sociedade não queria vê-la

houve a universalização da saúde, que antes não era um direito constitucional. A mudança abriu espaço para que os psicólogos pudessem cada vez mais se inserir no sistema, mas ainda se discute sua participação nas equipes de saúde da família. Então, falta consolidar isso. Na medida em que

Hoje, muitos profissionais de saúde ainda mantêm a visão tradicional de que tudo se trata com medicamentos e intervenções médicas

se começa a perceber que os grandes fatores de morbi-mortalidade na sociedade atual, nas metrópoles, estão ligados ao modo de vida, há um enorme campo para o psicólogo que trabalha com essa dimensão. Por que as pessoas morrem hoje ou ficam enfermas? Basicamente por questões ligadas à violência. Cada vez mais a violência, o consumo de drogas e de álcool são problemas comportamentais ligados a uma dada tensão da sociedade, que não podem ser tratados exclusivamente do ponto de vista médico, mas a partir de uma série de

perspectivas interdisciplinares em que a Psicologia tem uma grande contribuição a dar.

DIÁLOGOS – E o tratamento de doenças crônicas degenerativas?

Sônia – Essa é outra importante causa de morbi-mortalidade. Com o envelhecimento da população, aumenta cada vez mais o número de idosos com limitações físicas, seja por problemas de locomoção, como as causadas pela osteoporose ou pelas ocasionadas por tumores. São sofrimentos muito grandes, crônicos, com os quais as pessoas precisam conviver muitos anos, e que representam uma enorme transformação na sua capacidade de se relacionar com o mundo. Isso requer um suporte psicológico, pois essas pessoas tendem a gerar quadros depressivos e limitações no relacionamento social. Já um indivíduo que recebe um diagnóstico de câncer requer um tipo de apoio para atravessar o problema e até melhorar os resultados do tratamento. Portanto, há cada vez mais necessidade de o psicólogo se engajar nos tratamentos.

DIÁLOGOS – Esse espaço não está consolidado?

Sônia – Acho que não. Sei que os tratamentos no Instituto Nacional do Câncer (INCA), do Rio de Janeiro, têm apoio de assistente social e de psicólogo. Mas não sei se outras unidades sanitárias, que lidam com um profundo sofrimento, uma profunda perda, são sensíveis a essa necessidade. Muitos profissionais da área de saúde e dirigentes hospitalares ainda mantêm a visão tradicional de que tudo se trata com medicamentos e intervenções médicas, quando o ser humano é muito mais complexo. Há situações que envolvem a disposição afetiva e emocional da pessoa, e o apoio psicológico pode ter um forte impacto, inclusive, no resultado dos tratamentos médicos.

DIÁLOGOS – Como mudar o quadro atual na saúde pública?

Sônia – A Psicologia deveria se apropriar mais da discussão sobre a saúde coletiva. Entender o que é a saúde coletiva, o funcionamento e a própria política nacional de saúde e compreender o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Essas matérias, dos cursos de Saúde Pública, não estão nos cursos de Psicologia. Forma-se um

profissional para trabalhar na área de saúde, mas ele não sabe nada sobre o sistema de saúde, qual a concepção que o orienta. Acho que a própria formação do psicólogo deveria ser mudada.

DIÁLOGOS – Em geral, quando se pensa em Psicologia, surge a imagem do consultório de psicoterapia...

Sônia – Trata-se de uma visão muito elitista da Psicologia e, além de tudo, muito individualista, pois supõe que as questões sejam individuais. O sofrimento é vivido individualmente, mas a determinação do sofrimento, muitas vezes, é coletiva. É preciso discutir a Psicologia do ponto de vista de sua relação com a sociedade, com as instituições e as políticas da sociedade. A política de saúde determina o lugar de tratamento institucional dos problemas de saúde onde o psicólogo vai atuar. E ele precisa se apropriar desse conhecimento para conquistar mais espaço, caso contrário fica alheio a tudo.

DIÁLOGOS – Seria necessário fazer mudanças nos currículos universitários?

Sônia – Sim, na Psicologia e na Medicina. Não se pode mais formar um médico que sabe tudo sobre como funciona o organismo de uma pessoa, mas desconhece o funcionamento, as concepções, as justificativas da criação do Sistema Único de Saúde na qual ele vai trabalhar. As doenças devem ser atacadas dentro de um sistema político institucional porque o tratamento dependerá dele.

DIÁLOGOS – Quais os problemas no relacionamento Psicologia e Saúde?

Sônia – Entre os principais está justamente o fato de que a Psicologia ainda tem uma visão individualista das questões de saúde. A perspectiva geral é de que o máximo para um psicólogo é abrir um consultório e receber a classe média para tratar de neurose. Essa é uma visão estereotipada da Psicologia, que deveria ser alterada até dentro da sociedade, pois a Psicologia tem muito mais a contribuir do que isso.

DIÁLOGOS – Como a Psicologia pode contribuir socialmente?

Sônia – Por exemplo, ela tem todo um trabalho a fazer em instituições com crianças com pro-

blemas de aprendizagem, que atendem deficientes, instituições hospitalares. Mas ela mesma está ainda contaminada da visão que passa para a sociedade, de que o psicólogo se forma para tratar da neurose da madame que tem dinheiro para o atendimento num consultório superchique. Não é essa a perspectiva para o nosso país. É fundamental o trabalho de consultório, tratar de neuroses é importante também, porém é uma limitação achar que a Psicologia é só isso. É preciso ampliar a visão, discutindo os porquês e sugere-

A Psicologia tem uma visão individualista da saúde. É preciso mudar a idéia de que ela deveria limitar sua ação aos consultórios

rindo mudanças para que a Psicologia passe a se inserir mais nas arenas públicas de políticas da construção do Sistema Único de Saúde.

DIÁLOGOS – Por que isso ainda não aconteceu?

Sônia – Os processos de transforma-

O Brasil avançou na luta antimanicomial mais do que outros países. É um exemplo tanto nesse assunto quanto na Reforma Sanitária

ção são longos e demorados. Muitas coisas ocorreram a partir da reforma, da luta antimanicomial. Há um trabalho grande dos psicólogos inseridos em unidades locais de saúde extremamente importantes. Mas talvez a sociedade ainda não tenha percebido isso e a Psicologia não tenha conseguido mostrar à sociedade a importância da atuação vinculada às instituições. É preciso um pouco de marketing. E falta uma atuação mais política dos psicólogos como grupo organizado, como atores políticos na discussão do Sistema Único de Saúde.

DIÁLOGOS – Como é a relação da Psicologia com a saúde na América Latina? O Brasil precisa avançar?

Sônia – O Brasil avançou muito na luta antimanicomial, mais do que outros países da América Latina. É um exemplo tanto na Reforma Sanitária quanto na luta antimanicomial. Neste sentido, temos sido procurados por aqueles que buscam aprender um pouco com as novidades que conseguimos. Apesar de um contexto internacional desfavorável (todo o mundo querendo reduzir o Estado ao mínimo e cada pessoa comprando seu seguro-saúde), conseguimos construir um sistema que, apesar de inúmeros problemas, abriu, pela primeira vez, a possibilidade de as pessoas terem acesso universal à saúde.

DIÁLOGOS – O sistema único existe nos demais países latinos?

Sônia – A maioria não passou por esse processo. Somente Costa Rica e Cuba têm um sistema único e universal de saúde, e os resultados são melhores do que os do Brasil. Eles são anteriores. O caso da Argentina chama muito a atenção pela generalização da Psicanálise e a grande influência disso nas áreas cultural, educacional e da própria saúde. Houve uma troca muito grande entre os brasileiros e os argentinos. Poderia citar, ainda, a experiência de Bogotá, cujo prefeito iniciou no final dos anos 90 um trabalho de reconstrução do imaginário coletivo da cidade, promovendo intervenções sobre componentes cívicos, que tiveram um impacto enorme: Bogotá conseguiu reduzir a mortalidade por causas externas, por violência, drasticamente. É considerado um exemplo no mundo.

DIÁLOGOS – Como foi a experiência de Bogotá?

Sônia – Para ficar apenas no uso da Psicologia vou citar o evento “A Noite das Mulheres”, que ocorria todo ano no dia 8 de março: a prefeitura pedia que as mulheres saíssem às ruas, enquanto os homens permaneceriam em casa. Ou seja, criava um sociodrama, usando um instrumento da Psicologia. Depois discutiam e analisavam, em cada bairro, em cada instituição, o que havia acontecido de diferente, se as mulheres usam o espaço público diferentemente dos homens, se havia menos mortes e menos agressões, se as mulheres de classe pobre se comportavam da mesma forma que as das classes média e alta.

DIÁLOGOS – Os comportamentos mudavam de acordo com as classes sociais?

Sônia – As mulheres pobres iam para a rua, avós dançavam com netas e as mulheres ricas se comportavam um pouco como homens, iam aos bares beber. A partir dessas e outras informações, a prefeitura discutia como a questão de gênero impacta no uso do espaço público. Mudou o prefeito, mas muitas coisas foram incorporadas, como a presença dos agentes cívicos, meninos de periferia educados para discutir com a população, por exemplo, sobre o uso do cinto de segurança ou da obediência aos sinais de trânsito e alertar dos riscos de quem desobedece regras. São formas de educar a população para componentes cívicos do uso do espaço urbano. Isso tudo teve um impacto fenomenal na saúde pública. Num país em plena guerra civil, hoje se morre menos em Bogotá por violência do que em Belo Horizonte.

DIÁLOGOS – Há troca de informações entre os profissionais latino-americanos?

Sônia – Na verdade, cada vez mais os países estão criando formas de se organizar e trocar experiências e conhecimentos, o que proporcionou um intercâmbio maior. Já existem instituições voltadas para essa troca de experiências, como a Associação Latino-Americana de Medicina Social (Alames). No próximo ano haverá um encontro internacional de saúde pública no Brasil, e este será um momento importante de reflexão e troca coletiva.

DIÁLOGOS – Haveria espaço para uma experiência como a de Bogotá no Brasil?

Sônia – É preciso coragem e imaginação suficiente para tentar não fazer a mesmice de sempre.

DIÁLOGOS – O que esperar da ligação entre Psicologia e saúde?

Sônia – A relação entre Psicologia e a saúde passa pela política, por transformar a discussão, as idéias, em políticas públicas. Não é apenas uma relação entre as disciplinas. Discutir Psicologia e saúde como uma relação disciplinar, como conhecimento, é uma coisa, mas acho que o debate deve passar também pela construção de políticas para a aplicação. Por isso, os psicólogos deveriam ter mais em conta o espaço da política. Construir esse espaço. A Psicologia deveria preparar políticas públicas que levassem em conta, em suas intervenções, os sofrimentos coletivos e individuais. 



Cidadania com arte

Por ROSALINA MARTINS TEIXEIRA



Há mais de 13 anos investimos em uma idéia simples e de grande poder transformador. Acreditamos que o protagonismo infanto-juvenil seja essencial à conquista da cidadania, que somente se consolida numa construção cotidiana, profundamente comprometida com os princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente. Temos a convicção de que as crianças em rota de exclusão social precisam de espaços onde possam reafirmar seus talentos e aptidões, de modo a tomarem nas próprias mãos a construção de seus destinos e a se capacitarem para pôr em prática os seus projetos individuais. Para realizarmos essa idéia não precisamos de grandes estruturas ou de um contingente operacional oneroso e complexo. Ao contrário, trabalhamos em pequenos núcleos espalhados pelos bairros, em espaços anexos a igrejas, centros culturais, moradias de monitores, enfim, espaços disponibilizados pela própria população. Nossos monitores são moradores das comunidades onde atuamos. Nelas, eles são selecionados por suas qualificações para lidar com crianças e adolescentes e por deterem habilitações profissionais específicas.

O público-alvo que atendemos é formado por crianças em rota de exclusão social – crianças encaminhadas por suas escolas ou familiares às equipes de saúde mental dos centros de saúde. Em geral são crianças levadas à saúde mental por se tornarem refratárias às escolas. Meninos e meninas pejorativamente denominados de ‘crianças-problema’. Recentemente fomos chamados a ampliar nossas vagas para atendimento das crianças abrigadas e das integran-

tes do PETI (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil).

O projeto Arte da Saúde é essencialmente um processo de reconquista da auto-estima por meio das descobertas dos talentos e aptidões. É a busca do exercício da cidadania, que se fundamenta no exercício do direito de expressão na perspectiva de que o predicar seja, também, uma forma de construção da subjetividade e uma tomada de posição no mundo. O projeto visa, assim, a construção da cidadania pelo fortalecimento do protagonismo infanto-juvenil. Atualmente mantemos seis oficinas espalhadas por vários bairros da região leste de Belo Horizonte.

Atendemos crianças dos bairros Taquaril, Alto Vera Cruz, Santa Inês, Granja de Frutas e Vera Cruz. Somos uma

pequena iniciativa em um universo imenso de crianças ávidas por alguma chance, por uma sorte que as desvie da rotina desumana de falta de assistência, da carência mais absoluta, do tráfico de

drogas tão presente e organizado.

O Projeto Arte da Saúde constitui uma prática intersectorial de iniciativa das Secretarias Municipais de Saúde e de Assistência Social de Belo Horizonte. Mantém parcerias com a Cáritas Brasileira, Regional Minas Gerais, e o Fórum Mineiro de Saúde Mental. Atualmente, se constitui numa política pública da Regional Leste, tendo sido indicado nas últimas Conferências dos Direitos da Criança e do Adolescente e Conferências da Saúde Mental como prática a ser ampliada para todas as regionais da cidade. 

Rosalina Martins Teixeira, coordenadora e idealizadora do projeto



As crianças em rotas de exclusão social precisam de espaços para reafirmar seus talentos e aptidões



UM ELO ESSENCIAL

Interlocutor do paciente, psicólogo
que atua na UTI também faz a triangulação
com a família e a equipe multidisciplinar

cologia do Instituto do Coração (InCor), em São Paulo, desde a sua criação, em 1974, Bellkiss lembra o recurso adotado pelos profissionais americanos para tranquilizar o piloto ao definir o papel do psicólogo em uma UTI. “Lidar com as emoções, tendo como referência o paciente”, diz. “O ambiente da UTI, por si só, é facilitador do surgimento de quadros psico-patológicos, a começar pela arquitetura.”

Numa UTI tradicional, sem janelas nem luz natural, até mesmo o paciente consciente tende a perder referências fundamentais para seu equilíbrio. Em pouco tempo, ele fica sem saber se é dia ou noite, se faz frio ou calor. Aliada a essa sensação está a ansiedade sobre o próprio estado de saúde, a alteração do sono devido aos procedimentos médicos, os ruídos constantes dos equipamentos hospitalares, a movimentação da equipe de saúde, os gemidos e a visão dos outros pacientes. “O paciente fica desorientado no tempo e no espaço, num confinamento que pode levar inclusive a alucinações”, afirma Bellkiss. Esse quadro se chama síndrome de UTI. Para amenizar o problema, os arquitetos já começaram a fazer a sua parte, colocando relógios nas acomodações e construindo unidades com janelas, ou seja, com vínculos com o mundo externo.

Aos psicólogos, por sua vez, cabe adotar o que Bellkiss chama de “práticas terapêuticas”, sem nenhum prefixo “psico”, mas extremamente eficazes no combate à síndrome. Uma delas é orientar a equipe a dar sempre bom-dia, boa-tarde ou boa-noite aos pacientes; fazer comentários sobre o dia da semana, levar informações sobre o tempo, sobre o que está acontecendo além das quatro paredes da unidade. As medidas individualizadas vão depender, é claro, da observação do psicólogo. Para quem perde toda a capacidade de interven-

ção no ambiente a seu redor — numa unidade intensiva, o paciente não decide nem a hora do próprio banho —, ficar meia hora por dia com a cama levantada, por exemplo, pode ser muito gratificante. “O psicólogo é o interlocutor do paciente. Quando se coloca no lugar dele, descobre suas necessidades e, assim, pode atuar”, afirma Bellkiss, que comanda a equipe de 30 psicólogos do InCor. Dez deles são aprimorandos, ou seja, estão fazendo sua especialização profissional em regime similar ao da residência médica.

Junto à equipe multidisciplinar um dos aspectos fundamentais da atuação do psicólogo é reconhecer e diagnosticar as manifestações comportamentais decorrentes de patologias orgânicas. Há cinco anos no Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo, a psicóloga Ana Lucia Martins da Silva ressaltava que uma grande quantidade de quadros — como infecções, encefalopatias, distúrbios metabólicos e insuficiência renal — pode desencadear manifestações que parecem, mas não são, mentais. “Muitas vezes o paciente está com um delírio de fundo orgânico e, se o psicólogo não fizer prontamente o diagnóstico diferencial, toda a intervenção pode ficar desacreditada”, afirma Ana Lucia. Como Bellkiss, Ana Lucia constatou na prática que determinados manejos no ambiente podem reduzir ou até evitar problemas nos pacientes. No hospital onde trabalha, as UTIs contam com iluminação natural, o que ajuda o paciente a preservar a orientação no tempo e no espaço. Uma reforma, cujo término está previsto para meados do próximo ano, deixará uma das unidades com blocos individuais, em vez de leitos separados por biombo. “Isso reflete uma mudança de cultura, cujo critério é o benefício para o paciente”, explica Ana Lúcia. “Além de ganhar maior privacidade, ele poderá passar a noite acompanhado de um familiar”, adianta.

O apoio à família é outro vértice importante da triangulação feita pelo profissional de Psicologia nas unidades de terapia intensiva. “Como a imagem de uma UTI está, inicialmente, associada a um momento limite, é preciso auxiliar a família a reconhecer a situação real”, pondera Ana Lucia. “Trata-se de mobilizar recursos internos e sociais, de forma que os membros dessa família pos-

Na ampla Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital de Cleveland, nos Estados Unidos, todos os leitos estavam voltados para a janela de parede inteira, com vista para copas de árvores. Só um leito estava em sentido contrário. Era ocupado por um paciente que, anos antes, tinha sido piloto durante a guerra do Vietnã. Neste paciente, a visão das árvores, de cima, provocava muita agitação. “Ele tinha a impressão de estar sobrevoando de novo o Vietnã, para jogar bombas”, conta a psicóloga Bellkiss Romano, sobre uma de suas primeiras experiências em Unidade de Terapia Intensiva, durante visita ao hospital americano, em meados da década de 80. Uma das pioneiras em Psicologia Hospitalar no Brasil e diretora do Serviço de Psi-



Bellkiss: na UTI perde-se a noção de tempo e espaço

sam se reorganizar para dar conta da situação”, explica. A vida não pára, mas, num primeiro instante fica em suspense. Embora a internação na UTI não seja mais vista como uma espécie de sentença de morte, tanto o paciente quanto seus familiares e amigos sabem que o momento é grave. A situação fica ainda mais complicada quando existe um vínculo de dependência financeira ou emocional com o paciente. “Em geral, quando a pessoa internada é o chefe da família no sentido de provedor, a tendência é de um desequilíbrio maior, mas o mesmo fenômeno ocorre quando o paciente é aquele que mantém os vínculos familiares”, observa a psicóloga do Albert Einstein.

Com 19 anos de profissão, os últimos sete trabalhando na UTI do Hospital Português, no Recife, a psicóloga Luciene Carneiro Leão também lida no dia-a-dia com a ansiedade, a angústia e os medos do paciente e de sua família. “Trabalho muito no sentido de desmistificar o ambiente da UTI, a idéia da morte”, diz Luciene. Em algumas situações, no entanto, não há como escapar da realidade da perda. Um dos casos que mais marcaram a psicóloga nos últimos tempos foi o de uma paciente de 41 anos, mãe de três filhos pequenos, que foi fazer um exame, entrou em choque anafilático e acabou sofrendo morte encefálica. “Ela já chegou em coma profundo, mas o pai não tinha coragem de contar para os filhos”, recorda Luciene. “Em momentos como esse, o psicólogo precisa ajudar a família a superar o problema, assim como ele é fundamental na intermediação da família com a equipe médica, até mesmo para esclarecer a situação do paciente, usando uma linguagem menos técnica”, relata. Há casos nos quais os médicos esclarecem de

forma bastante acessível o quadro do paciente e as intervenções que estão sendo realizadas, mas o impacto emocional da internação é tamanho que a capacidade de compreensão da família fica comprometida.

No contato com o doente, às vezes é preciso lançar mão da criatividade. “Aprendi a fazer leitura labial na prática”, conta Luciene. “O fundamental é escutar verdadeiramente o paciente”, defende. A ponderação parece sem sentido quando se lembra que, numa unidade intensiva, podem estar internadas pessoas inconscientes ou

entubadas. No primeiro caso, o psicólogo atua mais diretamente com a família, em especial preparando-a para se tornar parceira do tratamento. Quando o paciente não consegue verbalizar, mas tem movimentação nos braços, a escrita é uma das alternativas mais utilizadas para captar suas demandas e, na medida do possível, resolvê-las. Como resultado, os psicólogos envolvidos com o cotidiano de unidades intensivas recebem cada vez mais retornos positivos quanto a sua atuação. Luciene, que tem entre seus méritos a implantação

do serviço no Hospital Português, conta que o processo de conquista de espaço junto à equipe de médicos e enfermeiros foi tranquilo. “E, à medida que os resultados começaram a aparecer, a demanda pelo atendimento aumentou”, diz.

A observação de Luciene encontra eco nas UTIs pediátrica e neonatal do mesmo hospital onde trabalha a psicóloga Cynthia Chagas. “A receptividade é grande por parte dos outros profissionais da saúde, que valorizam muito a presença do psicólogo na equipe”, afirma Cynthia. Ela já trabalhava há oito anos na instituição quando, dois anos atrás, passou a se dedicar exclusivamente às duas unidades intensivas destinadas a crianças. Na unidade neonatal constatou que, na prática, pode se transformar em suporte para os pais. A ida de um bebê para uma UTI representa, num primeiro momento, o desmoronamento dos planos e sonhos do casal. “Tudo o que eles imaginavam fica diferente”, afirma Cynthia. “A alimentação é por sonda, o toque através da incubadora. Muitas vezes, o fato de não poder amamentar gera na mãe a sensação de que ela não está fazendo nada pelo filho”, conta. Nessas ocasiões, uma das principais metas do psicólogo é ajudar os pais a

Como base, uma especialização intensiva

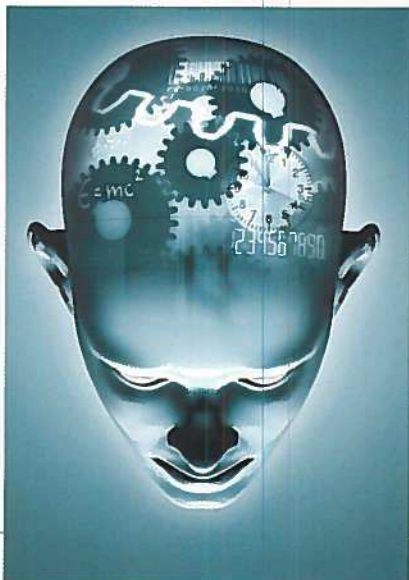
Já se foi o tempo no qual, ao terminar a faculdade, o psicólogo estava preparado para assumir todas as funções apresentadas pela sociedade. Com a crescente diversidade do campo de atuação, cada vez mais se requer preparo e especialização, em especial quando se trata de integrar equipes multidisciplinares e prestar atendimento em situações de emergência. “O intensivismo é uma especialidade voltada para o cuidado da pessoa em estado crítico, de forma ininterrupta, por uma equipe de profissionais de saúde com treinamento e competências específicas”, define Ana Maria Pueyo Blasco de Magalhães, presidente do Departamento de Psicologia Aplicada à Medicina Intensiva da Associação Brasileira de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB).

Entre os profissionais que conquistaram espaço na especialização está a psicóloga Lilian Almeida Couto Viana, que implantou e comanda o serviço de Psicologia do Hospital Vila da Serra, na cidade mineira de Nova Lima. “Na faculdade, todos são treinados para trabalhar em consultório”, diz Lilian. “Na urgência, as coisas borbulham, muitas culpas surgem e o psicólogo está onde a crise acontece”, explica. Como os demais profissionais acostumados a enfrentar a dura rotina de uma UTI, Lilian defende que, para trabalhar em equipes intensivistas, todo psicólogo passe por uma formação específica. “Um curso que invista na teoria, mas, principalmente, na prática. E a prática se aprende dentro do

hospital, ao lado do supervisor”, acredita. A psicóloga, que coordena o Departamento de Psicologia da Sociedade Mineira de Terapia Intensiva, fala de cátedra. Entre os muitos cursos de aprimoramento que fez está a conceituada especialização em Psicologia Clínica Hospitalar aplicada à cardiologia, do InCor, em São Paulo.



Ana Maria:
trabalho
exige
treinamento



manter o vínculo com a criança, apesar das adversidades.

Nem sempre os pais conseguem encarar o problema que têm pela frente. “Há casos em que a mãe descompensa”, observa Cynthia. “Quando isso ocorre, é preciso encontrar outro familiar que assuma o seu lugar”, diz. A psicóloga relata que a participação dos pais no processo de convalescência do filho também é um aspecto sempre levado em conta na UTI pediátrica. Mesmo aqueles que jamais pisaram em um hospital podem ajudar em diversas situações, entre elas na identificação do estado de espírito do filho e na execução de atividades rotineiras. “Quando a criança está na unidade de terapia, os cuidados com ela são delegados à equipe de profissionais da instituição”, diz Cynthia. “Se os pais ajudam a equipe, dentro do possível de cada quadro, como dar a alimentação, o benefício é duplo. De um lado, a criança fica melhor, pois eles são as pessoas nas quais ela mais confia. De outro, os pais se sentem reconfortados, por estarem fazendo algo pelo filho”, explica. Evidentemente, em determinados momentos a psicóloga não recomenda a presença deles na unidade durante procedimentos mais dolorosos.

É nesse ambiente repleto de dor, medo e angústia que os psicólogos vêm marcando presença, não apenas com o desafio de humanizá-lo, mas também como coadjuvantes fundamentais do processo de tratamento. Expostos diariamente a uma intensa sobrecarga emocional, os especialistas não têm dúvidas quanto aos pré-requisitos para desempenhar suas atividades dentro de uma UTI: formação especializada e constante trabalho pessoal. “O psicólogo está tão vulnerável à síndrome de Burnout quanto qualquer outro membro da equipe multidisciplinar”, afirma a psicóloga Ana Lúcia Martins da Silva, referindo-se à manifestação provocada pelo estresse da exposição prolongada ao sofrimento e, mais especificamente, ao contato humano (leia mais à pág 50). Em contrapartida, há a gratificação de ver muitos pacientes saírem de lá recuperados para a vida, com o apoio de uma família que se reorganizou e ficou emocionalmente mais forte. **D**

Quando a vida começa diferente

Organizadores: Denise Streit Morsch, Maria Elizabeth Lopes Moreira e Nina de Almeida Braga (Editora Fiocruz, 2003)



Nesta coletânea, a experiência de ter um filho recém-nascido internado na UTI é abordada em várias dimensões. Seu objetivo é ser uma ferramenta para pais e familiares que enfrentam essa dramática situação. Os textos foram escritos em linguagem clara para serem compreendidos pelos usuários dos serviços de saúde. Certamente ajudarão os pais a entenderem melhor o funcionamento desse mundo inusitado de aparelhos, silêncios e jalecos brancos onde se vêem subitamente introduzidos. Além da participação

qualificações dos profissionais da saúde presentes nesse cenário, tais como enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos e fisioterapeutas. E mostra em detalhes a rotina de um bebê nesse tipo de UTI.

Com grande sensibilidade, as relações familiares também são avaliadas. Descrevem-se as formas de interação com o bebê, suas competências e potencialidades para facilitar a construção de sua subjetividade. Outro tema delicado são os sinais depressivos nos pais durante a internação do bebê. Fala-se também da importância da família ampliada. Seu papel para construção de vínculos em tramas transgeracionais é analisado e exemplificado na narrativa de um avô. Nesta parte, discute-se de que modo a família pode se organizar e atender melhor às demais crianças.

Por fim, o livro reúne as informações sobre os direitos e conquistas dos pais e das crianças que têm um nascimento diferente. O artigo esclarece, por exemplo, dúvidas das mães em relação ao aleitamento no período da internação.

Outro aspecto trabalhado é a morte. Fala-se da extensão da dor, da saudade, da tristeza e da existência de um tempo de cunho mais subjetivo na expressão desses sentimentos. As diversas formas de elaboração da perda são apontadas. De nada adianta, por exemplo, tentar diminuí-la por meio de artifícios como desmontar imediatamente o quarto do bebê. Pela seleção de temas, o livro se constitui um instrumento valioso para apoiar pais, familiares e aqueles que se relacionam com a internação de um bebê de alto risco em unidade de terapia intensiva. Por isso, sua leitura também é obrigatória para o psicólogo que deseja trabalhar em uma UTI neonatal ou em Obstetria. Inclusive, tem a participação de uma psicóloga na sua organização. **D**



dos especialistas, as organizadoras inseriram testemunhos de pais e familiares que passaram por essa experiência e compartilham suas percepções. Muitas vezes, os relatos adquirem o tom de desabafo tal é a sinceridade neles contida.

O livro proporciona uma visão completa do atendimento na UTI. Os capítulos iniciais discutem os riscos gestatórios, as implicações de alguns exames e os cuidados durante o período pré-natal. Em seguida, são apresentadas as situações que envolvem um nascimento diferente e por que a criança nessas condições pode necessitar de cuidados intensivos. Fornece ainda um glossário dos termos mais usados. Coerentemente com o projeto de repartir informações com o usuário, o volume explica as funções e



FORMAÇÃO DEFA

As faculdades ainda não preparam profissionais de saúde para atuar de maneira mais abrangente

A discussão sobre a formação profissional do psicólogo no Brasil tem despertado polêmica desde que o conceito do processo saúde/doença passou a ser visto como o resultado de um complexo processo que deve levar em conta o contexto socioeconômico. O psicólogo pode se manter alheio a questões ligadas ao sistema de saúde do País? O sistema de saúde pode excluir o psicólogo das equipes hospitalares? Qual a função do psicólogo nessas equipes? O psicólogo está preparado para integrar o sistema de saúde e

acrescentar qualidade ao atendimento? E os demais profissionais de saúde, aceitam e entendem a importância do papel do psicólogo nos tratamentos? Muitas perguntas têm sido levantadas dentro dos departamentos de Psicologia de algumas universidades brasileiras e em instituições ligadas ao ensino. As professoras Odete Pinheiro, da Universidade de São Paulo (USP), Eliane Seidl, da Universidade de Brasília (UnB), e Rosa Spinelli, da Associação Brasileira de Medicina Psicossomática, são unânimes na resposta: a formação dos profissionais de saúde,

não só dos psicólogos, ainda é falha.

Para entender as razões da afirmação é preciso olhar para trás. A preocupação em trabalhar com uma visão mais ampla da doença chegou ao Brasil ainda nos anos 50, com a Medicina Psicossomática. Esta área de estudo já postulava a idéia de que o profissional da saúde deveria adquirir conhecimentos para interagir em um processo biopsicossocial. Porém, a idéia provocou resistências desde o início, principalmente no que se refere ao reconhecimento do psicólogo. "Esse reconhecimento como um profissional importan-



DESCOMPASSO Jovens precisam aprender a trabalhar em equipes multidisciplinares

SADA

te na área da saúde foi recebido de forma ameaçadora pela Medicina, desde a instituição da Psicologia como profissão e a criação dos cursos de graduação”, afirma a professora Odete Pinheiro, supervisora de estágio no curso de Psicologia da PUC/SP desde 1981 (área de Saúde Pública). Além da ameaça à corporação, havia, na opinião da professora, uma questão de fundo relacionada à abertura para as ciências humanas (Psicologia, Antropologia, Sociologia, Filosofia). “Mexer com elas significa introduzir questões relacionadas ao contexto psicossocial e ao redimensionamento do conceito de saúde e doença”, analisa. O resultado desse processo é que a formação dos profissionais de saúde em geral não contempla todos os aspectos do ser humano.

Mas algumas iniciativas apontam com mudanças. Há oito anos, por exemplo, o Instituto de Psicologia da UnB oferece a disciplina Psicologia da Saúde aos alunos do departamento e das faculdades de Medicina, Odontologia, Nutrição e Enfermagem, na qual a disciplina será obrigatória. Também no curso são discutidos os aspectos psicológicos da dor. O objetivo é ampliar o conceito de tratamento e mostrar que o homem é um ser com diferentes dimensões que precisam ser atendidas. Além das atividades em classe, Eliane Seidl trabalha com pacientes com HIV/Aids. Trata-se de um fruto de um projeto de extensão universitária desenvolvido no Hospital Universitário de Brasília (HUB) de atendimento a soropositivos com ações de assistência, prevenção e capacitação de profissionais de saúde. De acordo com a especialista, os resultados são animadores. “Os alunos ampliam bastante a visão que têm do indivíduo. Começam a entender que a saúde/doença não é só uma determinação biológica, fisiológica, mas que possui aspectos psicológicos, sociais, socioculturais, socioeconômicos. Eles têm de entender a pessoa em um contexto de qualidade de vida”, explica.

Porém, na opinião de Eliane, o médico não entende todas essas dimensões, e a única maneira de aprender é abrir-se para novos conhecimentos. No entanto, até mesmo os cursos de Psicologia reforçam o modelo da clínica, sem pensar num panorama mais geral. “Aqui na UnB a realidade é diferente das outras universidades, mas mesmo assim os futuros médicos ainda não frequentam muito o curso em função da carga horária excessiva e também por uma questão de cultura”, acredita a professora. Há outro problema. Nos últimos cinco anos aumentou a oferta de disciplinas obrigatórias ou optativas na grade curricular da Psicologia, mas muitas delas enfocam

o psicólogo que atua estritamente em hospitais. “Gosto de uma visão mais abrangente, que dê condições ao profissional de atuar em uma comunidade, em um centro de saúde e na linha de promoção de saúde”, afirma Eliane. A especialista Odete Pinheiro concorda com a visão mais abrangente da atuação profissional e vai além. “Os avanços da participação e da contribuição do psicólogo nas equipes de saúde dependem muito da formação dos alunos nos cursos de graduação”, defende. “Embora não negue a importância das especializações, deveríamos cuidar para dar ao aluno um preparo básico para preservar a visão geral das questões desta área, aproximando-as de leituras teóricas e percebendo as possibilidades de interlocução com outros campos de saber”, afirma.

Na opinião da especialista, as teorias psicológicas dão a base sólida para pensar o fenômeno psicológico em sua complexidade. “Os alunos não devem ser treinados sobre a aplicação de diferentes técnicas de avaliação psico-

lógica e intervenções terapêuticas exclusivamente em situações protegidas, como as clínicas-escola ou equivalentes. Isto poderá dificultar o seu relacionamento com outros profissionais da área, na medida em que este aluno não tem a vivência de trabalho em equipe multiprofissional”, acredita Odete. A professora explica que a idéia de que a Psicologia só é convocada para solucionar os chamados ‘problemas psicológicos’ ainda persiste. Por chegarem à faculdade com esta idéia os alunos facilmente caem na armadilha de se transformar nos guardiões das emoções ou sentimentos entendidos como ‘profundos’, que perpassam as relações no âmbito dos serviços. Porém, o conceito de ‘guardião’ deve ser entendido no sentido de que o aluno constrói um muro em que tudo o que é pensado ou feito não se tra-

Os demais profissionais entendem a importância do psicólogo, por exemplo?



“Os alunos começam a entender que a saúde/doença não é só uma determinação biológica”

Eliane Seidl, psicóloga

duz para os outros profissionais. “Eles tendem a transformar suas intervenções em settings psicoterápicos sujeitos ao sigilo ético”, afirma ela.

Outro fator importante é o investimento no autoconhecimento e no reforço da identidade profissional do psicólogo. Esta é a opinião, por exemplo, de Maria Rosa Spinelli. Desde 1994, ela é responsável pelo Curso de Formação em Psicossomática oferecido pela Associação Brasileira de Medicina Psicossomática a profissionais da área da saúde e estudantes do último ano de graduação. “Observei que,

pouco disso, pesquisa pouco”, critica.

Na opinião da especialista, somente com um bom preparo o psicólogo vai adquirir uma identidade profissional que irá ajudá-lo em todas as situações, inclusive nas equipes interdisciplinares. “O psicólogo não atua apenas dentro do quarto do paciente. Muitas vezes ele pode ser fundamental para resolver as dificuldades de um profissional da equipe, seja o médico ou um enfermeiro. O médico, por exemplo, é preparado para trabalhar tecnicamente, sem emoção, mas o psicólogo tem essa leitura”, afirma. Segundo ela, em de-

mos o caso de um paciente com lesão medular que esteja retomando sua vida sexual: o psicólogo pode favorecer todo esse processo, atender também o parceiro ou parceira, fazendo um trabalho integrado com o outro implicado na questão, prevenindo uma disfunção sexual, uma não vivência da sexualidade, uma superação de limites”, analisa ela.

Rosa Spinelli destaca ainda a atuação do psicólogo no atendimento a famílias de pacientes. “Isso é fundamental, dá respaldo ao tratamento. Traz equilíbrio ao ambiente. Quem melhor para conversar com famílias de pacientes terminais, por exemplo?”, pergunta. O psicólogo conduz o trabalho para que elas tenham um pouco de tranquilidade, de contenção, de suporte emocional. “O ambiente fica mais tranquilo”, diz a presidente da ABMP-SP. Na sua opinião, o psicólogo funciona como um auxiliar de morte, ajudando a pessoa a morrer. “Isso é uma das coisas mais difíceis de fazer”, afirma.

De acordo com a professora Odete Pinheiro, uma das maneiras de melhorar a formação é realizar um bom planejamento dos estágios. “Há diferentes contextos e em alguns este planejamento é facilitado. As relações entre universidade e serviços de saúde em territórios bem definidos parecem ocorrer com maior facilidade principalmente em municípios menores”, conta. No entanto, em grandes cidades como São Paulo, esta relação é bastante difícil. “Na área pública as políticas de parceria são instáveis e no setor privado são exigidas contrapartidas materiais, o que



“O psicólogo não se sente inserido no trabalho social da saúde. E isso causa baixa na auto-estima”

Rosa Spinelli, psicóloga

ao ser arguido dentro de uma equipe interdisciplinar, muitas vezes o psicólogo tem uma resposta médica. Então ele acaba sendo visto como um elemento híbrido, o que desfavorece seu reconhecimento profissional. No nosso curso fazemos um treino para que ele perceba que está respondendo por outra área, não pela dele”, explica. Rosa acredita que ainda não existem verdadeiras equipes interdisciplinares, embora se caminhe para isso. “Dizem que esses grupos já existem, mas até que ponto isso é verdade?”, indaga. Na sua opinião, o psicólogo não é ouvido e não se sente verdadeiramente inserido no trabalho social da saúde. “Isso causa baixa auto-estima. Não se dá a importância devida ao psicólogo dentro da gestão pública. Ele não participa, por exemplo, do planejamento de verbas”, afirma.

Um dos motivos, segundo a especialista, é que a Psicologia como ciência está muito defasada na discussão de importantes questões sociais. “A Psicologia é a última a se abrir para a discussão de questões que afetam o grupo social. Sabemos, por exemplo, que a doença do pânico é hoje uma das maiores causas de abandono de trabalho, mas a Psicologia não tem estudos sobre o assunto”, cita a professora. Outra situação de conflito bastante preocupante, segundo Rosa, são as alterações de comportamento sexual, tão comuns nos dias de hoje. “Quando digo alterações não se deve entender o conceito como patologias. Um número imenso de pessoas hoje se deprime por falta de uma identidade sexual definida ou por medo de colocar sua identidade. E a Psicologia fala muito

terminados momentos o médico segura tanto a emoção que precisa de alguém que divida com ele algumas coisas. “Neste momento a psicoterapia entra para manter o controle do ambiente. Infelizmente, o trabalho de suporte a outros profissionais não está bem desenvolvido”, diz.

Nesse panorama, a inclusão da Psicologia nas equipes hospitalares pode favorecer mudanças de paradigmas biomédicos rígidos e mecanicistas e permitir o fortalecimento de práticas interdisciplinares ou multidisciplinares. “Há dez anos, quando iniciei o

“As relações entre universidade e centros de saúde são mais fáceis em cidades menores”

Odete Pinheiro, psicóloga



trabalho com HIV/Aids, a interação com a equipe médica era mais difícil. Isso já mudou, há um entendimento maior do papel do psicólogo. Esse é um ganho em termos da qualidade de assistência. É uma interação que acontece no contexto do trabalho cotidiano, nas discussões de caso”, exemplifica Eliane Seidl.

As três especialistas concordam que essa compreensão é fundamental. Eliane, por exemplo, registra a importância do trabalho preventivo desenvolvido pelos psicólogos na equipe. “Mesmo estando em um serviço de reabilitação, o componente preventivo está presente todo o tempo. Tome-

gera competição entre as instituições de ensino”, critica.

Segundo Odete, só garantem o espaço para o estágio as instituições que respondem a essa exigência, sem levar em conta a proposta de trabalho e as possíveis contribuições da universidade. “Instaura-se, assim, a lei do mercado e todas as perversões consequentes. O desafio está em inventarmos dispositivos em que essa relação seja mantida, preservada a identidade de cada instituição e garantida a inserção do aluno num projeto de parceria de longo alcance em que o seu papel de aprendiz ativo seja preservado”, defende.

AS NOVAS APLICAÇÕES DO CONHECIMENTO PROFISSIONAL

Por EMERSON ELIAS MERHY

A compreensão das particularidades do trabalho em saúde tem permitido construir um referencial conceitual que reconhece o fato de que saúde e cuidado se produzem “em ato”. Ou seja, o produto do trabalho em saúde realiza-se durante sua própria produção e para os diretamente implicados com o processo: trabalhadores e usuários. Para realizar um ato de saúde, os trabalhadores utilizam uma valise tecnológica composta por três modalidades de tecnologias. As duras correspondem aos equipamentos, consultórios e medicamentos. As leves duras têm a ver com os conhecimentos estruturados, como é a clínica, a epidemiologia e o planejamento. Já as tecnologias leves referem-se às relacionais, que permitem ao trabalhador escutar nem que seja para não ouvir, comunicar-se nem que seja de modo unilateral, compreender, estabelecer vínculo, cuidar do outro, acolher nem que seja para despachar. Portanto, não é porque é relacional que é boa. Há várias possibilidades inscritas nas relações, assim como no uso das outras valises.

Entretanto, o que confere vida ao trabalho em saúde é justamente a tecnologia leve. Ela permite ao trabalhador agir sobre as realidades singulares de cada usuário e dá direcionalidade ao uso das dura e leve-dura, que servem de referências, em particular a leve-dura. Quanto menos inventivo o trabalho, menos vivo e mais morto será a produção do cuidado. Quanto menor a flexibilidade para enfrentar o ato do cuidado como um acontecimento que a singularidade do outro impõe, mais morto será o trabalho em saúde e menor a capacidade de manejo do trabalhador.



É nesse espaço do trabalho vivo em ato que os trabalhadores de saúde reinventam, a cada dia, sua autonomia na produção do cuidado. É nesse espaço privado em que ocorrem as relações intersubjetivas entre trabalhador e usuário, em que se constroem e reconstroem a liberdade de fazer as coisas de maneira que produzam sentido para ambos. Longe de ser “vazios”, cada trabalhador e cada usuário tem idéias, desejos, valores e conceitos sobre saúde, trabalho em saúde e como isto deveria ser realizado. Todos trabalhadores utilizam ativamente seus pequenos espaços de autonomia para atuar na

saúde como lhe pareça mais acertado e segundo seus interesses, dos mais amplos aos mais mesquinhos.

Nesse lugar de produção de ações, micropolítico, devemos repensar o lugar que tem tido o saber profissional. Parece que estamos em um momento no qual de lugar central para a construção do perfil de ação dos trabalhadores, deva-se passar para um subsidiário, abrindo-se para o imperativo do mundo das necessidades do outro – o usuário, em sua leveza e transversalidade às profissões e suas valises. 

**Emerson Elias Merhy, médico com mestrado em Medicina Preventiva, doutorado em Saúde Coletiva e atualmente professor associado da Universidade Federal do Rio de Janeiro*

O CRESCIMENTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Cada vez mais, profissionais dão assistência aos pacientes que estão no final da vida



Receber o diagnóstico de uma enfermidade como câncer ou qualquer outra doença grave é um choque para o paciente e sua família. Em geral, não se está preparado para encarar a morte, por mais que ela seja a única certeza que o ser humano tenha na vida. Aparecem logo uma cascata de sentimentos confusos como o próprio medo da morte, o desconhecimento da doença e o que será dali para frente. Em muitos casos, o paciente recorre aos tratamentos tradicionais, às internações, até que não reste mais nada a fazer. Para a sorte dos brasileiros, muitos profissionais da saúde, entre eles os psicólogos, estão direcionando as suas carreiras e se especializando no cuidado em assistir ao doente nesses momentos finais para que o sofrimento seja atenuado. São os especialistas no setor de cuidados paliativos, preocupados com o bem-estar do paciente diante de uma situação irreversível. O serviço consiste em atender

a doentes com enfermidades graves dando conforto e proporcionando maior qualidade de vida a ele e a seus familiares enquanto estão internados ou até mesmo em casa. O trabalho é executado por uma equipe multidisciplinar formada por médicos, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas e enfermeiras. Eles entram em cena assim que o doente recebe o seu diagnóstico e o acompanham até o momento de sua morte. Muitas vezes, dão assistência à família mesmo após o luto.

Com a enorme divulgação do serviço na Europa, Estados Unidos e Canadá, a Organização Mundial da Saúde elaborou em 1990 um documento que define Cuidados Paliativos. Entre as orientações está a de que o serviço deve ser oferecido a todos os pacientes e seus familiares diante de uma doença ativa e progressiva, que

ameace a continuidade da vida ou a toda morte não súbita ou por acidente. Têm direito ao atendimento idosos, portadores de doenças crônicas, com falências funcionais ou vítimas de doenças incuráveis. Aqui no Brasil, o setor de Cuidados Paliativos tem a sua força. Em 1997, a psicóloga Ana Geórgia Cavalcanti de Melo fundou a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos com o objetivo de agregar as pequenas organizações e serviços que existiam espalhados pelo País. Ela começou o seu trabalho no setor de CP no Hospital Pérola Byton, em São Paulo. Prova de que a tendência do setor é crescer, existe também a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, presidido pela médica Maria Goretti Sales Maciel, coordenadora de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo. Ela batalha no Ministério da Saúde pelo reconhecimento do setor. Esse movimento também está ancorado em uma constatação óbvia. “A população está envelhecendo, vivendo mais e os cuidados paliativos estão sendo mais divulgados”, acredita Andréa Cristina da Silveira Souza, psicóloga da equipe de Cuidados Paliativos do Instituto de Infectologia Emílio Ribas. “Com a tecnologia, nos voltamos para novos tratamentos e nos esquecemos de como oferecer qualidade de vida aos enfermos”, diz Ana Geórgia.

O papel do psicólogo na equipe de Cuidados Paliativos é de fundamental importância. Seja em qualquer instituição, hospital público ou privado, é ele quem vai estar ao lado do paciente desde o primeiro momento, o do recebimento do diagnóstico. O profissional dá respaldo às dores emocional e psíquica do doente e oferece amparo à família, que passa a assumir papéis que o paciente não pode mais. “O doente vive um constante momento de perda: da saúde, da vida, de suas tarefas, da sua família. Mas ele ainda tem vida, precisa de um cuidado digno, afetivo”, afirma Débora Genezini Costa, psicóloga voluntária do Programa de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo e coordenadora de outros três projetos dentro do setor. O “Cuidando de Quem Cuida” oferece informações e orientações para equipes de

enfermagem sobre como lidar com determinado problema dentro de cada caso. Também é dado respaldo psicológico aos profissionais que trabalham com os pacientes em fase terminal. Outro projeto, o “Cuidando do Cuidador”, oferece aos familiares cursos de artesanato, além de exibir filmes com temáticas ligadas ao assunto e que depois serão discutidas. E o último, o “Cuidando do Luto”, é destinado às famílias que perderam algum ente querido. Após o falecimento, a equipe envia uma carta de condolências, faz uma visita de luto para

avaliar a situação dos familiares e realiza encontros semanais durante os quais se realizam sessões de terapia, sempre orientados por um psicólogo, para quem estiver interessado.

O psicólogo também é responsável por detectar o grau de conhecimento do diagnóstico que o paciente possui. Ele auxilia o doente a processar a informação.

Isso, garantem os especialistas, ajuda o doente a ter paz, tranquilidade, a tomar decisões importantes e a deixar as coisas arrumadas na família. “Tudo isso é para que ele possa decidir como vai viver o tempo que lhe resta, se vai fazer testamento, por exemplo. Certa vez, depois de entender a gravidade da sua situação, uma paciente mandou vir os filhos do Norte para ficarem a seu lado até a hora da sua morte”, diz Ana Geórgia. É o psicólogo

A atuação dos psicólogos, de uma maneira geral, se dá de maneira individual ou em grupo, dependendo da necessidade de cada paciente. No Hospital Albert Einstein, por exemplo, os atendimentos acontecem diariamente ou também uma ou duas vezes por semana. Em alguns casos, a própria doença já é vista como um estigma, como no caso da Aids. Ter de lidar com esse diagnóstico e mais a possibilidade da morte é uma situação que exige a constante presença de um psicólogo. No Hospital Emílio Ribas, centro de referência em doenças infecto-contagiosas do País, os profissionais procuram identificar e trabalhar com questões como estresse, depressão e outros problemas que pioram a situação. Além de ajudar o paciente e os familiares na compreensão da doença. “A família sente-se mais segura. Se a comunicação for feita de maneira errada na hora errada, aumenta muito o sofrimento do doente e de seus parentes”, assegura Andréa Souza. Seja em hospital público, seja privado, a constatação desses profissionais é a de que com os Cuidados Paliativos os pacientes sentem-se mais seguros para enfrentar as dificuldades da doença e a própria morte. Conseguem se preparar para deixar a família, ficam mais calmos, tranquilos, passam serenidade aos familiares e aprendem a tratar a morte como uma coisa natural da vida.

Os Cuidados Paliativos vieram para ficar, mas ainda há muito espaço a ser conquistado. Principalmente no que diz respeito à formação acadêmica. Este tipo de atendimento não é considerado especialidade e não há cursos de especialização. Por outro lado, não há exigências para trabalhar na área. Alguns profissionais, no entanto, reco-

mandam cursos fora do País ou cursos de especialização em Luto ou Dor. “É importante ter formação para entender a filosofia e a dinâmica de um trabalho multiprofissional”, afirma Andréa Souza, que fez cursos na Argentina. Mas para outros profissionais o que conta mesmo é a vocação. “Não adianta nada ter vários diplomas se o profissional não souber lidar humanamente com o paciente”, acredita Ana Geórgia. Para trazer o assunto à tona e torná-lo mais popular, no dia 8 de outubro ficou instituída a comemoração do Dia Mundial de Cuidados Paliativos. Quem sabe no próximo ano o Brasil possa comemorar com mais fervor.



Ana Geórgia é uma das pioneiras na área

A atuação do psicólogo se estende aos familiares e outros profissionais de saúde

quem detecta a dificuldade do doente em aceitar e enfrentar a doença, posturas que influenciam bastante a resposta ao atendimento. Ele também faz a aproximação da comunicação entre paciente e família. Segundo a psicóloga Cristiane Agra Ferraz, coordenadora do setor de Cuidados Paliativos do Hospital Albert Einstein, em São Paulo, é comum pacientes e familiares explorarem suas fantasias acerca da morte, reavaliarem suas vidas, encontrarem pendências, expressarem desejo de remediarem ações do passado. “O suporte psicológico pode oferecer recursos para o doente e seus familiares se organizem melhor para enfrentar a situação”, explica.

A história da Ps HOSPITALAR

Durante séculos, a atenção psicológica aos enfermos confundiu-se com a atenção religiosa. O acompanhamento em clínicas e hospitais era realizado, sobretudo, por freiras, cujas preces auxiliavam a restabelecer a confiança dos pacientes. Em condições especiais, um sacerdote ministrava a unção dos enfermos, que, ao contrário do que se imagina, não se aplica somente aos doentes terminais.

No Brasil, esse modelo de assistência ganhou especial destaque no trabalho missionário de Amábele Lúcia Visintainer (1865-1942), mais conhecida como Madre Paulina, a primeira santa brasileira. Seu trabalho com os enfermos em Santa Catarina e na capital paulista foram um exemplo de dedicação e sensibilidade. Mais do que rezar, Madre Paulina ouvia os doentes e lhes restituía a esperança.

Um dia, um menino caiu da cama

O trabalho da religiosa constituiu-se em exemplo, ainda hoje seguido. A irmã Lavinia, personagem vivida pela atriz Letícia Sabatella na novela

global *Páginas da Vida*, de Manoel Carlos, revive esse ideal solidário. Após a Segunda Guerra Mundial, o mundo viveu uma grande metamorfose, com a adoção de novos sistemas de gestão em empresas privadas e instituições públicas. Os hospitais passaram, paulatinamente, a constituir equipes interdisciplinares, capazes de ofe-



No Hospital mineiro, há uma clínica de Psicologia e Psicanálise

recer respostas diferenciadas às complexas demandas da sociedade. Começaram, ainda que lentamente, a cumprir o papel de instâncias promotoras da saúde, construindo sistemas de atenção integral ao indivíduo.

Dessa forma, fez-se necessário que o acompanhamento psicológico evoluísse da concepção puramente religiosa e missionária para a atenção psicológica profissionalizada. Em

1954, o Hospital das Clínicas em São Paulo mantinha um serviço de referência, o Instituto de Ortopedia. Ali, pessoas de todas as partes do País eram examinadas, tratadas e, muitas vezes, submetidas a cirurgias corretivas. Logicamente, os períodos pós-operatórios eram caracterizados pela dor e pela inquietude, especialmente no caso das crianças.

Certo dia, em desespero, um garoto imobilizado se atirou do leito. Espanto geral. O que os médicos, com atenções voltadas para os aspectos clínicos do tratamento, poderiam fazer? Como acalmar o rapazinho? Convocado ao instituto, o psiquiatra considerou que pouco podia contribuir para modificar a situação. O coordenador da área decidiu, então, recorrer aos préstimos de uma jovem e dedicada psicóloga, diplomada na Universidade de São Paulo (USP), onde recebera uma formação interdisciplinar e humanista. Mathilde Neder, à época com 30 anos, já desenvolvia estudos e atividades nessa área desde 1952. Além disso, revelava uma inclinação natural para lidar com gente.

Numa tarde morna, ao atender o primeiro paciente, um juvenzinho triste, limitado por talas de gesso, Mathilde iniciava uma silenciosa revolução no



icologia

atendimento médico-hospitalar. Já nessa primeira missão, aliou seus conhecimentos técnicos à sensibilidade feminina. Percebeu que teria de adaptar metodologias, desenvolver novos processos e lidar com o imprevisível.

Hoje, aos 82 anos, a simpática professora ainda se recorda daquele primeiro desafio. “Aprendi que o principal dessa missão era a consideração humana, a presença, a solidariedade e a compreensão”, relembra. “Os conhecimentos técnicos, sempre importantes, precisavam estar submetidos ao reconhecimento da especificidade de cada situação.”

Por conta do trabalho de Mathilde, muitos garotos e garotas atravessaram confiantes o período de tratamento. No leito hospitalar, tinham quem os ouvisse: contavam do desejo de brincar, correr e pular. Conscientes do que representava o tratamento, uma grande parte deles, de fato, pôde concretizar esse sonho.

Paradigmas em metamorfose

No ano de 2000, no V Congresso Ibero-americano de Psicologia da Saúde, uma pesquisa do Dr. Jorge Grau apontaria o trabalho de Mathilde Nader como pioneiro no mundo na construção de metodologias específicas e consistentes nessa área do conhecimento humano. Portanto, quem se orgulha de Santos Dumont e de Pelé não pode se esquecer dessa amável senhora.

Em meados dos anos 50, a vida hospitalar ainda seguia as normas rígidas da Medicina Científica. O pensamento cartesiano vigorava, com as ciências divididas em herméticos compartimentos. Pensava-se na relação entre causa

e efeito. O paciente era visto como uma máquina a ser reparada. Elogiava-se academicamente certa frieza e distanciamento no procedimento médico. Valorizavam-se a neutralidade, a assepsia e a intervenção considerada objetiva.

Nessa época, no entanto, já se questionava a eficácia do modelo biomédico. Os trabalhos de Freud, Jung, Lacan, entre outros, mostravam claramente a interação entre mente, corpo e ambiente. Os problemas humanos residiam para além das artérias entupidas e dos tendões inflamados. A sociedade, a cultura, a economia e o comportamento influíam decisivamente na manutenção da saúde e na ocorrência de desequilíbrios que resultavam em doenças. Naquele momento de inauguração da pós-modernidade, começava a surgir um modelo alternativo, biopsicossocial, no qual ganhavam relevância todos os aspectos da existência e suas combinações.

Naqueles anos, surgia o rock n’roll, o mundo tomava descobria as carnificinas promovidas por Stálin e tomavam corpo as primeiras manifestações da contracultura. James Dean encarnava o “rebelde sem causa”. O mundo começava a se fragmentar. As certezas se pulverizavam. O homem se distanciava do ideal positivista. Tornava-se mais complexo e punha-se a questionar seu lugar no mundo.

Em 1957, Mathilde Nader passou a trabalhar no Instituto Nacional de Reabilitação, organismo que contava com o financiamento da Organização das Nações Unidas (ONU). Essa parceria internacional contribuiu para que seu trabalho fosse difundido em territórios além-fronteiras. Entre os anos 50 e 60, novos fundamentos filosóficos condu-

Da religião à assistência especializada. Uma evolução para o atendimento prestado pela Psicologia dentro dos hospitais

ziram a uma ampliação do conceito de Psicologia Hospitalar. Antes de ser registrado como “doente”, condição passageira, o indivíduo pode ser o profissional competente, o ser político, o melhor amigo, o pai de um, o filho de outro, o objeto da paixão avassaladora de outra pessoa.

Para muitos especialistas, o termo mais adequado para designar esse tipo de estudo e atenção seria, portanto, Psicologia da Saúde. Essa disciplina combinaria os saberes educacionais, científicos e profissionais da Psicologia em ações integradas para a prevenção de doenças, promoção do bem-estar e manutenção da saúde. Desse ponto de vista, patrocinava-se um casamento entre as ciências médicas e sociais. Os norte-americanos acreditam que o termo Psicologia da Saúde tenha surgido em 1974, na criação de um novo currículo de Psicologia na Universidade da Califórnia. Nessa época, entretanto já funcionava a Sociedade Cubana de Psicologia da Saúde.

Em 1978, a Associação Americana de Psicologia criou a Divisão de Psicologia da Saúde. Nesse ano, a Associação Pan-americana de Saúde definiu a Psicologia da Saúde como o conjunto de contribuições científicas e profissionais da Psicologia para a promo-



ção e a manutenção da saúde, a prevenção e o tratamento das doenças, além do desenvolvimento dos sistemas de assistência e da elaboração de políticas sanitárias. Da Psicologia da Saúde derivaram outras modalidades como a Psicocardiologia e a Psiconeurologia.

Hoje, a Psicologia Hospitalar abrange as atividades de assistência, ensino e pesquisa. O psicólogo é personagem importante nas unidades médica e participa das decisões. Isso quer dizer que deixou de ser um consultor extraordinário para situações de emergência. Nesse contexto, sua ação tem caráter estratégico na elaboração de diagnósticos e na aplicação de terapias, estabelecendo relações cooperativas entre pacientes, famílias e equipes de saúde.

De acordo com a professora Heloisa Benevides de Carvalho Chiattonne, coordenadora dos Serviços de Psicologia Hospitalar do Hospital Brigadeiro e do Hospital do Servidor Público Municipal, ambos em São Paulo, o campo de atuação do psicólogo define-se pela consideração de que a doença tem como princípio a desarmonização do indivíduo. Num de seus artigos, a professora escreve: *"Estar doente implica desequilíbrios que podem ser compreendidos, em uma visão holística, como um abalo estrutural na condição de ser, chocando-se ao processo dinâmico de existir, rompendo as relações normais do indivíduo tanto consigo quanto com o mundo que o rodeia."* Segundo ela, em sua prática clínica, o objetivo do profissional é buscar a restituição desse equilíbrio e a reintegração do indivíduo em seu contexto psico-sociocultural. Cada paciente, portanto, tem uma história e um padrão particular nos vínculos com a sociedade. Conhecer esses elementos biográficos, bem como seus receios e desejos, é fundamental na busca da cura.

De acordo com Mathilde Neder, ainda dedicada a cursos de pós-graduação e de especialização na área, essa consciência interdisciplinar é fundamental na formação dos novos profissionais. "Existe uma formação básica, fundada nos conhecimentos específicos, mas é importante que o psicólogo da área saiba interpretar corretamente as relações entre o paciente e seu meio ambiente", afirma. "Há sempre especificidades em cada caso e uma grande quantidade de variáveis", afirma, seguindo conceitos ensinados desde 1959, quando criou o curso de Psicologia em Reabilitação, na PUC-SP.

O observador qualificado

Diretora do Serviço de Psicologia do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas de São Paulo, a dra. Bellkiss Romano considera que o psicólogo é hoje figura-chave nas equipes de saúde. "Ele acompanha os casos e tem acesso às informações", destaca a psicóloga, responsável pelos programas de Aprimoramento em Cardiologia e de Pacientes Crônicos do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Bellkiss iniciou suas atividades, em 1972, como estagiária no Hospital das Clínicas da USP. No ano seguinte, implantou o Serviço de Psicologia no Instituto do Coração. Em 1984, criou e passou a coordenar o Departamento de Psicologia da Sociedade de Cardiologia de São Paulo. A partir daí, os congressos da entidade passaram a contar com a Psicologia em sua programação científica.

Bellkiss adverte que, em vários cursos, a formação do psicólogo ainda carece de disciplinas teóricas ou de estágios vinculados à saúde. "A instituição hospitalar continua com interesse no

psicólogo, mas ainda não sabe o que pedir", analisa. "E o psicólogo não sabe o que oferecer." De acordo com a professora, o profissional da área deve ser vis-

Fora do HOSPITAL

No Recife, em Pernambuco, a psicóloga e psicoterapeuta Marisa Sá Leitão desenvolve um trabalho diferenciado, referência internacional na prestação de serviços à comunidade. Ela é fundadora do Centro de Psicologia Hospitalar e Domiciliar (CPHD), em atividade desde 1983, que oferece

to como um "observador qualificado", um porta-voz dos anseios do paciente e da família, um intérprete privilegiado das normas da instituição. "Ele deve atuar como um guardião da pessoa na relação com as tecnologias e como um agente de transformação, capaz de apresentar as possibilidades para o surgimento de um novo ser no processo de reabilitação", assinala.

Segundo Bellkiss, o hospital estreitou seu compromisso com a comunidade, envolvendo-se não só nos problemas da doença, mas também cuidando de aspectos do período pós-hospitalização. A professora acredita que, hoje, os médicos mais sensíveis já têm noção da morbidade psicológica de determinados pacientes e da necessidade de um processo de ajustamento. "Os aspectos emocionais podem alterar a resposta ao tratamento e aumentar as chances de sobrevivência", afirma. "Além disso, a própria população aprendeu a reconhecer que as emoções alteram o bem-estar, e que são responsáveis por muitas doenças", afirma.

Nunca me sentei numa rede

Ela utiliza como exemplo o tratamento de obesos mórbidos que precisam emagrecer antes de cirurgias, tra-



Após a Segunda Guerra M constituir grupos interdisci



um conceituado curso de especialização em Psicologia Hospitalar. Quando fundou a entidade, Marisa trabalhava num hospital e acreditava que os acompanhamentos tinham que ser feitos também a domicílio. O curso tem, portanto, várias disciplinas associadas ao atendimento extramuros: Políticas Públicas de Saúde, Epidemiologia Básica, Aspectos Evolutivos e Culturais da Família e Assistência Domiciliária – Ética e Bioética.

O CPHD presta hoje serviços de qualidade às comunidades carentes. É o caso projeto “Bola na Rede”, em Guabiraba, no Grande Recife. A equipe de Marisa interage diretamente com agentes de saúde e líderes co-

munitários. Além disso, vai até os Postos de Saúde da Família e realiza visitas domiciliares. “O ambiente hospitalar reflete, em miniatura, o ambiente externo”, explica Marisa. “Vale conhecer o ambiente real em que vivem as pessoas.”

A psicóloga Ester Affini coordena o programa de estágios do CPHD e acompanha as turmas no trabalho de campo. Ela comemora a quebra das barreiras. “Extrapolamos os muros do hospital e atuamos nas comunidades, realizando um trabalho de prevenção e manutenção”, diz. “A meta é evitar que essas pessoas tenham de ir ou retornar ao hospital”, afirma.



Para Marisa, é importante saber ouvir o doente

balho integrado desenvolvido por psicólogos e nutricionistas no Instituto do Coração. “Uma pesquisa dos próprios nutricionistas mostrou que o paciente preparado somente por eles tende a perder cerca de 300 gramas por semana”, relata. “Mas, se a preparação for realizada com os psicólogos, o paciente chega a perder cerca de um quilo.” Segundo Bellkiss, é importante que os psicólogos apresentem à comunidade científica e à sociedade dados dessa natureza, pois comprovam a eficácia de suas intervenções no ambiente hospitalar. A atual presidente da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH), Tânia Rudnicki, destaca que, hoje, o interesse maior do profissional da área é

a forma como o sujeito vive e experimenta seu estado de saúde ou de doença em sua relação com os outros e consigo mesmo. “Precisamos fazer com que as pessoas incluam em seus projetos de vida um conjunto de atitudes e comportamentos favoráveis à promoção da saúde e à prevenção da doença”, alerta. “É necessário compreender que atuamos nos domínios da doença, mas

também no campo da saúde, focando aspectos de promoção, proteção e prevenção”, defende.

Esses conceitos estão presentes no consagrado trabalho da professora Marisa Decat de Moura, uma das fundadoras da SBPH, em 1997, entidade que presidiu entre 1999 e 2001. Segundo ela, a função do psicólogo da saúde é humanizadora e de fundamental importância nas complexas sociedades atuais. “O ser humano é, acima de tudo, um ser falante, que sempre tem algo a dizer e precisa ser ouvido”, ensina. “Esse acesso à linguagem e à manifestação lhe garante dignidade”, explica.

Marisa, hoje com 62 anos, é uma espécie de propagadora missionária dos

princípios e valores da Psicologia da Saúde. Educadora e palestrante requisitada, percorre o Brasil semeando boas práticas transformadoras. “É preciso compreender que o momento da doença se reveste de especial importância, revelador na vida do indivíduo”, adverte. “A urgência precipita a questão do sujeito, de modo que impressões e sentimentos guardados há anos são subitamente exibidos ao mundo”, diz.

Profissional polivalente, Marisa é coordenadora do curso de pós-graduação em Psicologia Hospitalar na Universidade Fumec, em Minas Gerais, e dirige a Clínica de Psicologia e Psicanálise do Hospital Mater Dei, de Belo Horizonte. No trabalho cotidiano, atua especialmente em atendimentos no Centro de Terapia Intensiva. Ela destaca que os avanços tecnológicos e científicos no ramo da Medicina devem ser acompanhados de uma atenção especial à subjetividade dos indivíduos. Nesse sentido, acredita que o psicólogo vem tendo função importante também na adequação da relação entre médico e paciente. “Eles buscam interlocuções nesses momentos decisivos e precisamos estar ali”, explica.

Ao trabalhar com a situação limite, Marisa tem uma visão clara das demandas dos personagens do teatro hospitalar. Segundo ela, os dramas estimulam os pacientes a reavaliar suas trajetórias e projetos de vida. “Um paciente vítima de enfarte, por exemplo, lamentou-se de nunca ter se sentado numa rede”, recorda. “Nesse momento, temos de estar preparados para uma escuta planejada para que o indivíduo se escute”, explica. De acordo com Mathilde Neder, esse é o desafio do profissional na Psicologia Hospitalar: ter coragem para enfrentar um novo e maiúsculo desafio. Segundo ela, o psicólogo da saúde precisa de equilíbrio e de um conhecimento ampliado das questões que cercam cada caso. “No entanto, tem de perceber que sua missão é especial, pois somente é plena de êxito se a sustenta na mais autêntica prática do amor”, sentencia. D

undial, centros como o InCor passaram a plinares capazes de dar respostas diferenciadas





Olhares num cotidiano especial

A ONG ImageMagica está desenvolvendo este ano o projeto “Humanizando Relações”. Partindo de metodologia premiada pela OPAS, que utiliza a fotografia como ferramenta de educação, sensibilização e comunicação para a saúde e o desenvolvimento humano, o projeto está sendo realizado em vários hospitais do Brasil. O foco é a relação equipe de saúde-criança-família. Por meio de oficinas e outras atividades, todos retratam o seu olhar sobre o cotidiano das relações na situação de convívio hospitalar. Com a participação de psicólogos, educadores e fotógrafos, o projeto se desdobrará em exposições, livros e documentários mirando a humanização em saúde. Mais informações podem ser encontradas em www.humanizandorelacoes.com.br.

O perfil do psicólogo

Resultados preliminares da pesquisa “Inserção do Psicólogo em Serviços Públicos e Privados de Saúde do Distrito Federal” apontam para a maioria de mulheres (94,1%), idade média de 36 anos, solteiras (50%), com rendimentos variando entre sete e nove salários mínimos (39,4%) para uma carga horária de 40 horas semanais (41,2%). Coordenado por Eliane Fleury Seidl, Aderson Luiz Costa Júnior e Adriano Holanda, do Instituto de Psicologia e do Laboratório de Saúde e Desenvolvimento Humano da Universidade de Brasília, o trabalho está em fase de conclusão. Segundo Eliane Sei-

dl, no fim dos anos 90 constatou-se a tendência de aumento do número de psicólogos nos serviços públicos de saúde do Distrito Federal. A idéia é traçar um panorama atualizado com a inclusão dos serviços privados. A amostra é composta por psicólogos que atuam nas duas esferas há pelo menos três meses. A pesquisa indica que a contratação é prioritariamente por concurso (52,9%), mas quase 30% possuem contratos temporários. E que 76,5% dos profissionais exercem outra atividade, a maioria em consultório particular (clínica). A maior parte fez estágio (55,9%), cursou disciplinas voltadas para a saúde durante a graduação (57,6%) e tem mais de dez anos de formado, sendo que 38,2% têm título de especialista do CRP. Cerca de 57,6% estão satisfeitos com sua atuação em Psicologia da Saúde.

Troca de experiências

O Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) inaugura a experiência de coleta de dados sobre a prática profissional do psicólogo nos Fóruns Regionais de Psicologia e Saúde Pública. Esta primeira etapa compreende uma pesquisa exploratória, sem rigor amostral. A proposta é conhecer a realidade do psicólogo que exerce suas atividades nesse contexto para viabilizar um diagnóstico e a posterior formulação de políticas voltadas de fortalecimento profissional. Destacamos as seguintes informações:

- Aproximadamente 40% dos participantes nos Fóruns contribuíram com a coleta de dados do CREPOP (422 psicólogos). Destes, 254 trabalham no âmbito do governo, sendo 68% na esfera municipal;
- A maioria – 44,5% – concentra-se na Política de Saúde Mental;
- 81% avaliam que o programa no qual atuam cumpre parcialmente os objetivos propostos. Os 52,8% destes afirmam que o fraco desempenho se deve à insuficiência/ineficácia do atendimento do programa;
- 81,5% afirmam ter obtido conhecimento para sua atuação em políticas públicas no exercício da prática profissional e 81,9%, em sua formação acadêmica(múltipla escolha).

Debates no Fórum

Em um ano de grandes debates sobre a inserção do psicólogo na saúde, nada mais oportuno do que a realização do I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública, em Brasília, no final de outubro. O encontro pôs em pauta a discussão sobre a política de saúde e as propostas de intervenção da Psicologia na rede pública. Entre os temas, tiveram espaço a formação profissional e os desafios para ampliar a atuação do psicólogo no SUS. Cerca de 600 teses foram enviadas pelos conselhos regionais de todo o Brasil. Mais informações no site www.pol.org.br e no Jornal do Federal.

Atividades da Alapsa

— A Alapsa (Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud) mantém site de difusão científica (www.alapsa.org) com diversos serviços disponibilizados aos profissionais interessados na área: informações sobre eventos, cursos, congressos, textos científicos para download e boletim eletrônico, entre outros. Dentro do escopo da entidade estão a difusão científica, o fomento ao intercâmbio latino-americano em pesquisas, atividades de formação, pu-





Aniversário da Psicologia Hospitalar

No próximo ano, a Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar completará uma década de existência. Os dez anos dessa trajetória serão o tema principal do VI Congresso da SBPH, a ser realizado de 12 a 15 de setembro de 2007 no Hotel Blue Tree Pirâmide Natal, na capital do Rio Grande do Norte. Os organizadores prometem um evento repleto de assuntos e palestrantes importantes na área. Entre os tópicos a serem expostos, estão: Psicologia Hospitalar – Ensino e Formação Profissional; Psicologia da Saúde; Inserção do Psicólogo na Saúde Pública (SUS); Atuação do Psicólogo em Especialidades Médicas; Luto e Cuidados Paliativos; Avaliação Neuropsicológica; Trauma/Reabilitação; Psico-Oncologia; Psicólogo em UTI; Grupos na Instituição Hospitalar; Ética/Bioética e o trabalho do psicólogo no hospital; Atendimento a doentes crônicos; Trabalho multi, inter e transdisciplinaridade; Pesquisa em hospital geral. Mais informações pelo site www.sbph.org

Humanização em pauta

De 9 a 11 de maio de 2007 ocorrerá no Hotel Othon, em Salvador, na Bahia, o 8º Simpósio Internacional de Humanização e Terapia Intensiva. Promovido pela Associação de Medicina Intensiva do Brasil, o encontro tem por objetivo o debate de temas como Bioética, Humanização e qualidade no atendimento aos pacientes internados. Outros dados podem ser obtidos no site www.amib.org.br

Cursos de especialização

O Conselho Federal de Psicologia oferece uma rede de cursos de especialização credenciada pela entidade. Após a participação, os psicólogos têm direito a solicitar o título de especialista pelo CFP. A seguir, a lista dos cursos e núcleos formadores:

	Núcleo Formador	Curso Credenciado	Especialidade	Localidade	Validade
1	CPHD – Centro de Psicologia Hospitalar e Domiciliar do Nordeste Ltda.	Especialização em Psicologia Hospitalar – Hospital Geral	Psicologia Hospitalar	Recife/PE	2002 a 2006
2	CEPSIC – Centro de Estudos Psicocirúrgicos	Psicologia em Especialidades Médicas	Psicologia Hospitalar	São Paulo/SP	2002 a meados de 2006
3	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP	Psicologia Hospitalar em Avaliação Psicológica e Neuropsicológica	Psicologia Hospitalar	São Paulo/SP	2002 a meados de 2006
4	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP	Psicologia em Hospital Geral	Psicologia Hospitalar	São Paulo/SP	2002 a meados de 2009
5	INCOR do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP	Psicologia Clínica Hospitalar Aplicada à Cardiologia	Psicologia Hospitalar	São Paulo/SP	2002 a 2006
6	INCOR do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP	Psicologia Clínica Hospitalar Em Hospital Auxiliar	Psicologia Hospitalar	São Paulo/SP	2002 a 2006
7	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	Especialização em Psicologia Hospitalar	Psicologia Hospitalar	São Paulo/SP	2002 a 2009
8	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo	Psicologia e Saúde: Psicologia Hospitalar	Psicologia Hospitalar	São Paulo/SP	2003 a meados de 2007
9	UNISA – Universidade de Santo Amaro	Pós-graduação Latu sensu em Psicologia Hospitalar	Psicologia Hospitalar	São Paulo/SP	2003 a meados de 2007
10	LIGARE – Centro de Desenvolvimento da Pessoa Humana - S/C LTDA	Análise Bionérgica Psicologia e Saúde	Psicologia Clínica	Americana/SP	De set/2006 a set/2009
11	FAMERP – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto	Curso de Especialização em Psicologia da Saúde	Psicologia Clínica	São José do Rio Preto/SP	2003 a meados de 2007
12	Instituto Sedes Sapientiae	Psicossomática	Psicologia Clínica	São Paulo/SP	2000 a 2005
13	LABORE – Cursos, Orientação Vocacional, Profissional e Psicologia Clínica	Especialização em Psicossomática	Psicologia Clínica	São José dos Campos/SP	De abr/2006 a abr/2009
14	Faculdade de Medicina da USP	Especialização em Psicologia Hospitalar em reabilitação	Psicologia Hospitalar	São Paulo/SP	De jun/2006 a jun/2009
15	LABORE – Cursos, Orientação Vocacional, Profissional e Psicologia Clínica Ltda	Especialização em Psicologia Hospitalar	Psicologia Hospitalar	São José dos Campos/SP	De set/2006 a set/2009

blicações conjuntas. Existem disponíveis para aquisição várias publicações com participação de pesquisadores de diversos países da América Latina entre livros, CD-ROM e a revista oficial da entidade “Psicología y Salud”. Para contato com a Coordenação para o Cone-Sul o email é alapsabr@nemeton.com.br.

- No próximo ano, a entidade realizará o IV Congresso Latino-Americano de Psicologia da Saúde e o IX Encontro Nacional de Psicólogos da Área Hospitalar, em São Paulo. Podem participar do evento psicólogos, enfermei-

ros, médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, dentistas e estudantes de áreas afins. Entre os temas, estão projeções da Psicologia da Saúde na América Latina; Psicologia, ideologia e humanismo em saúde; sexualidade, reprodução e saúde materno-infantil; Aids e criminalidade. O encontro será realizado entre os dias 15 a 18 de novembro de 2007 no campus Indianópolis da Universidade Paulista (Unip). Os interessados poderão obter mais informações no site da entidade a partir de novembro de 2006.

MÚLTIPLAS FACES

Após pouco mais de quatro décadas de a profissão ser regulamentada no País, o psicólogo conquista espaço em diversas áreas da saúde

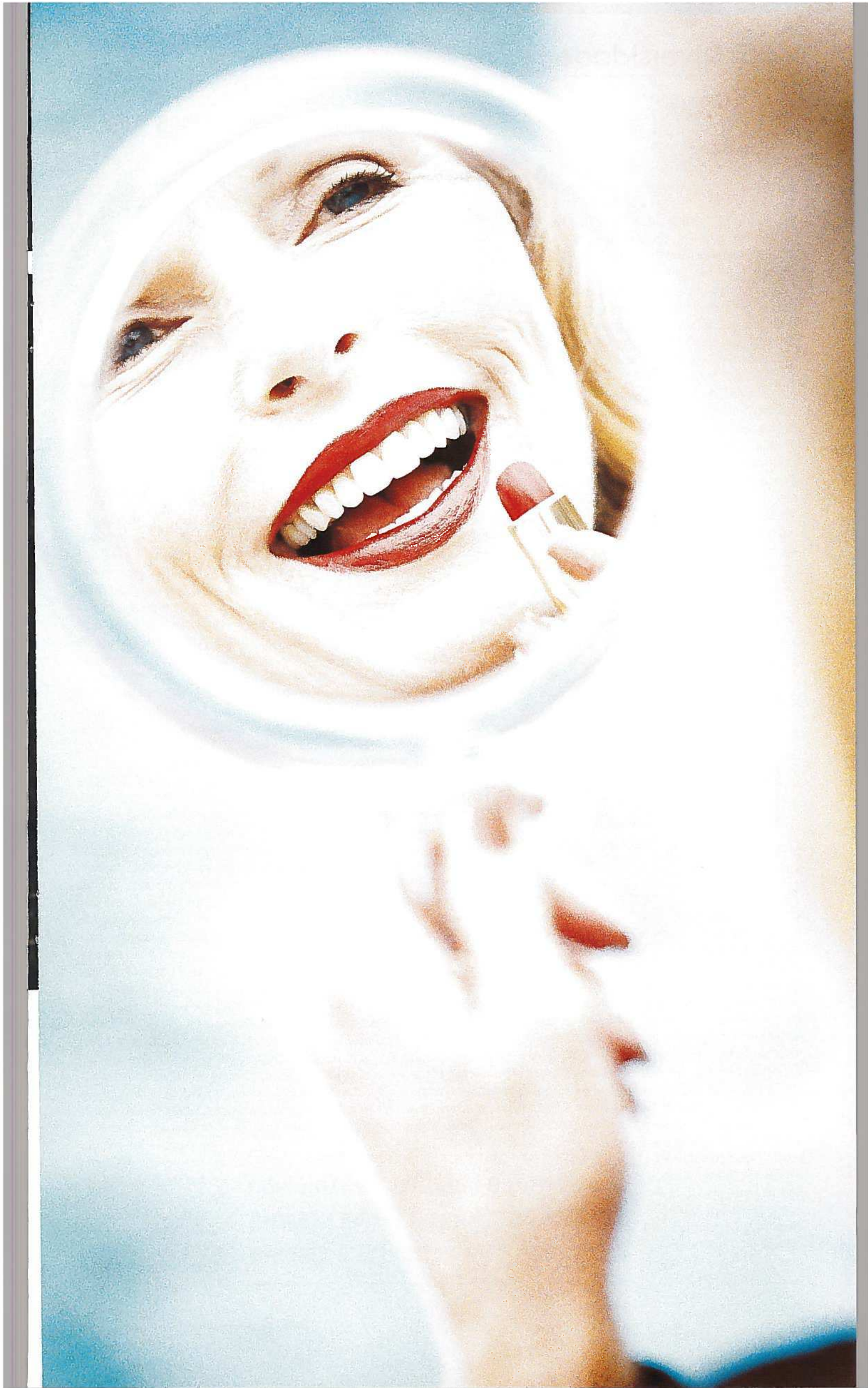


O ofício do psicólogo tem muito do caleidoscópio, o artefato capaz de produzir múltiplas imagens. Mas, enquanto o caleidoscópio cria novas combinações a partir do movimento em torno de si mesmo, o profissional que lida com as dimensões subjetivas amplia seu raio de ação em sintonia com a passagem do tempo e com as transformações ocorridas na sociedade. Em 1962, quando a profissão foi regulamentada no Brasil, seu campo de atuação na saúde era restrito ao consultório. Apenas 44 anos depois, o cenário mudou de forma radical. Integrado a equipes multidisciplinares, o psicólogo se tornou elemento importante na clínica geral, na cirurgia, na Oncologia, na Nefrologia, nos tratamentos da obesidade e dos distúrbios do sono. Sua intervenção se mostrou fundamental ainda em outras áreas, entre elas, a Odontologia, o esporte e a dependência química.

“Hoje não se fala mais no modelo biomédico de saúde, mas no biopsicosocial, no qual o psicólogo está incluído por definição”, afirma Suely Sales Guimarães, coordenadora do Laboratório de Desenvolvimento em Condições Adversas da Universidade de Brasília (UNB). Responsável pela criação do Serviço de Psicologia do Hospital Universitário da instituição, Suely pondera que o aumento do trabalho do psicólogo no contexto da saúde decorre não só da inserção do profissional nos serviços, como também da crescente demanda. “Passamos de um momento no qual o psicólogo era considerado quase um assistente do psiquiatra, convocado para aplicar testes e encontrar a origem de doenças sem explicação orgânica, para a conquista de espaço junto a médicos, enfermeiros, dentistas”, compara Suely. “Desenvolvemos nossas técni-

“Procuramos ampliar as fronteiras do hospital com programas que estimulam a participação da família”

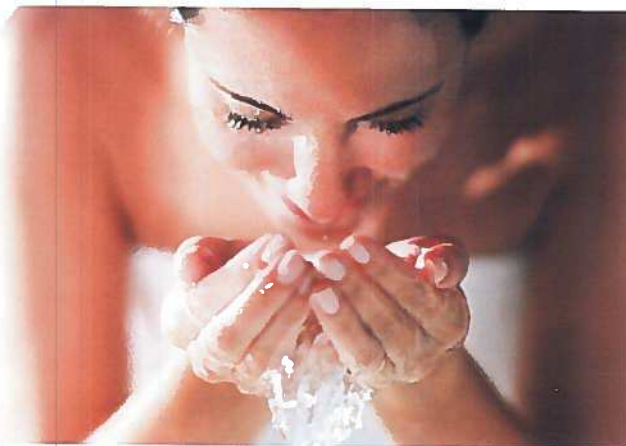
Luiza Forte, psicóloga



cas e, nas equipes interdisciplinares, não fazemos terapia à beira do leito. Interferimos diretamente no processo saúde/doença.”

Ao participar da prevenção, do tratamento e da reabilitação, o psicólogo demonstrou, em pouco tempo, a eficácia de seu trabalho. O reconhecimento é tamanho que, no Hospital Universitário de Brasília, o único da capital que faz gastroplastia pelo SUS, o procedimento só é realizado depois que o paciente passa pelo atendimento psicológico. Esse processo demora, no mínimo, quatro meses. Há casos de o paciente ficar até dois anos sendo preparado para a cirurgia. Depois de operado, ele recebe assistência pelo período que se fizer necessário. A medida não reflete nenhuma reserva de mercado para o profissional da área. “O paciente precisa mudar o próprio comportamento”, diz Suely. Caso contrário, pode desenvolver algum distúrbio, como a bulimia. “Nesse caso, com a falta de nutrientes, há a possibilidade de ocorrer um quadro severo de avitaminose que pode até levar à morte”, explica.

Na saúde, um dos papéis essenciais do psicólogo é atuar para que o paci-



A inserção do profissional em outras áreas de atuação atinge até o para os psicólogos ajudam pacientes com doenças como o vitiligo e a psoríase

Técnica de alta complexidade, o transplante também implica acompanhamento psicológico em suas diversas etapas. Mesmo depois de receber um órgão novinho em uma cirurgia de sucesso, a pessoa precisa aprender a lidar com uma nova realidade. Além de conviver com o fantasma da rejeição, ela continua com a insuficiência que exigiu a troca do órgão, o que requer mudanças de hábitos.

Antes de tudo isso, porém, no complexo universo dos transplantes, o psicólogo atua na preparação do receptor e do doador.

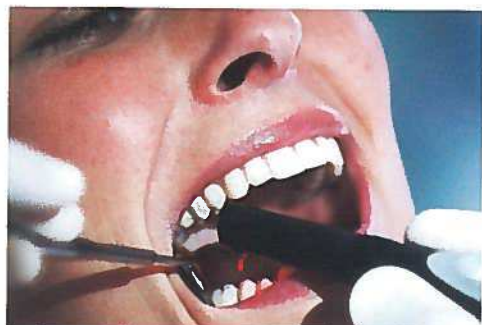
Há mais de 20 anos trabalhando no Hospital Infantil Pequeno Príncipe, em Curitiba, a psicóloga Luiza Tatiana Forte lembra que cada processo de preparação para transplante é único. Entre os casos que mais a marcaram está o de um adolescente, criado pela avó materna, cuja

filho, que haviam sido perdidos.” Mais tarde, o garoto recebeu a doação do órgão que precisava da central de transplante.

Precursor em ações junto à sociedade, o Hospital Pequeno Príncipe conta com psicólogos em sua equipe desde 1982, ano em que Tatiana entrou na instituição, ainda como estagiária. “Procuramos ampliar as fronteiras do hospital através de programas que estimulam a participação da família no tratamento e por meio de pesquisas”, diz. Um dos projetos envolve o atendimento dos alunos da rede municipal de ensino, para diagnóstico e encaminhamento conforme as necessidades individuais. “A abordagem está em sintonia com o Estatuto da Criança e do Adolescente”, esclarece Tatiana. “Entre as décadas de 80 e 90 a perspectiva de atenção à saúde da criança mudou muito.”

Essa mudança também é percebida no atendimento à população como um todo. “No Brasil, o psicólogo tem participado da construção de um conhecimento sólido sobre a qualidade de vida da população, ainda que permaneça o grande desafio de superar as ações individuais em prol de outras conjuntas”, afirma Sebastião Benício da Costa Neto, cuja opinião é compartilhada com Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araújo, ambos psicólogos e professores universitários. “No estudo dos aspectos específicos das condições de vida, a multidimensionalidade sugere que a qualidade de vida não se restringe ao

que ocorre ao estado do corpo ou aos bens materiais, pois incorpora, também, as relações com outras pessoas, a intimidade da fantasia, os hábitos de vida da comunidade e as crenças religiosas.”



Muitos clientes precisam de apoio para vencer o medo do dentista

ente desenvolva adesão ao tratamento. Para recuperar a saúde, a pessoa precisa, antes de tudo, estar disposta a alterar sua rotina, a começar pela alimentação. Suely destaca a hemodiálise como um dos tratamentos nos quais a presença do psicólogo é fundamental. Isso porque esse paciente vive na dependência de uma máquina, à qual recorre, em média, três vezes por semana. O seu dia-a-dia tem de ser reorganizado em função disso. E não há expectativa de romper este vínculo. “O paciente precisa ter uma adesão ótima ao tratamento, pois o mais provável é que permaneça na hemodiálise”, sintetiza a psicóloga. “Em muitos casos, ele está na fila para o transplante.”

história havia sido contada em um programa de tevê. Três dias depois da exibição da reportagem, a mãe do garoto, que o havia abandonado dez anos antes, apareceu no hospital, oferecendo-se como doadora. “O reencontro criou uma expectativa muito grande na equipe mas o menino não quis a mãe como doadora”, relata a psicóloga, conhecida pelo nome do meio, Tatiana. “Atuamos no sentido de respeitar a decisão desse menino e ajudar a reatar os laços entre mãe e

No esporte, o objetivo do psicólogo é ajudar os atletas a terem preparo emocional para enfrentar a disputa



o campo da beleza. Nessa questão, a reencontrar a auto-estima

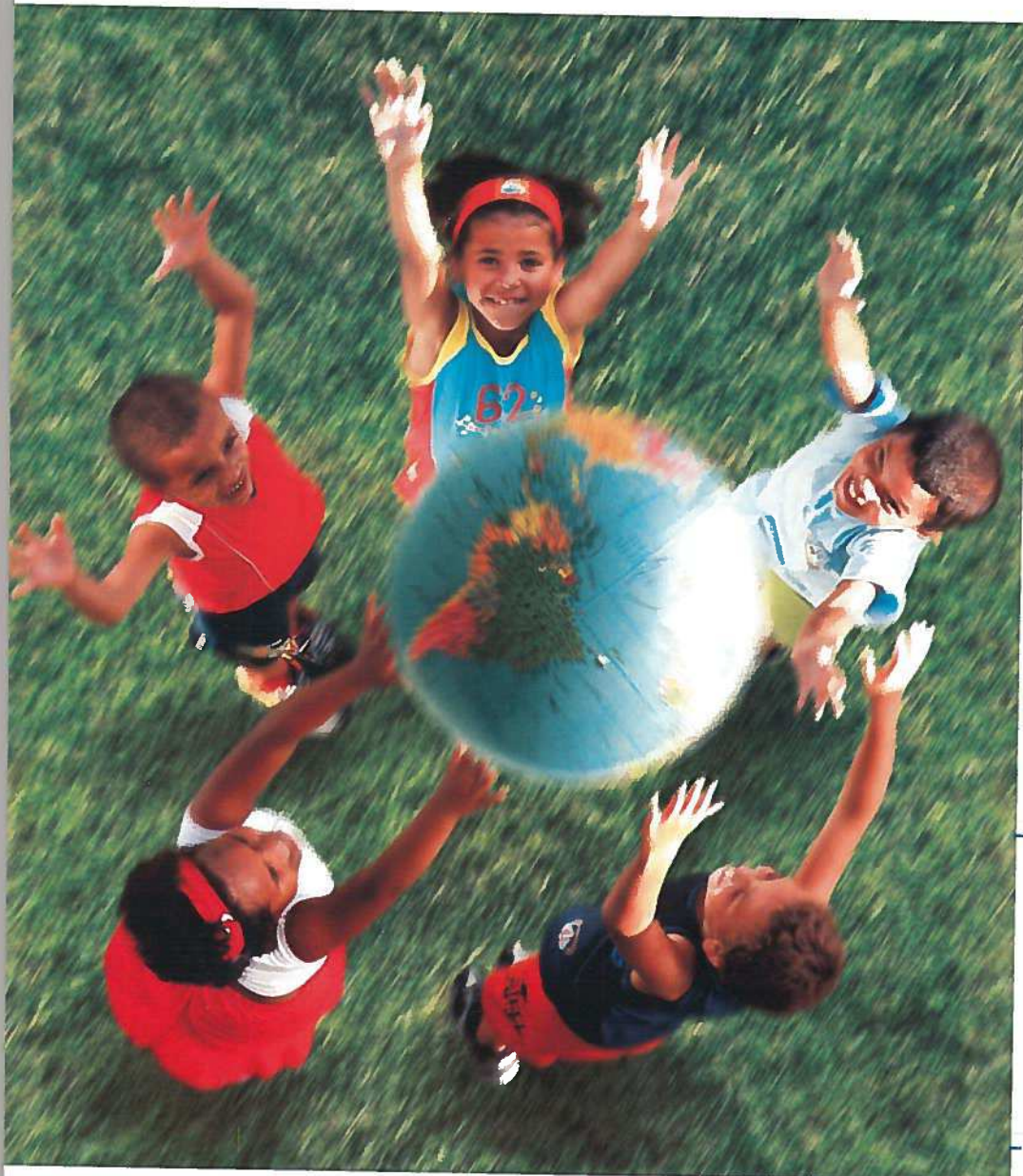
Coordenador do projeto Moinho da Luz, instalado em plena Cracolândia, a região central paulistana que carrega no nome o drama de suas ruas, Cláudio Loureiro é um exemplo de psicólogo com visão multidimensional. Há pouco mais de um ano, junto com uma equipe que inclui psiquiatras, arte-educadores, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, ele abriu perspectivas

para uma legião de garotos aparentemente sem futuro. À frente daquela unidade do Projeto Quixote, criado em 1995 pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Cláudio usa a arte como fator intermediário no atendimento tanto de crianças de rua quanto daquelas em situação de risco. “Trabalhamos com o conceito de hospitalidade incondicional”, esclarece Cláudio. “No começo, as pessoas passavam e nos convidavam para usar drogas.” Hoje, o Moinho da Luz contabiliza uma média de 150 atendimentos por mês. Os resultados começam a aparecer. Afinal, trabalhar com usuários de drogas exige um olhar diferenciado. “Tem paciente que atendo há quatro, cinco anos no ambulatório. Posso considerar o processo um sucesso, independentemente da abstinência.”

Outra profissional vinculada à Unifesp, mais especificamente ao Centro de Estudos de Psicobiologia e Exercício Físico, a psicóloga Mara Raboni está entre os desbravadores de novas áreas de atuação. Mara trabalhava com estresse pós-traumático quando, há cerca de cinco anos, atendeu um jogador de tênis e um árbitro

de futebol. “Com o atleta, a preparação é no sentido de lidar com situações que geram ansiedade e melhorar a performance”, afirma. Um de seus objetivos é evitar que o atleta “trave” na hora que deveria revelar o melhor de si. Nas Paraolimpíadas de Atenas, em setembro de 2004, Mara integrou a equipe de três psicólogos que acompanhou a delegação brasileira e ganhou espaço próprio na clínica montada na Vila Olímpica. “O Brasil foi o único país que levou psicólogos. Muitos se surpreenderam com essa preocupação do Comitê Paraolímpico”, conta Mara. “Atendemos um atleta às dez da noite, na véspera de sua prova.”

Autora do livro “*Psicologia e Odontologia: uma abordagem integradora*”, Liliana Seger-Jaboc destaca a importância do profissional no apoio ao dentista e no trato com o paciente. “A Psicologia se insere em diversas especialidades, como a Odontopediatria, em decorrência dos hábitos e medos e a Periodontia, por causa do estresse”, registra a psicóloga. Não há dúvida de que, na prática, a demanda pelo psicólogo anda cada vez mais intensa e diversificada. Em Brasília, o dermatologista Erasmo Tokarski conta que trabalha em parceria com um psicólogo em casos de vitiligo e a psoríase, doenças que influenciam na aparência e podem gerar dificuldades no relacionamento pessoal. Mas Tokarski propõe o trabalho conjunto também por outros motivos. “O vitiligo e a psoríase indicam um histórico emocional bastante forte, principalmente em crianças. O mesmo acontece com a chamada acne escoriada, que aparece com maior frequência em mulheres e se caracteriza por escamações que geram pequenas feridas”. Os resultados da parceria, atesta o dermatologista, são sempre muito bons. **D**



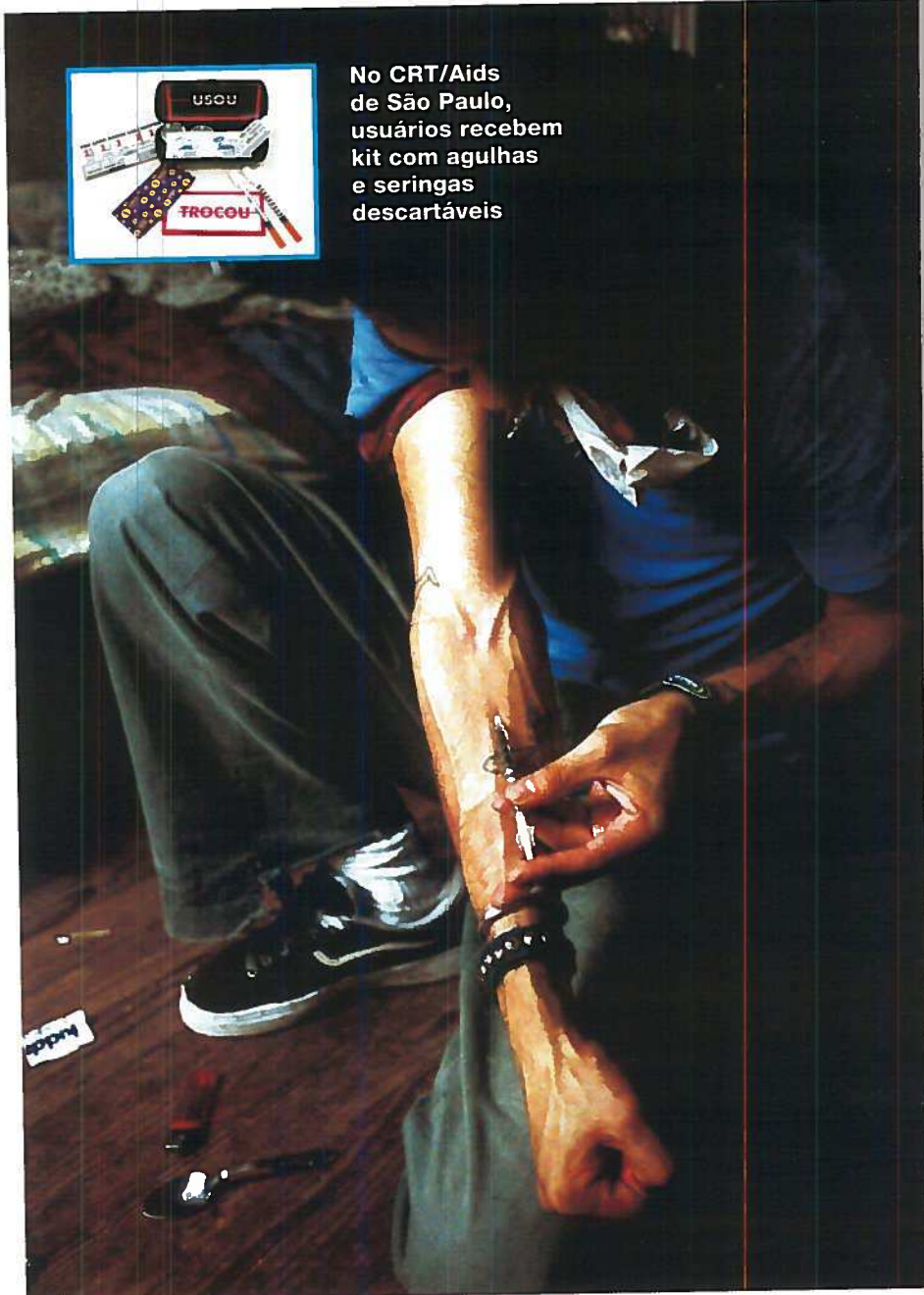
Um dos trabalhos mais importantes é feito junto às crianças que moram nas ruas. A prática da arte entra como recurso terapêutico e de resgate de vínculos

A difícil e vitoriosa

Especialistas usam a redução de danos como instrumento para conseguir bons resultados contra a dependência

Trabalhar no atendimento a usuários de drogas e álcool não é tarefa das mais fáceis. O psicólogo precisa gostar de desafios. É uma rotina de vai-e-vem na qual quase sempre o paciente começa o atendimento, some por uns tempos, reaparece, e assim vai. Mas é esse movimento constante que há 12 anos move Marlize Rêgo, psicóloga e psicanalista do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (Cetad), da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, uma clínica de referência no atendimento e na pesquisa de drogas e álcool. Acostumada a receber em média 80 novos pacientes por mês, o centro é composto basicamente por psicólogos e psiquiatras também psicanalistas. “Não fazemos análise propriamente dita com os pacientes, mas ela é a nossa sustentação”, explica Marlize. A equipe, na qual Marlize coordena o grupo de atendimento aos familiares, não trabalha com a abstinência dos usuários. Esse não é o foco principal do trabalho. A proposta do Cetad é fazer com que o usuário entenda por que ele usa droga, qual a sua necessidade. Eles podem até continuar usando desde que compreendam os motivos pelos quais fazem isso. Os profissionais envolvidos nesse trabalho acreditam que os toxicômanos não são iguais e que cada um tem uma razão para o consumo e também um modo de fazer isso.

Assim como em outros centros de atendimento público, a maioria dos usuários atendidos é pobre, mas há um aumento da procura por pessoas da classe média que não podem pa-



No CRT/Aids de São Paulo, usuários recebem kit com agulhas e seringas descartáveis

gar uma terapia ou um tratamento mais longo. O indivíduo passa por uma entrevista com um psicólogo, que faz uma avaliação detalhada do seu vínculo com a droga. Ser ou não dependente ou usuário social de droga depende mais de como a pessoa se relaciona com ela do que com a frequência com que faz uso. “Muitas vezes, o indivíduo acha que é apenas um usuário leve porque usa droga apenas uma vez por mês. Só que quando a utiliza, passa três dias fora de casa e comete várias atitudes reprováveis”, explica Marlize. É no momento da primeira entrevista que será analisada a situação do usuário e qual

a função da droga na sua vida. Pode ser uma transgressão, um sinal de abandono ou um problema psíquico. É considerado também o tipo de droga usada e o meio sociocultural. As drogas mais frequentes são álcool, crack e medicamentos lícitos, aqueles comprados em farmácias sem receita médica. Após o acolhimento, o paciente é encaminhado ao tratamento adequado, seja com psiquiatra, com psicólogo ou com os dois. As psicoterapias são as mais recomendadas.

No Cetad são feitos atendimentos individuais, em grupos e para as famílias. Em muitos momentos, a terapia voltada para a família surte mais

batalha contra as DROGAS

efeito para o paciente do que se pode imaginar. “Às vezes a família não tem o distanciamento necessário para cuidar do doente”, diz Marlize. Nessas situações, ela usa de discurso analítico, reflexões e intervenções muitas vezes provocativas no depoimento alheio para que os familiares reflitam no seu problema e no dos outros. “É comum a mãe voltar na semana seguinte dizendo que pensou muito a respeito do que foi dito na última sessão”, explica.

Outra estratégia criada no Cetad para ajudar no tratamento de usuários de drogas e álcool são as oficinas de arte. São oferecidas aulas de teatro, grafite, artes plásticas e fotografia. O objetivo é separar o indivíduo da droga, instalar o chamado vazio produtivo entre ele e a droga. “Aos poucos ele se dá conta de que há uma enorme diferença entre ser, pensar e fazer. Ele pode continuar a se drogar, mas pode se dar conta de que também pode ser um artista”, explica a psicóloga. A idéia dos profissionais da equipe é fazer com que os usuários possam construir outras coisas nesses espaços antes só preenchidos pela droga. “É bom inclusive para a autoestima”, diz Marlize. É verdade que muitas vezes o resultado não é o que se espera. Mas o centro baiano sempre se renova. Isso pode ser comprovado pelo interesse que essa área de atuação tem despertado em jovens psicólogos, observado pelo grande número de inscrições para os estágios oferecidos pelo Cetad.

A redução de danos pode ser usada também em casos nos quais a dependência de álcool e droga não é a

enfermidade principal. É o caso dos pacientes que procuram o Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS de São Paulo. Lá, eles chegam à procura de atendimento para a doença, mas acabam recebendo assistência em um setor específico para usuários de drogas injetáveis, crack e álcool, principalmente. “Tivemos de destinar um olhar para as drogas, nos envolver com o assunto, com a farmacologia. Montamos uma equipe e fizemos treinamento. Passamos a ser capacitados e qualificados para atender esse grupo”, diz Sueli Santos, psicóloga do ambulatório de HIV/Aids do CRT DST/Aids que atende pacientes usuários de drogas e álcool. Essa adaptação no atendimento aos portadores de Aids se fez necessária depois que diversos doentes foram recusados em lugares específicos para tratamento de drogas ou álcool por causa de sua condição.

Da mesma maneira com que atua o Cetad, o CRT tem como política a redução de danos. O paciente não é obrigado a largar as drogas para receber qualquer tipo de atendimento. Pelo contrário. Lá, eles ainda recebem os kits com agulhas e seringas descartáveis e recebem orientação sobre prevenção e não compartilhamento de seringas e cachimbos para o uso de crack. Nesse caso, eles são encaminhados para entidades que oferecem cachimbos novos. Mas em situações extremas, como pacientes também com tuberculose e usuário

de crack, os psicólogos pedem que eles reduzam o uso por algum tempo para se recuperarem da tuberculose. “Já tivemos muitos casos de sucesso com moradores da Cracolândia, no centro de São Paulo, que concordaram em diminuir o uso até melhorarem. E deu certo”, comemora Sueli. A prática da redução de danos já está regulamentada pelo Ministério da Saúde e incorporada na política de atendimento dos Centros de Assistência Psicossocial em Álcool e Drogas espalhados pelo País.

O psicólogo é o primeiro profissional da saúde mental a atender o portador de HIV usuário de drogas/álcool. É ele quem faz o diagnóstico e analisa qual o tipo de atendimento. Em casos de doentes com outras enfermidades agregadas, como tuberculose, há a indicação para um tratamento individualizado. Em pacientes com Aids também é comum o aparecimento de depressão. Por isso a presença constante de um psicólogo é imprescindível. O acolhimento é feito

com um psicólogo. No caso do CRT não há uma exigência quanto à formação dos profissionais. O que importa é seguir a política da instituição de aplicar o programa de redução de danos. “A instituição respeita o profissional. Muitos dos programas que temos aqui foram criados por iniciativa dos psicólogos”, diz Sueli. Um bom incentivo para quem quer investir na área. ■



Sueli e equipe passaram por um intenso treinamento especial

Jovem

SEXUALIDADE SAÚDE



“

O universitário
não estuda
as tecnologias
de prevenção
discutidas
no Brasil

”

NA PÚBLICA

Vera Paiva, do Núcleo de Estudos para Prevenção da Aids, defende que o psicólogo deve se adequar à realidade de jovens e adolescentes, levando em conta os valores locais e as dificuldades culturais do meio em que vivem

Há no Brasil cerca de 30 mil novos casos de Aids registrados anualmente. Portanto, há muito a ser feito no que diz respeito à prevenção sexual com adolescentes e jovens, que respondem por cerca de 500 destes casos. Para a psicóloga Vera Paiva, coordenadora do Núcleo de Estudos para Prevenção da Aids do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, é preciso mudar as estratégias de trabalho para atingir o objetivo com mais eficácia. Parte dessa transformação deveria acontecer dentro das universidades. “Temos estudos nacionais que falam da nossa realidade, mas eles não são incorporados à formação acadêmica. O aluno não estuda as tecnologias de prevenção discutidas no País. Eles ainda têm como base teorias universalistas, como se fosse possível falar de sexo no Brasil com conceitos da época de Freud”, diz.

Se a formação acadêmica ainda não encontrou seu ideal, outra questão que preocupa é o atendimento prestado hoje nessa área de atuação. “No Sistema Único de Saúde, faltam recursos aos profissionais para que eles possam fazer a mediação entre o que aprenderam e a realidade. Pensa-se apenas no consultório particular, onde o paciente vai e discute seus problemas. O menos favorecido, com baixa escolaridade, não entende esse tipo de atendimento. Não acredita que sentar e ficar falando vai lhe trazer benefícios”, pontua.

O mais comum é que os psicólogos que se disponham a tratar de sexualidade e prevenção sigam os modelos-padrão de aconselhamento psicológico ou adotem o papel de educador, apenas distribuindo informação. Porém há um caminho de eficá-

cia comprovada por pesquisas em campo. É o que se chama de encontro psicoeducativo, no qual estimula-se o debate da realidade sob a ótica do público-alvo, abordando valores locais, conceitos de gênero e de direito à prevenção. “Temos que levar em conta as crenças, a classe social, a cultura do lugar. Numa cidade como São Paulo, por exemplo, isso varia de região para região”, explica a professora. A cultura coletiva é importante porque é muito mais difícil mudar um comportamento individual se ele não for referendado pelo grupo. “Não adianta aconselhar uma adolescente a levar camisinha na bolsa se a atitude a tornará malvista em seu ambiente social”, esclarece.

Em relação à prevenção de DST/Aids entre adolescente e jovens adultos, tidos como grupo vulnerável já que estão se iniciando na vida sexual e não têm normalmente parceiros fixos, nota-se um grande esforço governamental nos anos mais recentes. Cerca de 60% das escolas do País têm ações de prevenção, principalmente no ensino médio, e desde agosto de 2003 os ministérios da Saúde e da Educação têm buscado articular os trabalhos, incluindo até mesmo a disponibilidade de preservativos para alunos a partir de 14 anos em 9,1% das escolas.

Os resultados mostram uma mudança de comportamento. O uso de

preservativos, por exemplo, aumentou em todas as faixas etárias entre 1998 e 2005, mas a maior adesão está entre os jovens com primeiro grau completo. Por outro lado, jovens de 15 a 24 anos compõem o grupo que menos identifica corretamente as formas de transmissão do HIV e as jovens mulheres são as que menos se sentem à vontade de exigir o uso de preservativos. Elas têm dificuldade de negociar a prática com o parceiro. Como se altera esse quadro? Com a valorização das diferenças de gênero. Um estudo de intervenção, publicado há dois anos, feito com 394 alunos de escolas públicas de São Paulo, mostrou que a frequência do uso consistente de preservativos era baixa (33%) e que existiam diferenças significativas entre homens e mulheres no trato da sexualidade e na prevenção.

A pesquisa mostrou a eficácia de oficinas em que os jovens dramatizavam seus papéis sexuais e a discussão sobre a prevenção com seus parceiros. Os melhores resultados foram notados entre as mulheres. A posição masculina, mais centrada no pensamento de “sei tudo sobre sexo”, deixava menor abertura para compartilhar dificuldades e dúvidas. Isso mostra que é preciso compreender que as diferenças no modo de viver a sexualidade entre homens e mulheres têm consequências sé-

rias no uso de preservativos.

A abordagem que leva em conta esses aspectos pode estimular o conceito de autonomia, que se baseia na defesa dos direitos sexuais. A proposta é que os jovens sejam considerados capazes e tomem para si a responsabilidade de lutar por ter disponível, na escola ou no bairro, a orientação sexual e os métodos de contracepção, sem alguém que dite a eles o que e quando fazer.



Cerca de 60% das escolas do País têm ações preventivas, principalmente no ensino médio

AIDS. O QUE NOS

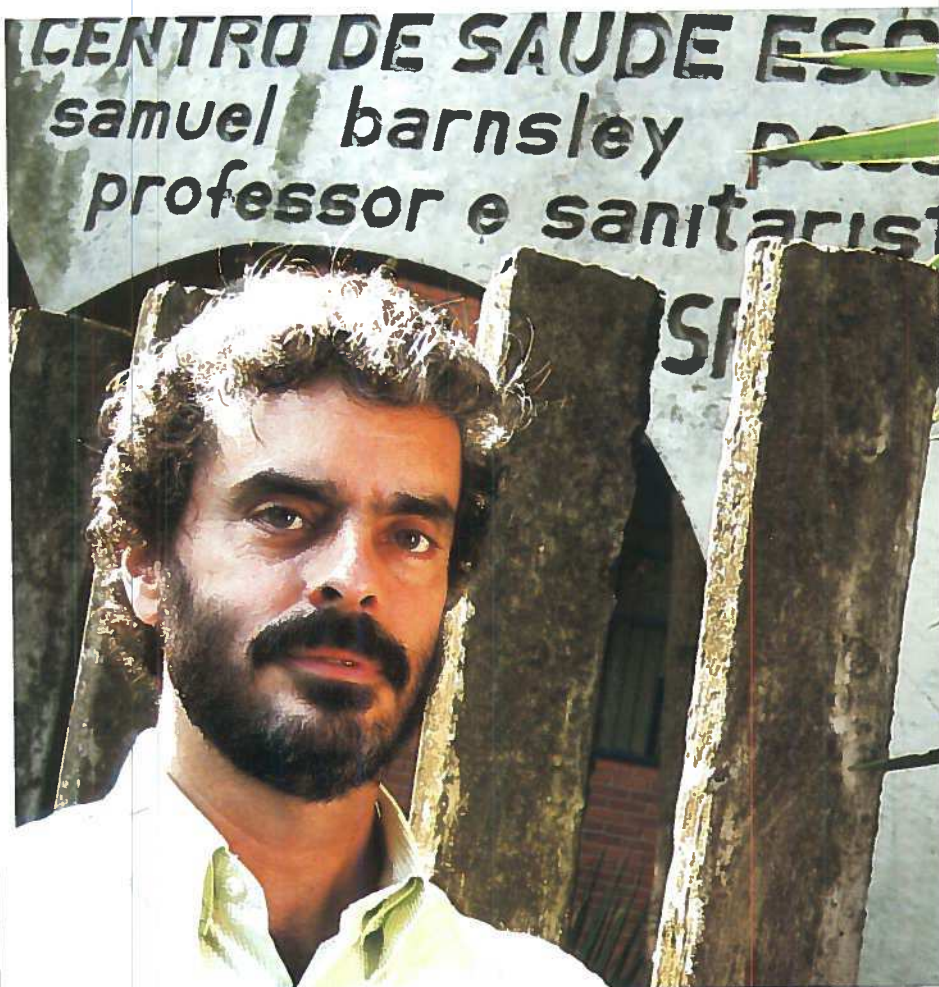
O mundo está vivendo a terceira década da epidemia da Aids. O vírus foi isolado em 1983, ano em que o número de infectados com a doença explodiu nos Estados Unidos. No Brasil, 49,4% das pessoas contaminadas têm entre 13 e 34 anos, sendo que 10% estão entrando na adolescência. São meninos e meninas infectados pelas suas mães, durante a gestação. “Esses jovens têm um papel histórico a desempenhar. Sobreviveram não apenas para contar, mas para ajudar a mudar a história”, diz o médico José Ricardo Carvalho Mesquita Ayres, professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Na análise da evolução da epidemia desde o surgimento dos primeiros casos, em 1981, nos Estados Unidos, o especialista também enxerga várias outras nuances. Uma delas defende que a vulnerabilidade à doença não é atributo apenas do indivíduo, mas de um conjunto de fatores. Na sua opinião, a responsabilidade pela contaminação pela Aids se estende igualmente ao Estado e ao meio social.

Diálogos – Qual foi o impacto do surgimento da Aids na medicina?

José Ricardo Ayres – Foi o abalo de um tsunami. No começo a epidemia era um mistério. O que em vigilância epidemiológica é chamado de agravo inusitado à saúde, ou seja, uma doença sem nenhum relato anterior semelhante, ninguém sabia nada a respeito. E a doença surgiu nos Estados Unidos na era Ronald Reagan, muito retrógrada e conservadora. As autoridades demoraram a organizar programas mais efetivos de combate ao que chegou a ser chamado de ‘peste gay’. Isso fez com que a epidemia se espalhasse rapidamente entre as populações mais vulneráveis: pobres, negros e homossexuais.

Diálogos – E como os diversos setores envolvidos reagiram no Brasil?

Ayres – No Brasil foi o inverso do que aconteceu nos EUA. A área de saúde se politizou rapidamente com a democratização na década de 80 e trabalhava com a idéia de que não se



Ayres diz que abordagens interdisciplinares ajudam nos cuidados

faz prevenção sem tratar de questões estruturais. Estávamos construindo o Sistema Único de Saúde e ele estava vinculado ao estado e às normas da nova constituição de 1988. O que fez com que a sociedade civil tivesse meios para acionar o estado e cobrar seus direitos.

Diálogos – E isso aconteceu de fato?

Ayres – Sim. Foi uma ação judicial movida por organizações não-governamentais ligadas aos homossexuais que exigiu que os primeiros medicamentos surgidos nos EUA para tratar a Aids fossem disponibilizados aos portadores do vírus no Brasil.

Diálogos – Por que o programa de combate à Aids funcionou bem no Brasil? A ponto de virar um modelo de referência.

Ayres – Foi um conjunto de fatores. A epidemia começou nos grandes centros, afetou grupos que se organi-

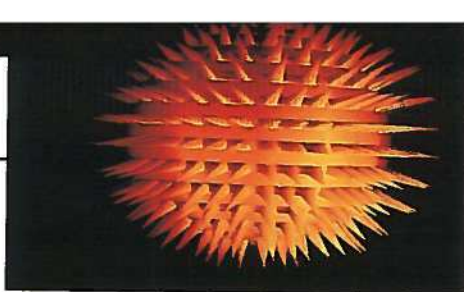
zaram coletivamente para responder a ela. Outro fato foi a existência de uma medicina preventiva e social que propôs uma ação em que o estado e a sociedade civil atuassem juntos. E existia um sistema universalizado de saúde.

Diálogos – O que mais falta?

Ayres – Muito. É imprescindível combater a estigmatização. O preconceito exclui socialmente, é como se as pessoas infectadas fossem cidadãos de segunda classe, sem acesso a produtos e serviços para se proteger. Do ponto de vista social estão sujeitos ao isolamento, perseguição, violência. E do ponto de vista individual à baixa auto-estima, desânimo, depressão.

Diálogos – E como melhorar a prevenção? Como devem atuar os serviços sociais?

Ayres – Uma das formas clássicas de



TORNA VULNERÁVEIS

O médico José Ricardo Ayres afirma que o paciente não é o único responsável pelo crescimento da epidemia no País

redução de contaminação é informar as pessoas qual é o comportamento de risco. Mas e se a pessoa tem informação e se contamina? O que se presume daí? Que ela se comportou mal ou é masoquista? Não. O objetivo não deve ser só informar. É sensibilizar, capacitar e organizar as pessoas.

Diálogos – Como o senhor encara a questão da responsabilidade individual e social pela contaminação?

Ayres – A grande maioria das pessoas infectadas estava em condições que iam além da

capacidade individual delas de dizer sim ou não. Na sociedade em que um casal heterossexual, monogâmico e estável não conversa sobre prevenção, e em que o jovem homossexual não pode ir num serviço pegar camisinha para se proteger, porque vai ser estigmatizado, isso é responsabilidade social. Se alguém quer se prevenir, mas não tem dinheiro para comprar camisinha, isso é responsabilidade do estado. Não dá para pensar individualmente, mas também não se pode retirar a responsabilidade do indivíduo. Não existe estado responsável sem indivíduos responsáveis.

Diálogos – Como está a doença hoje no País?

Ayres – A epidemia desacelerou bastante no Sul e no Sudeste, mas ainda temos áreas fora de controle no norte no Rio Grande do Sul.

Diálogos – Qual o grande desafio que se coloca hoje?

Ayres – Fazer com que o número de infecções diminua e achar a cura da doença. Mas a outra questão crucial é a geração que está crescendo com o HIV. Essa é a primeira geração que chega à adolescência convivendo com o vírus graças à política brasileira de acesso universal. Mas aí eles chegam à adolescência e ninguém sabe o que fazer com eles. Nem a instituição, nem os pais, nem as casas de apoio. E eles vão começar a vida sexual, vão começar a vida social, estão nas escolas. É preciso saber lidar com eles.

Diálogos – E como lidar com eles?

Ayres – Em primeiro lugar, respeitando a sua cidadania e garantia de seus direitos. Essa geração tem papel fundamental. Cresce com a infecção e tem um papel histórico a desempenhar. Podem nos ensinar um modo de viver mais generoso e o que as pessoas que têm o vírus precisam para viver bem. Eles têm um lugar destacadíssimo e devem ser estimulada nesse sentido. É um grupo com uma experiência ímpar. Conheceram de perto o que é ter a doença e sofrer o seu estigma, mas sobreviveram para mudar a história.

Diálogos – Qual a importância do acompanhamento psicológico para o portador do HIV? Que influência ele tem para o equilíbrio entre a carga viral e o número de CD4 e na adesão ao tratamento?

Ayres – O acompanhamento psicológico é muito relevante para o bom cuidado às pessoas que vivem com a infecção pelo HIV e/ou doentes de Aids. Aliás, abordagens interdisciplinares tendem a apresentar impacto positivo no cuidado em saúde de modo geral. E em casos como a Aids estão envolvidas questões delicadas: estigma e a discriminação dos infectados, falta de perspectiva de cura,

ao menos no curto prazo, uso de medicamentos que por si só são uma agressão à saúde (efeitos colaterais incômodos, alterações na aparência, número excessivo de doses e com posologias complicadas etc), implicações sobre a vida sexual e a vida reprodutiva. Tudo isso torna ainda mais importante o enfoque interdisciplinar e o papel da Psicologia aí é central. Penso que o seu grande papel é ajudar as equipes a construir planos de cuidado para as pessoas infectadas, atentas à complexidade da situação e sensíveis à diversidade e especificidade das características e necessidades individuais.

Diálogos – E como se dá a intervenção?

Ayres – Cuidar é participar ativamente da construção dos projetos de felicidade do outro, numa construção conjunta entre profissionais e usuários. Há algumas tarefas específicas do psicólogo em particular que podem ser apoios psicoterápicos em alguns casos. Tão equivocado quanto achar que toda pessoa vivendo com HIV precisa de psicoterapia é só encaminhar ao psicólogo os “pacientes difíceis”, que não seguem as prescrições médicas. As dificuldades de adesão devem ser encaradas como um desafio de toda a equipe, não apenas do psicólogo. O psicólogo pode ser peça-chave na facilitação do diálogo que poderá abrir o caminho para a construção de planos de cuidado efetivamente adequados para as pessoas vivendo com HIV, tanto da perspectiva clínica como ética, emocional e prática. Carga viral controlada, CD4 alto e boa adesão são elementos fundamentais na boa evolução clínica de uma pessoa vivendo com HIV, mas são as consequências do bom cuidado, não uma finalidade em si. **D**

PSICOLOGIA NO PODER

O **psicólogo** encontra novas frentes de trabalho no setor, mas ainda há o que melhorar na **formação** do profissional

Do pequeno espaço dos consultórios particulares aos gabinetes da política e à participação efetiva na elaboração de diretrizes de saúde. Esse é o movimento de expansão de atividades que os psicólogos vêm experimentando nos últimos anos no Brasil e no mundo. Essa participação cada vez mais ativa na área pública é resultado da constatação de que esses profissionais são fundamentais para ajudar na compreensão do ser humano como um todo, premissa que deve permear qualquer programa de assistência que almeje sucesso.

A presença do psicólogo nos espaços de gestão pública é crescente particularmente na esfera municipal. A grande maioria está na saúde, mais precisamente no Sistema Único de Saúde (SUS). E sua atuação vai além da área de saúde mental. Os profissionais da Psicologia trabalham em programas de doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS), em Centros de Referência da Saúde do Trabalhador,

Unidades Básicas de Saúde, no Programa Saúde da Família, em hospitais públicos e também no planejamento de políticas públicas de saúde. “Nos últimos 20 anos, houve uma enorme ampliação das vagas para o psicólogo na saúde pública. Os profissionais descobriram a potencialidade dessa atividade e têm construído espaços importantes de trabalho”, afirma a psicóloga Lumêna Furtado, coordenadora de Apoio à Gestão Descentralizada (CGAGD) do Ministério da Saúde. Na sua linha de ação, os psicólogos têm contribuído na reconstrução de estratégias de acolhimento nas unidades de saúde e no reforço dos vínculos das equipes de saúde com a população. “Os psicólogos também são responsáveis pela inclusão dos segmentos mais vulneráveis, participam da

criação de redes, como a rede substitutiva em saúde mental”, conta Lumêna.

Na verdade, hoje a presença do psicólogo se faz sentir em todos os pontos de rede de atenção, contribuindo para sua qualificação. Atualmente, inclusive, a Associação Brasileira de Ensino em Psicologia (ABEP) tem como ponto de partida que toda a Psicologia cabe no Sistema Único de Saúde. Isso significa que os psicólogos estão e podem estar em todos os espaços de atenção à saúde. “Isto se justifica porque o SUS não se limita à organização da assistência à saúde dos brasileiros. Ele consiste em um projeto democrático de sociedade ao defender princípios fundamentais, como a integralidade da saúde, a participação social e universalidade”, afirma a psi-

**Sua presença nos espaços
de gestão pública é crescente
na esfera municipal**

cóloga Mônica Lima, mestra e doutora em Saúde Coletiva.

No entanto, não existe ainda uma especialização que prepare melhor o psicólogo para trabalhar no SUS. “Isto reflete um dos maiores desafios para o ensino em Psicologia”, acredita o psicólogo Francisco José Machado Viana, vice-presidente da ABEP e profissional atuante também da Maternidade Odete Valadares, da Fundação Hospitalar, em Minas Gerais. Segundo o especialista, até o momento esse conhecimento tem sido adquirido exclusivamente em cursos de pós-graduação em saúde pública/coletiva.

Considerando este panorama, neste ano a ABEP realizou a Oficina Nacional de Psicologia e Saúde Pública/Coletiva. O evento foi pre-

cedido por 37 oficinas regionais e consolidou a construção de 35 Núcleos Regionais da entidade. Nesta tarefa, a convite da associação e dos seus parceiros – Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Fórum Entidades de Profissões da Área de Saúde, Organização Pan-americana de Saúde, Conselhos Federal e Regionais de Psicologia –, mais de seis mil psicólogos, estudantes, professores e gestores de instituições de saúde e de ensino estiveram na linha de frente para refletir sobre como e quais aspectos devem servir como orientadores para a formação em Psicologia. “A ABEP proporcionou uma oportunidade concreta de produção de uma Psicologia efetivamente comprometida com a realidade política

e sócio-sanitária brasileira”, comenta a psicóloga Liliana Santos.

Uma das pretensões da entidade é trazer para o campo da graduação o conhecimento que for necessário para incentivar a aproximação real dos estudantes a partir do fomento de estágios básicos e específicos e de pesquisas nos vários cenários e âmbitos do SUS. “A ABEP compartilha do ideal de que precisamos conhecer onde e o que os psicólogos estão desenvolvendo no Sistema”, garante Francisco José. Nesta direção, a associação vem promovendo uma investigação para mapear a inserção dos psicólogos no setor de saúde, conhecer a produção científica desse campo e apontar lacunas para novas averiguações e orientar intervenções.



Mas o leque de atuação dos profissionais hoje vai muito além da atuação no SUS. Amparados no conhecimento angariado na organização e lutas em suas próprias entidades e em favor de movimentos sociais, os psicólogos estão ocupando novos e maiores espaços em escolas, fábricas, nos poderes Judiciário e Legislativo e em várias posições da administração pública.

“Eles se apropriam das técnicas, métodos de atuação e de postura política, transformando-as em ferramentas para desenvolver sua prática profissional”, afirma a psicóloga Conceição Rezende, ex-secretária Municipal da Saúde de Betim (MG). Na verdade, na opinião da especialista, ao estudar para conhecer e melhorar as relações entre os sujeitos e a sociedade, o psicólogo se compromete com o conjunto da sociedade. “A Psicologia é uma ciência que pensa o homem como ser social e não apenas como indivíduo, resguardando o respeito à diferença como característica constitutiva do ser humano e reafirmando sua importância para o convívio em sociedade”, afirma.

Sua colega Maria do Carmo Lara, psicóloga e deputada federal (PT/MG), concorda. “A psicologia abre espaço para trabalhar a convivência institucional e a cidadania por meio dos serviços prestados”, explica. Maria do Carmo, inclusive, garante que sua experiência como psicóloga lhe permitiu dar uma contribuição especial na Prefeitura de Betim, em Minas Gerais. “Com um olhar que me possibilitava várias leituras e abria espaço para a análise dos fenômenos psicossociais de uma forma global e operativa, coordenei equipes que, como gestoras das ações do sistema de saúde municipal, interagiam com os segmentos estadual e federal”, afirma.

Para chegar a esse estado atual de posicionamento profissional, foi preciso um longo caminho. De acordo com Jefferson de Souza Bernardes, professor da Universidade Federal de Alagoas, no início da composição do campo profissional



Para Conceição, ao estudar as relações entre o sujeito e a sociedade, o psicólogo se compromete com a coletividade

no Brasil, os psicólogos acadêmicos e os práticos, que trabalhavam com uma psicologia aplicada – principalmente nos campos da educação, organizações e saúde –, compartilhavam de concepções muito próximas. “Apesar do aparente embate existente entre os teóricos e práticos, eles possuíam pensamentos complementares. A relação entre os dois grupos encobria um mesmo modelo de construção de conhecimento e de aplicação em psicologia”, lembra.

Porém, na década de 80, ao estudar a situação das mulheres grávidas, suas experiências psicológicas e vivências junto ao sistema (público e privado) de atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, Conceição Rezende já acreditava que o acompanhamento psicológico junto a essas mulheres deveria caminhar lado a lado com uma ação



Maria do Carmo usou sua experiência como psicóloga em seu trabalho na Prefeitura de Betim, em Minas Gerais

política. “Nessa época, a exemplo do que havia ocorrido na Itália, teve início em várias regiões do País o processo de questionamentos sobre o modo como eram tratadas as pessoas portadoras de sofrimento mental dentro das instituições manicomiais”, lembra Conceição. Naquele momento, lutava-se por uma sociedade que incluísse as pessoas diferentes, considerando-se o modo de ser, de viver e adoe-

cer de cada um, em um movimento que avançou para a defesa dos direitos humanos. Foi a partir de então que surgiram instalações de serviços inovadoras tanto no setor privado quanto no público.

Porém, apesar dos avanços, muitos trabalhos ainda estão sendo feitos em um modelo mais antigo, baseado em uma concepção que individualiza e naturaliza as relações sociais, lançando para a esfera privada e íntima toda a dimensão da Psicologia. São ações que fazem lembrar, por exemplo, o primeiro projeto de lei para a regulamentação da profissão, enviado em 1958 para o Congresso Nacional. Nele, havia um artigo que impedia os psicólogos de assumirem cargos de chefia ou diretoria em estabelecimentos de saúde, caracterizando-os como assistentes técnicos dos médicos.

Para incentivar uma maior interação entre a categoria e o setor público, o psicólogo Bernardes defende um intenso diálogo com todos os interessados no campo da Psicologia, principalmente os usuários dos serviços – no caso, as comunidades atendidas. “Acredito ser um caminho interessante para sair da lógica intimista e individualizante que marca nossa atividade profissional”, afirma. Na sua opinião, o caminho pela gestão no serviço público passa necessariamente pela abertura ao público e à permissão que os próprios psicólogos devem se dar para perceber o que acontece ao redor. “Quem sabe assim, inspirados no psicólogo catalão Tomas Ibáñez, conseguimos abrir a psicologia a la irupción de la gente, como desejamos”, almeja Bernardes.

INSERÇÃO DO PSICÓLOGO NAS PRÁTICAS DE SAÚDE NO SUS

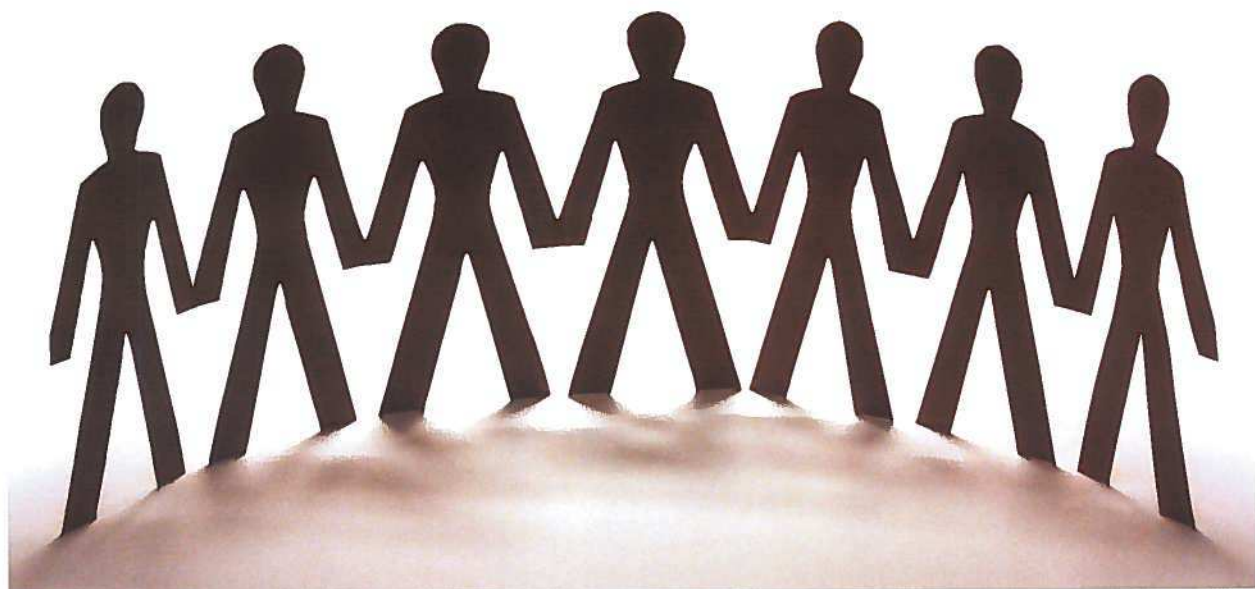
Por CARMEN TEIXEIRA*

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo desenvolvida a partir da formulação e implementação de políticas e estratégias que incidem sobre o financiamento, a gestão e a organização dos serviços. Uma das questões centrais diz respeito ao desencadeamento e consolidação de um processo de mudança do modelo de atenção que contemple a articulação do enfoque clínico-assistencial, ainda hegemônico, com o fortalecimento do enfoque epidemiológico e a incorporação de um enfoque social. Este último se expressa na

as de reforma na organização dos serviços, como o Programa de Saúde da Família, ao contemplar a constituição de equipes multiprofissionais nas unidades e incorporar princípios e diretrizes como base territorial, enfoque por problemas, planejamento local e outros, demandam mudanças nas práticas dos profissionais – médicos, enfermeiros, odontólogos – envolvidos, o que vem sendo, inclusive, tema de estudos, investigações e debates.

Especificamente com relação ao psicólogo, duas questões, ora em pauta no âmbito do SUS, apresentam-se como oportunidade de mudanças na prática profissional, seja pela mudan-

ças possíveis um cenário completamente novo criado pela busca de “humanização” da prestação e consumo de serviços de saúde no SUS. Aspiração antiga e política prioritária na atual conjuntura, a “humanização” expressa a crítica ao viés que generaliza e reduz a abordagem aos problemas e necessidades de saúde dos indivíduos e grupos da população, ao discurso abstrato da patologia e aos procedimentos da clínica. Em contraponto, a implantação de práticas de acolhimento, o esforço em estabelecer adesão e vínculos entre os usuários e os serviços de saúde,



articulação entre as práticas assistenciais com as ações de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica, bem como como na implementação de ações intersectoriais e setoriais de promoção da saúde e da melhoria das condições de vida dos diversos grupos da população brasileira.

Um processo dessa natureza implica em mudanças na organização e no conteúdo do trabalho em saúde, o que induz a alterações no perfil ocupacional dos profissionais e trabalhadores atuantes na área. De fato, a implementação de políticas e estratégi-

as de cenário seja por modificações na dinâmica da prática em si mesma, redefinindo objetos e meios de trabalho dessa categoria. Refiro-me à implantação da reforma psiquiátrica que enfatiza a ambulatorização, o envolvimento da família e da comunidade nos cuidados terapêuticos e, conseqüentemente, redefine as possibilidades de atuação dos psicólogos envolvidos nas equipes dos CAPS – Centros de Atenção Psicossocial, núcleo central da rede de serviços pretendida no âmbito da atual política de Saúde Mental do SUS.

Além disso, o profissional da psicologia vislumbra em seu horizonte de

cria para o psicólogo o espaço de exercício de uma escuta qualificada da dor e do sofrimento, das necessidades e demandas da população que vai aos serviços de saúde. Torna-se assim um elemento imprescindível na reorientação do modelo de atenção na medida em que circunscreve o espaço de valorização e do reconhecimento da singularidade do modo de andar a vida de cada pessoa, e do seu sentir-se saudável ou enfermo. ■

* Carmen Teixeira é médica, doutora em Saúde Pública, Professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia

As práticas de acolhimento criam para o psicólogo o espaço de exercício de uma escuta qualificada da dor

A pregnant woman is shown in profile, facing right. Her body is partially in shadow, while her face and the lower part of her torso are illuminated by a warm, golden light. On her pregnant belly, there is a detailed medical illustration of a fetus in the womb, showing the fetus curled up, with visible internal organs and the placenta. The background is a dark, gradient color.

**Como o projeto
Mãe-canguru está
revolucionando a
assistência aos
bebês prematuros
e à sua família**

Tecnologia do ACONCHEGO

Hidéia de usar mães como incubadoras para tratar recém-nascidos de baixo peso, a princípio, pode parecer uma alternativa pouco eficiente. Mas não é. O método Mãe-canguru, técnica que consiste em manter o bebê prematuro preso ao corpo da mãe algumas horas por dia, é uma alternativa comprovadamente eficiente para recuperação e desenvolvimento dessas crianças.

Durante o período em que ficam no hospital, em vez de passar todo o tempo numa incubadora recebendo calor artificial, esses pequenos ficam aninhados ao colo materno. Esse aconcheço traz benefícios que vão do estímulo ao aleitamento e o ganho de peso mais rápido à menor permanência do bebê no hospital. E não é apenas isso. Ali, colado ao seio da mãe, rece-

bendo calor, afeto, ouvindo a voz e as batidas do coração da mãe, os vínculos afetivos se fortalecem, estabelecendo uma relação de cumplicidade e carinho fundamentais para o equilíbrio físico e psicológico de ambos.

O método não substitui condutas e tampouco entra no lugar de procedimentos terapêuticos. Mas é efetivo na ajuda a alguns obstáculos físicos que a criança prematura enfrenta. Quando nasce antes do tempo, ela não sabe respirar sozinha – por isso a necessidade de ficar ligada a um respirador artificial

em muitos casos. Porém, o fato de ficar amarrada ao corpo da mãe, ouvindo os batimentos cardíacos, faz com que ela não se “esqueça” de respirar. Outro problema é o engasgo, comum porque o bebê também não sabe respirar e deglutir ao mesmo tempo. Isto pode inclusive levar à morte. Mas como ele fica em contato com a mãe na posição vertical, não engasga. A técnica também permite um melhor

to dos vínculos entre mãe e filho. Sem falar da satisfação das mulheres em tomar conta de seus bebês”, acredita o médico Ernani Ximenes Rodrigues, diretor do Hospital César Cals, em Fortaleza. O especialista trabalha há dez anos adotando o modelo da Mãe-canguru. “É cuidando de seus filhos que elas resolvem suas angústias e ganham mais segurança”, afirma.

A humanização dos cuidados

com o bebê de baixo peso é uma das explicações para o sucesso do Mãe-canguru. Humanizar, segundo os especialistas, significa adotar um novo modelo de cuidar. E essa estratégia se traduz em um estreitamento das relações entre quem cuida e quem é cuidado, com benefícios para ambos. “É inegável que esse trabalho interfere positivamente na saúde do bebê e na

segurança da mãe”, afirma o médico Lauro Hagemann, coordenador da unidade neonatal do hospital Fémina, de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. No programa Mãe-canguru, esse cuidado é mediado por uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais.

Para a psicóloga Diana Ducati, que integra a equipe de profissionais do Mãe-canguru no Hospital Fémina de Porto Alegre, o trabalho do grupo tem uma importância grande na recuperação do bebê e também da mãe.



Pai e mãe estabelecem vínculo com seu bebê

controle da temperatura corporal – outra dificuldade para os pequenos. A estabilidade da temperatura da mãe ajuda a da criança também a se normalizar, evitando a necessidade de usar um berço aquecido.

Na prática, o esquema de funcionamento do programa é simples. Ao nascerem, os bebês prematuros ou de baixo peso são levados para a UTI neonatal onde ficam por até cinco dias. Depois eles são retirados da incubadora e passam viver no colo da mãe. “Isso promove um ambiente propício para o fortalecimen-

Isso porque, em geral, essas mulheres chegam ao hospital muito fragilizadas e aflitas. O parto prematuro provoca abalo psicológico com consequências importantes nessas mães. Afinal, não se programa a chegada de um filho prematuro. Para muitas dessas mulheres, essa situação de ameaça e riscos é quase insuperável. “Elas chegam muito fragilizadas e inseguras. Algumas até com sentimento de culpa pelo nascimento prematuro do filho”, conta a psicóloga. “Por isso, temos de cuidar também dessa mãe. Nesses casos a intervenção é voltada para superação dessa insegurança”, explica.

O apoio psicológico começa com uma abordagem para avaliar a situação da família. Em que condições esse bebê veio e como estão lidando com o fato. Em grupo ou individualmente, os pais vão revelando suas angústias e medos. A superação dessas dificuldades é um passo importante para aceitar e compreender o cenário que se desenhava inesperadamente. Esse entendimento é ainda mais fundamental no caso das mães adolescentes. Se comparadas a uma mulher mais madura, elas se sentem mais amedrontadas e assustadas com a fragilidade de seus bebês. O medo de perder o filho é a ameaça mais relatada pelas mães. “Numa situação normal já ficariam inseguras para cuidar do bebê. No caso de prematuro elas não sabem como lidar e sentem até medo de tocar”, relata Diana. Nesses casos, os psicólogos fazem um trabalho de

Como nasceu a técnica

A ideia de usar mães como incubadoras para tratar bebês prematuros surgiu na década de 70 na Colômbia. O objetivo era reduzir os altos índices de mortalidade neonatal naquele País, provocado pela falta de infra-estrutura hospitalar. Na opinião dos médicos que idealizaram o “Mãe-canguru”, essa experiência poderia trazer resultados importantes no desenvolvimento desses prematuros. O contato do recém-nascido com o colo da mãe, além de manter a estabilidade térmica, ajudaria a reduzir os riscos de infecção hospitalar e, principalmente, contribuiria para acelerar a alta desses bebês. Inicialmente, a técnica colombiana não trouxe os resultados esperados. Porém, pesquisas realizadas no mundo todo ajudaram a comprovar a eficiência do método, referendando-o como prática de assistência. O resultado é o que se vê hoje. A terapia tornou-se referência mundial e foi adotada em vários países.

aproximação, estimulando o contato entre mãe e filho. São eles que a preparam para a visita, explicam sobre o ambiente da UTI, escutam seus medos e ensinam, entre outras coisas, a importância do toque e da voz da mãe para o conforto emocional da criança. Eles também auxiliam a mulher a reconhecer as respostas do bebê e a preparam para possíveis sequelas, morte ou alta.

O papel do profissional nesse cenário vai ainda mais além. Ele também exerce a função de mediador entre a família e a equipe médica. Isso é importante porque a comunicação às vezes não é bem compreendida pela mãe. “Em uma linguagem clara, ajudamos a dirimir possíveis dúvidas sobre o quadro clínico do bebê”, explica a psicóloga Roberta Penteado Biglieri. Ela trabalha há seis anos no projeto Mãe-canguru do Hospital Geral de Itapeverica da Serra, em São Paulo. Em relação à equipe, o psicólogo também faz uma preparação para que os médicos tenham sempre que possível diminuir sofrimentos evitáveis e individualizar o tratamento, entre outras ações.

Com todo esse amparo, o vínculo entre mãe e filho vai se construindo diariamente. Na primeira etapa, enquanto ainda estão na incubadora, o contato da mãe é discre-

to, mas muito importante. Mesmo sem poder pegá-los no colo, elas tocam e conversam com seus filhos e até os alimentam. O leite materno é coletado e colocado numa seringa, via usada para alimentar os pequenos. “Esse contato vai fortalecendo os vínculos entre eles porque a mãe sente que está exercendo a maternidade”, afirma Roberta. Aos poucos a insegurança, as angústias e o medo dão lugar à esperança e à alegria de poder cuidar do filho. Já a criança sente e reage a esse carinho da mãe. Elas ficam mais calmas e reagem melhor ao tratamento”, diz.

Depois dessa etapa a criança fica em contato com o corpo da mãe 24 horas. Orientada sobre os cuidados básicos de higiene, ela passa a cuidar

integralmente do filho. Esse período permite que mãe e filho se tornem cúmplices de seus desejos e sonhos. A família também deve participar. O psicólogo ajuda o pai a construir um vínculo afetivo com a criança e a preparar os irmãos para a nova criança. Eles também podem ver, sentir e acariciar o novo membro da família.

No Brasil, onde a taxa de bebês prematuros é de cerca 10% entre os nascimentos, o Mãe-canguru virou programa de política pública de saúde. Atualmente cerca de 500 maternidades brasileiras, públicas e particulares, aplicam o método. Um trabalho da Fundação Orsa, entidade que tem parceria com o Ministério da Saúde na implantação do Mãe-canguru, evidenciou os bons resultados desse trabalho. De acordo com a pesquisa, 57,8% das mães relataram que o método deixa o bebê mais calmo, melhora o sono, os permite ficar mais seguros e com maior sensação de proteção, além de se desenvolverem melhor e mais rápido. Também relataram que seu amor e carinho pelo bebê aumentaram. Percepções positivas como felicidade e segurança foram relatadas por 73% das entrevistadas. O estudo envolveu 370 famílias e 402 bebês prematuros tratados em centros de referência de Recife (PE), Florianópolis (SC) e Itapeverica da Serra (SP). Essa perfeita combinação de carinho e cuidado foi inspirada no comportamento natural dos cangurus. Após o nascimento, o pequeno animal fica protegido dentro da bolsa da mãe até ficar maduro o suficiente para andar sozinho. Assim, cercado de calor e atenção da mãe, eles se desenvolvem para a vida.

No colo da mãe, a respiração e a temperatura do bebê se estabilizam

PATERNIDADE PRECOCE



**Programa com foco
no atendimento
de jovens pais
traz resultados
premiados
pela OMS**

Quando se fala em gravidez na adolescência, o pensamento comum dirige-se imediatamente às meninas, como se os garotos estivessem fora da questão. É assim com a sociedade civil. Não é o único segmento, porém, que age desse modo. No sistema de saúde e no atendimento psicológico também se verifica isso: a maioria dos serviços criados nessa área está voltada para o cuidado e o acompanhamento das jovens mães. É sabido que muitos pais adolescentes se recusam a assumir qualquer responsabilidade quando descobrem que a namorada ou a parceira engravidou, entregando à jovem todo o peso da gestação e do nascimento do filho. Entretanto, é comum que os profissionais de saúde não se preocupem com o futuro pai. Desse modo, eles excluem os jovens do atendimento. E, assim, os adolescentes ficam fora dos programas que dão atenção à gravidez precoce.

Felizmente, há serviços que desafiam essa postura. Dez anos atrás o pesquisador Jorge Lyra preocupava-se com o tratamento dispensado aos rapazes que cedo se tornavam pais. Tanto que, com a intenção de problematizar a questão do jovem pai, ele acabou sendo um dos fundadores do Instituto Papai, o Programa de Apoio ao Pai Adolescente, que funciona no Recife (PE). “A ausência

de informações era completa. Como se na gravidez de uma adolescente, não existisse o pai”, observa. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a entidade pernambucana foi a primeira iniciativa do gênero na América Latina. O reconhecimento foi bastante celebrado. “O instituto nasceu e se desenvolveu como parte de uma luta para aumentar a equidade, a justiça social, os direitos humanos e diminuir a discriminação que envolve o pai adolescente”, diz Lyra.

O foco do Instituto Papai são os garotos de 15 a 24 anos. As ações acontecem nas escolas, nos bairros e na área de saúde, sempre obedecendo a três orientações que são os pilares desse programa: estimular medidas preventivas (principalmente contra as doenças sexualmente transmissíveis DST, como a Aids), promover o exercício da paternidade e a redução da violência sobretudo contra as mulheres. “É um trabalho de formiguinha”, compara uma das coordenadoras da entidade, Nara Vieira. “Trabalhar as questões de gênero e direitos humanos com os jovens é o melhor caminho para combater a violência contra a mulher”, completa.

É nessa linha que a entidade aposta. Ela atua em hospitais e unidades da rede pública de saúde, onde são realizados encontros semanais com pais adolescentes ou jovens que acompanham adolescentes grávidas no serviço de pré-natal. Nesse caso, procuram discutir com os rapazes a nova condição, suas características e dilemas. Há também uma parceria com a Universidade Federal de Pernambuco para produção de trabalhos acadêmicos nessa área, implementa-

ção de políticas públicas orientadas para esse fim e capacitação de outras organizações não-governamentais.

O atendimento prestado em bairros carentes do Recife funciona por meio de programas de educação sexual e de gênero, promovidos por um grupo de jovens ca-

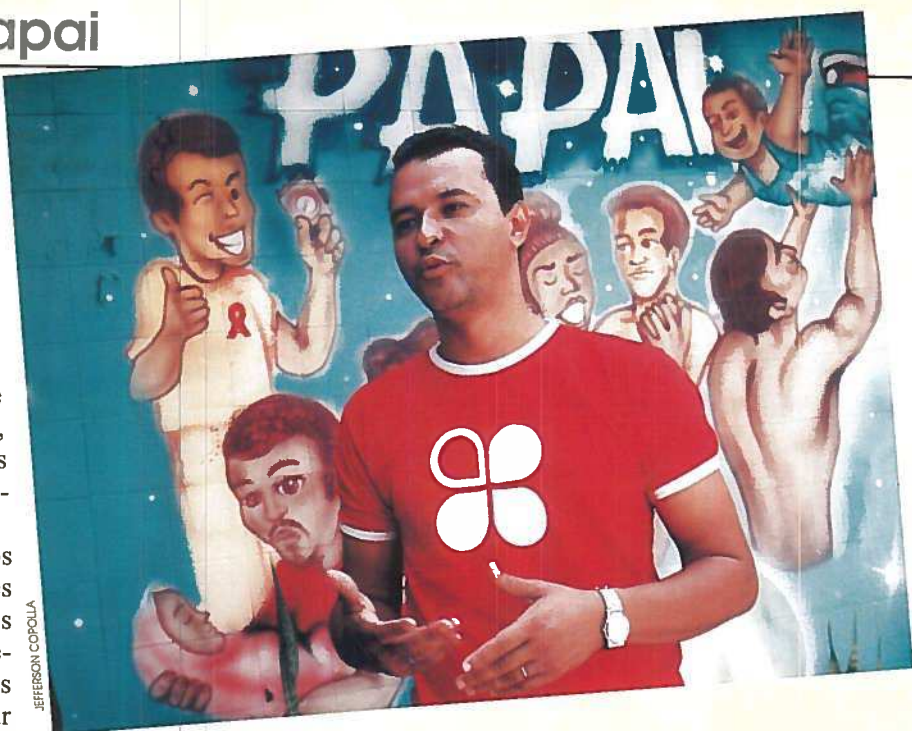
Sirley Vieira:
educador do projeto
preocupado em
promover o acesso
dos jovens pais

pacitados pelo Instituto Papai para atuar como agentes de saúde. São diversas atividades realizadas na cidade. Capacitados dessa forma,

os novos agentes se tornam multiplicadores dos conceitos e práticas desenvolvidas pela entidade, que vão, aos poucos, sendo incorporados no dia-a-dia das pessoas atendidas. Conscientizar desse modo é uma medida importante. A experiência da entidade mostra que o machismo, por exemplo, nem sempre é a única causa do pouco envolvimento dos pais nas questões de paternidade. “Muitas vezes, a resistência à participação masculina parte dos próprios sistemas de saúde que não incorporam os pais em seus programas de acompanhamento das jovens grávidas, por exemplo”, explica Nara.

Um dos objetivos do Instituto Papai é justamente combater o machis-

mo. É uma dura missão que procura atacar valores culturais cristalizados em nossa sociedade há centenas de gerações. Esse modo de pensar até hoje leva muitos pais a deixar exclusivamente com a mãe os cuidados com o filho. Mas não é apenas isso. Tais traços culturais podem vir a ser responsáveis por comportamentos masculinos predatórios, como define Pedro Nascimento, que integra o corpo pedagógico da entidade. “A chamada maior liberdade masculina faz com que o homem tenha relações com muitas mulheres para mos-



A entidade trabalha com garotos entre 15 e 24 anos. Abaixo, reunião para formar novos agentes





**Ana Funghetti:
psicóloga que investe
no debate para
enfrentar a violência
contra as mulheres**

trar que é 'homem de verdade' e não recuse uma relação sem camisinha para não passar por mole", analisa Nascimento, que atua nos projetos com jovens e também na prevenção de DST/Aids. Em suas palavras, a suposta autonomia, força e coragem masculina, acaba por torná-los vulneráveis à contaminação pelas enfermidades sexualmente transmissíveis. E, por conta das idéias machistas, freqüentemente se recusam a negociar o uso do preservativo com parceiras fixas.

Os conceitos do Instituto Papai são transmitidos – em linguagem acessível ao público-alvo – pelos jovens ativistas capacitados pela entidade. Um núcleo de trabalhos acontece em Camaragibe, no Recife, inclusive com adultos. As ações do grupo incluem as conversas informais que se dão em espaços tipicamente masculinos, como campos de futebol, rodas de dominós e bares. Na descontração desses ambientes, é possível discutir os problemas que rondam os adolescentes pais e incentivar o interesse pela paternidade. Essa iniciativa foi premiada pela Organização Nacional de Saúde e pelo Programa Conjunto das Nações Unidas em HIV/Aids. E os esforços desse gênero prometem continuar por mais tempo. Na capital pernambucana, um grupo de 18 garotos com idades entre 15 e 24 anos compõe a sexta equipe do projeto Jovens Ativistas. A meta desses times especiais é estimular os jovens dos bairros a exercer com mais responsabilidade o papel de pai, promovendo saúde e prevenindo as doenças sexualmente transmissíveis. Eles foram seleciona-

dos entre 155 candidatos e são os novos promotores de saúde do instituto.

Mas para iniciarem esse trabalho, é necessária muita dedicação. Após passarem por um curso teórico e prático – a cargo do Instituto Papai –, eles estão prontos para visitar as comunidades e colocar em prática o que aprenderam. Vão falar de métodos contraceptivos, de paternidade e sexualidade responsável, com discussões a respeito do uso da camisinha e de consultas regulares aos médicos, por exemplo. "O homem acha que não precisa se cuidar, que isso é uma prerrogativa feminina. Tentamos aproximá-los dos serviços de saúde", afir-

ma Maristela Moraes, coordenadora do instituto e integrante da Rede Pernambucana de Redução de Danos.

O sucesso desses jovens agentes de saúde em Pernambuco foi tão grande que eles foram incorporados pelo Programa Saúde da Família (PSF). Os ativistas acompanham a equipe de médicos e assistentes sociais nas visitas domiciliares. Nesse caso, o papel deles não é conversar com toda a família – isso cabe à equipe do PSF. Os agentes do Instituto Papai se dirigem para lá com o objetivo de falar diretamente aos rapazes da residência.

Há outro trabalho fundamental de conscientização preparado pelo Instituto Papai. Maristela atua numa área bastante delicada: sensibilizar os jovens para o grave problema da violência contra mulheres, um dos temas mais recentemente abordados pelo governo federal. "No início desse trabalho, era um desastre. Para os homens que têm histórico de brigar na rua, bater na mulher e agir com violência lhes parece tão natural quanto usar bigode", conta a coordenadora da entidade. Ela tentou quebrar a resistência inicial indo diretamente aos bairros que registravam maiores índices de violência doméstica e urbana na capital pernambucana. Seu trabalho consiste em desenvolver oficinas participativas, com esquetes teatrais, exibição de filmes e discussão.

Se no começo a participação da comunidade era ínfima, hoje Maristela tem sempre grupos completos, com homens e mulheres. "O que funcionou melhor nesse projeto foi o teatro", informa. Os jovens montam cenas em que cada personagem exerce um papel que reproduz situações sociais e de rua comuns para os moradores daquelas regiões. Ao final da peça, todos comentam as atitudes e as razões do personagem que interpretaram, fazendo uma análise da problemática dentro de um contexto que lhes é acessível. "Eles expunham a realidade que viviam mais facilmente. É como se não falassem deles mesmos, mas do personagem", explica Maristela. Funcionou tão bem que o workshop, batizado de Teatro e Desenvolvimento Participativo, começou a ser aplicado em 2002 e atualmente é o principal método de trabalho do programa de combate à violência feminina. Sinal de que o esforço tem surtido o efeito desejado, promovendo melhorias na vida tanto da mulher, quanto do homem. ■



**O time
combate o
machismo, que
leva muitos
homens a não
aceitar o uso
da camisinha**



CARA A

■ diálogos

Um debate na ponte aérea: as psicólogas **GINA FERREIRA**, do Rio de Janeiro, e **MARY JANE SPINK**, de São Paulo, conversam aqui sobre as formas de atuação do psicólogo no campo da saúde. Ele está preparado para exercer esse papel? O que é preciso aperfeiçoar? Entende a importância da dimensão subjetiva no processo de cura e prevenção? De correntes distintas, Gina e Mary Jane têm em comum a Psicologia Social. A carioca é doutoranda da área na Universidade de Barcelona, na Espanha, e especialista em Psiquiatria Social pela Escola Nacional de Saúde Pública. Coordenou a Casa das Palmeiras, trabalhando com Nise da Silveira e o Programa de Saúde Mental de Paraty e de Angra dos Reis. Lá, criou o Projeto de Volta Para Casa para pacientes crônicos e arrebatou o Prêmio Internacional da WARP. Implantou ainda a Primeira Residência Terapêutica do Ministério da Saúde fora dos muros hospitalares. É consultora do governo da Catalunha para adoção internacional no Brasil.

Mary Jane é professora titular e coordenadora do Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Pesquisadora I A do CNPq, desenvolve, desde 1998, pesquisas relacionadas aos discursos sobre risco na sociedade contemporânea. É autora dos livros "Psicologia Social e saúde" (Vozes) e "Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano" (Editora Cortez).

A ATUAÇÃO COMO PROFISSIONAL DE SAÚDE



DIÁLOGOS – Quais os elementos teóricos metodológicos mais importantes para a orientação dos psicólogos na área de saúde?

Gina Ferreira – Todos os elementos teóricos metodológicos no campo da saúde são ferramentas de trabalho que podem ser afirmadas, questionadas e trocadas de acordo com o contexto em que a questão se revela. Antes de ter as ferramentas na mão é preciso ter clareza da dimensão política e filosófica do trabalho em saúde. A complexidade política institucional muitas vezes anula o instrumento técnico. Diante disso, recordo-me de que no início da transformação da assistência psiquiátrica, nas duas últimas décadas, experiências biológicas, psicológicas ou psicanalíticas eram realizadas inutilmente em asilos insanos. Foi necessária a união entre técnica, política e ética para dar início ao que chamamos hoje de Reforma Psiquiátrica. Como em toda profissão, também, há de se considerar o perfil adequado, que inclui sensibilidade, bom senso e a noção de compromisso como primordiais para qualquer campo da área de saúde.

Mary Jane Spink – Primeiro é todo o arsenal técnico que permite ao profissional trabalhar as questões específicas do processo saúde/doença. Por exemplo, promoção de saúde, prevenção, tratamento, apoio em tratamentos clínicos, tratamento psicoterápico. Esse arsenal técnico, de maneira geral, os psicólogos obtêm em seus cursos de graduação e estágios. Mas sempre defendi que não basta só isso. O segundo elemento é o conhecimento aprofundado das propostas de atenção à saúde preconizadas no SUS: ter afinidade com esses princípios, entendê-los, dissecá-los, é fundamental. A capacidade de trabalhar em equipe e olhar o paciente para além de sua queixa específica, olhá-lo no seu contexto social, familiar e etc. O terceiro é o conhecimento das especificidades do contexto do atendimento. E aqui incluo a escuta das de-

mandas. Não somente demandas da população usuária dos serviços de saúde, mas as da própria equipe, dos profissionais que integram a equipe.

DIÁLOGOS – O psicólogo está bem preparado para atuar na área de saúde? Quais os principais problemas detectados atualmente?

Gina – A universidade oferece instrumentos para a atuação do psicólogo. No entanto, percebe-se que na área de saúde mental, por exemplo, a reforma da assistência psiquiátrica que ocorreu nos últimos anos andou em passos rápidos, não havendo ainda uma total adequação teórica por parte da Academia. Em alguns aspectos, essa reforma é uma prática ainda em busca de uma teoria, necessitando de uma curta distância entre a teorização e o campo de trabalho.



Gina: dados não são divididos



Mary Jane: alguns não são ouvidos

Mary Jane – Para começar, arsenal técnico sem o outro substrato, que lhe dá um conteúdo político, não leva a nada. As pessoas em geral vão fazer atendimento em hospital ou em unidade básica de saúde, ou na comunidade, como se bastasse um arsenal técnico, sem entender que essas habilidades em diferentes contextos organizacionais têm sentidos diversos. Acho que o psicólogo não está bem preparado. Há vários esforços para trazer à graduação este tipo de sensibilidade em relação ao SUS e às especificidades de cada atendimento. Os alunos saem da faculdade com várias habilidades de trabalho em grupo, de escuta terapêutica, de aconselhamento, de diagnóstico, etc. Entretanto, considerando a forma em que os cursos estão atualmente estruturados, é muito difícil saber como propiciar a familiarização com os princípios do SUS, assim como o conhecimento das especificidades dos contextos de atendimento. Acho que seria absolutamente inócuo criar uma disciplina específica para isso.

DIÁLOGOS – Como o psicólogo é visto por gestores públicos ou privados quando atua na área de saúde?

Gina – Dentro do aspecto multidisciplinar que a área de saúde exige, o psicólogo tem mostrado boa flexibilidade, e isto permite maior aceitação por parte dos gestores. No entanto, não podemos negar que a hegemonia médica na área de saúde, em alguns serviços, torna a atuação do psicólogo restrita – as informações não são compartilhadas, o acompanhamento psicológico não se integra na proposta terapêutica.

Mary Jane – As pessoas sempre falam a partir de posições. Então, depende da posição que o gestor ocupa. Por exemplo, duvido que o gestor de uma empresa que contrata um psicólogo para a área de recursos humanos vá considerar que ele ou ela é um psicólogo da saúde. O gestor de um hospital de alta complexida-

CARA A CARA

de provavelmente vai perceber psicólogos como apoiadores das ações clínicas médicas. Se são gestores de serviços de saúde coletiva, o psicólogo é um membro da equipe, tem um outro estatuto completamente diferente. Então, é possível ver como é importante entender qual o contexto de atuação. De qualquer forma, existem psicólogos ouvidos pelos gestores assim como existem psicólogos que são desconsiderados.

DIÁLOGOS – O que é necessário para aperfeiçoar a atuação do psicólogo como profissional de saúde?

Gina – É necessária uma aproximação entre a teoria e a prática. A supervisão é o campo onde essas duas esferas se cruzam. Sendo assim, as universidades deveriam estar presentes na articulação entre a vivência e o conhecimento. Além disso, a pesquisa, como um processo que produz e elabora conhecimento para novas intervenções no campo da saúde, é outro ponto onde cruza criativamente a teoria e a prática, fundamental para o aperfeiçoamento profissional.

Mary Jane – Acho que isso se aprende na prática, por meio da interação com supervisores, gestores, colegas de trabalho nos espaços de discussão existentes em um contexto específico. É na discussão de casos específicos de atendimento em serviços de saúde de vários tipos que se aprende. O estágio é um espaço privilegiado para isso, mas é necessária uma integração maior entre os serviços e universidades, por exemplo, de tal maneira que essa aprendizagem seja uma via de mão dupla e não fique tudo na responsabilidade do professor, do supervisor de estágio.

DIÁLOGOS – Quais são as principais dificuldades no diálogo entre a Academia e os serviços?

Gina – Prefiro falar das dificuldades apontando os caminhos nos quais esse diálogo deve ser construído. Ele cres-

ce proporcionalmente à ampliação de estudantes nos serviços. Portanto, deve-se expandir o campo de estágios que atualmente é limitado. O diálogo amplia-se também quando a Academia enfatiza a importância da produção teórica advinda do campo da prática.

Mary Jane – A principal dificuldade é a falta de espaços de discussão compartilhados pelos profissionais das duas instâncias. De maneira geral, ou a Academia vai aos serviços ou vice-versa. Mas para todos, docentes, estudantes de Psicologia, profissionais recém-concursados e profissionais que já estão trabalhando há muitos anos, para que o diálogo possa existir é preciso que sejam

social e a diversidade cultural que constitui a relação do sujeito com o mundo.

Mary Jane – Saúde é um estado muito fluido, difícil de precisar. Se dissermos que Psicologia é uma profissão da saúde, tiramos as especificidades desse campo de atuação. Acho que todas as ações públicas, sejam das ciências, das políticas públicas, visam ao estado de saúde e bem-estar da população. Não existe nenhuma arena de atuação humana que não esteja agindo em prol da saúde e do bem-estar individual ou coletivo. Então, prefiro dizer que apenas algumas práticas da Psicologia estão diretamente voltadas para o processo saúde/doença. Aqui, sim, o profissional é, de fato, o profissional da saúde.

DIÁLOGOS – Qual a importância da dimensão subjetiva para a melhoria da saúde?

Gina – A escuta, com sua dimensão subjetiva, é importante em qualquer área de saúde. No sofrimento psíquico, por exemplo, no qual os sintomas têm significado e função, a escuta possibilita ir para além dos sintomas, testemunhando e compreendendo a real dimensão da dor.

Mary Jane – A pergunta que eu faria antes de poder responder a esta questão é “sobre quem estamos falando?”. O usual é pensar a subjetividade apenas na perspectiva de quem busca os serviços de saúde, ou de quem trabalha na

prevenção e tratamento de doenças. Mas para um psicólogo que atua a partir da abordagem discursiva, subjetividade é sempre uma questão de interação. É resultado da co-construção de sentidos sobre um determinado acontecimento histórico e socialmente contextualizado. Em suma, se não entendemos os processos de interanimação dialógica presentes nas interações que têm a saúde por foco, não entenderemos a dimensão subjetiva associada à melhoria da saúde. Mas, nessa perspectiva dialógica, certamente a dimensão subjetiva é fundamental. ■



Para Mary Jane, a atuação pode ser melhorada na prática por meio da interação com supervisores, gestores e outros colegas

As faculdades deveriam estar presentes na articulação entre a vivência e o conhecimento, de acordo com a psicóloga Gina Ferreira



criados espaços nos quais essas questões são discutidas, não tanto em termos teóricos, mas nos termos das ações de todo o dia.

DIÁLOGOS – Qual é a compreensão que o psicólogo precisa ter sobre a saúde na sua formação?

Gina – Diante do trabalho na saúde, o psicólogo deve ter noção de integralidade, entendendo que as necessidades dos pacientes são mais amplas do que se supõe a técnica. É importante abandonar a ideia universalista sobre a doença e considerar a singularidade apontada pela história

No fundo do poço

Por BENEDITO DONISETE PACKER*



Ao passar por uma estrada, estava eu a observar aquela beleza rural quando escutei:

– Ei, ei! Tem alguém aí?

Por um instante procurei o autor do chamado e, logo, encontrei um poço após a cerca, depois da estrada de terra batida.

Fixei os olhos a procurar o autor ou autora do chamado naquela escuridão profunda. Eram mais ou menos dez metros de profundidade. Ficaste alegre a me ver nas bordas, onde havia luz. Não sei o quanto de tempo estavas ali, mas ali estavas, fazia tempo.

– Lhe tiro daí!

Busquei uma corda forte e comprida.

– Alcançou?

– Sim! – respondeu você.

Comecei a puxar. Tinha subido dois metros e soltou! Com a queda machucou-se muito, gemeu de dor... As quedas machucam, cada um sabe a dor.

Puxei a corda. A cada metro dei um nó como uma escada.

– Agora você sobe que eu seguro.

– Creio que sim! – respondeu-me.

Percebi tua silhueta, mesmo gemendo de dor, alcançavas o quinto metro. Era a metade do caminho. De repente, soltou! Choros, gemidos e gritos foram constantes após a queda. Lamentei, mas tirar você do poço era um desafio pra mim, agora, mais do que nunca.

– Me espera! Alguns quilômetros só.

Legal, encontrei uma escada, dessas com extensão, com os espaços, dez metros.

Foram momentos difíceis, o caminho e colocar aquela escada dentro daquele poço, o risco de atingir teu ser me preocupava, alguns gemidos fracos certificavam a tua presença, mesmo não lhe vendo, tinha a certeza que você queria sair do poço.

– Ei, você está me ouvindo?

– Sim!

– Está vendo a escada?

– Sim!

– Então, suba!

Senti, ao segurar a escada mexendo, afinal, a vitória! No oitavo metro vi teu rosto, teu corpo, me fazia medo o estado assombroso que te encontravas. De repente, soltou-se! Pensei que tinha morrido. Entre os degraus da escada se debatia, aos gritos de dor, de desespero. Você não sabe o quanto foi difícil pra mim, já era tarde, o dia se findava como muitos outros dias. Desci pela escada, procurando por você, o escuro era tanto, não via o teu rosto, mas sentia o teu corpo em farrapos, todo machucado.

Disse: deita-te no meu ombro, vou tirar-te daqui! Fixou aqueles olhos nos meus e colocou as mãos no meu rosto a chorar, me perguntou:

– Quem disse que eu quero sair daqui?

Paro aqui o meu conto, ficando no meu canto a pensar, você no teu poço.

– Um abraço do tamanho da escada.

* Benedito Donisete Packer é agricultor presidente do Conselho Municipal de Saúde, Segmentos dos usuários, membro do Pólo Permanente de Educação em Saúde do Sudoeste Paulista

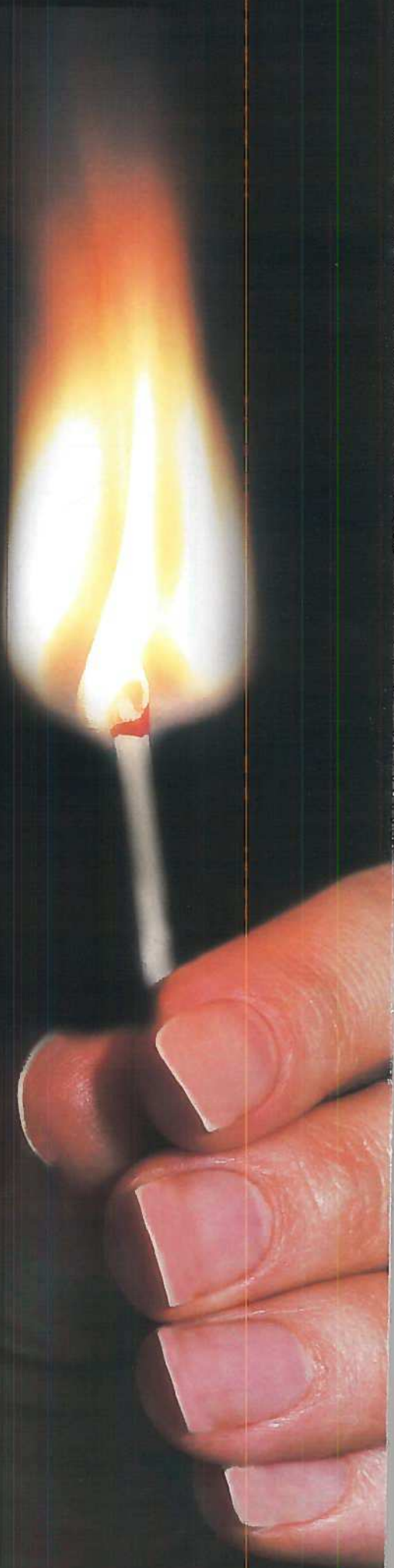
QUANDO A ENERGIA ACABA

Psicólogos estão entre os profissionais mais atingidos pela síndrome do Burnout, caracterizada por uma extrema exaustão emocional

Na gíria inglesa, a palavra Burnout serve para explicar algo que deixou de funcionar por falta de energia. Na saúde, o termo é usado para definir um esgotamento físico e mental crônico causado pelo trabalho. Trata-se da síndrome de Burnout, um tipo de estresse ocupacional, caracterizada por exaustão emocional, apatia extrema, desinteresse pelo trabalho e lazer, depressão, alterações de memória e do humor, fadiga, enxaqueca, dores musculares e distúrbios do sono. A enfermidade acomete principalmente profissionais que lidam diretamente com pessoas. Nessa categoria estão incluídos professores, policiais e trabalhado-

res da saúde como médicos, enfermeiros, assistentes sociais e também os psicólogos, expostos a situações de extrema pressão, jornadas exaustivas, responsabilidade e frustração.

Os números evidenciam uma situação grave. Uma pesquisa realizada pela International Stress Management Association no Brasil, entidade que estuda o estresse, apontou que cerca de 30% dos trabalhadores no País são vítimas do Burnout. Outro estudo, da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação, mostrou que 48% dos empregados na área sofrem com algum sintoma e 25% dos professores apresentam a síndrome completa. A pesquisa, desenvolvida em parceria com o la-



boratório de Psicologia do Trabalho da Universidade de Brasília (UnB), durou dois anos e meio e analisou a saúde de 52 mil professores, funcionários e especialistas em educação de 1.440 escolas. Desde 1999, o Ministério da Saúde reconhece a síndrome como uma doença do trabalho.

Uma das explicações para que o Burnout seja mais comum em profissionais que cuidam de pessoas – portanto mais propensos a estabelecer vínculos afetivos – diz respeito à impotência, cobrança e frustração da vida diária. Um professor, médico ou psicólogo recém-formado, motivado e com elevada expectativa, pode não encontrar na profissão o que esperava. Isso, associado à sensação de impotência, pode ser determinante para levar à síndrome. “Essas pessoas têm no trabalho sua principal fonte de satisfação. Por isso são mais vulneráveis”, explica o psicólogo Cloves Amorim, professor da PUC/Paraná.

Os primeiros sintomas foram identificados pelo psiquiatra Herbert Freudenberg, em 1970, em profissionais que lidavam com pacientes psiquiátricos. Um sentimento de fracasso e exaustão causado pelo excessivo desgaste de energia os atingiu, afastan-

do-os das tarefas cotidianas. Mas o Burnout traz outras consequências devastadoras. As vítimas podem manifestar agressividade, hostilidade e outros sentimentos que comprometem o convívio social e familiar. “É um dos prejuízos mais severos da condição”, diz Cloves. Sem contar que a síndrome provoca uma erosão na auto-estima do profissional.

É importante saber que a síndrome é diferente do estresse. Este não tem necessariamente origem no trabalho e demanda medidas mais simples. “Um bom período de férias pode melhorar uma situação de estresse”, explica Cloves. No caso do Burnout, ao contrário, as férias tendem a piorar o quadro, pois o indivíduo se mantém ligado ao trabalho e sofre com a possibilidade de retornar. “Portanto, é necessário fazer uma intervenção mais ampla com o apoio de médicos e psicólogos”, afirma.

Aí está um dos desafios da Medicina e da Psicologia: diagnosticar e combater adequadamente o Burnout. Muitos pacientes são tratados como depressivos. “Tanto um como outro apresentam disforia e desânimo. No entanto, pessoas deprimidas têm letargia e sentimentos de culpa,

e no Burnout, ocorrem predominantemente tristeza e desapontamento”, diferencia Amorim. O diagnóstico deve ser sintomático e feito por equipe que inclui psiquiatra e psicólogo. Exames clínicos e testes psicológicos, entre eles o Maslach Burnout Inventory (MIB), ajudam no diagnóstico. “O tratamento é multidisciplinar e tem dupla abordagem, com o uso de fármacos e acompanhamento psicoterapêutico para melhorar a auto-estima”, informa Cloves. Também é necessária uma mudança na relação do paciente com o seu trabalho. “Ele precisa reavaliar o espaço que essa atividade ocupa na sua vida e adotar hábitos mais saudáveis: dedicar mais tempo à família, ao lazer, ao esporte e a práticas religiosas”, diz o psicólogo.

Outro obstáculo é o baixo investimento em programas voltados para a saúde do trabalhador. “As empresas estão preocupadas, mas isso ainda não se traduz em ação”, afirma a psicóloga Ana Maria Rossi, presidente da ISMA-BR. Apenas 5% das companhias oferecem programas de qualidade de vida de forma regular a seus funcionários. Como se vê, ainda falta muito o que fazer nesta área. D

SINAIS QUE PODEM IDENTIFICAR O PROBLEMA

Físicos: fadiga constante e progressiva; dores musculares, distúrbios do sono, enxaquecas, perturbações gastrointestinais, transtornos cardiovasculares e disfunções sexuais

Psíquicos: falta de atenção e de concentração, alterações de memória e tentativa de suicídio

Defensivos: tendência ao isolamento, sentimento de impotência, perda do interesse pelo trabalho e lazer, absenteísmo, ironia, cinismo (em especial nos profissionais de saúde)

Comportamentais: negligência, irritabilidade, perda da iniciativa, resistência a mudanças

COMO TRATAR

O método tradicional envolve o uso de medicamentos associado a sessões de psicoterapia. Mas alguns hábitos também podem trazer benefícios importantes para o paciente:

- **Pratique meditação ou relaxamento**
- **Faça exercícios regularmente**
- **Estabeleça um ritmo de trabalho que não prejudique sua vida social**
- **Não se sobrecarregue com responsabilidades. Delegue tarefas**
- **Desenvolva a espiritualidade**

Trabalhar com saúde pública, principalmente nas unidades básicas, é um desafio diário para os psicólogos. Eles precisam levar em conta contrastes sociais, aspectos culturais e questões como violência, pobreza e outros problemas da comunidade

ENCONTRO COM A DIVERSI



A entrada dos psicólogos na rede de saúde pública brasileira se deu, relativamente, há pouco tempo. Foi em 1976, quando foi desenvolvido o Programa de Psiquiatria Preventiva com Ação Comunitária, um projeto da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, com o objetivo de promover atividades com a participação de equipes multidisciplinares. Inicialmente, essas ações foram aplicadas em três centros de saúde: o da Penha de França, da Vila Maria e da Vila Prudente, os chamados Distritos Sanitários, extremamente carentes de recursos em

saúde mental. Mas foi a partir do início dos anos 80 que a Psicologia começou a ser, de fato, incluída nas ações de saúde mental das Unidades Básicas de Saúde e os psicólogos passaram a integrar as equipes multiprofissionais dessas unidades, antes conhecidas como postos de saúde. Os psicólogos iniciaram a prestação de assistência aos usuários nos programas da unidade, começaram a trabalhar junto à comunidade e a ir até os pacientes quando necessário. É a chamada atenção primária. A partir daí, era feita a integração dos psicólogos com os demais programas, como os

direcionados ao diabetes, à hanseníase, às gestantes e às crianças que já eram desenvolvidos nas unidades. Também era função do psicólogo elaborar diagnósticos e dar assessoria aos outros profissionais da unidade.

O conceito da atuação dos psicólogos nas unidades básicas de saúde se mantém, mas nesses 30 anos o que se viu foi uma adequação meio às avessas à realidade brasileira, tanto em relação à saúde pública quanto à formação dos profissionais em psicologia. A psicóloga Monica Lima, professora da Universidade Federal do Vale do São Francisco e mestre



Em Diadema (SP), Osmar Zambelli reúne as pessoas em grupos de compartilhamento para conversar sobre problemas semelhantes

Essa situação não é exclusividade da Bahia. Segundo especialistas, esse descompasso entre profissionais e realidade é comum em todo o País. “O psicólogo chega às unidades básicas com a expectativa de reproduzir o modelo clínico, quer ter autonomia, se dispõe pouco a mudar o seu modelo de atendimento. Eles não entendem que esse é um trabalho coletivo. Muitos dos psicólogos que passaram em concursos para o setor público não têm conhecimento básico de saúde pública, não tem formação”, assegura Magda Dimenstein, professora do curso de psicologia na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e coordenadora do curso de pós-graduação.

Na UFRN, os alunos de pós-graduação em Saúde e Cidadania desenvolvem projetos dentro das unidades básicas de Natal. Em um deles, os estagiários fizeram um levantamento sobre os principais problemas da comunidade e perceberam que precisavam trabalhar com os jovens. Formaram um grupo de discussão no qual os próprios jovens escolhiam o tema a ser debatido, como sexo, primeiro emprego, política. A partir daí, eram trazidos filmes, livros e especialistas para tratar do assunto. “Muitos psicólogos dizem que trabalhar nessa área não dá retorno. Lidar com a miséria humana realmente não é fácil, mas é um campo que traz muita satisfação. Com poucos recursos e intervenções simples conseguimos bons resultados”, garante Magda.

O grande diferencial entre o atendimento clínico e o que deve ser realizado em rede pública de saúde não é propriamente a linha terapêutica a ser seguida, mas sim a maneira como o profissional vai agir para se aproximar do paciente. Para trabalhar com a população mais carente, o psicólogo precisa ter em mente que ele faz parte de uma equipe e que todo o seu trabalho deve ser realizado dessa forma. Além disso, deve-se levar em conta a comunidade, o meio em que ele vive, as suas dificuldades e os seus problemas. Se uma criança apresenta um quadro de hiperatividade, por exemplo, o trabalho do psicólogo deve envolver a escola. Se for um caso de violência doméstica, deve-se envolver toda a família, além de contar com a participação dos outros profissionais da unidade como pediatra, assistente social, nutricionista e enfermeiro. Para um atendimento ideal

DADE

doutora em saúde coletiva com a tese “Atuação da psicologia em serviços públicos de saúde do ponto de vista dos psicólogos”, conseguiu traçar um panorama da situação dos psicólogos na Bahia. Segundo ela, os psicólogos são levados a se organizar de maneira mais tradicional, com agendamento e hora marcada. Isso seria decorrência da maneira como saem das faculdades, sem uma visão adequada de como se faz um atendimento na área pública, que é completamente diferenciado daquele aprendido em livros, voltado para clínicas particulares. “A realidade nas unidades básicas é outra. O

paciente muitas vezes chega para a consulta e reclama de fome. Além disso, eles não conseguem se manter nesse tipo sistemático de atendimento, onde têm de expor seus sentimentos de forma mais intimista. Até mesmo a forma como o psicólogo se expressa, já que está acostumado a atender à classe média, acaba afastando o paciente”, afirma Monica. Nesse contexto, os próprios psicólogos acabam se frustrando, pois acreditam que têm pouco a fazer. Mas, na verdade, o que falta é habilidade para tratar com temas como fome, violência e outros problemas sociais importantes.

em UBS, o psicólogo necessita ter ainda conhecimento e entender do sistema de saúde pública, políticas públicas e gestão. É assim que funciona a Unidade Básica de Saúde de Vila Nogueira, em Diadema, na Grande São Paulo. Há 12 anos trabalhando em UBS, o psicólogo Osmar Zambelli conseguiu, junto com sua equipe, montar um trabalho global envolvendo o paciente e a comunidade. “Estamos inseridos no meio de um bairro carente de Diadema. Não dá para ignorar isso. Temos de lidar com questões de violência diariamente”, diz. Ele usa como recurso terapêutico os grupos de

fessores vivem em outro mundo. Aqui, conseguimos perceber e atender casos de mulheres que sofrem de violência sexual, por exemplo. Já estamos incorporados às abordagens específicas”, orgulha-se Zambelli.

O ideal é que fosse assim em todas as unidades, mas nem todas conseguem. Além da falta de preparo dos profissionais, outra razão forte é a grande demanda de pacientes, o que acaba dificultando um trabalho mais elaborado. “O psicólogo quase sempre depara com uma UBS que não está organizada e, por isso, tem de trabalhar com toda a demanda que ali chega. Esse fa-

saria depois que o sistema de conselhos de psicologia definiu que 2006 seria o ano da saúde. A psicóloga Rejane acredita que a realização do Fórum foi importante para discutir as principais dificuldades enfrentadas pelos psicólogos no seu cotidiano, as possibilidades de melhorar seu desempenho, como promover o bem-estar e melhoria da qualidade de vida de indivíduos, comunidades e instituições e ampliar a atuação profissional nesse campo. “A inserção do psicólogo na área de saúde pública vem crescendo e exigindo mudanças na política de saúde pública implantada no País. Exige um aperfeiçoamento na formação profissional que contemple o atendimento ao cidadão brasileiro em sua integralidade”, diz Rejane.

A participação da categoria foi ampla e um dos principais pontos discutidos foi a capacitação dos profissionais nessa área. Segundo Maria José, pela distância da formação em Psicologia e os requisitos para o trabalho em saúde pública, pode-se dizer que a habilitação da categoria ocorre in loco. Para a grande maioria, nada foi aprendido sobre saúde coletiva em salas de aula. “O despreparo aponta que são necessárias as medidas relativas à formação, o encontro durante a formação com as políticas públicas de saúde, a avaliação das produções do profissional, a educação permanente e um plano de carreira que fortaleça o cargo técnico”, afirma a psicóloga. Atualmente, cerca de 20 mil psicólogos atuam na saúde pública. É consenso entre os especialistas que há uma grande lacuna nos cursos de graduação em psicologia nessa área da saúde. Não há aulas de gestão e políticas públicas, por exemplo. Na contramão da maioria das faculdades, a Universidade Federal de Santa Catarina oferece um curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, além de



compartilhamento, que repartem a atenção de problemas semelhantes entre os participantes. Entre outras coisas, isso ajuda a prevenir o agravamento de determinados problemas, como violência doméstica e alcoolismo, por exemplo. Além disso, ele organiza grupos específicos, como um voltado para a terceira idade. Nesse grupo, formado por moradores do bairro, o psicólogo trata de assuntos voltados para o envelhecimento. “São conversas sobre educação, sobre como envelhecer com saúde, com dignidade. O resultado é maravilhoso. Nós não aprendemos saúde pública na faculdade, os pro-

tor acaba inflando o trabalho do psicólogo. Se o serviço desenvolver ações de acordo com o que é de sua responsabilidade, as tarefas do psicólogo e dos demais profissionais estarão imbuídas de mais qualidade, controle e resolutividade” acredita Maria José M. R. Berto, psicóloga na área de saúde pública, especialista em clínica e mestre em Ciências da Saúde. Junto com a colega Rejane Cavalcanti, ela fez parte do conselho organizador do Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública, realizado em outubro. A organização de um evento desse porte se fez neces-

A CONSTRUÇÃO DO SABER

Os psicólogos que atuam na área da saúde enfrentam o desafio de ultrapassar as fronteiras da sua prática profissional para participar do esforço de construção do campo da saúde coletiva. Trata-se de um conceito em elaboração que, por sua amplitude, concentra grande potencial de articulação com diversas disciplinas, uma prática fundamental para

uma discussão mais profunda sobre o objeto saúde-doença-cuidado. Na verdade, o debate em torno desse tema – a construção do campo da saúde coletiva – tem origem nas transformações promovidas pela globalização e suas consequências, como os cortes nos gastos públicos, especialmente no âmbito da saúde.

Atualmente, há inúmeras propostas para a superação das dificuldades

apresentadas pelos modelos atuais de saúde pública, especialmente na América Latina. Fruto do processo de discussão dessas idéias, os profissionais da saúde se vêem diante da oportunidade de abordar o problema de maneira transdisciplinar. Um dos resultados desse compartilhamento de saberes e práticas, por exemplo, é a descoberta de novos objetos de conhecimento e intervenção, como a vigilância e a comunicação social em saúde.

As plenárias do I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública, em outubro, trouxeram mais dados para os

A saúde do trabalhador e a Psicologia

Por IÔNE VASQUES-MENEZES



Para Rejane Cavalcanti, a formação de psicólogos que atuarão em saúde pública precisa ser reformulada

um curso de especialização na mesma área. Além da teoria, os alunos aprendem na prática o que é trabalhar com pessoas de baixa renda, e desenvolvem projetos em duas unidades básicas de saúde de Florianópolis. “Eles aprendem a olhar o indivíduo dentro do contexto familiar e da sua comunidade”, ensina Maria Aparecida Crepaldi. Para isso, os estudantes implementam ações na comunidade que resgatem a cidadania, trabalhando com os próprios recursos da comunidade. “O psicólogo, para ser bom, precisa obrigatoriamente criar um vínculo com a comunidade ao seu redor. Ele tem a função de preservar e cuidar da história do indivíduo para ganhar a sua confiança”, diz Carmem Moré, supervisora acadêmica da residência. O que se espera é que esses novos profissionais que estão chegando ao mercado de trabalho levem adiante essa maneira diferenciada de olhar o indivíduo como um todo.

psicólogos compreenderem seu papel nessa questão. Um dos estudos mencionados, conduzido por cientistas sociais, abordou a ação de psicólogos e neurologistas no diagnóstico e na terapia do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. A atividade dos especialistas foi analisada como uma interferência cultural e seu impacto avaliado na sociedade. Percepções como essa revelam o caráter múltiplo do debate e mostram o quanto a transdisciplinaridade é necessária para uma ação e produção críticas.

Este artigo parte da ausência do sujeito singular nas áreas de atenção à saúde do trabalhador, na Psicologia do Trabalho e das organizações. Um dos pontos importantes que podem sustentar esta realidade é o processo de transformação gradativa das doenças do trabalhador para doenças do trabalho, alienando o sujeito do seu adoecimento. As lutas ideológicas ocorridas nos séculos XIX e XX em torno do papel do indivíduo se substanciaram, de um lado, nas correntes conservadoras que se amparavam numa concepção individualista, recusando-se a reconhecer as determinações sociais. Por outro lado, correntes mais progressistas criticavam essa concepção e buscavam uma determinação social que pudesse estar relacionada ao adoecimento do indivíduo.

Num movimento pendular, o indivíduo passa a ser visto como produto das condições históricas, considerando as determinações decorrentes de sua classe social, de seu meio, de seu trabalho. Assim, num gesto de proteção ao trabalhador culpado como único responsável do seu destino e sofrimento, passou-se a enfocar o ambiente em que ele está inserido e a preocupação com a sua saúde passou a ser uma preocupação com as doenças do trabalho. Essa mudança implica, de um lado, positivamente, assumindo a relação existente entre condições de trabalho e adoecimento. Porém, ao se alocar o problema no trabalho, afasta-se o sujeito da ação. O problema passa a ser tratado coletivamente, alienando-se o sujeito do seu processo de adoecimento.

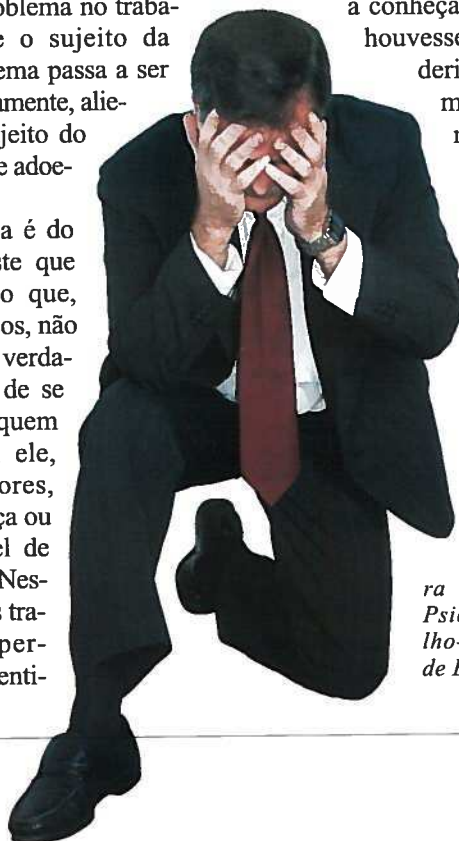
Se a doença é do trabalho, é este que está doente, o que, em muitos casos, não está longe da verdade. Porém, é de se esperar que quem convive com ele, os trabalhadores, também adoça ou sejam passível de adoecimento. Nessa situação, os trabalhadores perdem a sua identi-

dade, primeiro para o trabalho em si e depois para o grupo, para a categoria, para os dados epidemiológicos. O processo de adoecimento e a doença tornam-se distantes do sujeito. Quando a Psicologia do Trabalho se vê obrigada, em função das mudanças históricas, a repensar a doença do trabalhador pela ótica da doença do trabalho, exclui, por sua vez, o sujeito como indivíduo e adota para si o ter, olhando o trabalhador pela ótica da produção e não pela da sua identidade. A atenção à saúde também responde a esse quadro de forma semelhante: afasta o paciente do processo de adoecimento ao qual foi submetido. Primeiro respondendo à reparação pelo seguro, depois deslocando seu atendimento do processo que o adoeceu, destituindo-o de seu contexto, reduzindo sua queixa e sintomas a sinais e signos referentes ao saber médico, para quem interessa o que o sujeito tem e não o que ele é.

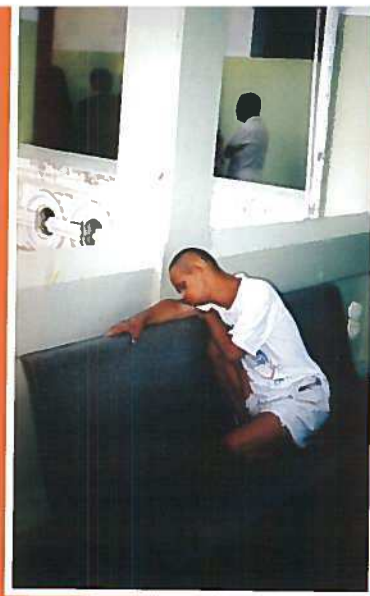
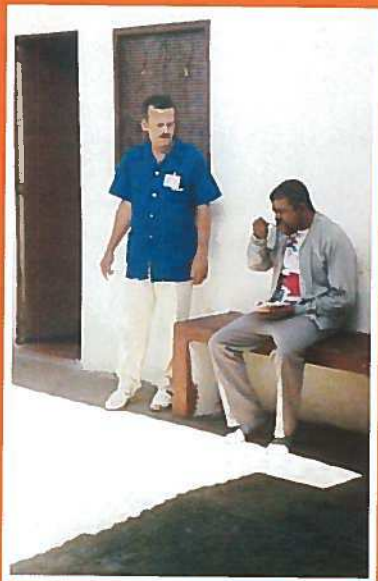
Contudo, é interessante lembrar que Ramazzini, já no século XVIII, apontava para a importância de se saber a ocupação e condição social do paciente para entender o seu adoecimento. E ia além: “...Tal pergunta (que arte exerce?) considero oportuna e mesmo necessária lembrar ao médico que trata do homem do povo, que dela se vale para chegar às causas ocasionais do mal, a qual quase nunca é posta em prática, ainda que o médico a conheça. Entretanto, se a

houvesse observado, poderia obter uma cura mais feliz.” A cura mais feliz poderia aqui ser interpretada como a síntese dos olhares da Medicina e da Psicologia, com a inclusão dos contextos social, econômico, psíquico e biológico do sujeito.

Iône Vasques-Menezes, pesquisadora do Laboratório de Psicologia do Trabalho-LPT/Universidade de Brasília



Até a década de 1980,
os usuários dos serviços
de saúde mental eram
abandonados em hospícios.
O empenho de centenas
de profissionais da área de
saúde mudou essa realidade.
Porém ainda há muito a ser feito



FOTOS: ARQUIVO/PA

EM NOME DA INCLUSÃO



**Psicólogos têm papel fundamental
na luta antimanicomial e no
resgate dos direitos humanos dos
pacientes psiquiátricos**



A exibição do documentário *Em nome da razão* não dura mais do que 20 minutos. Neste curto espaço de tempo, o cineasta Helvécio Rattton descortinou o degradante cotidiano do Hospital Psiquiátrico de Barbacena, em Minas Gerais. Lançado em 1979, quando Rattton cursava o quarto ano de psicologia, o documentário revelou que o famoso “hospício de Barbacena” estava mais para campo de concentração do que para centro de tratamento da saúde mental. Além de marcar época como denúncia contundente, *Em nome da razão* ajudou a impulsionar o questionamento da ordem psiquiátrica instituída, um movimento que coincidiu com a luta pelas liberdades democráticas no Brasil. O final dos anos 70 marcou também a primeira passagem pelo País de Franco Basaglia, o precursor da reforma psiquiátrica italiana. “O louco é uma pessoa como qualquer outra”, afirmou Basaglia durante debate no Rio de Janeiro. “E o manicômio é a resposta que a sociedade dá ao desespero”, disse.

Vinte e cinco anos depois, as palavras de Basaglia ainda produzem eco nos quatro cantos do Brasil. O cenário, no entanto, passou por significativas transformações. O hospício de Barbacena, que integra a rede estadual de saúde e já encerrou mais de três mil pessoas em seus imensos pavilhões, hoje tem cerca de 260 pacientes crônicos internados. Rebatizado como Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, deixou de funcionar como pólo para a série de pequenos hospícios da rede privada que proliferou na cidade no período da ditadura militar. A psicóloga Maria Helena Jabur, coordenadora de saúde mental do município em 2001, quando começou a reforma psiquiátrica em Barbacena, reconhece a transformação, embora ressalte que ainda há muito a fazer. “Hospício é hospício, o ideal é que acabe”, afirma Maria Helena. “Mas hoje Barbacena tem 24 residências terapêuticas, que abrigam 157 moradores, a maioria vinda de hospital público”, conta.

Entre aqueles que saíram do hospital e não reestabeleceram vínculos com suas famílias, há pessoas que ficaram até 50 anos internadas. Além do acolhimento nas residências terapêuticas, recebem uma bolsa de desospitalização no valor de R\$ 240 por mês, graças ao programa De Volta Para Casa, instituído pelo governo federal em julho de 2003, como auxílio-reabilitação para portadores de transtornos mentais com histórico de internação psiquiátrica igual ou superior a dois anos. “O dinheiro é um operador social da maior importância”, pondera Maria Helena. “O fato de ter acesso aos bens de consumo e fazer suas próprias escolhas é um passo de grande importância no ganho de autonomia”, afirma.

No resto do País, a situação é similar à de Barbacena, a começar pela queda no número de hospitais psiquiátricos, sinal da mudança de foco na política de saúde mental nas últimas décadas. Em 1961, o Brasil tinha 135

hospitais, 54 deles da rede pública e 81 privados. Durante o regime militar, houve um expressivo aumento desse quadro. O fenômeno, por um lado, era uma resposta à opção governamental de contratar serviços privados, aproveitada à exaustão pelos empresários do setor. Por outro lado, refletia muito do autoritarismo da época, que tornou corriqueira a internação de pacientes contra a própria vontade. Em 1981, quatro anos antes da derrocada da ditadura, o País atingiu o ápice dessa política centrada na internação, com 430 hospitais psiquiátricos, sendo 73 públicos e 357 privados. Em apenas 20 anos, o aumento das instituições foi de 35% na rede pública e de 164% na particular.

Atualmente, o número de hospitais no País não passa de 228, de acordo com levantamento do Ministério da Saúde divulgado em junho de 2006. E o número de leitos não pára de diminuir. De 72.514 em 1996, eles baixaram para 60.868 em 2000 e, no ano passado, caíram para 42.076. Por trás dessa mudança, esteve e continua presente o empenho de centenas de profissionais da área de saúde, além do esforço governamental. Na virada dos anos 80, a crise da Previdência Social, aliada à constatação da existência de leitos ocupados desnecessariamente, reforçou a ação de uma ala progressista da psiquiatria que questionava o modelo vigente. Dois anos depois, o então Ministério da Previdência e Assistência Social aprovou o Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica, que tinha como meta a substituição dos hospitais por uma rede ambulatorial de saúde mental, a ser operada por uma equipe multidisciplinar. Começava, então, uma nova etapa também para

o psicólogo, que passou a ser incorporado à política oficial.

Diretor de informações do Instituto Franco Basaglia, no Rio de Janeiro, o usuário Milton Freire se lembra com clareza da entrada do psicólogo no serviço de saúde mental. Na década de 60, Freire passou por dez anos de internações intermitentes. “Nós éramos tratados como bichos doentes, criminosos, ninguém conversava com a gente. Imperava uma visão estritamente organicista”, lembra Freire. “Quando surgiu o psicólogo, o tratamento ganhou outra dimensão, com a terapia colocada no mesmo patamar do remédio”, recorda-se. Integrante da Rede Internúcleo da Luta Antimanicomial, Freire conta que foi contatado por integrantes do movimento em 1989, pouco depois da divulgação de um trabalho coletivo, do qual participou, no Museu de Imagens do Inconsciente, criado em 1952, no Rio de Janeiro, pela psiquiatra Nise da Silveira.

O Movimento Antimanicomial, por sua vez, estruturou-se durante o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, realizado em 1987, na cidade paulista de Bauru. Seu lema – “Por uma sociedade sem manicômios” – em pouco tempo passou a ser divulgado por todo o País. No mesmo congresso, instituiu-se o 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial,

o que também ajudou a consolidar o movimento na sociedade como um todo. Ainda em 1987, ano efervescente para a reestruturação da assistência ao portador de transtornos mentais, inaugurou-se em São Paulo o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil. Atualmente, além de 426 residências terapêuticas, existem 882 CAPS espalhados pelo território nacional, sendo que 29 deles funcionam 24 horas por dia, segundo o relatório do Ministério da Saúde divulgado em junho.

A psicóloga Marcela Lucena, que já atuou como coordenadora de saúde mental de Recife, integra a equipe interdisciplinar do único CAPS de Pernambuco que jamais fecha suas portas. “Como trabalhamos com a perspectiva de evitar a internação psiquiátrica e não fechamos o serviço, temos condições de absorver as situações mais graves, que remetem à necessidade de um cuidado mais inte-

CONQUISTA
A substituição
dos hospitais por
uma rede ambulatorial
de saúde mental
incorporou o
psicólogo à política
oficial

gral e intensivo”, afirma Marcela. “No atendimento ao usuário em momento de crise, os centros que não funcionam 24 horas por dia enfrentam maiores limites”, explica. No cotidiano, esses centros, além dos cuidados clínicos, desenvolvem uma série de atividades para estimular a recuperação e a integração social do usuário. “Buscamos no dia-a-dia a desconstrução dos manicômios concretos e imaginários e a consolidação da reforma psiquiátrica”, reflete Marcela.

Nesse processo, a Lei nº 10.216, conhecida como Lei Paulo Delgado, tem um papel marcante. Promulgada em abril de 2001, ela garantiu a proteção aos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais e redirecionou o modelo de assistência à saúde mental. Especializada em saúde pública e saúde mental, Marcela já estava envolvida com essa nova abordagem quando a lei foi aprovada. Na sequência, entre 2001 e 2004, à frente da Coordenadoria de Saúde Mental de Recife, ela teve a oportunidade de participar diretamente da implantação do plano de desinstitucionalização de usuários do antigo sistema. “Como gestora, respaldada pela administração municipal da época, procurei provocar o diálogo entre os diversos atores, ou seja, os técnicos, usuários e familiares, facilitando a construção coletiva da proposta de atenção à saúde mental”, lembra Marcela. Atualmente, como consultora do Ministério da Saúde e integrante da equipe de saúde mental da cidade do Paulista, na Grande Recife, a psicóloga procura manter a mesma linha de atuação.

O papel dos gestores de saúde mental têm uma faceta árdua: lidar com a resistência da maioria dos defensores de hospitais em aceitar o novo sistema de atenção psiquiátrica, dirigido para uma rede de base comunitária e com forte participação da sociedade. O governo federal tenta fazer a sua parte. Desde 2001, está implantado o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), que faz fiscalizações periódicas nas instituições. Não há dúvida de que, em muitas delas, o atendimento foi humanizado. Mas há também casos em que o hospital, na esteira dos resultados constatados pelo PNASH, foi



Marcela Lucena (ao fundo) atende em um CAPS que nunca fecha

descredenciado do SUS mas continua a funcionar normalmente, à custa de liminares conquistadas na Justiça.

Em Goiás, a batalha da psicóloga Deusdet do Carmo Martins é contra a implantação de um manicômio judiciário. De 2001 para cá, ela e um grupo de profissionais da região conseguiram barrar duas tentativas de criação de um hospital de custódia. “O mais recente espaço que criaram e queriam chamar de Centro de Tratamento de Doentes Mentais foi barrado, em primeiro lugar, porque manicômio não é lugar de tratamento. Em segundo, porque foi construído em cima de um lixão, em um lugar totalmente insalubre”, relata Deusdet. Integrada a uma equipe multidisciplinar que trabalha com portadores de transtornos mentais que estão sob medida de segurança, a psicóloga defende o acompanhamento ambulatorial como prioritário. “Na prática, a internação

no manicômio transforma a pena em prisão perpétua”, diz Deusdet. “Se o louco já é excluído, o louco infrator é o excluído do excluído”, afirma.

A justa indignação da psicóloga se transforma em otimismo quando ela descreve as conquistas da equipe na qual trabalha, sempre na perspectiva de proporcionar acompanhamento ambulatorial. “A experiência é fantástica”, conta Deusdet. “Pessoas que

pareciam sem a menor condição de convivência social estão se adaptando e se revelando pessoas como as outras, só que têm um rótulo a mais”, analisa. Resultados como esses são, sem dúvida, produto da ação de profissionais da saúde mental, mas há casos nos quais a vontade política foi determinante. No Brasil, o episódio mais emblemático ocorreu em 1989, durante a administração da prefeita Telma de Souza, em Santos, no litoral paulista, que se tornou a primeira cidade do Brasil sem manicômio. “Foi o ato mais difícil de meu governo”, costuma repetir Telma ao se referir à intervenção na Casa de Saúde Anchieta, uma fábrica de fazer dinheiro à custa do sofrimento de mais de 600 internos, espremidos em um espaço capaz de abrigar no máximo 200 pessoas. Com a reviravolta, o fim da chamada “Casa do Horror” virou referência internacional.

NA LINHA DE FRENTE

A reforma psiquiátrica encontrou, desde o começo, grande receptividade entre os psicólogos. Na prática, ela representou a possibilidade de fazer avançar concepções mais humanizantes e democráticas de atenção. Ao mesmo tempo, permitiu romper com o monopólio do poder médico no interior dos hospitais, abrindo novos espaços para a atuação dos psicólogos e quebrando a hegemonia do trabalho antes existente.

No decorrer do processo, o engajamento dos psicólogos se deu em diversos níveis. No fazer clínico, levou para o cotidiano novas maneiras de lidar com a loucura. Tratar esse fenômeno em regime de liberdade significa superar desafios, a começar pela complexa articulação de recursos, conhecimentos e atores sociais. E, como operadores do novo fazer, os psicólogos se destacam ao coordenar essa articulação. Na gestão e formulação da política para a saúde mental, sua participação é de tamanha importância que muitos ocuparam e ainda ocupam postos estratégicos, tanto municipais quanto estaduais e federais.

Quanto à mobilização da opinião pública a favor da reforma, o papel dos psicólogos não poderia ser mais relevante, incluindo o empenho do Conselho Federal de Psicologia na luta pela aprovação da Lei Paulo Delgado. Em sintonia com essa realidade, pesquisas realizadas por institutos de opinião pública revelaram que uma das ações mais valorizadas pelos psicólogos é a participação dos conselhos na luta antimanicomial. Como se não bastasse, nos últimos anos, os psicólogos e suas organizações incorporaram um novo componente à reforma psiquiátrica: a luta pelos direitos humanos.