

Nilse Chiapetti
Melyssa Kellyane Cavalcanti Galdino
ORGANIZADORAS

PSICOLOGIA CLÍNICA E SAÚDE MENTAL

articulando teoria e prática



 Editora
UFPB

PSICOLOGIA CLÍNICA
E SAÚDE MENTAL:
articulando teoria e prática



**UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA**

Reitora MARGARETH DE FÁTIMA FORMIGA MELO DINIZ
Vice-Reitor BERNARDINA MARIA JUVENAL FREIRE DE OLIVEIRA
Diretor da PRPG ISAAC ALMEIDA DE MEDEIROS



EDITORA DA UFPB

Diretora IZABEL FRANÇA DE LIMA
Supervisão de Editoração ALMIR CORREIA DE VASCONCELLOS JÚNIOR
Supervisão de Produção JOSÉ AUGUSTO DOS SANTOS FILHO

CONSELHO EDITORIAL

Bernardina Maria Juvenal Freire de Oliveira (Ciências Sociais Aplicadas)
Eliana Vasconcelos da Silva Esval (Linguística e Letras)
Fabiana Sena da Silva (Educação)
Ilda Antonieta Salata Toscano (Ciências Biológicas)
Ítalo de Souza Aquino (Ciências Agrárias)
Maria de Lourdes Barreto Gomes (Engenharias)
Maria Patrícia Lopes Goldfard (Ciências Humanas)
Maria Regina de Vasconcelos Barbosa (Ciências Exatas e da Natureza)

Nilse Chiapetti
Melyssa Kellyane Cavalcanti Galdino
(Organizadoras)

**PSICOLOGIA CLÍNICA
E SAÚDE MENTAL:**
articulando teoria e prática

Editora da UFPB
João Pessoa-PB
2017

Efetuada o Depósito Legal na Biblioteca Nacional,
conforme a Lei nº 10.994, de 14 de dezembro de 2004.

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À EDITORA DA UFPB

É proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio. A violação dos direitos autorais (Lei nº 9.610/1998) é crime estabelecido no artigo 184 do Código Penal.

O conteúdo desta publicação é de inteira responsabilidade do autor.

Impresso no Brasil. Printed in Brazil.

| | |
|------------------------------|------------------------|
| Projeto Gráfico | EDITORA DA UFPB |
| Editoração Eletrônica | CLEMENTE RICARDO SILVA |
| Design de Capa | CLEMENTE RICARDO SILVA |
| Ilustração de Capa | www.stockvault.net |

Catálogo na fonte:

Biblioteca Central da Universidade Federal da Paraíba

P974 Psicologia clínica e saúde mental: articulando teoria e prática / Nilse Chiapetti, Melyssa Kellyane Cavalcanti Galdino, organizadoras.- João Pessoa: Editora da UFPB, 2017.
Recurso digital [1,2 MB]
Formato: e-PDF
ISBN: 978-85-237-1276-1 (recurso eletrônico)
1. Psicologia clínica. 2. Saúde mental. 3. Terapia cognitivo-comportamental. 4. Terapia analítico-comportamental. I. Chiapetti, Nilse. II. Galdino, Melyssa Kellyane Cavalcanti.

CDU: 159.9

EDITORA DA UFPB Cidade Universitária, Campus I – s/n
João Pessoa – PB
CEP 58.051-970
editora.ufpb.br
editora@ufpb.edu.br
Fone: (83) 3216.7147

SUMÁRIO

PREFÁCIO..... 08

CAPÍTULO I

AVALIAÇÃO E CONCEITUALIZAÇÃO
COGNITIVA NA PRÁTICA CLÍNICA DA
TERAPIA COGNITIVO-COMPORTA-
MENTAL

Melyssa Kellyane Cavalcanti Galdino

Nilse Chiapetti

Jandilson Avelino da Silva.....09

CAPÍTULO II

PSICOLOGIA E LITERATURA
INFANTIL: os contos de fadas como um
recurso terapêutico

Gabriella Machado Viana Gomes

Hélida Magalhães da Costa Lima.....28

CAPÍTULO III

A ANÁLISE FUNCIONAL DO
COMPORTAMENTO NO CONTEXTO
DA TERAPIA ANALÍTICO-
COMPORTAMENTAL

Nilse Chiapetti

Melyssa Kellyane Cavalcanti Galdino

Jandilson Avelino da Silva

Elayne Esmeraldo Nogueira..... 46

CAPÍTULO IV

PSICOLOGIA HOSPITALAR
X PSICOLOGIA DA SAÚDE:
ESPECIFICIDADES SOBRE O TEMA
Silvana Carneiro Maciel..... 69

CAPÍTULO V

O LUGAR DO ANALISTA NA SAÚDE
MENTAL: o analista cidadão
Zaeth Aguiar do Nascimento
Jackeline Sibelle Freires Aires
Cleide Pereira Monteiro
Leandro Roque da Silva..... 92

CAPÍTULO VI

PRÁTICA DA ABORDAGEM CENTRADA NA
PESSOA NO PROCESSO DE CONCILIAÇÃO
NO JUDICIÁRIO: um ponto de vista dos
advogados
Sandra Souza da Silva
Flaviane Michelly Tenório de Souza..... 111

CAPÍTULO VII

NATURALIZAÇÃO DA EXCLUSÃO
SOCIAL? REPRESENTAÇÕES SOCIAIS
DO LOUCO/DOENTE MENTAL
Tamiris Molina Ramalho Hirschle
Silvana Carneiro Maciel
Giselli Lucy Souza Vieira
Lara Fechine Piquet da Cruz
Roselane Priscila F. do Nascimento 129

ORGANIZADORAS /
SOBRE OS AUTORES 145

PREFÁCIO

Psicologia Clínica e Saúde Mental: articulando teoria e prática, faz parte de uma coletânea de livros dos professores do Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Paraíba e da Pós-Graduação, em parceria com profissionais da rede pública de saúde e alunos ou ex-alunos do curso de Psicologia. Esta coletânea tem como proposta apresentar diversos trabalhos, pesquisas e intervenções na área, com abordagens variadas que possam servir de subsídio para a prática dos estudantes e de profissionais psi.

As obras aqui tratadas estão inter-relacionadas por conteúdos, práticas e pesquisas de forma a abordar a complexidade do trabalho com o ser humano na perspectiva da psicologia, pensando o *fazer psi* de forma sistêmica, possuidora de diversas dimensões.

O presente livro foi dividido em sete capítulos que possibilitam o leitor a refletir sobre o campo da saúde mental e da Clínica, quer seja no trabalho com adultos ou com crianças. A variedade das temáticas aqui tratadas mostra que o perfil do livro concentra-se no estabelecimento de um espaço de comunicação entre as ciências. Encontram-se aqui obras com focos em resultados de pesquisas de campo, pesquisas bibliográficas, relatos de experiências profissionais, além de propostas de trabalho do psicólogo na rede de atenção à Saúde, incluindo o trabalho em hospital e no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Esta obra é uma demonstração dos esforços de todos, da união de saberes em prol da consolidação e efetivação do saber e do fazer psi. A todos que de alguma forma contribuíram para a efetivação desta obra nossos sinceros agradecimentos.



CAPÍTULO I

AVALIAÇÃO E CONCEITUALIZAÇÃO COGNITIVA NA PRÁTICA CLÍNICA DA TERAPIA COGNITIVO- COMPORTAMENTAL

Melyssa Kellyane Cavalcanti Galdino

Nilse Chiapetti

Jandilson Avelino da Silva

Neste capítulo serão apresentados os pressupostos fundamentais da avaliação e conceitualização cognitiva na terapia cognitivo-comportamental, abordagem teórica contemporânea que se destaca no cenário da prática psicoterápica. Inicialmente são apresentadas considerações teóricas da abordagem cognitivo-comportamental seguidas pela caracterização da avaliação e conceitualização cognitiva e a apresentação de alguns modelos de conceitualização.

Considerações teóricas acerca da Terapia Cognitivo-Comportamental

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) baseia-se na premissa da inter-relação entre cognição, emoção e comportamento e utiliza o conceito de estrutura biopsicossocial na conceitualização



de sistemas complexos. Embora reconheça a interação recíproca de pensamentos, sentimentos, comportamentos, fisiologia e ambiente na determinação e compreensão do funcionamento normal e da psicopatologia dos seres humanos, o foco da TCC incide primariamente sobre os fatores cognitivos da psicopatologia e da psicoterapia (BECK; ALFORD, 2000).

Atualmente o termo TCC abrange uma variedade de mais de 20 abordagens dentro do modelo cognitivo-comportamental (KNAPP, 2004). Entretanto, todas as TCCs, mesmo com diferentes abordagens conceituais e estratégicas, derivam de um modelo cognitivo protótipo e compartilham três pressupostos básicos (DOBSON; DOZOIS, 2001): (1) a atividade cognitiva influencia o comportamento (uma reafirmação do modelo mediacional básico); (2) a atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada; e (3) o comportamento desejado pode ser influenciado mediante a mudança cognitiva.

O modelo cognitivo de psicopatologia é baseado no processamento de informação (BECK, 1987) e foi originalmente construído de acordo com pesquisas conduzidas por Aaron T. Beck para explicar os processos psicológicos na depressão. Beck propôs que os sintomas cognitivos da depressão poderiam ser explicados em termos cognitivos como interpretações tendenciosas das situações, atribuídas a ativação de representações negativas de si mesmo, do mundo pessoal e do futuro, construindo assim o conceito de tríade cognitiva (KNAPP; BECK, 2008). Nessa perspectiva, ocorrem vieses sistemáticos no processamento de informação de todos os estados psicopatológicos.

Adicionalmente ao processamento distorcido de informações, o modelo cognitivo especifica que as condições psicopatológicas representam um fluxo de consciência dominado por imagens e pensamentos automáticos negativos, derivados de estruturas ou esquemas cognitivos latentes e permanentes, com uma orientação disfuncional ou mal adaptativa (BECK, 1987; CLARCK; BECK, 1989).



As hipóteses básicas do modelo cognitivo são a especificidade do conteúdo cognitivo, que define que todo transtorno psicológico tem um perfil cognitivo distinto, o qual é refletido em todos os níveis de funcionamento cognitivo (BECK, 1987), e a hipótese cognitiva de diátese–estresse, na qual a sociotropia e a autonomia são consideradas diáteses periféricas de personalidade, que interagem com eventos de vida coincidentes ou congruentes, na precipitação de uma reação psicopatológica como depressão ou ansiedade. De acordo com esse modelo, quatro pressuposições intrínsecas guiam a teoria e o tratamento cognitivo (CLARK; STEER, 2004):

- Os indivíduos constroem sua realidade;
- A cognição media o afeto e o comportamento;
- A cognição pode ser conhecida e acessada;
- A mudança cognitiva é básica ao processo de mudança humano.

O modelo da terapia cognitiva baseia-se na visão de que estados estressantes como depressão, ansiedade ou raiva frequentemente são mantidos ou exacerbados por maneiras de pensar exageradas ou tendenciosas. Assim, o papel do terapeuta é ajudar o paciente a reconhecer seu estilo idiossincrático de pensamento e modificá-lo pela aplicação da evidência e da lógica (KNAPP; BECK, 2008).

Uma característica definidora da TCC é o conceito de que os sintomas e os comportamentos disfuncionais são cognitivamente mediados. Entretanto, as diversas TCCs compartilham outros pontos em comum (BECK, 1997; KNAPP; BECK, 2008). A maioria das TCC são baseadas na avaliação e conseqüente formulação ou conceitualização cognitiva contínua do cliente e de seus problemas no decorrer do tratamento. Na avaliação, realiza-se a elaboração de um mapa de orientação para a realização do trabalho junto com o



paciente. Por outro lado, a conceitualização contém uma avaliação histórica e prospectiva de padrões de estilos de pensamentos e permite identificar um padrão cognitivo. Inclui o entendimento do conjunto idiossincrático de crenças disfuncionais, vulnerabilidades específicas individuais e estratégias comportamentais.

Avaliação na Terapia Cognitivo-Comportamental

Na TCC, o início do tratamento é marcado por uma avaliação cognitiva e comportamental abrangente do paciente, considerada parte fundamental para o desenvolvimento do tratamento psicoterápico. A avaliação começa com os aspectos fundamentais utilizados em qualquer forma de psicoterapia: uma anamnese completa e o exame do estado mental. Este processo inicia-se no primeiro contato entre o terapeuta e o cliente e tem duração aproximada de três a cinco sessões. Ele possibilita a elaboração das hipóteses relativas a cada caso, que podem ser confirmadas, desconfirmadas ou modificadas na medida em que novos dados vão sendo apresentados. Recomenda-se, portanto, que a avaliação esteja presente até a última sessão da terapia, refinando a conceitualização do paciente.

Os principais fatores que devem estar presentes na avaliação, de acordo com Caminha e Habigzang (2003) incluem: a história e situação de vida do paciente; diagnóstico clínico e sintomas; a existência de experiências traumáticas; o estado geral de saúde do paciente; a história psiquiátrica e psicoterapêutica; o estado mental e de humor; recursos de enfrentamento e qualidades e a caracterização dos problemas.

Outros fatores, descritos por Wright, Basco e Thase (2008) incluem os problemas atuais e fatores estressores que contribuíram para os problemas psicológicos do cliente ou interferiram em suas habilidades para resolvê-los; as aprendizagens e experiências antigas que contribuíram para seus



problemas atuais; questões situacionais e interpessoais; fatores biológicos, genéticos e médicos; recursos de enfrentamento; caracterização dos problemas, padrões típicos de pensamentos automáticos, emoções e comportamentos; crenças subjacentes; crenças centrais; situações que geram os comportamentos, bem como a identificação dos esquemas.

Na avaliação, além das entrevistas com o cliente, recursos tais como entrevistas com pessoas-chave (parentes, amigos), observação direta do comportamento em ambientes clínicos, automonitoração e aplicação de instrumentos psicológicos (escalas e questionários) ampliam a compreensão do caso.

Com crianças e adolescentes, a realização de entrevistas com familiares e com profissionais ligados ao jovem (professores), e até mesmo a observação em outros ambientes (escola) são indispensáveis para uma avaliação completa.

Na investigação dos problemas alguns terapeutas da TCC exploram detalhadamente as manifestações comportamentais e utilizam a entrevista comportamental. É importante ressaltar que os itens descritos no processo de avaliação devem ser considerados como uma estruturação básica para realização da avaliação, mas não um modelo rígido.

Como as indicações para a TCC baseiam-se amplamente no diagnóstico, a realização de uma entrevista padrão e de diagnóstico multiaxial fornece informações necessárias para avaliar inclusive a adequação do paciente para a TCC. Neste sentido Wright, Basco e Thase (2008) retratam dimensões que também devem ser consideradas ao avaliar pacientes para a TCC. São elas: a cronicidade e complexidade dos problemas do paciente, seu otimismo em relação às chances de sucesso na terapia, aceitação de responsabilidade pela mudança, compatibilidade com a linha de raciocínio cognitivo comportamental, capacidade de acessar pensamentos automáticos e identificar as emoções que os acompanham, capacidade de envolver-se em uma



aliança terapêutica e finalmente a capacidade de manter e trabalhar dentro de um foco orientado para o problema.

A escolha de técnicas e métodos de avaliação deve ser orientada pela literatura relacionada ao transtorno e ao plano de intervenção. Por exemplo, caso um paciente apresente queixas de tristeza e falta de motivação, é importante que instrumentos que avaliem especificamente o estado de humor sejam utilizados.

Finalmente, a avaliação cognitivo-comportamental por ser contínua tem um papel educativo e possibilita mudanças no plano de tratamento.

De forma geral a avaliação tem eficácia quando é adaptada e válida para a população em estudo, sensível a mudança e com uma estrutura que permita ao clínico avaliar se o paciente está dentro de uma faixa de normalidade dos sintomas apresentados. Como podem ser utilizadas inúmeras escalas e questionários, é importante considerar o tempo para aplicação da avaliação, o custo e a vontade do paciente para responder. Ao optar por instrumentos como esses, o terapeuta deve estar atento ainda às características psicométricas do instrumento.

É possível ainda realizar em alguns casos avaliação neuropsicológica, que é um método eficaz para quantificar o funcionamento cognitivo, desde que o clínico tenha um treinamento voltado para tal avaliação ou encaminhe para um profissional capacitado. Também podem ser utilizadas medidas fisiológicas, pela monitorização, por exemplo, de reações fisiológicas, padrões de sono ou a mensuração da dor.

Assim, o principal objetivo de uma avaliação é buscar a maior quantidade possível de informações a respeito do indivíduo, de seu desenvolvimento e do motivo de busca para o tratamento, para assim desenvolver uma conceitualização sobre os problemas apresentados pelo indivíduo. Uma avaliação minuciosa facilitará a conceitualização multidimensional do caso e a identificação da adequação do paciente a TCC.



Conceitualização cognitiva

A conceitualização é a soma das informações coletadas, das conclusões às quais podemos chegar a partir destas primeiras, do plano de como resolver problemas levantados e da própria execução desse plano. É uma espécie de teoria sobre o cliente que relaciona todas as queixas, de uma forma lógica e significativa, com uma explicação sobre a causa do desenvolvimento dessas dificuldades e sobre o que as mantém. Relaciona -se ainda a possibilidade de fazer previsões sobre o comportamento, dada certas condições, e a possibilidade do desenvolvimento de um plano de trabalho.

É considerada parte integrante do planejamento de terapia e uma técnica psicoterápica, porque além de funcionar como uma espécie de bússola para o terapeuta, também é utilizada como recurso de psicoeducação do paciente sobre seu processo terapêutico em TCC e sobre suas dificuldades pessoais e/ou psicopatologia. A aplicação correta desse recurso pressupõe, além do domínio da técnica, uma base sólida de conhecimento dos pressupostos e da teoria subjacente, nesse caso da TCC.

A conceitualização cognitiva é considerada o coração, o elemento vital da TCC. Segundo Neufeld e Cavenage (2010) a formulação ou conceitualização cognitiva é uma prática da TCC nomeada de diferentes maneiras: conceitualização cognitiva, formulação de caso, enquadre cognitivo do caso ou conceituação de caso.

Por outro lado, Kuhn e Andretta (2012) ressaltam que a confusão entre conceitualização e formulação não é rara. Afirmam que a denominação comum entre conceitualização de caso e formulação não está incorreta, mas para fins exclusivamente didáticos ressaltam que a conceitualização cognitiva esta contida na formulação de caso (ou conceitualização de caso), e difere desta, pois trata-se de um retrato do processamento da informação do



paciente, exemplificado por situações no formato de registro de pensamentos disfuncionais. Ou seja, na visão de Kuhn e Andretta (2012) enquanto a formulação é um retrato de um caso específico, a conceitualização é o recorte deste retrato no que se refere especificamente à cognição do paciente em questão. Entretanto, de forma semelhante à Neufeld e Cavenage (2010) será adotado somente o termo conceitualização cognitiva ao longo do texto, visando favorecer a leitura do mesmo.

A conceitualização é um processo permanente no tratamento. Terapeuta e cliente trabalham em colaboração para inicialmente descrever e depois explicar os problemas que o cliente apresenta na terapia. Sua função primária é guiar a terapia de modo a aliviar o sofrimento do cliente e desenvolver sua resiliência. Segundo Kuyken, Padesky e Dudley (2010), a conceitualização tornou-se central para a prática da TCC porque ela serve a várias funções: sintetiza a experiência do cliente, normaliza seus problemas, promove o engajamento do cliente; torna inúmeros problemas complexos mais manejáveis; orienta a escolha, o foco e a sequência das intervenções; identifica os pontos fortes do cliente e sugere formas de desenvolver a resiliência; sugere intervenções mais simples e com maior custo-benefício; antecipa e aborda os problemas na terapia; ajuda a entender a não resposta em terapia e sugere rotas alternativas para a mudança e possibilita uma supervisão de alta qualidade. Assim, a ausência de uma conceitualização torna o tratamento vago e irrelevante.

O processo de conceitualização é mais do que simples diagnóstico. É uma compreensão do funcionamento global do indivíduo, não somente no momento atual, mas ao longo de sua história de desenvolvimento. Trata-se de um mapeamento de suas habilidades, sua forma específica de organizar sua história e seu jeito de se relacionar com as pessoas. Destacam-se os pontos de conflito e dificuldades para o indivíduo a serem trabalhados na terapia.



Neufeld e Cavenage (2010) ressaltam que cada indivíduo e cada transtorno psicológico exigem uma conceitualização cognitiva específica e individual, pois se relacionam a um conjunto determinado de pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças centrais. Dessa maneira, o plano de tratamento da TCC deve basear-se na conceitualização cognitiva do cliente e no modelo cognitivo específico de cada psicopatologia (KNAPP, 2004).

Existem duas abordagens principais para realização da conceitualização cognitiva, uma baseada em modelos para transtornos específicos e outra em modelos gerais de funcionamento (KUYKENET al., 2008). Ambos os modelos podem ser utilizados concomitantemente com um mesmo cliente, mas de forma geral, para que uma conceitualização cognitiva seja considerada eficaz, o terapeuta deve investigar sete domínios principais de seu cliente: o diagnóstico clínico e sintomas, contribuições das experiências da infância e outras influências do desenvolvimento, questões situacionais e interpessoais, fatores biológicos, genéticos e médicos, pontos fortes e qualidades, padrões típicos de pensamentos automáticos, emoções e comportamentos, esquemas subjacentes. Todos esses fatores estarão relacionados com as hipóteses de trabalho e com o desenvolvimento do plano de trabalho (WRIGHT et al., 2008).

A primeira etapa da conceitualização é a identificação do cliente. Em seguida, o terapeuta buscará organizar, de forma sucinta, sua história da vida. Como foi seu desenvolvimento, quais as experiências infantis mais relevantes, aspectos da juventude, questões atuais, relacionamentos etc. A partir da lista de problemas, dos fatores precipitantes e situações ativadoras de problemas, o terapeuta vai procurar inferir que tipos de crenças intermediárias e centrais estão embasando as interpretações e comportamentos apresentados. Identificadas as crenças, procura-se entender quais as origens das mesmas e como elas se desenvolveram ao longo



do tempo. Nesta seção, o terapeuta descreve brevemente alguns incidentes ou circunstâncias do passado remoto do cliente que parecem ter sido responsáveis pelo desenvolvimento das crenças centrais disfuncionais.

Completada a fase de descrição do funcionamento do indivíduo e tendo uma compreensão de suas dificuldades, descrevem-se as hipóteses diagnósticas e de trabalho, para definir quais tipos de metas e intervenções serão planejados na resolução de seus problemas. Esta hipótese é mantida, alterada ou descartada, dependendo dos resultados do tratamento.

Uma vez estruturada a conceitualização, ressalta-se que ela não está fechada. Ela será vista e revista ao longo da terapia com o cliente, que é convidado a comentar, avaliar, confirmar ou refutar vários aspectos. Ela não deve ser considerada a verdade sobre o cliente, mas sim uma hipótese de como as coisas funcionam para ele. É importante lembrar que o terapeuta deve preferencialmente discutir suas hipóteses sempre com o cliente, que poderá validá-las ou não.

Beck (1997) afirma que o terapeuta deve decidir quando, como e quanto da conceitualização, elaborada por ele inicialmente, será partilhada com o cliente. No entanto, diferentes autores ressaltam a importância de que esse processo seja desenvolvido, preferencialmente, de maneira colaborativa com o cliente (KNAPP, 2004).

A realização de uma conceitualização de caso robusta requer perícia do terapeuta. No início das sessões ela pode ser um rascunho ou esboço pela falta de informações, mas ao longo do processo vai sendo completada e/ou modificada. Quanto mais experiente e competente o terapeuta mais ele valoriza e se debruça sobre a conceitualização. Sem a compreensão cognitiva do cliente, todo o tratamento se resumirá à aplicação de várias técnicas cognitivas e comportamentais, que não resultarão em um trabalho eficaz.



É importante frisar que o processo de conceitualização difere do conceito de diagnóstico de transtornos psicológicos. O diagnóstico é geralmente efetuado via critérios oficiais, como o DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais ou a CID (classificação internacional de doenças) e consiste basicamente, na descrição de conjuntos de sintomas em termos comportamentais, sendo essencialmente atóxico. Por outro lado, a conceitualização do caso clínico é sempre teoricamente inferida.

Apesar da conceitualização cognitiva ser única e específica para cada cliente, uma gama de modelos teóricos para o funcionamento cognitivo dos transtornos pode ser encontrada na literatura. Independente do modelo utilizado é importante garantir que a conceitualização tenha utilidade, seja simples, teoricamente coerente, ofereça explicações sobre comportamentos passados, encontre sentido nos comportamentos presentes e tenha capacidade para prever comportamentos futuros.

Percebe-se que com o desenvolvimento de novas abordagens e/ou teorias cognitivas da gênese e do desenvolvimento da personalidade e de psicopatologias, surgem novos formatos de conceitualização. Entretanto, com o aprimoramento de suas habilidades e de acordo com os tipos de pacientes que mais atendem, os terapeutas acabam por utilizar o formato que tenha melhor coerência em sua prática. Vejamos algumas formas de conceitualização.

Beck (1997) sugere uma forma resumida, um diagrama de conceitualização cognitiva (Figura 1) onde o terapeuta pode organizar questões de forma a reunir dados sobre as situações-problema típicas vivenciadas pelo cliente, seus pensamentos automáticos, emoções e comportamentos, além de estratégias comportamentais, crenças intermediárias, crenças centrais e dados relevantes da infância, que juntos integram uma espécie de “mapa cognitivo da psicopatologia do cliente”.



FIGURA 01: Diagrama de conceitualização cognitiva proposto por Judith Beck (1997).

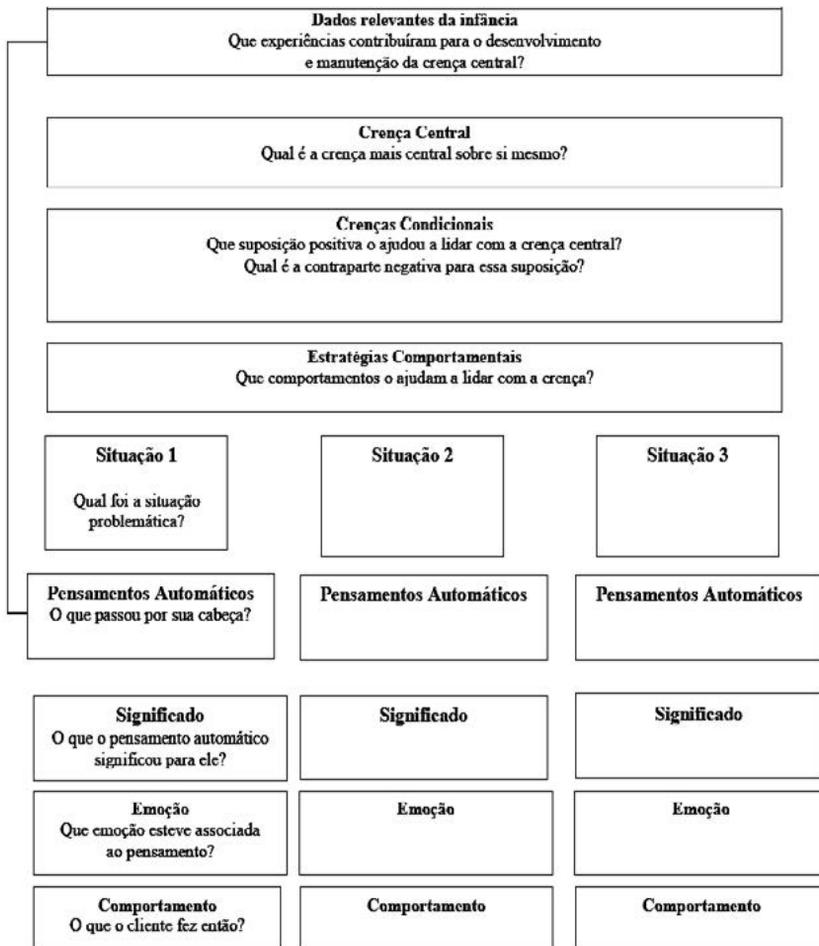


Figura 1- Diagrama de conceitualização cognitiva proposto por Judith Beck (1997).

Este diagrama é muito utilizado, conhecido e útil na prática clínica, por ser de fácil compreensão. A partir dos registros de situações que ativam pensamentos automáticos, muitas vezes com distorções cognitivas trazidos pelo cliente, discute-se a relação dos mesmos com crenças de nível mais profundo através de



questionamentos socráticos. Por fim, todos os dados levantados são interrelacionados.

Neufeld e Cavenage (2010) sugerem uma proposta de sistematização da conceitualização para auxiliar clínicos iniciantes a desenvolverem habilidades de conceitualização.

Nessa proposta, na primeira etapa ocorre o levantamento da história do cliente, a psicoeducação sobre o modelo cognitivo e a inter-relação entre pensamento, emoção e comportamento. A segunda etapa refere-se ao levantamento de situações, pensamentos, emoções, comportamentos e reações fisiológicas no cotidiano do cliente. Na terceira etapa ocorre o registro no diagrama de conceitualização cognitiva de Beck (1997). Na quarta etapa são identificados os significados dos pensamentos automáticos. Solicita-se ao cliente que identifique o que as situações registradas têm em comum. Na quinta etapa ocorre a identificação das crenças centrais, intermediárias e estratégias compensatórias. Nessa etapa pode-se utilizar várias técnicas (flecha descendente, questionamento socrático, uso do outro como referência) para ajudar o cliente a identificar o que ele pensa sobre si, sobre os outros/o mundo e sobre o futuro. Sugere-se que seja realizado um processo de checagem e de reflexão com o cliente. Neste ínterim, cabe ressaltar ainda que, caso o cliente não se identifique com os conteúdos da conceitualização, faz-se necessário rever o processo e encontrar, juntamente com o cliente, os pontos a serem revistos e os aspectos com os quais ele tenha se identificado.

Na última etapa é preciso sedimentar a ideia cíclica do sistema de crenças e traçar metas para intervenção. É fundamental retomar uma visão normalizadora dos conteúdos identificados, pois muitos clientes podem experienciar um misto de alívio e culpa ao tomar conhecimento destes aspectos de sua cognição. Nesse sentido, torna-se importante reforçar que esta é apenas uma parte de seu funcionamento do processamento de informações.



Após o fechamento parcial da conceitualização cognitiva, considerando-se que ela continua a ser feita durante todo o tratamento do cliente, terapeuta e cliente discutem e decidem quais aspectos serão prioridades para as intervenções. Ressalta-se a possibilidade de repetir a conceitualização com os aspectos positivos e saudáveis do cliente.

Kuyken, Padesky e Dudley (2010) propõe uma metáfora de um caldeirão, que repousa nos pressupostos da psicologia positiva, para explicar a definição de conceitualização cognitiva, porque é no caldeirão que diferentes elementos se misturam, transformando-se de maneira substancial e duradoura, em um novo produto. Na conceitualização proposta por tais autores, dificuldades e experiências do cliente são combinadas com a teoria e a pesquisa da TCC, permitindo chegar a uma compreensão original e única daquele cliente. No caldeirão da conceitualização cognitiva, são incorporados três princípios chaves que funcionam como guias para os terapeutas: Os níveis de conceitualização, o empirismo colaborativo e a incorporação dos pontos fortes do cliente e sua resiliência.

Quanto aos níveis de conceitualização, inicialmente o trabalho é em níveis mais descritivos, quando os problemas são apresentados de maneira detalhada. Em seguida, trabalha-se em nível explanatório, buscando encontrar uma compreensão sobre a manutenção dos sintomas. Havendo necessidade, procura-se uma explicação histórica da participação dos fatores predisponentes e protetores no desenvolvimento das dificuldades.

Com o empirismo colaborativo as perspectivas do terapeuta e do cliente são combinadas para desenvolver uma compreensão compartilhada do cliente, favorecendo a obtenção de informações que auxiliem a resolver os problemas apresentados por ele. O terapeuta contribui com informações teóricas, práticas e da pesquisa em TCC, enquanto o cliente apresenta seu conhecimento aprofundado



acerca de suas demandas e dos fatores que contribuem para sua vulnerabilidade e resiliência.

Na incorporação dos pontos fortes do cliente e sua resiliência pode-se obter a ampliação dos resultados potenciais da terapia, construir um caminho seguro para uma recuperação duradoura, aliviar o sofrimento do cliente, favorecer a retomada do funcionamento normal de sua vida, garantir melhorias em sua qualidade de vida e o fortalecimento de sua resiliência, bem como o fortalecimento de uma aliança terapêutica positiva.

Wainer e Piccoloto (2011) propõem um modelo de conceitualização desenvolvido por suas práticas clínicas. Eles incluem todos os dados de identificação do paciente, uso de medicações, motivo de busca de atendimento, forma de encaminhamento, informações históricas relevantes (familiar, escolar, social e sexual), a lista de problemas, diagnóstico atóxico multiaxial, seja pelo DSM ou pela CID, o diagnóstico teórico incluindo a tríade cognitiva, o diagrama de conceitualização utilizado por Beck, os esquemas iniciais desadaptativos e de estilos de enfrentamento de Young, pontos fortes de recursos do paciente, crenças que podem interferir no atendimento, aspectos ambientais relevantes e aspectos familiares ou do estilo de vida que podem prejudicar a terapia. Ainda são inclusos nessa conceitualização os focos e o plano de tratamento.

Apesar da importância da conceitualização, estudiosos como Bieling e Kuyken (2003) tecem fortes críticas a esta prática com relação a sua fidedignidade, utilidade e importância e enquanto técnica estruturada e cientificamente validada. Relatam que por um lado a confiabilidade da conceitualização pode ser obtida através dos aspectos descritivos, porque algum escopo na literatura pode servir de base para o entendimento de um modelo de funcionamento do cliente que resuma os dados dos seus problemas atuais e a presença desses problemas desde a infância. Entretanto, ressaltam que a confiabilidade não pode ser obtida com os aspectos inferenciais,



porque esses dados deveriam demonstrar a ativação das crenças disfuncionais, e nesse nível de avaliação (crenças) a validade e a confiabilidade da conceitualização cognitiva ainda não foram demonstradas de forma contundente.

Por outro lado, tais autores ressaltam que a credibilidade do processo tende a melhorar com o treino e uso de métodos mais sistemáticos de realização da conceitualização cognitiva. No entanto, há uma carência de estudos sobre a confiabilidade e a validade da conceitualização cognitiva.

Bieling e Kuyken (2003) indicam como desafios algumas questões que devem ser investigadas sobre essa prática: quão amplamente a conceitualização cognitiva é praticada pelos terapeutas cognitivos; que tipo de conceitualização cognitiva é utilizado com mais frequência; em que fase do processo de avaliação-intervenção os terapeutas cognitivos obtêm a conceitualização cognitiva e como essas formulações de caso são revisadas durante o trabalho; qual o uso que o terapeuta faz da conceitualização cognitiva e finalmente qual a visão do terapeuta sobre o papel e a importância da conceitualização cognitiva no seu trabalho.

Adicionalmente ressaltam que a qualidade da conceitualização cognitiva tem uma implicação inegável na formação de terapeutas cognitivo-comportamentais porque muitos terapeutas sentem falta de confiança sobre como conceitualizar cognitivamente seus clientes. Assim é necessário aquisição de habilidades de conceitualização de casos através de treinamentos e supervisão antes de dar início a uma prática efetiva em TCC. Este posicionamento é apoiado por vários estudiosos, porque como a conceitualização é uma estratégia baseada, antes de tudo, em pressupostos teóricos, é preciso o uso de supervisões em grupo e o compartilhamento da conceitualização cognitiva com os clientes, como uma forma de desenvolver essas habilidades.

Assim como é necessário que se formule estratégias para a sistematização da conceitualização cognitiva como uma técnica



baseada em evidências, também é necessário que se invista na ideia de que a TCC é uma teoria que visa instrumentalizar terapeutas e não técnicos.

Um dos maiores desafios para os terapeutas cognitivos é aprender a utilizar a conceitualização de caso de maneira eficiente. Conceitualizar um caso é, sem dúvida, um dos grandes estressores na aquisição de habilidades terapêuticas, e ‘conceitualizar-se’ certamente não é menos estressante para o cliente. Portanto, todo movimento na busca de compreensão dos mecanismos envolvidos neste processo pode auxiliar na diminuição desses estressores para a díade terapêutica.

Considerações finais

Uma das principais características das TCCs é o seu elevado grau de estruturação e planejamento durante todo o processo terapêutico. Desde sua fundação até os dias atuais, grande parte de sua eficácia deve-se aos sistemáticos processos de avaliação e de conceitualização cognitiva dos casos, que estão intercambiavelmente conectados.

Com tantas possibilidades de avaliação e conceitualização o clínico possui importantes e indispensáveis ferramentas para uma intervenção de qualidade, entretanto, ressalta-se a importância de treinamento adequado e de conhecimento do aporte teórico da teoria e terapia cognitivo- comportamental.

Referências

BECK, A. T. Cognitive therapy. In: J.K. Zeig (Ed.), **The evolution of psychotherapy**. New York: Brunner/ Mazel, p. 149- 163, 1987.



BECK, A. T.; ALFORD, B. **O poder integrador da terapia cognitiva**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

BECK, J. **Terapia Cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BIELING, P. J.; KUYKEN, W. Is cognitive case formulation science or science fiction? **Clinical Psychology: Science and Practice**, v. 10, n.1, p. 52-69, 2003.

CAMINHA, R. M.; HABIGZANG, L. F. Avaliação cognitivo-comportamental. In: Caminha, R.M et al.(Org.) **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: teoria e prática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

CLARK, D. A.; BECK, A. T. Cognitive theory and therapy of anxiety and depression. In: Kendall, P. C. & Watson, D. **Anxiety and depression: distinctive and overlapping features**. San Diego: Academic Press, p. 379-411, 1989.

CLARK, D.; STERR, R. Status empírico do modelo cognitivo de ansiedade e depressão. In: Salkovskis, P. M. **Fronteiras da terapia cognitiva**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 83-100, 2004.

DOBSON, K.S.; DOZOIS, D.J.A. Historical and philosophical bases of the cognitive- behavioral therapies. In: Dobson, K.S. **Handbook of cognitive – behavioral therapies**. 2. ed. New York :Guilford, p. 3-39, 2001.

KNAPP, P. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KNAPP, P.; BECK, A. T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo: Associação brasileira de psiquiatria, v. 30, supl. 2, p. 54-64, 2008.



KUHN, R. P.; ANDRETTA, I. (2011). Conceitualização Cognitiva. In: Margareth da Silva Oliveira e Ilana Andretta. **Manual prático de Terapia Cognitivo-Comportamental**. Casa do psicólogo.

KUYKEN, W.; PADESKY C.; DUDLEY, R. **Conceitualização de casos colaborativa: o trabalho em equipe com pacientes em terapia cognitivo-comportamental**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

NEUFELD, C. B. ; CAVENAGE, C. C. Conceitualização cognitiva de caso: Uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 6, n. 2, p. 3-35, 2010.

WAINER, R.; PICCOLOTO, N. M. Conceitualização cognitiva de casos adultos. In: Rangé, B. e Cols. **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. **Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental: um guia ilustrado**. Porto Alegre: Artmed, 2008.



CAPÍTULO II

PSICOLOGIA E LITERATURA INFANTIL: os contos de fadas como um recurso terapêutico

*Gabriella Machado Viana Gomes
Hélida Magalhães da Costa Lima*

Introdução

“Era uma vez...”, provavelmente uma das frases mais famosas e reconhecíveis da literatura, esta é a chave que abre a porta para um mundo de fantasia, encantamento e entretenimento, o mundo dos contos de fadas. Contos de fadas são frequentemente lidos para milhões de crianças e, geralmente, são umas das primeiras histórias que elas aprendem a ler sozinhas. A maior parte das pessoas pode facilmente nomear seu conto de fadas favorito da infância. Não é difícil perceber porque os contos de fadas são tão amados e populares.

Contos de fadas são, entretanto, muito mais que histórias para entreter crianças. Eles estão enraizados em nossa sociedade. Aludindo aos problemas humanos universais, especialmente aqueles relacionados ao universo da criança, estas histórias transmitem significados manifestos e latentes, e tocam todos os níveis da personalidade humana, a mente consciente, pré-consciente e inconsciente.

Este estudo teve por objetivos fazer uma revisão bibliográfica da literatura sobre os aspectos psicológicos com um olhar psicanalítico nos contos de fadas, sob uma visão psicanalítica; apresentar e discutir alguns dos benefícios que a leitura dos contos de fadas oferece



para o desenvolvimento infantil nos planos cognitivo e emocional; sugerir e exemplificar como estas narrativas podem ser utilizadas em um contexto terapêutico.

Este trabalho foi realizado com base em estudos bibliográficos. Foram selecionados livros, artigos e teses de autores especializados nesta temática e, a partir da leitura destes, foram definidos capítulos e subcapítulos pertinentes ao tema central.

A origem e evolução cultural da tradição de contar histórias

A humanidade pensou através de mitos durante a maior parte de sua existência. Os mitos compreendiam o veículo pelo qual a cultura transmitia a sabedoria acumulada através dos séculos. Originados do diferente, da pluralidade, da não obviedade, os mitos eram uma força intelectual que absorvia e centralizava todo o conhecimento cultural e científico disponível em seu tempo para a formação de uma razão, de um sentido lógico para as principais perguntas da humanidade. Toda a sabedoria da época era retratada nos mitos, e os novos acontecimentos e descobertas eram interpretados através deles. Mais do que um simples conjunto de histórias, os mitos eram formas de pensar, que estabeleciam uma visão de mundo (CORSO; CORSO, 2011).

Em grande parte das culturas, não há uma separação clara entre os mitos, os contos folclóricos e os contos de fadas. Alguns contos populares e contos de fadas evoluíram a partir de mitos; outros, foram a eles integrados. Porém, ambos assimilaram as experiências acumuladas por uma sociedade, constituindo uma forma de seus membros recordarem os conhecimentos passados e transmiti-los as futuras gerações (BETTELHEIM, 1980).

Segundo a *UNESCO*, folclore é sinônimo de *cultura popular* e representa a identidade social de uma comunidade através de suas criações culturais, e é um elemento fundamental



dos costumes de cada país. Entre as numerosas manifestações folclóricas se destacam os contos, cujas narrativas possuíam elementos pagãos e religiosos, traduzindo os conflitos e problemas dos camponeses deste período (COMISSÃO NACIONAL DO FOLCLORE, 1995; SCHNEIDER; TORROSIAN, 2009).

As histórias e contos antigos eram narrados por profissionais, que herdavam esse papel de seus antepassados, ou consistiam em uma tradição transmitida de pais para filhos. Na maioria das vezes, a função destas narrativas era apenas a de distrair os habitantes de aldeias camponesas e ajudá-los a passar o tempo. Suas narrativas aconteciam em reuniões sociais, nas salas de costura, nas casas de chá, nas lavouras ou em quaisquer outros espaços em que os adultos se reuniam para trabalhar ou socializar (RADINO, 2001, 2003; CORSO; CORSO, 2006).

Os contos de fadas cativam gerações a séculos, e mesmo antes de serem imortalizados pela escrita, seus relatos orais já eram responsáveis pela formação e transmissão da espiritualidade e cultura de diversas sociedades (OLIVEIRA, 1993; MELLI; CIGLIO, 1999; SOUZA, 2005).

Os mitos, contos folclóricos e contos de fadas, quer sejam suas versões primitivas ou contemporâneas, possuem uma composição semelhante, pois tratam de um universo mágico, habitado por seres fantásticos e sobrenaturais, e no qual os conflitos são resolvidos através de magia ou feitos extraordinários (RESSURREIÇÃO, 2007).

A essência das histórias e contos antigos era construída a partir do imaginário adulto, e a simbologia de seus temas maduros era retratada através de cenas violentas, mortes e assassinatos, adultério, incesto e canibalismo (SCHNEIDER; TORROSIAN, 2009).

Os contos de fadas, em suas versões atuais, surgiram na Europa, mais notadamente na Alemanha e França, a partir do final do século XVII e durante o século XVIII (LUBETSKY, 1989).



Charles Perrault (1628-1703) foi um dos precursores da atualização dos contos. Com o objetivo de adaptar o folclore camponês para a corte do Rei Luís XIV (1638-1715), formada por nobres e letrados, uma parcela da sociedade com mentalidade intelectual e moralista, Perrault editou os contos folclóricos narrados pelos camponeses e servos, eliminando das histórias originais as passagens consideradas imorais e obscenas (SILVA, 2004; SCNEIDER; TORROSIA, 2009).

Diversos fatores contribuíram para a necessidade de modernização dos contos antigos e a eliminação de seus conteúdos adultos e vulgares. A Igreja Católica e o movimento de Contra Reforma dos séculos XVI e XVII disputavam acirradamente o controle e a obediência dos fiéis, destacando estes como a época de maior repressão religiosa na história ocidental. Na transição do século XVII para XVIII, a diminuição da mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida, assim como o começo da Revolução Industrial, colaboraram para o desenvolvimento da noção social de infância, quando esta passou a ser entendida como um tempo de ingenuidade e fragilidade do ser humano. Os moralistas desta época percebiam as crianças como seres frágeis que precisavam ser protegidos e disciplinados. Com a nova configuração social da infância, a Igreja e os pedagogos compreenderam que os contos tinham um potencial pedagógico e disciplinador. Estes possuíam o poder de transmitir valores e modelos a serem respeitados e seguidos (SILVA, 2004).

O conto de fadas como ferramenta lúdica e pedagógica

Ao nascer, a criança começa a interagir com o ambiente familiar, e essa interação continuará ao decorrer de seu crescimento. O progresso das interações do bebê é mediado sempre por uma terceira pessoa, por causa da imaturidade da criança, que mantém-



se dependente por um longo período; pelos estímulos táteis, visuais, auditivos e olfativos, e pelo vínculo afetivo. Quando estimulado corretamente, o bebê se torna uma criança mais ativa, dinâmica, criativa, equilibrada emocionalmente e saudável (SCHIAVO; RIBÓ, 2007).

A leitura de contos de fadas é um excelente recurso para estimular os sentidos da criança ao mesmo tempo em que incentiva a formação de laços afetivos entre ela os pais. Durante o ato de contar histórias, a voz do narrador assume um caráter lúdico e terapêutico, através do relacionamento de quem narra e quem escuta (CALDIN, 2002). Ferro (1995) destaca a “trama afetiva” que a criança cria com o contador da história. Gutfreind (2003) e Bittencourt (1991) referem que o fato de que a criança uma vez se “encantou” pela voz do narrador está diretamente relacionado a fascinação infantil pelos contos de fadas.

É através da comunicação oral que as crianças absorvem a maior parte de seus conhecimentos. A narração é a ferramenta básica do processo de ensino-aprendizagem e é a partir dela que a criança começa a construir sua identidade cultural. Autores contemporâneos consideram a construção social da infância com base na literatura infantil. Eles assinalam o potencial da literatura de subjetivar as crianças, uma vez que esses textos estabelecem um conceito de infância com o qual as crianças se identificam (ZILBERMAN, 1998; RADINO, 2003; HILLESHEIM, 2006).

A Literatura Infantil, em especial os contos de fadas, reflete curiosidades, fantasias e situações emocionais, típicas do universo da criança, além de proporcionar enriquecimento cultural e estimular a aprendizagem. Como mencionado anteriormente, contos de fadas são frequentemente uma das primeiras histórias que as crianças são capazes de ler sozinhas. Existem diversos livros com versões resumidas destes contos, com muitas ilustrações e apenas poucas palavras, disponíveis em livrarias, bibliotecas, lares e salas de aulas,



com o propósito de incentivar a prática da leitura para criança pequenas. Para Pinto (apud MARTINS, 2001), a educação infantil pode se beneficiar da leitura dos Contos de Fadas, pois estes instigam o prazer de ler, aumentam a aquisição de vocabulário, a compreensão textual e o automatismo da leitura rápida, estimulam a criatividade, a inteligência e a afetividade.

Não são somente a narração e a leitura dos contos de fadas, porém, que promovem o desenvolvimento afetivo e cognitivo infantil. O brincar de faz-de-conta, muitas vezes baseados nestas histórias, é essencial para o enriquecimento intelectual e emocional da criança, pois incentiva a imaginação e a criação de laços sociais com seus pares. Além disso, este tipo de brincadeira ajuda a criança a desenvolver o processo de simbolização, pois ela atribuirá significados para si, para os outros e para objetos, que vão além de seus propósitos típicos e da realidade. É a partir do processo de simbolização que as crianças conectam o mundo real ao psíquico (BEE, 2003).

O simbolismo dos contos e sua aplicabilidade terapêutica

No campo da psicologia, geralmente são os psicanalistas que demonstram maior interesse em trabalhar com os contos de fadas, e ao longo dos anos, a interpretação dos símbolos nos contos de fadas, assim como sua relação com o inconsciente, tornou-se um campo desafiador de especulações para uma série de analistas freudianos e junguianos.

Porém, no que diz respeito a análise dos contos de fadas e seus conteúdos psicológicos, a teoria de Jung, e seus seguidores, se destaca. Jung atribuiu uma importância especial para os contos de fadas ao declarar que através deste tipo de literatura é possível entender a anatomia da psique (FRANZ, 1988; 1997; 2002; 2010).

Na perspectiva de Jung, os contos de fadas são uma representação simbólica de problemas universais, dos desejos e



instintos primários humanos e as possíveis soluções para estas questões. Os símbolos presentes em sonhos, fantasias e no próprio inconsciente são extremamente semelhantes ao encontrados nos contos de fadas, no folclore e nos mitos (FRANZ, 1988; 1997; 2002; 2010).

Apesar dos contos de fadas não serem histórias limitadas ao público infantil, os aspectos psicológicos presentes nestas narrativas são, em geral, mais apelativos para as crianças. Eles fornecem uma solução, assim como um uma maneira de lidar com os impulsos inconscientes que causam dilemas em suas vidas. Isto é importante, pois o acúmulo destas pulsões, muitas das quais são negativas, podem causar mal-estar emocional e patologias psicológicas e somáticas. Se é oferecido a criança uma maneira segura de lidar com estas questões, estes dilemas podem ser resolvidos de uma maneira positiva (BETTELHEIM, 1980).

É por esta razão que os contos de fadas têm um valor incomparável, pois a sua forma e estrutura proporcionam novas dimensões à imaginação da criança, na medida que oferece alternativas sobre como lidar com os conflitos humanos básicos de uma maneira que ela não seria capaz de descobrir por si mesma, incentivando seu desenvolvimento psicológico e aliviando as pressões pré-conscientes e inconscientes. Os contos de fadas orientam a criança a descobrir sua identidade e vocação, e também ensinam que as experiências, mesmo as negativas, são necessárias para desenvolver seu caráter (BETTELHEIM, 1980).

Apesar de geralmente serem associados ao universo infantil, os contos de fadas também possuem potencial terapêutico para os adultos, pois fornecem uma maneira não persecutória de executar uma regressão e de reviver os aspectos mais primitivos de sua psique, facilitando a organização de suas experiências e sentimentos e reestabelecendo uma comunicação equilibrada e saudável entre sua realidade interna e externa (HISADA, 1998).



Sonhos, fantasias e os contos de fadas

Freud, em vários de seus estudos, fez analogias aos sonhos, as fantasias e aos contos de fadas. Freud foi na sua área de conhecimento, o primeiro a perceber a natureza simbólica dos contos. Como o mito e o folclore, o conto de fadas influencia e provoca as partes mais primitivas da psique, e os sonhos possuem em seu conteúdo, muitas semelhanças com o material encontrado nestas narrativas. Ambos lidam com opostos ou contrastes, são ilógicos, tem significados manifestos e latentes, usam simbolismos, expõem e expandem o conceito de realidade, são uma forma dramatizada de expressão, contém elementos sexuais, bem como culturais, expressam desejos, possuem humor e empregam mecanismos de condensação, substituição, deslocamento, entre outros (FREUD, 1996).

A jornada do herói como metáfora para solução de conflitos

Em particular, uma desconstrução muito interessante da estrutura dos mitos e contos de fadas foi fornecida por Campbell (2001), que analisa a forma como quase todas as histórias seguem um mesmo padrão. Enquanto as situações variam e os personagens são diferentes, existem, no entanto, semelhanças em termos do processo de desenvolvimento e do enredo. Campbell se refere a esse padrão como a jornada do herói.

A jornada essencialmente começa com o herói em uma pequena aldeia ou comunidade. Algum tipo de agente catalisador ou chamada à ação ocorre - muitas vezes ele é enviado em uma missão, ou sua aldeia é destruída, ou um de seus pais é morto, ou uma combinação destes fatores. O herói é então forçado a deixar a comunidade em busca de vitória, vingança ou redenção. Ao longo do caminho, o herói vai encontrar uma série de companheiros e



adversários, como bruxas, trapaceiros, fadas, sábios, entre outros. A presença de uma donzela em perigo que precisará de socorro, também é característica. Através desses encontros, o herói adquire um benefício que o ajudará em sua jornada, geralmente um instrumento mágico, uma habilidade ou um conhecimento importante para a sua missão. O herói pode, então, usar este benefício e a ajuda de seus novos companheiros para vencer o inimigo e, ao mesmo tempo em que esta batalha ocorre, o herói sofrerá algum tipo de transformação que vai proporcioná-lo crescimento pessoal e será fundamental para a conquista da vitória. Ele, então, volta para a aldeia onde toda a estória começou, porém desta vez ele será saudado como um verdadeiro herói, possuidor de sabedoria, fama, fortuna e amor (CAMPBELL, 2001).

O conto de fadas facilita o manejo e a compreensão dos conflitos, especialmente os pertencentes ao desenvolvimento infantil, porque aborda todas as situações de uma maneira descomplicada e fácil de ser compreendida. Sentimentos como amor, medo, rejeição e impotência, dependência, entre outros, são tratados de uma maneira simples e aberta. Desta forma, as histórias encorajam a introspecção e, graças a elas, a criança tem a oportunidade de refletir sobre seus sentimentos. Os problemas universais apresentados nos contos de fadas são uma confirmação de que a criança não é a única a passar por aquela situação, além de dar esperança de que seu sofrimento é temporário e pode ser superado. Portanto, ao oferecer uma maneira mais simples de visualizar seus problemas, os contos possuem um potencial tranquilizador, para confortar e diminuir os níveis de ansiedade gerados pelos conflitos infantis (CALDIN, 2004).

A ansiedade de separação

Um tipo de ansiedade encontrado de forma subjacente nos contos é a ansiedade de separação, angústia extremamente



comum na infância. Uma grande parte das narrativas começa com um herói solitário, seja porque foi abandonado, ou um ou ambos os pais morreram. Apesar de iniciar sua jornada sozinho e do sofrimento da perda dos pais, o herói ao longo do caminho encontra apoio em outras pessoas e descobrirá força em si mesmo, provando que a conquista da independência é, além de desejável, essencial para atingir seus objetivos de vida (BETTELHEIM, 1980).

O Complexo de Édipo

O Complexo de Édipo também está representado indiretamente na perspectiva dos contos de fadas. Muitas vezes, o herói de uma história precisa derrotar um grande obstáculo para salvar a princesa e ganhar seu amor. Este obstáculo pode ser entendido como a imagem do pai, e a princesa como uma representação da mãe. Porém, isto funciona apenas para o Complexo de Édipo masculino, pois enquanto as meninas desejam o amor do pai apenas para si, elas também precisam do amor e da imagem idealizada da mãe. Este problema é resolvido graças a presença de múltiplas personagens, geralmente fadas e bruxas, boas e malvadas, com características maternas, que podem receber separadamente esses sentimentos ambíguos (BETTELHEIM, 1980).

Essa multiplicidade de personagens é importante não apenas para resolução do Complexo de Édipo feminino, mas também para normalizar a ambivalência de sentimentos em relação a figura materna que são inerentes às relações mãe-filhos. Todas as crianças, meninos e meninas têm a necessidade de ver a mãe como uma pessoa boa, isenta de maldades e defeitos. Mas, a mãe também exerce um papel de educadora, e não é incomum que ela repreenda ou puna seu filho, causando raiva e tristeza na criança e criando um conflito com essa imagem idealizada (BETTELHEIM, 1980).



Os arquétipos nos contos de fadas

Jung defendia a teoria de um inconsciente coletivo, que se refere, de forma breve e superficial, a ideia de que existem crenças inconscientes universais. Isto poderia explicar o porquê dos contos de fadas serem tão populares, e também porque é possível encontrar versões similares destes contos por todo o mundo, mesmo em regiões distantes com diferentes línguas e culturas (FRANZ, 1988; 1997; 2002; 2010).

Os arquétipos são os componentes estruturais do inconsciente coletivo e guiam o caminho para a transformação e desenvolvimento da personalidade humana. A compreensão e o confronto dos arquétipos em um nível consciente tem potencial catártico ao possibilitar a comunicação entre os três níveis, consciente, pré-consciente e inconsciente. Arquétipos podem encontrar expressão através de sonhos, mitos e contos de fadas. Entre os arquétipos mais comuns nos contos, a sombra e o herói são, sem dúvidas, os mais evidentes (FRANZ, 1988; 1997; 2002; 2010).

O arquétipo do herói

É notável, ao observar o padrão estrutural dos contos de fadas, a metáfora entre o arquétipo do herói e o ego em desenvolvimento. No decorrer da história, o herói que antes era simplório e não reconhecido em sua sociedade, enfrentará desafios, e apesar de algumas vezes receber ajuda de terceiros, é apenas através da superação e crescimento pessoal que ele finalmente se transformará em alguém digno de admiração (BETTELHEIM, 1980; CAMPBELL, 2001). Resumidamente, os contos de fadas ensinam as crianças que elas terão que enfrentar dificuldades na vida, mental e fisicamente, porém, através de esforço e dedicação, elas terão sucesso (BETTELHEIM, 1980).



Os contos de fadas são, portanto, a forma literária, fantástica e mágica do processo de desenvolvimento humano que, na vida real, começa com a resistência aos pais e o medo de crescer, e se conclui quando o jovem alcança independência física e psicológica, maturidade moral e não mais vê o outro sexo como uma ameaça (BETTELHEIM, 1980).

O arquétipo da sombra

O inconsciente de uma criança também possui lados negativos e sombrios, que entram em conflito com as imagens que são projetadas nelas, de seres inocentes, afáveis e livres de preocupações. Esses impulsos negativos, as qualidades desagradáveis e inferiores da personalidade humana, são chamados de sombras. A teoria junguiana afirma a necessidade de entender as facetas negativas e sombrias de nossa personalidade. Por essa ótica, a conciliação entre a sombra, enquanto expressão dos lados profundos e obscuros da personalidade, com a mente consciente e moral, é essencial para o equilíbrio psicológico (FRANZ, 1988; 1997; 2002; JUNG, 2004).

As sombras são representadas de várias maneiras nos contos de fadas. A primeira e mais comum personificação que a sombra assume é o vilão. Nos contos de fadas, esse personagem é geralmente uma cópia do herói, porém com um comportamento maldoso. O mal também tem seus atrativos nestas histórias, muitas vezes os vilões são apresentados como figuras fortes e poderosas, e não é incomum que consigam uma vitória passageira. Isto permite que a criança entenda e aceite sua própria sombra sem sentir-se menosprezado ou diferenciado (FRANZ, 1988; 1997; 2002; 2010).

Uma segunda aparição da sombra nos contos de fadas está na figura de um animal antropomórfico. Nos estudos que antecederam a escrita do caso o Homem dos Lobos (1918), Freud afirma que



o conto de fadas oferece à criança uma maneira de pensar que corresponde à uma representação simbólica de si mesma. Neste caso, a criança identifica a si e aos seus impulsos negativos com as características violentas e primitivas do comportamento do animal selvagem (FREUD, 1996).

O conto de fadas e a construção do caráter

A polarização do bem e do mal é nítida nas narrativas fantásticas. Nos contos, os personagens são claramente definidos como bons ou maus, e detalhes menos importante ou ambivalentes são eliminados. A criação de personagens descomplicados facilita que a criança compreenda a diferença entre eles, o que ela não poderia fazer tão facilmente se os personagens fossem retratados de forma mais realista, com todas as diversidades de pessoas reais. Também é mais fácil para as crianças, especialmente as pequenas, se identificarem com personagens simples. De acordo com Bettelheim (1980), as crianças costumam se identificar com o herói não apenas porque ele representa a bondade ou faz o que é correto, elas se identificam porque este é um personagem mais claro e direto, enquanto os vilões costumam ser mais complexos.

Porém, é importante que nos contos de fadas o mal seja tão onipresente quanto a bondade. Sua existência nestas histórias, além de promover o equilíbrio com os lados sombrios da personalidade, alerta e prepara às crianças para a vida real, que também pode ser perigosa e assustadora. Mas, no final dos contos, o vilão sempre é derrotado. Esta fórmula, além de mais realista, incentiva a moralidade, ao confirmar a crença de que o crime, apesar de sedutor, não compensa. Isto é uma maneira muito mais eficiente de estimular a moral e os bons costumes do que apenas a opinião social e o medo de punição (BETTELHEIM, 1980).



Exemplos práticos da aplicabilidade terapêutica dos contos de fadas

Diversos livros, artigos, pesquisas e teses trabalham com a aplicação dos contos de fadas em um contexto terapêutico. Madeiros e Branco (2008) divulgam como proposta para grupos de profissionais da educação e saúde infantil, atividades em arte-terapia relacionadas aos contos de fadas e desenvolvidas no ambiente educacional. Robinson (1986) sugere o uso dos contos de fadas como um modelo para o entendimento da dinâmica de interações na terapia familiar. Ferreira (1991) e Satrapa (2002) propõem a utilização de histórias no acompanhamento clínico de pacientes em internação hospitalar. Chauí (1984) estuda e trabalha a aplicabilidade da simbologia dos contos de fadas no atendimento a crianças vítimas de abuso sexual. Scott (1998) utilizou os contos de fadas como ferramentas no aconselhamento de detentos em tratamento de alcoolismo.

Considerações finais

Contos de fadas são importantes como ferramentas, assim como entretenimento. Eles podem ser usados em diversos contextos terapêuticos, desde o acompanhamento clínico-hospitalar, no ambiente escolar ou até no tratamento do alcoolismo em detentos. O conteúdo psicológico presente nos contos de fadas pode ajudar as crianças em seu desenvolvimento, na construção de seu caráter e no manejo de sentimentos e impulsos que, de outra maneira, elas não conseguiriam. Para os adultos, os contos possibilitam uma regressão catártica. De modo geral, a simbologia dos contos de fadas facilita a compreensão de diversos aspectos da personalidade humana, assim como facilita a estruturação dos conflitos mentais na busca de um equilíbrio psicológico. Seu potencial terapêutico, apesar de já ser discutido há um certo tempo pelos psicanalistas, ainda deverá se desenvolver consideravelmente, tornando-se um recurso comum na prática clínica.



Referências

- BEE, H. **A criança em desenvolvimento**. Tradução: Antônio Carlos Amador Pereira (e) Rosane de Souza Amador Pereira. São Paulo: Haper & Row Brasil, 1997.
- BETTELHEIM, B. **A psicanálise dos contos de fadas**. 19. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.
- BITTENCOURT, A. M. L. Encantos e desencantos dos contos de fada. In: J. Outeiral & R. B. Graña. **Donald Winnicott estudos**. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 136-149, 1991.
- CALDIN, C. F. A oralidade e a escritura na literatura infantil: referencial teórico para a hora do conto. Encontros Bibbi: **Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, v. 13, p. 1-14, 2002.
- _____. A aplicabilidade de textos literários para crianças. Encontros Bibbi: **Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, v. 18, p. 72-89, 2004.
- CAMPBELL, J. **O herói de mil faces**. 10. ed. São Paulo: Cultrix/Pensamento, 2005.
- CHAUÍ, M. Contos de fadas. In: M. Chauí. **Repressão sexual: essa nossa (des)conhecida**. São Paulo: Brasiliense, p. 32-54, 1984.
- COMISSÃO NACIONAL DO FOLCLORE. **Carta do Folclore Brasileiro**. Capítulo I - Conceito. Salvador, 1995.
- CORSO, D. L. & CORSO, M. **Fadas no divã: psicanálise nas histórias infantis**. Porto Alegre: Artmed, 2006.



_____. **A psicanálise na terra do nunca:** ensaios sobre a fantasia. Porto Alegre: Penso, 2011.

FERREIRA, M. P. **Contos de fada como atividade terapêutica.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 40 (4), p. 160-162, 1991.

FERRO, A. **A técnica na psicanálise infantil:** a criança e o analista da relação ao campo emocional. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

FRANZ, ML. V. **O caminho dos sonhos.** Tradução: Roberto Ganbini. São Paulo: Cultrix, 1988.

_____. **Archetypal patterns in fairy tales.** Toronto: Inner City Books, 1997.

_____. **A sombra e o mal nos contos de fadas.** 3. ed. São Paulo : Paulus, 2002.

_____. **O feminino nos contos de fadas.** Tradução: Regina Grisse de Agostino. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud).

FREUD, S. **O Caso Schreber.** Artigos sobre Técnica e outros trabalhos. Volume XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GUTFREIND, C. **O Terapeuta e o Lobo:** a utilização do conto na psicoterapia da criança. São Paulo: Casa do psicólogo, 2003.

HISADA, S. **A utilização de histórias no processo psicoterápico:** uma visão winnicottiana. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

JUNG, C. G. (2004). **A prática da Psicoterapia:** contribuições ao problema da psicoterapia e à psicologia da transferência. Trad. Maria Luiza Appy. 9. ed. – Petrópolis: Vozes, 2004. (In: Obras completas de C.G. Jung; v. 16).



LUBETSKY, M. J. **The magic of fairy tales:** psychodynamic and developmental perspectives. *Child psychiatry and human development*, 19 (4), p. 245-255, 1989.

MADEIROS, A. & BRANCO, S. **Contos de Fadas:** Vivências e Técnicas Em Arteterapia. Wak, 2008.

MARTINS, V. M. V. S. L. **A importância da literatura infantil no desenvolvimento cognitivo da criança.** [s.ed.], 2001.

MELLI, R. & GIGLIO, J. “Enquanto o seu lobo não vem...” Contos de fadas na escola? Relato de uma experiência. *Psico-USF*, 4 (1), p. 13-23, 1999.

OLIVEIRA, F. O. Contos de fada. **Revista de Psicologia Plural**, (5), p. 13-16, 1993.

RADINO, G. Oralidade, um estado de escritura. **Psicologia em Estudo**, 6 (2), p. 73-79, 2001.

_____. **Contos de fadas e a realidade psíquica:** a importância da fantasia no desenvolvimento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

RESSUREIÇÃO, J. B. **A Importância dos Contos de Fadas no Desenvolvimento da Imaginação.** FACOSCAD – Faculdade Cenecista de Osório. Terra de Areia – RS, 2007.

ROBINSON, J. G. Fairy-tales and teaching family therapy. **Journal of Family Therapy**, 8: 383-393, 1986.

SAFRA, G. **Curando com histórias.** São Paulo: Sobornost, 2005.

SATRAPA, A. A utilização de histórias no manejo terapêutico de pacientes hospitalizados. **Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.**, São Paulo, 12 (2), 2002.



SCOTT, E. M. **Within the hearts and minds os prisoners.** Springfield, IL: Thomas Books, 1998.

SCHIAVO, A. Ap. N. & RIBÓ, C. M. E. **Seminário do 16. COLE – Congresso de Leitura do Brasil UNICAMP** - Estimulando todos os sentidos de 0 a 6 anos. Campinas, 2007.

SCHNEIDER, R. E. F. & TOROSSIAN, S. D. **Contos de fadas: de sua origem à clínica contemporânea**, 2009.

SILVA, A. M. O conto de fada e a problemática do pertencimento social. **Revista Espaço Acadêmico**, 4 (39), p. 1-5, 2004.

SOUZA, M. T. C. C. **Valorizações afetivas nas representações de contos de fadas: um olhar piagetiano.** Boletim de Psicologia, 55 (123), p. 1-22, 2005.



CAPÍTULO III

A ANÁLISE FUNCIONAL DO COMPORTAMENTO NO CONTEXTO DA TERAPIA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL

Nilse Chiapetti

Melyssa Kellyane Cavalcanti Galdino

Jandilson Avelino da Silva

Elayne Esmeraldo Nogueira

A terapia analítico-comportamental (TAC) é uma proposta de abordagem clínica aos problemas psicológicos que tem como base teórico-metodológica a análise experimental do comportamento e como base filosófica o Behaviorismo Radical de Skinner. Tais abordagens ou teorias apontam a aprendizagem como elemento fundamental no surgimento e manutenção dos padrões de comportamento, tanto daqueles definidos como adequados quanto dos que são considerados inadequados, dificultando a ajustamento do indivíduo. Suas estratégias de intervenção estão voltadas para o *setting* terapêutico, com ênfase na análise operante do comportamento verbal, na relação terapeuta-cliente e na análise dos eventos privados ou encobertos, mantendo sempre o cunho externalista de causalidade (KERBAUY, 2001; COSTA, 2002).

A TAC propõe uma forma de intervenção clínica que requer a avaliação precisa do comportamento alvo e de sua interdependência com outros comportamentos, a especificação da topografia (forma) do comportamento e de suas dimensões (embora isso seja menos importante do que a função), a história de reforçamento individual, a frequência



e ocorrência dos comportamentos considerados desadaptativos, e fundamentalmente, a análise funcional desses comportamentos (TORÓS, 2001; LOPES, LOPES; LOBATO, 2006).

Em poucas palavras o foco da análise são as relações funcionais entre os estímulos ambientais e as respostas da pessoa, o que permite o processo de resolução dos problemas apresentados pelo indivíduo, ou o planejamento das mudanças comportamentais desejadas.

O terapeuta comportamental busca, via método experimental, descobrir as causas (variáveis independentes) que originaram os comportamentos tomados como desadaptativos (variáveis dependentes) e que fazem parte do problema, assim como os fatores envolvidos na sua manutenção, bem como suas consequências para o indivíduo e para o ambiente. Esse processo, denominado análise funcional do comportamento, constitui-se no aspecto mais difícil da análise comportamental e talvez seja a maior contribuição dessa abordagem para o diagnóstico e a terapia (KERBAUY, 2001; MEYER, 2001; SKINNER, 1953/2003; TORÓS, 2001).

A análise funcional, que está presente em todas as etapas do processo terapêutico, desde o levantamento do problema do cliente (diagnóstico), o planejamento das intervenções terapêuticas e sua implementação, até a avaliação dos resultados das intervenções, assume um papel de centralidade na terapia analítico-comportamental. Trata-se da metodologia, por excelência, da terapia comportamental, referida tanto como forma de investigação quanto de intervenção sobre o comportamento.

Tendo em vista os limites do presente capítulo e os propósitos dos autores, de oferecer uma introdução teórico-prática a acadêmicos de Psicologia e interessados, sobre o tema, abordar-se-á de forma breve o conceito de contingência na análise do comportamento operante, base para a compreensão do conceito de análise funcional



do comportamento, seguido do conceito de análise funcional e da abordagem breve de sua aplicabilidade no contexto da clínica analítico-comportamental.

A tríplice contingência na análise do comportamento operante

Para começar, o Behaviorismo propõe que o comportamento dos organismos é ordenado e passível de ser estudado cientificamente, tal como ocorre nas ciências naturais (COSTA, 2002; FARIAS, 2010). Ademais, decorrente de uma visão determinista e interacionista, o comportamento operante é entendido como resultado da relação entre organismo e ambiente: o organismo age em função de contingências ambientais presentes e passadas (história de aprendizagem). Estamos falando de uma contingência de três termos: $S^D:R \rightarrow S^R$. A tríplice contingência é o modelo essencial para a formulação da interação organismo-ambiente, e constitui-se na própria definição de comportamento, onde S^D refere-se à ocasião em que a resposta ocorre (estímulos ambientais antecedentes ou discriminativos), R é a resposta propriamente dita, e S^R refere-se às consequências reforçadoras (MEYER, 2001).

Skinner (1953/2003) observa que em se tratando de uma interação, quando o indivíduo se comporta (comportamento operante) modifica o ambiente e é modificado por ele, de modo que o ambiente está em constante mudança e o comportamento não é algo fácil de ser descrito, já que não pode ser paralisado para inspeção; está em contínua mudança. Trata-se de um conceito que só pode ser entendido a partir da identificação das circunstâncias em que acontece (SKINNER, 1953/2003). Em outras palavras comportamento é o resultado da interação do organismo com o ambiente. É uma unidade interativa que deve ser analisada sistematicamente, de forma direta, por observação, ou indireta, a partir do relato verbal das relações



funcionais entre o ambiente (estímulos antecedentes e consequentes) e o organismo (respostas) (MATOS, 1999).

Complementarmente ao conceito de comportamento, ambiente refere-se ao conjunto de estímulos que fazem contato com as atividades do organismo, seja produzindo tais atividades (antecedentes) ou sendo produzido por elas (consequências). O termo ambiente pode se referir aos estímulos públicos (sendo, nesse caso, externos ao organismo) e aos estímulos privados ou encobertos (tais como sede, sensações corporais, emocionais, cognições, dor, entre outros). Os eventos privados, nessa perspectiva, também podem controlar o comportamento. A esse respeito Skinner (1953/2003), diz que “(...) o termo ambiente significa presumivelmente qualquer evento no universo capaz de afetar o organismo. Mas parte do universo está circunscrita no interior da própria pele do organismo (p. 281)”.

Nesse ponto é importante lembrar que na concepção behaviorista radical os chamados “fenômenos mentais” não são vistos como entidades mentais de natureza especial, mas como respostas diferentes apenas por ocorrerem “sob a pele” do indivíduo e por terem acessibilidade limitada (TOURINHO, 1995). Vale dizer que os eventos privados (tal como os sentimentos e pensamentos) são fundamentais no *setting* terapêutico, constituindo objeto da análise funcional do comportamento, entretanto é importante lembrar que é nas relações com o ambiente que devem ser buscadas as explicações pertinentes para todo e qualquer comportamento, ou seja, o recorte da análise e da intervenção é externalista (DELITTI, 2001; LEONARDI; BORGES; CASSAS, 2012; MEYER, 2001).

Chiapetti et al. (2013) ilustram o conceito de comportamento como relação entre organismo e ambiente:

(...) há um jogo de basquete onde o adversário exerce uma forte marcação (SD). Então o jogador pode emitir diversos comportamentos,



como falar (alto) coisas para si mesmo ou para os demais (Rs públicas), pensar em estratégias para afastar o oponente ou planejar a sua próxima jogada (Rs encobertas), por exemplo: “sei que serei bem sucedido (descrição do reforçador) se conseguir fazer (R) a bola entrar na cesta”. Assim, ele se comporta como falou ou como pensou, ou seja, diante do comportamento do adversário (SD) ele desvia seu corpo (R) produzindo o afastamento do oponente (SR-) ou lança a bola para a cesta (R) fazendo-a entrar (SR+). Todas as respostas (operantes) emitidas neste momento da partida provavelmente serão selecionadas e terão maior probabilidade de ocorrência em situações semelhantes no futuro, pois produziram consequências reforçadoras positivas (bola na cesta, pontos para o seu time) e negativas (afastamento do oponente) (p. 197).

Outras respostas (operantes) podem ser emitidas conforme as condições antecedentes e consequentes, a depender da história de aprendizagem e das contingências presentes durante a partida. Por exemplo, evitar certos jogadores do time adversário (R), ou passar a bola para o parceiro que está mais próximo da cesta (R) para que este faça a última jogada que produz bola na cesta (SR+). Caso produzam consequências desejadas, apresentarão um aumento na probabilidade de serem emitidas em situações semelhantes (SD). Por outro lado, considerando os mesmos estímulos antecedentes, proximidade da cesta (SD), se o jogador passa a bola (R) para seu amigo e ele erra diversas vezes (P-), a resposta de passar a bola para que ele faça a última jogada (R) tende a diminuir (p. 198).

Por tratar-se de um texto introdutório sobre a análise funcional do comportamento, apresentou-se o paradigma de três termos ($S^D: R \rightarrow S^R$) proposto por Skinner para tal análise. Há



outros fenômenos ambientais que afetam o responder, como é o caso das operações motivadoras/estabelecedoras. Estas variáveis motivacionais, abordadas aqui de forma breve, são definidas em função de seus dois principais efeitos:

(...) efeito estabelecedor do reforço e efeito evocativo. O efeito estabelecedor do reforço é caracterizado pela alteração momentânea da efetividade reforçadora de algum (...) evento; o efeito evocativo (...) é caracterizado pela alteração momentânea da frequência de um tipo de comportamento que tem sido reforçado por aquele (...) evento (CUNHA; MARINHO, p. 30).

As operações motivacionais abolidoras, por outro lado, possuem a propriedade de diminuir o efeito reforçador de um dado estímulo ou aumentar o seu valor punidor. Neste caso, toda a classe operante relacionada a estes estímulos tende a diminuir de frequência. No exemplo do jogo de basquete, uma sequência de derrotas sucessivas da equipe e a pressão do patrocinador podem aumentar o valor reforçador da bola na cesta e a consequente vitória do time. Para uma análise mais completa desses termos ver Cunha e Marinho (2005).

Como vimos, o operante é afetado pelas consequências que produz no ambiente. Os estímulos que antecedem a resposta do organismo, nesse caso, exercem função discriminativa, isto é, sinalizam ao organismo a possibilidade de uma dada resposta ser seguida por uma determinada consequência. Este processo de discriminação é explicado pela história de aprendizagem desse organismo, conforme apontam Sérgio, Andery, Micheletto e Gioia (2008):

O estabelecimento do controle de estímulos antecedentes sobre a emissão da resposta é (...)



produto de uma história específica de reforçamento. Uma história na qual a resposta foi seguida de reforço quando emitida na presença de determinados estímulos e não foi seguida de reforço quando emitida na presença de outros estímulos (...) uma história de reforçamento diferencial. Como resultado dessa história: a) a resposta será emitida dependendo dos estímulos presentes e b) a apresentação de determinados estímulos alterará a probabilidade de emissão da resposta (...). Chamamos de discriminação o controle de estímulos assim estabelecido (p. 12-13).

Skinner (1975/1994) designa o modelo de causalidade do seu sistema psicológico de *modo causal de seleção por conseqüências*, no qual propõe que as causas do comportamento estão nas conseqüências que ele produz, o que mais uma vez nos remete à importância da análise funcional do comportamento. Segundo este modelo, claramente não mecanicista, o comportamento é produto de processos básicos de variação e seleção, de maneira semelhante à teoria da seleção natural proposta por Charles Darwin, ou seja, os comportamentos são selecionados a partir do efeito que produzem no mundo (daí a ênfase nas conseqüências do comportamento por sua função seletiva).

Na perspectiva behaviorista radical, o comportamento humano é determinado por três níveis de variação e seleção - a genética, a história individual e o ambiente social. Nas palavras de Skinner, o comportamento humano é o produto conjunto (1) das contingências de sobrevivência responsáveis pela seleção natural das espécies (filogênese) e (2) das contingências de reforçamento responsáveis pelos repertórios adquiridos por seus membros (ontogênese), incluindo (3) as contingências especiais mantidas por um ambiente social que evoluiu (cultura)



(SKINNER, 1953/2003; 1974/1995). Por conseguinte, os psicólogos de orientação analítico-comportamental investigam como os comportamentos de cada indivíduo foram selecionados pelos efeitos que produziram e produzem no mundo, isto é, buscam pelas contingências instaladoras e mantenedoras de cada repertório comportamental.

O conceito de tríplice contingência é o próprio modelo de análise funcional do comportamento, tanto como forma de investigação quanto de intervenção. Em consonância com o modelo de seleção por consequências, a análise funcional está relacionada a uma noção selecionista de causalidade. A análise volta-se para as “funções” das ações do organismo e para os modos através dos quais as mudanças por elas produzidas afetam a probabilidade de comportamento futuro. A análise funcional requerida identifica relações contingências responsáveis pela aquisição e manutenção de repertórios comportamentais (NENO, 2003).

Esse modelo de causalidade implica em dizer que os comportamentos evoluem, ou seja, modificam-se porque tem uma função na luta dos indivíduos pela sobrevivência. Mesmo comportamentos que possam parecer estranhos ou incomuns não serão interpretados, a princípio, como “patológicos”, simplesmente. São, acima de tudo, funcionais, têm um valor de sobrevivência, já que permitem ao indivíduo acesso a consequências úteis, sociais, sensoriais, ou, por outro lado, a evitação de consequências desagradáveis (MATOS, 1999).

A análise funcional: conceito e aplicação na Terapia Analítico-Comportamental

Em primeiro lugar é necessário considerar que o termo “análise funcional do comportamento”, embora altamente identificado com o início do processo terapêutico, não tem



seu uso restrito à etapa de avaliação, no contexto da clínica comportamental. Como principal instrumento do terapeuta comportamental, a análise funcional norteia sua prática desde a avaliação do repertório do cliente e estabelecimento de objetivos para o tratamento, até o planejamento e implementação da intervenção, quando a análise funcional serve de “mapa” para a manipulação de contingências, visando a produção de efeitos desejados no repertório do cliente.

No que diz respeito ao aspecto avaliativo da análise funcional do comportamento, vale dizer que se trata de identificar relações de dependência entre as respostas de um organismo e o contexto em que ocorrem (estímulos antecedentes), seus efeitos no mundo (eventos consequentes) e as operações motivacionais em vigor (descritas em nota anteriormente). Instrumento fundamental em operação na prática clínica, permite que o clínico interprete a dinâmica de funcionamento do cliente, frequentemente implicada na busca de ajuda, e facilita a tomada de decisões acerca da intervenção necessária para as modificações desejáveis no repertório comportamental (LEONARDI; BORGES; CASSAS, 2012).

Trata-se, portanto, do levantamento das contingências nas quais o comportamento ocorre, na busca de uma relação entre variáveis ambientais e comportamentais. Como refere Skinner, os comportamentos são variáveis dependentes e as variáveis independentes são as contingências ambientais das quais o comportamento é função. Uma resposta sempre é controlada por um estímulo e seguida por uma consequência, que, a depender de cada indivíduo (incluindo sua história de reforçamento, sua condição atual, o contexto onde ocorre o comportamento, entre outros fatores), tende a fortalecer ou enfraquecer o comportamento que a precede (MOURA; GROSSI; HIRATA, 2009).



O principal instrumento conceitual adotado, portanto, para a realização de análises funcionais, é o de contingência, que aparece como central em toda a obra de Skinner (1975/1994), que afirma que formulações adequadas acerca das interações entre um organismo e o seu ambiente devem especificar três elementos, os quais constituem a tríplice contingência: a) a ocasião em que a resposta ocorre (estímulo antecedente); b) a própria resposta; c) as consequências reforçadoras (estímulo consequente). As relações entre eles constituem as contingências de reforço.

De acordo com esse conceito, fazer uma análise funcional do comportamento é identificar a função, ou seja, o valor de sobrevivência desse comportamento. Explicamos um evento, fazendo uma análise funcional, pela descrição de suas relações com outros eventos. Trata-se, portanto, de uma metodologia que nos permite construir uma hipótese sobre um comportamento de interesse, descrevendo as condições ambientais (eventos antecedentes e consequentes) em que aquele ocorre (MATOS, 1999), ou, em outras palavras, permite identificar possíveis variáveis mantenedoras dos comportamentos de interesse.

Particularmente no que se refere à avaliação comportamental a análise funcional é o que lhe confere seu caráter distintivo. Quando iniciamos um processo terapêutico e estamos diante de uma queixa tem início a investigação das contingências ambientais que nos informam como um comportamento-problema se instalou e como é mantido no repertório do indivíduo (SILVARES, 2008). Três momentos da vida do cliente estão envolvidos nessa investigação ou avaliação: o atual, ou seja, como o comportamento-problema se apresenta e como é mantido (contingências atuais), aquelas que marcaram sua instalação ou origem (história de reforçamento), e inclusive sua relação com o psicoterapeuta (DELITTI, 2001).



A análise funcional, em seu aspecto avaliativo, é utilizada, então, para a compreensão do comportamento, a partir da identificação dos estímulos que o desencadeiam e o mantêm. Baseada na análise das contingências em que um comportamento ocorre, permite sua previsão e controle (DELITTI, 2001).

A avaliação (funcional) tem quatro objetivos: a) identificar o comportamento-alvo e as variáveis ambientais mantenedoras; b) determinar a intervenção apropriada; c) monitorar o progresso obtido com a implementação das estratégias de intervenção; d) determinar a eficácia das estratégias implementadas. Fundamenta, pois, a compreensão do caso e a tomada de decisões na clínica (LEONARDI; BORGES; CASSAS, 2012).

Vejamos um exemplo:

Verônica, 5 anos, está no supermercado com a mãe. Próximo ao caixa e a menina vê prateleiras com doces e pede um à mãe. A mãe nega, explicando que está na hora do almoço e que não pode comer doces nesse horário porque, se o fizer, não almoça bem. Verônica insiste, dizendo que não quer almoçar e que quer o doce. A mãe segura a menina pelo braço e a puxa para longe da prateleira de doces, chamando-a de “teimosa” e dizendo que não pode comer o doce. Verônica chora, grita e pede o doce, insistentemente, agora chamando a atenção das pessoas, que observam a cena que a mãe chama de “birra”. Contrariada, com vergonha e com raiva, a mãe dá o doce à menina, que para de fazer “birra”, come o doce e “fica feliz” (como a mãe descreve).



QUADRO 01: Análise de unidades funcionais em um episódio de “birra” – comportamento da criança

| Antecedente S^D | Respostas | Consequências S^{Cs} |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estar no supermercado com a mãe Doces expostos próximos aos caixas no supermercado Privação de doces (operação motivadora) | Verônica pede doce à mãe. | A mãe recusa o pedido da criança e explica o motivo (extinção) |
| Estar no supermercado com a mãe Doces expostos próximos aos caixas no supermercado Privação de doces (operação motivadora) Presença de outras pessoas observando A mãe recusa o pedido da criança e explica o motivo | Verônica reclama, diz que não quer almoçar e que quer muito o doce. (Resistência à extinção) | A mãe segura a menina pelo braço e a puxa para longe da prateleira de doce (extinção/Estímulo aversivo) A mãe a chama de “teimosa e diz que não pode comer o doce (Estímulo Aversivo) |
| Estar no supermercado com a mãe Doces expostos próximos aos caixas no supermercado Privação de doces Presença de outras pessoas observando e mãe incomodada com a situação. A mãe nega o pedido de doce | Verônica faz “birra” (chora, grita, chama a atenção das pessoas). | A mãe dá o doce a Verônica (Reforço positivo). |

Tomemos para análise a interação (quadro 01), que diz respeito à manutenção da classe de comportamentos referidos como de “birra” da criança:



Privada de doces (operação motivadora) e em um ambiente repleto de estímulos que sinalizam uma possível contingência reforçadora, (presença de doces, presença de estranhos, possivelmente facilitando a concordância da mãe), a criança emite o comportamento de pedir o doce à mãe. A recusa da mãe é consequência (extinção) e também é estímulo discriminativo (juntamente com todos os demais mencionados) para a resposta de Verônica de reclamar e insistir pelo doce. Forma-se aqui, então, uma cadeia de comportamentos que tem como função ganhar o doce.

A consequência que se segue é aversiva, pois além de segurar a menina pelo braço e puxá-la para longe da prateleira de doce (extinção e estímulo aversivo), a mãe a chama de “teimosa e diz que não pode comer o doce (estímulo aversivo). De acordo com Skinner (1953) punição e reforçamento são conceitos que devem ser analisados a partir de sua função sobre o comportamento em questão. Sendo assim, nesse caso as consequências apresentadas pela mãe, nesse momento, são aversivas, mas apesar de terem sido provavelmente emitidas pela mãe com o propósito de punir, não podem ser analisadas como punição, uma vez que não diminuíram a frequência do comportamento da menina.

Diante de nova negativa da mãe, agora acompanhada de novos estímulos aversivos, ao lado de outros estímulos presentes, incluindo estar no supermercado, presença de pessoas estranhas observando a cena (a mãe fica visivelmente envergonhada e perturbada), além de uma possível história de aprendizagem marcada por reforçamento positivo e quebra de regras nesse contexto (a mãe provavelmente cedeu outras vezes nessas condições), Verônica se engaja nos comportamentos de “birra” descritos, evidenciando o que se caracteriza como variabilidade do comportamento - ela pedia o doce e agora faz birra, e resistência à extinção. A birra é aversiva para a mãe e esta finalmente dá o doce a Verônica, provavelmente fortalecendo comportamentos da mesma classe (fazer “birra”) em contextos semelhantes.



Pode-se ainda fazer a análise funcional do comportamento da mãe, na situação:

No Quadro 02 podemos observar que o comportamento da mãe de reforçar o comportamento de birra da filha é mantido por contingências de reforçamento negativo: imediatamente a filha parar de chorar e gritar no supermercado (interrupção de estímulo aversivo).

QUADRO 02: Análise de unidades funcionais em um episódio de “birra” – comportamento da mãe.

| Antecedente S^D | Respostas | Consequências S^{Cs} |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Filha pede doces no supermercado Hora do almoço | Nega o doce e explica o motivo (horário do almoço). | A filha pede o doce com mais insistência (reclama e diz que não está com fome) (estímulo aversivo) |
| Hora do almoço Filha insiste (reclama e diz que não está com fome). Pessoas observando. | A mãe puxa a menina para longe da prateleira de doce e a chama de “teimosa, dizendo que não pode comer o doce. | A filha faz “birra”, chamando a atenção das pessoas Mãe sente-se envergonhada e com raiva (punição positiva) |
| A filha faz birra, chamando a atenção das pessoas Pessoas observando | A mãe sente vergonha e raiva (respondentes) e dá o doce à menina (fuga/esquiva) | A criança interrompe a birra e come o doce quieta (reforço negativo) |



Além do estímulo aversivo do choro e reclamações insistentes da menina, temos como ambiente aversivo também a presença de outras pessoas observando a cena, que aumentam a probabilidade da mãe de ter comportamentos de fuga dessa situação, ou seja, fazer com que a menina pare de pedir o doce. Assim, o seu segundo comportamento de negar, além da função de tentar educar e impor limites à criança, também têm como função fazer com que a criança pare de insistir e que ela ponha fim à situação aversiva de ter pessoas olhando (e possivelmente julgando) sua relação com Verônica. A mãe então emite estímulos aversivos, puxando Verônica pelo braço e chamando-a de teimosa. Entretanto, a criança continua a insistir e emite estímulos ainda mais aversivos para a mãe, como, chorar e gritar (fazer “birra”). Nesse momento, provavelmente, os estímulos de sensação de vergonha e de ter pessoas assistindo a cena tornam-se mais aversivos e superam (ao mesmo tempo em que se contrapõem) à sensação de educar a filha, que é reforçador. O sentimento de vergonha e raiva (respondentes com função de estímulos discriminativos) provavelmente controlam o comportamento de fuga da situação, no qual a mãe se engaja quando dá o doce para a criança, que imediatamente para de chorar, promovendo sensação de alívio da mãe.

O presente caso ilustra como o analista do comportamento deve estar sempre atento às diversas contingências presentes na situação. Fazer uma análise funcional, portanto, não é apenas especificar os três termos da contingência tríplice (SD: R→SC): a situação em que a resposta ocorre, a própria resposta e as consequências do responder. Mais do que isso, é compreender a relação entre as variáveis envolvidas no responder.

A dimensão interventiva da análise funcional é diretamente decorrente da dimensão avaliativa. Como bem observa Matos (1999), a análise funcional consiste em explicar um evento a partir



da descrição de suas relações com outros eventos. Quando fazemos isso, ou seja, identificamos as variáveis importantes para a ocorrência de um fenômeno, podemos não apenas exercer controle sobre ele no futuro (intervir sobre ele), mas também planejar condições de generalização e manutenção desse fenômeno (ou das mudanças obtidas via processo terapêutico).

Vale dizer que quando o cliente aprende a fazer análises funcionais do seu próprio comportamento, e assim, aprende a manejar a contingências ambientais que controlam o seu comportamento, pode-se dizer que houve sucesso em produzir efetivamente as melhores condições para a promoção da generalização dos efeitos da terapia e a manutenção dos ganhos do processo. Nesse caso o cliente torna-se competente para colocar em operação o que aprendeu no processo em seu próprio benefício, evidenciando a importância da análise funcional não apenas como método de avaliação, mas fundamentalmente, de intervenção.

Posto isto, evidencia-se a importância da análise funcional no contexto da Terapia Analítico-Comportamental. É importante destacar que comportamentos complexos são selecionados por contingências complexas, as quais possam ter originado e estar mantendo padrões de comportamento que trazem sofrimento ao indivíduo (NENO, 2003). Consequentemente, mudanças de comportamentos são buscadas a partir de rearranjos nas contingências que os controlam (COSTA, 2002; COSTA; MARINHO, 2002), o que se baseia em análises funcionais do comportamento. Dito de outra forma, mudanças no comportamento só se dão quando ocorrem mudanças nas contingências, e isso depende da realização de análises funcionais dos comportamentos alvo. Por isso, a análise funcional é fundamental sempre que o objetivo seja o de predição ou controle do comportamento (MEYER, 2001).



Análise funcional: como conduzir

Matos (1999) refere cinco passos ou procedimentos básicos para a realização de análises funcionais do comportamento, que podem ser assim estabelecidos:

1. Definir com precisão e operacionalmente o(s) comportamento(s) de interesse, por meio da observação e/ou relatos de outras pessoas a respeito.

2. Identificar e descrever o efeito comportamental (variáveis dependentes). Tal propósito supõe a especificação do comportamento, incluindo, por exemplo, o registro de frequência de ocorrência, duração, entre outros elementos.

3. Identificar relações ordenadas entre variáveis ambientais e o comportamento de interesse (estímulos antecedentes e/ou consequentes), bem como entre este último e outros comportamentos existentes no repertório. A busca de uma relação ordenada entre variáveis ambientais e comportamentais supõe a distinção de quais eventos mantém uma relação com o evento comportamental na situação consequente, bem como quais eventos são condições para a ocorrência do comportamento em questão nas situações antecedentes.

4. Formular previsões sobre os efeitos de manipulação dessas variáveis e dos outros comportamentos (manipulação de contingências) sobre o comportamento de interesse. É importante descrever a natureza das relações de consequenciação: reforçamento positivo ou negativo, punição, fuga ou esquivas, o que facilita a previsão de ocorrências futuras do comportamento. Ademais deve-se identificar se condições antecedentes envolvem apenas eventos físicos ou também comportamentos (só da pessoa ou de outras).



5. Testar essas predições, o que pode ser efetuado, por exemplo, por meio de uma intervenção clínica, educacional, institucional ou de uma investigação de laboratório.

De forma complementar, Mallot, Whaley e Mallot (1997, apud MATOS, 1999) sugerem algumas medidas para facilitar a análise funcional de comportamentos de interesse, entre os quais destacam:

a) Identificação do comportamento de interesse, o qual deve ser enunciado em termos conceituais e de ação (classes de comportamento, por exemplo, “a criança faz birra”). É necessário verificar a frequência de ocorrência das ações e da classe de comportamentos.

b) Especificação do produto de cada ação/classe de ações. Verificar sua natureza; é uma condição reforçadora ou aversiva; sua ação se faz por apresentação, remoção ou impedimento? Os produtos são consequências sociais ou naturais? São consequências mediadas por agentes sociais? Quais?

c) Identificação das condições antecedentes e/ou presentes quando o comportamento ocorre. Identificar, nesse sentido, as condições motivadoras, as operações estabeledoras (condições para que a relação funcional entre estímulos e respostas seja possível), os estímulos discriminativos (indicativos de que uma ação poderá ou não ser seguida por reforço), comportamentos que ocorrem antes do comportamento de interesse e sua relação com o comportamento principal (necessidade, pré-requisito ou ocorrência acidental com o comportamento principal).

d) Ordenação dos comportamentos pré-correntes (necessários e facilitadores) e os de interesse, por hierarquia



(força dos comportamentos) ou por cronologia (seqüência dos comportamentos).

e) Ordenação dos comportamentos: Organização dos comportamentos observados observações em três colunas: condições antecedentes, comportamentos e condições consequentes. Verificar se não existem lacunas nas três colunas.

f) Análise do que precisaria ser feito para facilitar, impedir ou dificultar a ocorrência do comportamento.

g) Análise da direção a ser assumida para a alteração das condições antecedentes e consequentes (ex: reforçamento, punição, reforçamento de comportamentos incompatíveis, etc.).

Para uma compreensão mais aprofundada sobre a forma de realizar análises funcionais do comportamento, sugere-se a leitura de Costa e Marinho (2002), Matos (1999) e Moura, Grossi e Hirata (2009).

Meyer (2001) trata apresenta algumas dificuldades na realização de análises funcionais do comportamento na clínica, destacando a identificação da unidade de análise ou de classes de resposta, a definição de classes de eventos antecedentes e consequentes, e o fato de que a identificação dos estímulos antecedentes, das respostas e dos estímulos consequentes não é suficiente para a predição e controle do comportamento, ou seja, há outros elementos fundamentais para que se possa produzir mudança, incluindo a história de reforçamento.

Algumas dessas dificuldades são contempladas nas recomendações acerca da forma de realizar análises funcionais, como apresentadas anteriormente. Para uma abordagem dessa temática sugere-se a leitura de Meyer (2001).



Considerações finais

O processo terapêutico dirige-se ao aprendizado de novas maneiras de agir, ampliando-se, assim, o repertório comportamental do cliente, visando fortalecer comportamentos desejados, em substituição aos que causam sofrimento (DEL PRETTE, 2011). Como bem lembra Meyer (2001), mudanças comportamentais demandam modificações nas contingências, e estas fundamentam-se em análises funcionais. A análise funcional do comportamento é a ferramenta de trabalho que norteia a atuação do terapeuta analítico-comportamental, permitindo que este identifique as contingências que estão operando, e infira sobre aquelas que provavelmente operaram no passado sobre o cliente em questão e seu repertório. O estabelecimento de relações de contingências é o primeiro passo para que se possa propor ou alterar padrões de comportamentos.

Uma análise funcional, na prática clínica, produz uma definição funcional, o que inclui a presença de um estímulo antecedente ou discriminativo, uma ação do indivíduo e uma consequência, que pode ser um reforçador positivo (produzindo aumento da frequência da resposta), um reforçador negativo (produzindo fuga e/ou esquiva, por exemplo), ou uma punição (produzindo declínio da resposta). A análise funcional do comportamento indica as variáveis importantes para a ocorrência de um fenômeno, permitindo, por isso mesmo, intervenções mais eficazes.

Mudanças no comportamento só se dão quando ocorrem mudanças nas contingências. Por isso, a análise funcional é fundamental sempre que o objetivo seja o de predição ou controle do comportamento, o que certamente descreve a tarefa do psicólogo clínico (MEYER, p. 30, 2001).



Referências

COSTA, N. **Terapia Analítico-Comportamental:** dos fundamentos filosóficos à relação com o modelo cognitivista. Santo André: ESETEC, 2002.

COSTA, S.E.G.C.; MARINHO, M. L. Um modelo de apresentação de análise funcionais do comportamento. **Estudos de Psicologia** (Campinas), n. 19, v. 3, p. 43-54, 2002.

CHIAPETTI, N. et al. Reflexões sobre a Terapia Analítico-Comportamental: das bases filosóficas e metodológicas à prática clínica. In: ALVES, N.T. et al. (orgs). **Psicologia:** reflexões para ensino, pesquisa e extensão. p. 191-229, João Pessoa: Editora da UFPB, 2013.

DELITTI, M. Análise funcional: o comportamento do cliente como foco da análise funcional. In: B. RANGÉ (org.). **Sobre comportamento e cognição:** a prática da análise do comportamento e da Terapia Cognitivo-Comportamental, n. 2, p. 35-42. São Paulo: ESETEC, 2001.

FARIAS, A. K. C. R. Por que Análise Comportamental Clínica? Uma introdução ao livro. In: A.K.C.R FARIAS et. al. (Orgs.). **Análise comportamental clínica:** aspectos teóricos e estudos de caso, p. 19-29. Porto Alegre: Artmed, 2010.

KERBAUY, R.R. Contribuição da psicologia comportamental para a psicoterapia. In: DELITTI (org.). **Sobre comportamento e cognição:** a prática da análise do comportamento e da Terapia Cognitivo-Comportamental, n. 2, p. 1-7. São Paulo: ESETEC, 2001.

LEONARDI, J.L.; BORGES, N.B.; CASSAS, F.A. Avaliação funcional como ferramenta norteadora da



prática clínica. In: N.B. BORGES; F.A. CASSAS (orgs.). **Clínica Analítico-Comportamental: aspectos teóricos e práticos**, p. 105-109, Porto Alegre: Arned, 2012.

LOPES, E. J.; LOPES, R. F. F.; LOBATO, G. R. Algumas considerações sobre o uso do diagnóstico classificatório nas abordagens comportamental, cognitiva e sistêmica. **Psicologia em Estudo**, n. 1, v.11, p. 45-54, 2006.

MATOS, M.A. Análise funcional do comportamento. **Estudos de Psicologia**, n. 16, v. 3, p. 8-18, 1999.

MEYER, S.B. O conceito de análise funcional. In: M. DELITTI (org.). **Sobre comportamento e cognição: a prática da análise do comportamento e da Terapia Cognitivo-Comportamental**, v. 2, p. 29-34. São Paulo: ESETEC, 2001.

MOURA, C.B.; GROSSI, R.; HIRATA, P. Análise funcional como estratégia para a tomada de decisão em psicoterapia infantil. **Estudos de Psicologia** (Campinas), n. 26, v. 2, p. 173-183, 2009.

NENO, S. Análise funcional: definição e aplicação na Terapia Analítico-Comportamental. **Revista Brasileira de terapia comportamental e cognitiva**, n. 5, v. 2, p. 151-165, 2003.

SÉRIO, T.M.A. P.; ANDERY, M.A.; MICHELETTO, N.; GIOIA, P.S. **Controle de estímulos e comportamento operante: uma (nova) introdução**. São Paulo: Educ, 2008.

SILVARES, E. F. M. Avaliação e intervenção clínica comportamental infantil. In: E.F.M. Silves (Org.) **Estudos de caso em psicologia clínica comportamental Infantil: fundamentos conceituais, estudos grupais e**



estudos relativos a problemas de saúde, v. 1, p. 13-30, 5. ed, Ed. Papyrus: Campinas, 2008.

SKINNER, B. F. (1953). **Ciência e comportamento humano**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

SKINNER, B. F. (1974). **Sobre o Behaviorismo**. São Paulo: Cultrix, 1995.

SKINNER, B.F. (1975). **Ciência e comportamento humano**. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

TORÓS, D. O que é diagnóstico comportamental. In: M. DELITTI (org.). **Sobre comportamento e cognição: a prática da análise do comportamento e da Terapia Cognitivo-Comportamental**, v. 2, p. 94-99, São Paulo: ESETec, 2001.

TOURINHO, E.Z. **Eventos privados em uma ciência do comportamento**. Trabalho apresentado no IV Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental. Campinas, 1995.



CAPÍTULO IV

PSICOLOGIA HOSPITALAR X PSICOLOGIA DA SAÚDE: especificidades sobre o tema

Silvana Carneiro Maciel

A individualidade mais importante do hospital não é o seu diretor, nem o contribuinte, nem o médico, nem a enfermeira, nem o secretário; a individualidade mais importante do hospital é, sem dúvida, o enfermo (GOLDWATER).

Apresentação

O presente capítulo versará e priorizará a temática da Psicologia Hospitalar sem ignorar a existência da Psicologia da Saúde, entendendo que esta é mais abrangente e envolve uma visão mais ampla que abarca os fatores biológicos, comportamentais e sociais que influenciam na saúde e na doença, podendo atuar em contextos diversos como hospitais, centros de saúde comunitários, organizações não governamentais dentre outros espaços (APA, 2003).

De acordo com Castro e Bornholdt (2004) a Psicologia da Saúde fundamenta o seu trabalho na promoção e na educação para a saúde, que objetiva intervir com a população antes que se instale alguma doença, ou seja, atua a nível primário. Já a Psicologia Hospitalar tem sua função centrada nos âmbitos secundários e terciários de atenção à saúde, atuando em instituições de saúde, mais especificamente os hospitais.



Para falar mais especificamente sobre o tema Psicologia Hospitalar se faz necessária uma retrospectiva na história dos hospitais e do psicólogo neste contexto, procurando mostrar o percurso realizado pelos psicólogos ao adentrarem no contexto hospitalar, que assume um novo saber e configura uma nova área de atuação para a Psicologia: a Psicologia Hospitalar.

A Psicologia Hospitalar surge diante de uma demanda social e passa a atuar em questões que também envolvem o corpo e o trabalho em equipe. A Psicologia sai do âmbito privado do consultório e adentra nas instituições hospitalares exigindo nova postura e novas intervenções, onde o psicólogo deve se preocupar com questões além das fantasias, devendo ter um olhar para o sofrimento orgânico, para as perdas corporais, para os procedimentos cirúrgicos, para o uso de dietas e de medicamentos, para as dores que envolvem a morte e o viver com patologias que muitas vezes mudam a vida dos que com elas devem conviver por toda a vida.

Contudo, e apesar da importância do psicólogo no contexto hospitalar, a formação desses profissionais ainda é falha, por não prover o instrumental teórico e técnico necessário para atuação dos psicólogos em instituições hospitalares, o que pode ser comprovado pela estrutura curricular dita generalista, mas que na verdade tende a privilegiar uma ou outra corrente de pensamento da Psicologia, muitas vezes clínica individual, o que faz com que áreas importantes de reflexão não sejam discutidas nem incorporadas à formação acadêmica dos futuros profissionais.

Diante destas questões, este capítulo tem o objetivo principal de tecer considerações acerca da Psicologia Hospitalar de forma a contribuir para a capacitação de profissionais que já estão no campo e para a formação de estudantes de Psicologia que queiram conhecer ou mesmo se aprofundar e refletir sobre as questões que dizem respeito à Psicologia Hospitalar abarcando teoria e prática.



História dos hospitais e do psicólogo hospitalar

Até o século XVIII, o hospital era essencialmente um local de assistência aos pobres, administrado por religiosos, possuindo, inicialmente, a função de acolher os soldados durante as longas viagens, abrigar idosos, marginais, pessoas doentes e os rejeitados pela sociedade como os doentes mentais, os deficientes, os leprosos e as prostitutas, posto que muitos hospitais eram construídos afastados dos grandes centros urbanos, numa atitude de segregação de tais indivíduos. Os chamados Hospitais Gerais que, apesar do nome, não tinham qualquer função curativa, destinavam-se a limpar as cidades dos mendigos e antissociais em geral, a prover trabalho para os desocupados, punir a ociosidade e reeducar para a moralidade, mediante a instrução religiosa e moral (ALMEIDA, 1965).

O enclausuramento de mendigos, desempregados e pessoas sem teto em asilos, como ressalta Desviat (1999), foi uma das respostas do século XVII à desorganização social e à crise econômica provocada na Europa pelas mudanças estabelecidas nos modos de produção, um enclausuramento na intenção de ocultar a miséria e os problemas sociais da época.

É evidente que o internamento, em suas formas primitivas, funcionou como um mecanismo social e que esse mecanismo atuou sobre uma área bem ampla, dado que se estendeu dos regulamentos mercantis elementares ao grande sonho burguês de uma cidade onde imperaria a síntese autoritária da natureza e da virtude. Daí a supor que o sentido do internamento se esgota numa obscura finalidade social que permite ao grupo eliminar os elementos que lhe são heterogêneos ou nocivos. O internamento seria, assim, a eliminação espontânea dos “a-sociais”. (FOUCAULT, 1972, p. 79).



Com o advento do Cristianismo surge a preocupação com o bem-estar do homem a nível orgânico e, sobretudo, mental/espiritual; os hospitais passaram a tratar seus pacientes de modo mais humano, proporcionando melhorias nos atendimentos e na socialização desses indivíduos. Contudo, essas instituições ainda geravam separação e exclusão, onde o objetivo de quem trabalhava no hospital não era fundamentalmente obter a cura do paciente, mas alcançar benefícios religiosos/espirituais como a sua própria “salvação eterna” (FOUCAULT, 2001).

Ainda no século XVIII, na “grande internação”, com o advento do capitalismo, surgiram críticas ao enclausuramento em massa, que passou a ser percebido como desperdício de trabalho e de vidas humanas e um pesado custo para a sociedade, tendo em vista que nesse sistema econômico o indivíduo passou a ser visto como produtor de riqueza, já que esta é fruto do trabalho humano. Toda política assistencial que impera nesse momento traz embutida em si a grande divisão entre os indivíduos que podem vir a ser produtivos e os que não podem. O advento do capitalismo exige a produção de uma população geradora de valores, sendo, portanto, necessário o redimensionamento do mundo da exclusão, para onde era encaminhada uma parte substancial da população. Resolve-se, pois, suprimir o internamento como símbolo da antiga opressão e restringir, na medida do possível, a assistência hospitalar. (BIRMAN, 2003; DESVIAT,1999; FOUCAULT, 1972)

Quando, a partir do século XVIII, a medicina veio a ser incorporada ao hospital, assumindo o seu controle, passou-se a acreditar que este pudesse exercer uma ação terapêutica eficaz; “é então que o hospital adquire o estatuto da contemporaneidade” (ANTUNES, 1991, p. 162-163).

O nascimento do hospital, em fins do século XVIII, prenunciava uma organização contemporânea; surge como instrumento terapêutico concomitantemente com a mudança de



paradigma que instituiu a racionalidade anatomoclínica como fundamento da medicina e a importância do papel do médico nesse cenário. A partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço se torna uma técnica terapêutica, o médico passa a ser o principal responsável pela viabilidade do hospital (VENDEMIATTI et al., 2010).

Outros fatos que contribuíram para que alcançássemos as atuais estruturas hospitalares foram: o desenvolvimento da tecnologia com aparelhos computadorizados facilitadores do diagnóstico, as descobertas de anestésicos mais potentes, de medicamentos mais eficazes, procedimentos cirúrgicos mais efetivos proporcionando o aumento da sobrevivência do paciente, o desenvolvimento da genética que permitiu desvendar as causas de determinadas doenças, podendo agora não só tratá-las, mas também preveni-las, dentre outras evoluções técnico-científicas.

A organização hospitalar passa a ser tida como uma das mais complexas estruturas com a atuação médica permanente, sobretudo, por apresentar uma equipe multidisciplinar com certo grau de autonomia para dar assistência à saúde em caráter preventivo, curativo e reabilitador a pacientes hospitalizados. Assim, o hospital passa a fazer parte do processo de promoção da saúde, enquanto subsistema de cuidados secundários (por exemplo, cura e tratamento) e terciários (reabilitação e reintegração), para além de lugar de ensino e de investigação exclusivamente biomédica (VENDEMIATTI et al., 2010).

Atualmente, o hospital tem uma função mais ampla que o tratamento de doenças, abrange questões clínicas, sociais e educacionais, atuando no tratamento e na prevenção das patologias, vendo o homem como ser biopsicossocial. Assim sendo, o hospital até nossos dias vem ocupando um lugar de destaque, onde se utiliza tecnologia sofisticada e de ponta, com a finalidade de atender às exigências dinâmicas desse espaço em constante mudança.



A Psicologia Hospitalar, também, surgiu respaldada por todas essas transformações no saber social, médico e hospitalar, buscando as causas do sofrer não só no orgânico e social, mas também no psíquico. Por isto, não podemos nos esquecer da imensa contribuição dada por Freud nos seus estudos e trabalhos com as histéricas. Na época, as histéricas chegavam aos hospitais apresentando uma série de alterações orgânicas como paralisias corporais, mudez, convulsões e cegueira para as quais os médicos não encontravam substrato orgânico ou social que as justificassem, deixando-os intrigados e atônitos com tal patologia. Foi Freud quem primeiro apontou a relação dos sintomas histéricos com os problemas de ordem psíquico-emocional, abrindo espaço para a subjetividade da histérica e seu discurso. Inicialmente Freud e suas teorias foram muito criticados, pois ele trabalhava com questões da ordem do subjetivo, sendo considerado não científico. Mas, com o tempo os estudos da subjetividade foram tomando vulto e sendo aceitos na comunidade científica, estando presentes na atualidade em muitos estudos no campo da psicologia clínica, da psicossomática e da Psicologia Hospitalar.

Contudo e apesar do trabalho com a subjetividade, a aceitação do psicólogo hospitalar não ocorreu de modo tão fácil e tão tranquilo. A prática hospitalar exigia um salto de nível e trouxe à tona hiatos teóricos e técnicos que foram demonstrados no fazer hospitalar. Os instrumentos desenvolvidos e consagrados na psicologia clínica apresentavam limitações inevitáveis, mostrando-se insuficientes para atender às necessidades concretas das demandas do trabalho hospitalar, por ser este um novo campo de atuação, que precisava de novo suporte teórico e técnico; contudo, basicamente, este só foi desenvolvido na década dos anos 60. Nessa perspectiva a prática assistencial permitiu uma mobilização que acarretou no questionamento dos princípios da própria ideologia terapêutica, levando à revisão de seus fundamentos. Foram os urgentes problemas



práticos criados para a instituição que obrigaram a reformulações dos métodos atuais de tratamento e à busca por novos métodos que se adequassem às novas demandas, conforme explicita Fiorini (2008).

Hoje, podemos dizer que a Psicologia Hospitalar está firmada no seu espaço, o que demonstra o grande avanço conseguido por esta área da Psicologia há pouco despertada no Brasil, exigindo, pois, uma divulgação não só da necessidade da inserção do psicólogo no hospital, mas, sobretudo, dando destaque ao papel e à atuação deste no contexto hospitalar.

Como ressalta Perez (2007), o trabalho do psicólogo hospitalar visa especialmente permitir adaptação aos medos, fantasias e expectativas do doente frente à hospitalização, possibilitando também um trabalho em equipe de forma multiprofissional e humanizada através da troca de experiências entre todos os envolvidos nesse processo, para favorecer o alívio da ansiedade e a elaboração psíquica por parte do sujeito diante de sua doença.

A inserção do psicólogo no hospital exige técnica específica, diferenciada da clínica, delimitando para o psicólogo os seus limites e suas possibilidades no trabalho hospitalar, pautando suas condutas na ética do trabalho psicoterápico em equipe e, sobretudo, em situações específicas como doença, morte, cirurgias, prontuários, transfusões sanguíneas, fragilização emocional e dependência do paciente em relação à equipe e aos procedimentos médicos, enfim, todo um arsenal de especificidades que circunda a instituição hospitalar e o trabalho com seres humanos.

O saber psicológico dentro do hospital

A entrada do profissional da Psicologia nas instituições de saúde coincide com as modificações paradigmáticas no modo de conceber a doença e o adoecer, num momento em que a subjetividade surge como um instrumento de contraponto com



os avanços tecnológicos, entendendo que o processo de adoecer tem um sentido para o próprio paciente. O paciente traz com sua doença a sua história, e o adoecer implica numa conceituação onde o primeiro aspecto tangível é a ausência de saúde, a falta de condições orgânicas para enfrentamento das manifestações adversas.

Ao se inserir no campo da saúde a Psicologia precisou rever seus postulados a partir do entendimento do quão complexo e significativo é o trabalho nas instituições que prestam serviços de atendimento hospitalar, onde profissões, patologias, subjetividades e procedimentos se entrelaçam, completam-se, tornando o papel do psicólogo mais evidente. Para Angerami-Camon (2002) no contexto hospitalar a humanização do tratamento dos pacientes e das relações faz emergir a necessidade cada vez maior do trabalho do psicólogo. O profissional da Psicologia tem trabalho entrelaçado ao dos demais profissionais e depende da dinâmica de funcionamento do hospital para construir seu *setting*, seu momento de intervenção e atuar, de forma a diminuir o sofrimento causado pelo processo de hospitalização e pelo próprio adoecer, tanto para o paciente como para seus familiares.

Para Angerami-Camon (2001) uma doença transcende o arcabouço orgânico, possui aspectos que dimensionam uma conceituação que não pode ser aprisionada num determinado prisma isolado. Oliveira e Ismael (1995) destacam que mesmo diante da emergência do trabalho do psicólogo nas instituições de saúde, a sua atuação se reveste de um fazer pouco explorado em suas implicações conceituais e práticas. De modo geral, não só os conhecimentos científicos são instrumentais da Psicologia, mas, sobretudo, a sua visão de Homem, a sua leitura acerca das diferenças sociais, o seu olhar sobre o Humano e sobre a Vida.

Partindo do que afirmou Romano (1999), que o psicólogo hospitalar precisa exercer um olhar clínico, literalmente, à beira do leito, junto ao paciente, “pois não é a sua linha teórica que o



identificará, mas quem com ela se beneficia” (ROMANO, 1999, p. 25), advoga-se que os fenômenos psicológicos envolvidos nos processos da doença orgânica devem ser levados em conta, devendo haver um trabalho simultâneo e não exclusivo dos aspectos físicos e psicológicos.

Mas não só os pacientes e a família sofrem com a situação de hospitalização, como também os profissionais dos mais variados níveis hierárquicos são atingidos pelos efeitos de trabalhar diariamente em contato com a delicada fronteira entre a saúde e a doença, entre a vida e a morte, envoltos em toda a tensão gerada por esses confrontamentos. Neste sentido, Romano (1999) destaca que o psicólogo chega ao hospital com enormes possibilidades de atuação e intervenção. No dizer de Bleger (1992) o psicólogo dentro do hospital é um agente de mudanças e depositário de conflitos.

Por isso, o psicólogo precisa estar preparado emocionalmente para trabalhar no contexto de assistência à saúde, buscando apoio através de uma supervisão, assim como a compreensão das implicações emocionais do seu envolvimento, resultante do contato tão direto com a vida e a morte. É preciso buscar, estudar, capacitar-se, especializar-se, aperfeiçoar-se, resultando em tudo isso uma assistência completa, sólida e estruturante, como afirmou Oliveira e Ismael (1995):

Para a própria preservação do espaço destinado à Psicologia na instituição hospitalar, cabe ao psicólogo demarcar com a clareza da sua prática, com os recursos da sua técnica, com suas formulações o campo pelo qual é responsável, para ir construindo e fazendo sua história (OLIVEIRA; ISMAEL, 1995, p. 53).

Além disso, a inserção do psicólogo nas instituições de saúde significa adaptações teórico-práticas, pois muitas vezes os papéis não estão bem delimitados nem pela instituição nem tampouco



pelo profissional. O psicólogo na área hospitalar na maioria das vezes encontra um espaço resistente, já que sua inserção antes não era prevista, devido à supervalorização dos aspectos orgânicos em detrimento dos psíquicos (CHIATTONE, 2000).

Diante do que foi exposto, o psicólogo na área de Psicologia Hospitalar pode encontrar um local hostilizado, onde sua função, embora necessária, ainda é inexistente e precisa ser “inventada” e “reinventada” a cada dia. Contudo, o hospital como instituição secular vem demonstrando que pode haver espaço para as diversificadas áreas que interatuam na promoção da saúde. Dessa forma, gradativamente o modelo biomédico passou a ser questionado por não fornecer uma compreensão profunda dos problemas humanos, e por vezes negar a marcada influência entre mente, corpo e ambiente. Assim, a ligação mente e corpo enfatizando as influências sociais e culturais na ocorrência das doenças delimitaram a emergência de um novo modelo, o biopsicossocial. E nessa perspectiva, a Psicologia Hospitalar emerge como uma proposição menos dicotomizada acerca do homem, o que pressupõe um fazer e um pensar interdisciplinar, numa tendência mais integralizada da saúde, como bem destaca Chiattonne (2000).

A Psicologia Hospitalar tem como objetivo maior a minimização do sofrimento provocado pela hospitalização, abrangendo, principalmente, as sequelas e decorrências emocionais destes. A hospitalização deve ser entendida não apenas como um mero processo de hospitalização mas, e principalmente, como um conjunto de fatos que decorrem desse e de suas implicações na vida do paciente (ANGERAMI-CAMON, 2004).

A Psicologia Hospitalar é ampla e não trata apenas das doenças psicossomáticas, mas também dos aspectos psicológicos de toda e qualquer doença, a qual comporta várias dimensões: biológica, psicológica e sociocultural, em que o psicólogo abre espaço



para a subjetividade da pessoa adoentada, influenciando no curso da doença e modificando a vivência que o paciente e sua família têm de doença (SIMONETTI, 2007).

Os psicólogos hospitalares atuam como intérpretes das demandas do paciente, da família e da equipe profissional, atuando como facilitador do diálogo entre essa tríade, e prestando apoio psicológico e esclarecimentos de dúvidas, gerando qualidade e ampliando a promoção da saúde e a melhora da qualidade nos atendimentos hospitalares.

A Psicologia no contexto hospitalar atua para a melhor integração e compreensão das diferentes práticas teóricas, minimiza os espaços entre as diversidades dos saberes e lapida o cuidado à saúde e a prevenção de doenças. Assim, é possível estabelecer as condições adequadas de atendimento aos pacientes, familiares e melhor desempenho das equipes de saúde no hospital.

Porém, a interação do psicólogo no meio hospitalar encontra algumas resistências por parte das instituições, dos profissionais e até mesmo dos pacientes. Isso decorre da fantasia que o psicólogo representa, da onipotência do médico, que detém o discurso do saber, da falta de preparo por parte dos psicólogos para atuar nesse contexto institucional e da vulgarização da Psicologia pelos próprios profissionais da área. Diante destas questões, cabe um olhar mais atento para as especificidades da Psicologia Hospitalar.

A especificidade prática da Psicologia no contexto hospitalar

Uma questão é diferencial no trabalho do psicólogo no contexto hospitalar: entende-se que a promoção da saúde não é de competência de um único profissional, mas tarefa multidisciplinar, numa articulação de novos modelos de atuação e competências profissionais, entendendo que a Psicologia não pode se colocar dentro do hospital como uma força isolada sem a participação de



outros determinantes para atingir seus preceitos. Sendo assim, o hospital por sua própria estrutura permite a configuração de atuações de diferentes profissionais, orientados pelo princípio da promoção da saúde, já que este espaço permite apreender numa conotação bastante ampla o sentido do adoecer humano. O adoecer deixa de ser considerado como a consequência de um evento isolado para ser compreendido como a resultante dinâmica de um conjunto vetorial composto tanto de forças do sujeito, como do meio no qual ele vive.

A situação de hospitalização é específica e requer uma técnica específica, visto que a hospitalização por si só já é traumatizante, pois além de provocar a ruptura sociofamiliar e o isolamento do sujeito, com toda a carga de despersonalização, ela possui mais uma característica marcante: a invasão do espaço físico-emocional do indivíduo. A situação de hospitalização passa a ser abusiva e invasiva diante da necessidade “imposta” ao paciente em aceitar e se adaptar a esse processo.

Angerami-Camon (2001) lembra que o paciente ao ser hospitalizado sofre um processo de total despersonalização, deixando de ter uma identidade, um nome, para ser alguém portador de determinada patologia. Por isto, no que se refere ao trabalho no campo hospitalar o psicólogo deverá estar preparado para trabalhar com três questões que estão interligadas: o trabalho com a instituição, incluindo o trabalho com a equipe; o trabalho com o paciente e o trabalho com a família.

Com a **instituição** é tarefa do psicólogo hospitalar a **humanização do hospital** com a melhoria no ambiente físico e nas relações interpessoais com os demais pacientes e com a própria equipe de tratamento, devendo o psicólogo, juntamente com a equipe multidisciplinar, proporcionar atividades ocupacionais e recreativas, visando ao lazer do paciente e à amenização das consequências desagradáveis da hospitalização e da ruptura sociofamiliar, sendo também de fundamental importância o auxílio em estancar o



processo de despersonalização no âmbito hospitalar. O psicólogo e toda a equipe de saúde deverão atuar conjuntamente, fazendo com que o hospital perca o seu caráter puramente rotulador e curativo para se transformar numa instituição que restabeleça a dignidade humana através da humanização da instituição e do atendimento em si. Mas o psicólogo hospitalar não pode se colocar como força isolada sem contar com outros determinantes para atingir seus preceitos básicos; a humanização hospitalar passa necessariamente por transformações na instituição, mas também depende da transformação social.

Também é tarefa do psicólogo hospitalar psiquiátrico realizar **trabalho com os familiares**, dando apoio e orientação aos mesmos para maior participação no tratamento e melhor aceitação do retorno do paciente ao convívio familiar e social.

O terceiro pilar do trabalho do psicólogo na instituição psiquiátrica é o próprio **paciente**, que é o eixo do trabalho de toda a equipe hospitalar. Todos os tratamentos psicológicos são baseados em concepções filosóficas e sociais, implícitas ou explícitas, acerca da natureza do homem, tendo como premissa básica que o ser humano é uma unidade envolvida e interagindo em uma rede social.

Devemos, pois, traçar algumas necessidades urgentes para melhorar o desempenho da Psicologia Hospitalar e melhorar a adequação do tratamento, priorizando a prevenção com foco na comunidade (saúde pública) com prioridade de tratamentos grupais com qualidade, formação qualificada nos parâmetros do novo modelo de atenção à saúde (paradigma psicossocial), preparação para o trabalho multidisciplinar e o lidar com o biológico, com formação ética e respeito à equipe, à família e ao paciente e às normas institucionais.

Enquanto psicólogos necessitamos compreender os sintomas, as patologias e a morte na sua essência, na sua simbologia e na sua função na vida do paciente. O corpo fala através do sintoma



e este não surge ao acaso, mas ele é construído através da história do sujeito; ele tem um significado singular na vida do paciente. Precisamos compreender o que ele nos sinaliza; para tanto, o terapeuta deverá aprender a ouvir o outro, a ver o que está além do sintoma, o que está nas palavras e por trás delas, articulando o psíquico com o somático na compreensão da totalidade do indivíduo e do seu adoecer.

A indicação de uma internação hospitalar como forma possível de tratamento para determinada enfermidade revela-se para o paciente como sinal de comprometimento maior, e que, portanto, está a sofrer de algo muito grave. Quando se trata de alguém cuja saúde física e/ou mental se encontra ameaçada ou comprometida, fatores como o afastamento do contato familiar e social, desligamento do trabalho, entre outras alterações do cotidiano da mesma, surgem como mais um fator contribuinte ao processo de adoecimento e/ou agravamento desta. A angústia se acentua haja vista a presença constante da morte, a ausência/distância da família, e, sobretudo, o contato com outras doenças, alterando o estado genuíno da enfermidade e, conseqüentemente, dificultando diagnósticos mais claros, fazendo-nos lembrar os ensinamentos de Foucault: “Com efeito, nenhuma doença de hospital é pura” (FOUCAULT, 1998, p. 18).

A ordem dos sintomas no que concerne ao tempo, ao espaço e à forma de manifestação indica a singularidade da doença e do doente, e, na maioria das vezes, a constância ou reincidência desses sintomas reflete algo além da doença em si. Além do conteúdo nosológico da doença em si, também conteúdos subjetivos seus devem ser considerados, haja vista a doença apresentar significados distintos para as pessoas. Neste sentido, a clínica se apresenta como espaço de observação e de intervenção junto aos estados diferenciados que oscilam entre saúde e doença; e é na escuta que se pode, através dos sintomas, da fala ou mesmo do silêncio do paciente, perceber a dimensão do adoecimento e suas implicações.



Cada sintoma possui um sentido, como afirma Freud (1916), e as escolhas que fazemos se encontram também revestidas de significados que podem de imediato ser claros, mas também vir a se evidenciar, ao longo da nossa trajetória, quando da efetivação destas. Trabalhar, portanto, num contexto hospitalar, e mais precisamente com subjetividades neste espaço que, *a priori*, valoriza os aspectos físicos e orgânicos, revela mais que um interesse diferenciado dos demais profissionais que compõem uma instituição desta ordem, revela o resgate da condição de pessoa, que sofre e traz no seu corpo adoecido, a desarmonia do seu viver, e em casos mais extremos, o desespero do não mais poder existir. Diante de tal diversidade podemos dizer que o trabalho do psicólogo hospitalar, portanto, estende-se aos diversos setores do hospital como maternidade, pediatria, enfermarias clínicas, enfermarias cirúrgicas, CTI e ambulatório, adaptando-se à especificidade de cada patologia e de cada ambiente, atendendo às demandas específicas.

Portanto, é fato a inestimável contribuição que a Psicologia pode dar para o restabelecimento da saúde e/ou para o resgate do bem-estar emocional do paciente; principalmente, quando isto ocorre em um hospital, que como toda instituição, reproduz as contradições inerentes ao contexto social mais amplo no qual está inserido, exigindo do psicólogo uma atuação multiprofissional, ética e técnica específica que leve em conta essas contradições, encontrando formas de lidar com elas em um ambiente que foge ao *setting* terapêutico de acolhimento e privacidade. Faz-se, pois, necessário uma técnica apropriada para este ambiente que abarque a questão espacial e temporal do hospital, e o novo sujeito que sofre colocando em evidência o orgânico e o psíquico ancorado no social mais amplo; surge, então, a Psicoterapia Breve de Base Analítica como teoria e técnica que dá este suporte ao trabalho específico da Psicologia Hospitalar.



O uso da Psicoterapia Breve de Base Analítica no contexto hospitalar

Alguns autores como Braier (2008) e Lengruber (1998) ressaltam que as chamadas Psicoterapias Breves (PB) surgiram, principalmente, como resposta aos problemas assistenciais impostos pela massa cada vez maior e crescente da população consultante; população esta que inicialmente buscava ajuda terapêutica para a superação e supressão de sintomas e situações traumáticas como também dos distúrbios vinculados à neurose de guerra, deterioração da qualidade de vida durante a Segunda Guerra Mundial, crises profissionais entre outros. Com essa demanda, associado ao fato de que a quantidade de terapeutas era insuficiente para cobrir a demanda de pacientes, surgiu a necessidade de um tratamento psicológico que fosse capaz de atender um maior número de indivíduos em um tempo mais limitado que as terapias convencionais implementando técnicas mais breves. Outro fator que favoreceu o surgimento e firmamento das psicoterapias breves foram as limitações econômicas que acometiam boa parte da população que necessitava desse tipo de tratamento, e que sem dúvida vem exercendo até hoje uma influência decisiva no desenvolvimento e disseminação dessas terapias, que naturalmente são mais acessíveis. Devido ao tempo ser mais curto essas terapias objetivam a superação de sintomas e incidentes agudos ou situações perturbadoras atuais que se apresentam no discurso do indivíduo como prioritárias, seja por sua urgência ou por sua importância (BRAIER, 2008).

Para situar o início da Psicoterapia Breve, como não podia deixar de ser, devemos vinculá-la à Psicanálise, como inicialmente surgiram todas as psicoterapias, e só depois trilharam seus caminhos próprios, ampliando ou se contrapondo a ela. No início da Psicanálise Freud e seus discípulos realizavam tratamentos breves; mas com o passar dos tempos o objetivo da psicanálise passou a não ser



apenas a questão sintomática, e sim a estrutura da personalidade, exigindo processos mais demorados e terapeutas mais distantes para permitir o surgimento da neurose de transferência como uma das molas do tratamento. Fugindo a essas questões, na década de 1920, S. Ferenczi propôs a técnica ativa e, em 1946, F. Alexander e T. French trouxeram conceitos como: planejamento em psicoterapia, flexibilidade do terapeuta, manejo da relação transferencial e do ambiente, utilidade de ressaltar a realidade externa (BRAIER, 2008). Em 1973, Fiorini lança o livro *Teoria e técnica de Psicoterapias* (FIORINI, 1977), onde expõe toda a técnica da Psicoterapia Breve. No Brasil o crescimento da técnica ocorreu nas décadas de 80 e 90 com Vera Lemgruber, Cordioli, entre outros.

A Psicoterapia Breve de Base Analítica (PBA) tem sua base teórica na Psicanálise fazendo uso dos conceitos psicanalíticos como transferência, inconsciente, recalque, relações objetais, libido, estrutura da personalidade, pulsões, sexualidade, dentre outros conceitos relevantes na psicanálise para a compreensão do ser humano. Contudo, a técnica da PBA se diferencia da técnica psicanalítica trabalhando com conceitos como ativação das funções egoicas, flexibilidade, planificação, foco e atividade do terapeuta.

O objetivo da PBA é mais restrito que o da Psicanálise, não buscando mudanças na estrutura da personalidade, visa unicamente trabalhar com resoluções de conflitos básicos e de seus derivados através da elaboração com alívio ou eliminação dos sintomas. “A PB tem uma preocupação finalista, tem objetivos definidos e visa a uma “cura” ou a uma melhora na qualidade de vida do indivíduo” (LEMBRUGER, 1998, p. 34).

A PBA trabalha com um conceito central, o de Experiência Emocional Corretiva (EEC) relacionado à capacidade de vivenciar uma situação em um contexto relacional de aceitação e segurança, onde o paciente possa chegar a uma formulação interna do conflito e reestruturar a sua vivência de ansiedade frente a uma



situação emocional antes insuportável, corrigindo uma emoção anteriormente experienciada, ofertando nova possibilidade de ressignificar o vivido.

Para que o trabalho com a PBA seja efetivado precisa se levar a campo a tríade do método, a saber: *atividade do terapeuta, planejamento e focalização*.

O psicoterapeuta assume uma postura ativa evitando o prolongamento excessivo do silêncio de forma a minimizar a ansiedade, a regressão e a perda de tempo. Além disso, o psicoterapeuta deve se colocar mais próximo ao paciente, em uma postura acolhedora, sendo o facilitador das mudanças usando intervenções amplas desde as mais simples como sugestão e informações até as mais complexas como as interpretações.

O *planejamento* deve ser flexível de acordo com a avaliação do paciente e objetivos a serem alcançados com o tratamento, devendo haver determinação dos conflitos a serem abordados, os que serão deixados de lado, a organização temporal e espacial, os tipos de intervenções priorizadas pelo terapeuta, o uso ou não de outros recursos terapêuticos além da verbalização, como o trabalho com o corpo, com desenho, envolvimento ou não de membros da família no tratamento, dentre outras questões para o melhor desenvolvimento psicoterápico. Braier (2008) afirma que todo recurso que tenha demonstrado ser útil no campo da terapêutica psiquiátrica poderá ser incorporado ao tratamento da PBA.

A PBA faz uso do trabalho com *foco*. Lemgruber (1998) define como foco o material consciente e inconsciente do paciente, delimitado como uma área a ser trabalhada no processo terapêutico através de avaliação e planejamento prévios. No dizer de Braier foco é:

Material consciente e inconsciente do paciente, delimitado como área a ser trabalhada no processo terapêutico através de avaliação e plane-



jamentos prévios... O foco deve ser concebido primordialmente e essencialmente, a partir de uma perspectiva psicopatológica. Nesse sentido será definido como uma estrutura integrada pelos distintos fatores intervenientes na gênese da que foi escolhida como a problemática central do tratamento (uma determinada situação-problema e manifestações sintomatológicas a ela ligadas), constituindo ao mesmo tempo uma hipótese ou um conjunto de hipóteses do terapeuta a respeito dos mecanismos operantes dentro de tal problemática, ou seja, da complexa interação existente entre os fatores (BRAIER, 2008, p. 98).

O objetivo da focalização é fazer com que o paciente atente para a função e significado interpessoal de seus sintomas. De acordo com Fiorini (1977), o paciente é encaminhado para o foco, através de interpretações parciais e atenção seletiva. Isto significa que o terapeuta deve deixar passar assuntos que se desviam do foco, ou dos focos preestabelecidos para aquele paciente. “Ajuste de um diafragma na ótica do terapeuta, que induz a concentração seletiva do paciente em certos pontos de sua problemática” (FIORINI, 1977, p. 115).

Ao trabalhar com foco, a PBA se distancia tecnicamente da Psicanálise a qual trabalha com o Método da Associação Livre, a PBA trabalha com Associações Intencionalmente Dirigidas (focalização).

Eclareço-lhes que poderão falar do que desejem, mas que em princípio convirá que se refiram preferencialmente a tudo aquilo que supunham ter alguma relação com os problemas que combinamos abordar (poderá tratar-se tanto de relatos acerca de fatos atuais da vida deles, como de recordações, pensamentos variados, fantasias, vivências e sonhos). (BRAIER, 2008, p. 86).



Observa-se que há embasamento teórico-técnico diferenciado do referencial clínico para o trabalho do psicólogo no hospital; havendo necessidade de utilização de uma prática Psicoterápica Breve pautada em pilares estruturais do atendimento hospitalar que são: **Flexibilidade, Planificação, Atividade do Terapeuta e Focalização**. Tais pilares direcionam o trabalho do psicólogo no hospital permitindo o atendimento de diversas patologias como o Lupus Eritematoso Sistêmico, o câncer, os problemas mentais, os problemas gástricos, os problemas cardíacos, os problemas renais; procedimentos cirúrgicos, dentre outras patologias corriqueiras ou raras na especialidade médica, chegando mesmo a ser incontável o número de patologias e as diversidades de alterações encontradas no contexto hospitalar, sobretudo, as alterações orgânicas e psíquicas advindas com a hospitalização e o adoecer. Tudo isto nos leva a acentuar a necessidade de uma formação específica e comprometida com o contexto hospitalar.

Considerações finais

A psicoterapia independentemente de sua orientação teórica tem como seus principais objetivos levar o paciente ao autoconhecimento, ao autocrescimento e à “cura” ou amenização de determinados sintomas; de modo que a interação destes objetivos poderá levar o paciente a um processo pleno de libertação existencial, este é o ideal que norteia o processo psicoterápico.

O psicólogo precisa ter muito claro que sua atuação no contexto hospitalar não se faz nos moldes clínicos. A Psicologia Hospitalar não possui *setting* terapêutico tão definido e preciso. Além disso, no âmbito hospitalar a pessoa hospitalizada será abordada pelo psicólogo em seu próprio leito ou no seu espaço, e em muitos casos o paciente sequer tem claro qual o papel do psicólogo no hospital e seu tratamento. O psicólogo hospitalar deverá lançar mão de diferentes recursos para a expressão dos conflitos e a melhora sintomática.



Verificamos, pois, que a Psicologia Hospitalar já conquistou o seu espaço acenando com a perspectiva de continuar evoluindo acompanhando o desenvolvimento da ciência, da tecnologia, da medicina, da sociedade e, sobretudo, do ser humano. Contudo, esperamos que o psicólogo não se deixe contaminar pelo próprio desenvolvimento da ciência, da tecnologia, da medicina, da sociedade, pelo clima de desumanização e robotização vivenciado atualmente na sociedade, o qual diminui cada vez mais o contato entre os seres humanos, onde o homem interage muito mais com a máquina do que com seu semelhante.

A Psicologia deverá ser diferenciada e conservar para sempre a base do seu trabalho já anteriormente assinalada por Freud - a **Subjetividade** - tendo a **Palavra** como única forma verdadeiramente humana de **minimizar o sofrimento e a dor psicológica**.

Referências

ALMEIDA, T. (Org.). **História e evolução dos hospitais. Ministério da Saúde.** Departamento Nacional de Saúde Divisão de Organização. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1965.

ANGERAMI-CAMON, V. A. **E a Psicologia entrou no hospital.** São Paulo: Pioneira, 2004.

_____. Pacientes Terminais: Um breve Esboço. In: _____. (Org.). **Psicologia Hospitalar: teoria e prática.** São Paulo: Thomson, 2002. p. 99-114.

_____. (Org.). **Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática.** São Paulo: Martins Fontes, 2001.

ANTUNES, J. L. **Hospital-Instituição e História Social.** São Paulo: Editora Letras & Letras, 1991.



APA – **American Psychological Association**. Página oficial da Associação, 2003. Disponível em: <<http://www.health-psych.org/>>. Acesso em: 28 ago. 2003.

BIRMAN, J. Loucura, singularidade, subjetividade. In: Conselho Federal de Psicologia (Ed.). **Loucura, ética e política**: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 13-19.

BLEGER, J. **Psico-higiene e psicologia institucional**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

BRAIER, E. A. **Psicoterapia Breve de Orientação Psicanalítica**. 4. ed. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2008.

CASTRO, E.; BORNHOLDT, E. **Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar**: Definições e Possibilidades de Inserção Profissional. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 24, ano 3, p. 48-57, 2004.

CHIATTONE, H. B. C. A significação da psicologia no contexto hospitalar. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **Psicologia da Saúde**: um novo significado para a prática clínica. São Paulo: Pioneira Psicologia, 2000. p. 73-165.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

FIORINI, H. **Teoria e técnica de Psicoterapias**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

FOUCAULT, M. **A história da loucura**. 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 1972.

_____. **A Ordem do Discurso**. 6. ed. Tradução de Laura de Almeida Sampaio. São Paulo: Loyola, 1998.



_____. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

FREUD, S. **O sentido dos sintomas.** Obras Completas. São Paulo: Imago, 1916. v. XII.

LEMGRUBER, V. **Psicoterapia Breve:** a técnica focal. São Paulo: Artes Médicas, 1998.

OLIVEIRA, M.; ISMAEL, S. (Org.). **Rumos da Psicologia Hospitalar em Cardiologia.** São Paulo: Editora Papyrus, 1995.

PEREZ, G. H. Medicina baseada em evidências. Psicologia Hospitalar baseada em evidências? Uma análise das relações entre Psicologia Hospitalar e pesquisa epidemiológica. **Epistemo-somática**, v. 4, ano 2, p. 99-108, 2007.

ROMANO, B. W. **Princípios para a Prática da Psicologia Clínica em Hospitais.** São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 1999.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar.** O Mapa da Doença. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

VENDEMIATTI, M. et al. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, ano 1, p. 1301-1314, 2010.



CAPÍTULO V

O LUGAR DO ANALISTA NA SAÚDE MENTAL: o analista cidadão

Zaeth Aguiar do Nascimento

Jackeline Sibelle Freires Aires

Cleide Pereira Monteiro

Leandro Roque da Silva

O campo da saúde mental cada vez mais tem acolhido os analistas em seus dispositivos de trabalho. O analista, por sua vez, em sua formação, não pode prescindir de uma possível contribuição à cultura e aos meios de assistência que lidam com o sofrimento psíquico e com as várias manifestações sintomáticas da civilização. O lugar do analista no campo da saúde mental, como vem apontar Beneti (1998), deve estar acima dos questionamentos da inserção dos profissionais no serviço público, e figurar como imperativo ético do analista do século XXI. Nesta direção, podemos dizer que em tempos de globalização impregnados pelo discurso da ciência, a psicanálise lacaniana traz importantes contribuições no sentido de compreender o trabalho clínico como prática cidadã. Quais seriam estas contribuições? Qual o sentido da prática clínica como prática cidadã, atitude eminentemente essencial e mister da prática analítica?

O termo “analista cidadão” foi cunhado pertinentemente por Laurent (2007) que elucida o sentido da práxis analítica, cabível também ao campo da saúde mental. No capítulo de título homônimo, o autor conduz uma discussão importante, questionando posturas comuns a nossa época e civilização e, discorrendo sobre a posição contemporânea do analista, propõe que a mesma corresponderia a de um “analista cidadão”. Coloca que estes não devem apenas



escutar; precisariam saber transmitir à humanidade o interesse que a particularidade de cada um tem para todos. Tal postura trata-se de não apenas se limitar ao cultivo, à recordação da particularidade, mas sim de transformá-la em algo útil, em um instrumento para todos. Tal postura denotaria do analista uma posição de contribuir à civilização, ao respeito da articulação entre normas e particularidades individuais. A tese apresentada nesse texto aponta no sentido de salientar que o analista ocupa um lugar importante em relação aos discursos que vigoram no campo da saúde mental e na sociedade como um todo.

O que isso significaria? Assad et al. (2005) apontam para questões pertinentes que se colocam na esfera das discussões atuais na área de saúde mental que coadunam com as propostas de Laurent (2007) e também com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Atentando para o específico do analista nas instituições de saúde mental, qual seria a inserção deste profissional nas várias esferas de atividades, principalmente no setor público? Como a psicanálise se insere nesse debate? O que da técnica e da teoria psicanalítica interessa ao campo da saúde mental?

Para responder a tais questões, Assad et al. (2005) pontuam que nos deparamos com pontos de divergências bem como de convergências entre o campo da rede de atenção psicossocial e o da Psicanálise, reconhecido como o campo da clínica do sujeito. Converte tanto à psicanálise quanto ao movimento da Reforma Psiquiátrica a defesa de mudanças estruturais de reorientação do modelo assistencial, que inaugurem uma nova lógica, marcada pela crítica ao “reducionismo biologizante da psiquiatria” (ASSAD et al., 2005, p. 112) em que as internações e a prescrição indiscriminada de remédios constituam uma estratégia única e universal. Ambas as perspectivas apostam que na psicose há sujeito. No caso da psicanálise, pressupõe-se que esse sujeito pode se fazer produzir como efeito do trabalho clínico. Desta maneira, a psicanálise propõe



um resgate da singularidade, sem que isso traga uma segregação psicossocial.

Mendes (2005) conduz uma discussão, pautada em Tenório (2000), na qual diferencia a reforma psiquiátrica da psicanálise. Apesar de a atenção psicossocial e a psicanálise serem distintas, uma pode tornar a outra possível, desde que a primeira evite dois riscos:

O de impor ao psicótico ideais de funcionamento que são nossos e aos quais ele muitas vezes não pode corresponder, e o de acreditar que o bem estar psicossocial torna menos relevante o trabalho subjetivo da palavra; e que a segunda reconheça os limites de qualquer prática ligada à palavra e a necessidade, em certos casos prioridade, na psicose grave, de uma ajuda concreta e cotidiana do viver (TENÓRIO, 2000, apud MENDES, 2005, p. 03).

Jacques-Alain Miller (1999), ao questionar a equivalência entre saúde mental e ordem pública, interroga sobre o critério que situa o indivíduo em uma esfera ou outra. Ele elege o critério da responsabilidade. Um homem em boa saúde mental é aquele que pode ser castigado por seus atos. Aquele que não pode assumir responder por seus atos, deixa de ser um sujeito de pleno direito. A psicanálise questiona, então, se a “doença mental” pode suspender o sujeito de direito. Não sendo possível tal suspensão, do ponto de vista da psicanálise, o tratamento deve se dirigir ao sujeito de pleno direito, um sujeito capaz de dar uma resposta pelo que faz e o que diz (MILLER, 1999).

Nesta direção, Beneti (1998) vem afirmar que o psicanalista “não pode prometer e nem dar ou garantir a saúde mental definida enquanto ordem pública”. O autor toca num outro ponto que poderíamos chamar de divergente das propostas psicanalíticas às



de reabilitação psicossocial. À ordem pública interessaria saber dos trabalhadores da saúde mental quais indivíduos poderiam circular livremente pelo espaço do social e quais não poderiam; quais não poderiam se responsabilizar por seus atos nesse espaço, e que teriam que ser definidos como sujeitos de não-pleno direito pelos trabalhadores da saúde mental, a partir de seu comportamento. No caso dos analistas, em suas palavras:

A psicanálise se endereça aos doentes mentais donde tem um sujeito de pleno direito. O que já nos coloca a primeira questão sobre o lugar e a função do analista na instituição de saúde mental, quando nos lembramos da “moral lacaniana” proposta pelo mesmo J. -A. Miller, onde afirma que “tem um sujeito no doente”, para nós, responsável pelos seus atos. Contrariamente a posição de outros profissionais nesse campo, por exemplo, com relação às passagens-ao-ato psicóticas (BENETTI, 1998, p. 01).

A psicanálise, que coloca em questão a palavra do sujeito, está situada no impasse entre o que esperam dela e o que ela de fato pode oferecer. A contribuição pode estar nesse movimento de dar lugar ao sujeito, à sua subjetividade, à singularidade de seu sintoma. Para a psicanálise lacaniana o sujeito é um sujeito de resposta (ASSAD et al., 2005).

Entre os discursos da Reforma e o psicanalítico, outros pontos de discussão indicam não se tratar de um aspecto de confronto, mas de acréscimo, no sentido de produzir novas respostas. Destacamos novas considerações acerca do sujeito da psicanálise, em contraponto ao sujeito da cidadania, bem representada nas palavras de Nascimento et al. (2010):

O sujeito da psicanálise não nega os direitos do cidadão, contudo, está para além de uma posição



de direitos: ele está em uma posição de trabalho. Neste sentido a cidadania, questão tão cara à Reforma, é uma construção do sujeito, e não um ideal imposto a ele. Para a psicanálise o lugar social é um trabalho singular para cada um, e não um bem que o sujeito reclama porque o Outro lhe sonega. O que se pode chamar de efeito de cidadania é o fato de que através do tratamento e de um amplo aparato de cuidados psicossociais, o sujeito possa estar em alguma medida no laço social (p. 323).

E qual seria o imperativo ético onde o analista teria o dever de intervir? No seu artigo “Como fazer escutar o sintoma na instituição”, Barros (2010) pondera acerca dessa posição diferencial do analista, sem a qual “o sintoma, ou seja, aquilo que escapa à completude da instituição, ou que excede a sua definição legal, não seria escutado, ou não seria escutado da mesma forma e com as mesmas consequências”. Viganò (1999) acrescenta:

Lacan sustenta que o psicótico é sujeito estruturado, mesmo se ele se encontrar fora do discurso social. Não discutir com ele, não falar com ele é uma forma de excluí-lo. Mas, também, ficar com ele sem o discurso é uma forma de exclusão e segregação. Noutros termos, a segregação, que se pode criar com a abertura dos manicômios, é criar outros lugares onde se faz barulho sem falar (p. 50-51).

Sabe-se que o objetivo da saúde mental é a reintegração do indivíduo à sociedade, com o intuito de promover a recuperação da cidadania, porém muitas vezes a inclusão do sujeito no universal não inclui a singularidade. Mendes (2005) tece uma relevante contribuição a esse entendimento, quando faz considerações ao tratamento da psicose. A autora cita Tenório (2000), que embasa



pertinentemente a importância de se considerar a singularidade do psicótico, advertindo quanto a dois efeitos de uma prática baseada somente numa ética dos cuidados:

A imposição ao psicótico de nossos ideais de integração. Movidos pela crença de que é possível ao psicótico exercer-se com suficiência no laço social e de que é isso que ele deseja, quando isso não acontece nos decepcionamos - com ele ou conosco - e disso advêm efeitos deletérios em nosso trabalho: irritação, desistência, mais voluntarismo, insistências nas injunções para ele irrealizáveis e até indutoras ao surto”; e a “diluição da especificidade do fato mesmo da psicose em graus diferentes de romantização da loucura. O que, manifestando-se nas práticas de cuidado, pode ter consequências negativas e perigosas para o paciente, entre elas a de negligenciarmos a necessidade de uma ação de tutela (TENÓRIO, 2000, p. 92, apud MENDES, 2005).

Monteiro (2005) pertinentemente aponta que criar espaços que possibilitem a palavra circular é um modo de introduzir o sujeito no discurso e fazê-lo representar-se enquanto tal. Assegurar a dimensão da clínica na prática institucional é sustentar o lugar social do sujeito a partir de sua diferença, e não do universal dos direitos do cidadão. Figueiredo (2001) considera que um psicanalista faz na saúde mental tudo que lhe concerne pela via da fala na transferência, e indica que os efeitos desse fazer serão sempre parciais, e não totalizadores. Considera ainda que o maior desafio seria tornar pública sua experiência e compartilhar com não psicanalistas o exercício de uma clínica heterogênea, no qual sua ação específica produza efeitos sobre os quais ele deve ser capaz de produzir um saber transmissível.

O modo pelo qual o trabalho do psicanalista pode interessar às práticas da reforma psiquiátrica e da saúde mental é norteado



por uma vertente que almeja o sujeito atingir melhores níveis de autonomia, cidadania e contratualidade. Podemos dizer que ao psicanalista cabe abrir as possibilidades para que o sujeito tome para si a responsabilidade de se situar em sua condição e, então, transformá-la até onde o que se apresenta como irreduzível, ineducável, possa se dar como limite. A psicanálise vem dar lugar a uma inscrição no laço social oferecendo ao psicótico um espaço de trabalho subjetivo onde ele possa fazer dos fenômenos e das dificuldades que o acometem uma inscrição de sujeito.

A função do analista seria assim acompanhar o sujeito neste trabalho próprio, único e singular no qual se convoca a posição de sujeito, buscando modos de amenizar a invasão alucinatória e criando-se possibilidades de uma nova existência um tanto menos avassaladora pelo Outro.

Aí está o papel do analista: acolher o sujeito em sua singularidade e respeitar a ética de cada caso. Proporcionar, através de um trabalho em conjunto, um lugar único no contexto universal. Esse trabalho feito por muitos nada tem a ver com um saber pronto, mas antes com uma lacuna no campo das especialidades que nada pode antecipar acerca do sofrimento psíquico de um sujeito. Nesse sentido, a psicanálise vem propor que não deve ser a regra que define os rumos de um tratamento, mas o que é exceção à regra, lugar de localização de um sujeito, espaço de construção de um trabalho subjetivo que possa ancorá-lo no mundo.

O trabalho que a psicanálise propõe, a partir da singularidade, não quer dizer que aí não haja a realização de um trabalho social, como vem nos respaldar Laurent (2007)

Os analistas precisam entender que há comunhão de interesses entre o discurso analítico e democracia, e precisamente entende-lo verdadeiramente! Há que se passar do analista reservado, crítico, a um analista que participa, a um analista



sensível às formas de segregação, a um analista capaz de entender qual foi a sua função e qual lhe corresponde agora (p. 141).

Tal atualização da práxis, vinculada a um compromisso social, sem perder de vista os acréscimos que a psicanálise traz à clínica das psicoses, sugere que, nas elucidações de Benetti (1998), quando pertinentemente comenta as palavras de Laurent:

O analista contemporâneo deve intervir nos sintomas de seu tempo, produtos do discurso da ciência e capitalista, saindo da posição do analista especialista da desidentificação para a posição do analista cidadão. O que implica o trabalho com a diferença, através do trabalho conjunto com outros cidadãos profissionais conectados ao campo da saúde mental. Numa posição de ajuda à civilização com respeito a articulação entre o universal das normas e o singular, o “menos-um”, das particularidades. O lugar da psicanálise nas instituições se especifica pela distância que ela sabe instaurar, introduzir, em relação aos ideais psicoterápicos diversos, individuais ou coletivos, para fazer surgir a particularidade do sujeito” (p. 2 apud BENETTI, 1998).

O que se esclarece com tal discussão? Nas palavras de Andrade (2010), que

A psicanálise não pode reduzir-se a uma técnica inserida no modelo médico-psiquiátrico de terapêutica e de cura, nem pode guiar-se por normas de eficácia e de produtividade próprias a uma preocupação assistencial de tipo médico-psiquiátrico (p. 386).

Assim, “o papel do analista na instituição parte do compromisso político de alertar sobre os riscos de tentar adaptar o sujeito aos ideais e normas sociais” (MONTEIRO, 2005, p. 119).



Essas considerações podem ser de grande valia para as instituições de saúde mental que lidam primordialmente com sujeitos psicóticos, constituindo, como nos diz Tenório (2001), uma contribuição da psicanálise à reforma psiquiátrica (que fundamenta a orientação política dessas instituições), na medida em que poderiam operar como uma advertência em atribuirmos aos psicóticos ideais que são nossos e não deles, como a autonomia e a suficiência na inserção social (MENDES, 2005).

Assim, é possível entender que se os ideais da Reforma não forem trabalhados com o sujeito em seu processo singular de construção de um laço social possível, podem funcionar como um Outro total, impedindo a construção de uma relação com o Outro mais moderado e, desta forma, provocar o surto e não a estabilização (MENDES, 2005).

O advento do sujeito, reencontrado na dimensão da clínica, pode balizar uma via ao enfrentamento da criação de uma nova cronicidade, desafio contemporâneo aos novos dispositivos de atenção da rede de saúde mental. Esta nova cronicidade corresponderia a se criar um tratamento para o usuário, por toda a vida, num regime de assistência social. Como aponta Viganò (1999)

Uma reabilitação só pode ter sucesso na condição de seguir o estilo que é sugerido pela estrutura subjetiva do psicótico, por seus sintomas. Poderíamos dizer de sua espontânea reabilitação ou, mais precisamente, de sua espontânea habilitação (p. 52).

Nessa via de enfrentamento à cronificação dos serviços, Monteiro apresenta que “um programa de vida decidido fora dessa lógica pode ser a continuidade da série do Outro materno em que o sujeito é tomado como objeto” (MONTEIRO, 2005, p. 125). Sem desconsiderar as normas e os universais que organizam e autoriza a



existência da instituição, o psicanalista pode colaborar advertindo o risco que todo universal comporta: a regra pode ser tomada pelo psicótico como um capricho do Outro. É, portanto, função do analista velar por certa tensão entre estes aspectos: a norma e o que está para além dela (MONTEIRO, 2005).

Esse reencontro com a dimensão da clínica pode apontar uma direção diferenciada ao problema que se apresenta contemporaneamente, da cronificação dos serviços. O resgate da importância da subjetividade e o acolhimento da singularidade de cada indivíduo é algo que pode ser feito a partir da construção do caso clínico, em uma “prática feita por muitos” (MONTEIRO, 2005, p. 119).

Prosseguindo na discussão, Monteiro (2005) esclarece:

A exclusão da clínica não é só a exclusão da psicanálise no campo da saúde mental, mas a própria exclusão do sujeito, pois, como demonstra Viganò (1999, p. 50), “a dimensão da clínica é a dimensão do homem” (p. 119).

Em suma, Monteiro (2006) apresenta três frentes de ação do trabalho do analista na instituição: 1) a atuação frente ao específico do caso, visando o advento do sujeito. Desta feita, destaca a construção do caso clínico como um instrumento da prática, e a escuta clínica a partir dos delírios; 2) a participação do analista na equipe, enfatizando algumas contribuições da escuta psicanalítica, em uma prática feita por muitos; 3) por fim, a incidência da escuta psicanalítica na atuação junto a família (MONTEIRO; QUEIROZ, 2006). No tópico seguinte deste trabalho, vamos nos ater a discutir ou abordar os dois primeiros pontos indicados pela autora.

Diante de tais explicações, almeja-se ter conseguido lançar algumas reflexões no que diz respeito ao lugar do analista numa instituição de saúde mental. Como coloca Andrade (2010), era de



se esperar que o nosso débito enquanto profissionais para com a psicanálise vá além do que proporciona de mudança subjetiva: não se esgota no domínio individual. É preciso que a psicanálise seja capaz de fazer “sintoma social”, modificando a relação do sujeito com o seu ato. Esta seria a dimensão da ética na psicanálise: acolher ao “questionamento do desejo, que oriente os sujeitos no seu agir, independentemente do atendimento à demanda de realização pessoal mediante o ‘serviço de bens’” (ANDRADE, 2010, p. 386). Acolher o sintoma, saber transmitir a importância deste em cada cura, caso-a-caso, figura, portanto, numa importante e imprescindível contribuição da psicanálise no âmbito da saúde mental. A resposta que a psicanálise pode dar à saúde mental passa mais pelo campo da ética, e menos pelo campo das abordagens teóricas e leituras clínicas. Essa resposta passaria mais pelo uso dos conceitos psicanalíticos, os quais possibilitariam uma nova clínica diferencial. Há uma posição ética que problematiza a demanda do paciente, suspendendo a resposta a ser dada, em contraposição às generalizações do discurso psiquiátrico vigente (ASSAD et al., 2005).

O que os analistas pedem a saúde mental é uma rede de assistência que seja democrática, capaz de respeitar os direitos de cidadania dos sujeitos que estão inseridos nesse contexto da saúde mental. É esse o sentido do analista cidadão (ASSAD et al., 2005). No exercício desta função, o analista pode contribuir com a metodologia da construção do caso clínico, como veremos no tópico seguinte.

A construção do caso clínico

Falar do método da construção do caso clínico é elucidar um dos pontos cruciais da contribuição da psicanálise ao campo da saúde mental. De acordo com Figueiredo (2004; 2005), o referido método é o ponto central da contribuição da psicanálise tanto para a



psicopatologia, por meio da construção diagnóstica e dos indicadores para o tratamento, quanto para a saúde mental, por meio de sua aplicação nos diferentes dispositivos de atenção psicossocial e no trabalho em equipe interdisciplinar.

O método foi concebido por Carlo Viganò, psiquiatra e psicanalista, há quase dez anos, em conjunto com outros profissionais lacanianos, no laboratório de pesquisa na Escola de Especialização em Psiquiatria da Universidade de Milão. Com a participação dos estudantes e dos operadores dos serviços públicos, foi colocado em pauta um processo de “construção do caso clínico”, com o propósito de demonstrar que é possível uma avaliação que compreenda a transferência como eixo da clínica.

Antes de passar para a discussão do método, cabe falar brevemente acerca da origem etimológica da palavra **caso** e da palavra **clínica**, esclarecida por Viganò (1999). Tal explicação acaba dizendo muito do método proposto. **Caso** vem do latim *cadere*, cair para baixo, ir para fora de uma regulação simbólica. Isso significaria um encontro direto com o Real, com aquilo que não é dizível, portanto, impossível de ser suportado. **Clínica** vem do grego *kline* e quer dizer leito. A clínica é o ensinamento que se faz no leito, diante do corpo do paciente, com a presença do sujeito. É um ensino que não é teórico, mas que se dá a partir do particular, um particular que não parte do universal do saber, e sim do particular do sujeito. A construção do caso clínico muda a posição do saber: quem constrói os caminhos é o sujeito.

Esclarecendo,

O método consiste em discutir um caso apresentado a cada vez, por escrito, por um dos participantes. A construção deve responder a uma tabela que compreende três partes: 1. A narrativa (do sujeito, da família, da instituição); 2. As escansões dos tratamentos; 3. O cotejamento entre o diagnóstico do



DSM e o psicanalítico. A avaliação é realizada após a discussão do caso e consiste na compilação de dois quadros: 1. A sinopse da história concreta do sujeito (escansões da posição no discurso, acontecimentos, gastos financeiros); 2. O prognóstico dos possíveis projetos de vida, com as hipóteses correspondentes aos mesmos itens. O princípio é o de confrontar as posições subjetivas nas passagens de discurso realizadas na história do sujeito com os acontecimentos ocorridos no período de tratamento sob transferência, de onde se extraem as inferências hipotetizáveis (VIGANÒ, 2010, p. 04).

Enquanto contribuição da psicanálise, compreender o sintoma enquanto norteador da clínica, entendê-lo enquanto um diferente modo de adaptar-se a um rompimento com a realidade direciona novas maneiras de lidar com o fenômeno da doença. O sintoma como orientação clínica opera uma mudança no sentido de acrescentar algo ao atual cenário das pesquisas e métodos clínicos empregados nos campos da psiquiatria e da saúde mental.

Bursztyn e Figueiredo (2010) situam a construção do caso clínico à tarefa de transmitir os princípios éticos e metodológicos da psicanálise. Como se sabe, a orientação da psiquiatria contemporânea, fundamentada no modelo médico-científico, consiste em amortizar a formação dos sintomas aos diversos transtornos que compõem os manuais de classificação diagnóstica. Na busca de uma cientificidade, a psiquiatria, cada vez mais, exclui a particularidade de cada sintoma, já que o discurso da ciência expulsa o sujeito sem levar em conta sua demonstração singular e o real em jogo em cada tratamento. Priorizando a pesquisa científica em prejuízo da clínica, as pesquisas em psiquiatria se colocam em um movimento amplo de objetivação na constituição dos fenômenos observados no campo dos transtornos mentais. E os sintomas, que são significativos para identificar um diagnóstico, ficam retidos na objetividade descrita nos manuais



desconsiderando a maneira singular de interrogar o sofrimento psíquico revelado através dos sintomas. Cria-se, assim, uma lógica de intervenções que se afasta dos princípios da clínica psiquiátrica, descartando o sujeito e suas particularidades. Viganò (1999) pontua que o fenômeno elementar, o qual está presente nas psicoses, é, de fato, a verdadeira doença. Os sintomas se formariam de modo gradual dependendo do sujeito, de sua cultura, seu gosto, suas circunstâncias, de acordo com cada sujeito. E essa virada de composição a partir do sintoma enquanto estruturante revisita uma mudança com o paradigma da psiquiatria, que se restringe ao debelamento dos sintomas por via medicamentosa. Uma maneira de fazer o sujeito existir é trazer à cena do tratamento o sujeito do inconsciente que se apresenta por meio de seu sintoma. É essa articulação que muda o eixo da discussão diagnóstica e de tratamento (Figueiredo & Tenório, 2001, como citado em Figueiredo, 2004). Pode-se ler assim: mente-sintoma do corpo. A guerra sobre a causa passa a ser substituída pela construção do caso.

Acerca da construção do caso clínico, Viganò (1999) nos ensina que construir é colocar o paciente em trabalho, registrar os seus movimentos, recolher as passagens subjetivas que contam, para que o analista, ou qualquer outro membro da equipe, quando se fala em trabalho multiprofissional, esteja pronto a escutar sua palavra, quando ela vier. Assim, o que visa à construção é a localização da posição do sujeito no discurso, com o propósito de que uma demanda de tratamento possa ser esboçada. Trata-se de trocar a pergunta: “o que podemos fazer por ele?”, por: “o que ele vai fazer para sair daqui?”.

Em suma, nas palavras do autor do método,

A construção do caso clínico é uma construção democrática na qual cada um dos protagonistas do caso (os operadores, os familiares, as instituições) traz a sua contribuição (...); trata-se



de juntar as narrativas dos protagonistas dessa rede social e de encontrar o seu ponto cego, encontrar aquilo que estes não viram, talvez cegos pelo saber e pelo medo da ignorância. Este ponto comum, a falta de saber, é o lugar do sujeito e da doença que o acometeu. A construção do caso consiste, portanto, em um movimento dialético em que as partes se invertem: a rede social coloca-se em posição discente e o paciente na posição de docente. Naturalmente, o que o paciente deve ensinar não passa por sua consciência e não pode ser dito em uma fala direta, mas mediante a escuta das particularidades, das coincidências que foram escandidas de sua história, do enigma de seus atos falhos, recaídas, ausências, etc. (VIGANÒ, 2010, pp. 2-3).

O arranjo desses elementos na construção dos casos propicia um trabalho de escrita que expõe as passagens e as conexões em que ocorreu uma mudança, uma transformação subjetiva no tratamento e, portanto, da relação do sujeito com o seu sintoma. Neste sentido, a construção do caso produz uma composição capaz de demonstrar a lógica de um caso, considerando a particularidade do sintoma no processo de um tratamento e o modo como o real é implicado na formação de um sintoma particular. Freud considera o sintoma como uma manifestação subjetiva e não mais como sinal de doença. Lacan avança nesta concepção a partir de uma elaboração teórica precisa que distingue o sintoma “patológico”, do qual se queixa o sujeito neurótico, e o *sinthoma* como solução inventada pelo sujeito para lidar com o irredutível do real do sintoma. Trata-se de uma nova proposta para a clínica do sintoma cuja direção visa localizar no sujeito o seu ponto de incurável e uma nova solução frente ao manejo do gozo. Orientar-se pelo sintoma seria, então, um modo de lidar com o sintoma; não tentando dele se desembaraçar, mas identificando-o como sua maneira de gozar. Essa passagem na teoria lacaniana é fundamental para o



trabalho de construção dos casos e para uma formalização lógica do sintoma em cada caso que seja transmissível ao campo da saúde mental (BURSZTYN; FIGUEIREDO, 2010).

Orientar-se pelo sintoma como marca de um sujeito é um modo de retomar a discussão clínica e diagnóstica no campo da saúde mental sem restringi-la a um conceito ou a um modelo classificatório, mas transmitindo o que há de único em cada caso. Trata-se de sustentar o trabalho coletivo na atenção psicossocial, propondo uma prática clínica mais adequada ao atual paradigma da saúde mental: o trabalho em equipe orientado pela lógica singular do sintoma.

Diante desta concepção, concluímos nossas considerações com a proposta de que a psicanálise opera a partir de uma política do sintoma. Assim, o sintoma não é algo a ser abolido, atenuado ou curado, mas o sintoma é algo a ser assumido, inventado ou até mesmo construído. Nessa perspectiva, a construção do caso permite localizar as escansões e as transformações das organizações subjetivas do gozo, demonstrando as passagens onde o sujeito passa a utilizar o sintoma como suplência a partir da construção de novos arranjos sintomáticos. Localizar o sintoma e questionar o destino dado a este na construção de cada caso é, portanto, um desafio lançado ao psicanalista, e a este enquanto profissional do campo da saúde mental, que ao fazer valer o sujeito no sintoma recolhe, ainda, os efeitos de sua prática no trabalho com os demais dispositivos clínicos presentes na rede de atenção (BURSZTYN; FIGUEIREDO, 2010).

Referências

ANDRADE, L. F. G. Psicanálise no Nordeste: Para quê? In: LUNA, V. L. R.; NASCIMENTO, Z. A. (Org.). **Desafios da Psicologia Contemporânea**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2010.



ASSAD, M. M. E.; QUIRINO, M.; AQUINO, L.; MENDES JUNIOR, J.; FARIAS, R.; DANIEL, L.; MARCONDES, B.; CARVALHO, E. G.; MATOS, C. V.; RIBEIRO, C. N. Algumas Contribuições da psicanálise ao campo da Saúde Mental. **Conceitos**, João Pessoa, v. 6, p.111-117, 2005.

BARROS, R. R. Como fazer escutar o sintoma na instituição? **Revista Opção Lacaniana**, Belo Horizonte, n.56/57, 2010.

BENETI, A. A saúde Mental da formação do analista. **Revista Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental**, 1998. Disponível em: <<http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/psicanalise/publicacoes/almanaque1.htm#asaude2>>. Acesso em: 02 jul. 2014.

BURSZTYN, D. C.; FIGUEIREDO, A. C. Considerações sobre a lógica do sintoma no caso clínico. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, 2010. Disponível em: <www.fundamentalpsychopathology.org/.../congresso2010/.../MR59-Daniela-Costa-Bursztyn-e-Ana-Cristina-Figueiredo.pdf>. Acesso em: 30 nov.2010.

FIGUEIREDO, A.C. O que faz um psicanalista na saúde mental, em CAVALCANTI, M.T.; VENÂNCIO, A.T. (Orgs.). **Saúde Mental: campo, saberes e discursos**, Coleções IPUB, Rio de Janeiro, CUCA-IPUB/UFRJ, p. 73-82, 2001.

FIGUEIREDO, A.C. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. **Mental – Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC**, Barbacena, ano III, p.43-45, nov. 2005.



FIGUEIREDO, A.C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 75-86, 2004.

FIGUEIREDO, A. C.; TENÓRIO, F. O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 1, p. 29-43, 2001.

LAURENT, E. **A sociedade do sintoma: a psicanálise, hoje**. Tradução: Vera Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2007.

MENDES, A. A. Tratamento na psicose: o laço social como alternativa ao ideal institucional. **Mental – Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC**, Barbacena, ano II, v. 4, p. 15-28, 2005.

MILLER, J.A. (1999). Saúde Mental e Ordem Pública. **Curinga – Psicanálise e Saúde Mental**, Belo Horizonte, EBP-MG, v. 13, 1999.

MONTEIRO, C. P. **A clínica das psicoses e a prática analítica nas instituições públicas de saúde mental**, 2005 Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2005.

MONTEIRO, C. P.; QUEIROZ, E.F. A Clínica Psicanalítica das Psicoses em Instituições de Saúde Mental. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 109-121, 2006.

NASCIMENTO, Z. A.; MONTEIRO, C. P.; SOUZA, M. M.; NEVES, V. D.; JÚNIOR, T. M. O.; MARIBONDO, O. F.; SILVA, J. Q.; GOMES, A. A.; ALMEIDA, R. M. G. Os desafios da psicanálise na universidade: a supervisão em Psicanálise e Saúde Mental. Em: LUNA, V. L. R.; NASCIMENTO, Z. A. (Org.). **Desafios da Psicologia**



Contemporânea, João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2010.

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

TENÓRIO, F. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

VIGANÒ, C. A construção do caso clínico em saúde mental. **Curinga – Psicanálise e Saúde Mental**, Belo Horizonte, EBP-MG, v. 13, p. 50-59, 1999.

VIGANÒ, C. A construção do caso clínico. **Revista Opção Lacaniana Online**, ano I, 2010. Disponível em: <<http://www.opcaolacanianana.com.br>>. Acesso em: 29 nov. 2010.



CAPÍTULO VI

PRÁTICA DA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA NO PROCESSO DE CONCILIAÇÃO NO JUDICIÁRIO: um ponto de vista dos advogados

Sandra Souza

Flaviane Michelly Tenório de Souza

O presente capítulo se propõe a trazer à baila uma pesquisa de caráter interdisciplinar, atrelando os conhecimentos da clínica humanista, especificamente da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) a uma recente e inovadora prática no Tribunal Regional do Trabalho – 13ª Região/PB no processo de conciliação. Os conceitos teóricos e metodológicos adotados delimitam a fronteira entre a Psicologia e o Direito alinhados na construção de novas formas de vivenciar o fenômeno humano.

Um dos principais autores da psicologia humanista é Carl Rogers, que se dedicou ao estudo e construção de uma teoria cuja ênfase estava em perceber o homem a partir de suas características positivas. Para Rogers (1983), a tendência ao crescimento é uma forma de atualização e de descobertas de possibilidades que estão presentes em cada ser levando o indivíduo, a todo o momento, à superação de si mesmo. Com isso, mesmo diante de circunstâncias adversas, o ser humano movimenta-se no sentido do crescimento, pois é inerentemente capaz da autoconcepção, de alterar seu autoconceito, seus comportamentos e suas atitudes, estando o organismo sempre buscando mecanismos para manter-se vivo (COPPE, 2002).



A crença no potencial humano é o alicerce de segurança para as abordagens humanistas e a confiança na tendência ao crescimento possibilitou, por volta 1940, Carl Rogers a sistematizar uma proposta de psicoterapia inicialmente nomeada de Psicoterapia Não-Diretiva ou Aconselhamento Não-Diretivo (ROGERS, 1983), configurando-se como Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) apenas a partir de 1977 (MOREIRA, 2010). Segundo Holanda (1998), anterior a essa nomeação existiram três fases da psicoterapia rogeriana: a Não-Diretiva, entre os anos de 1940 a 1950; seguida da Reflexiva até 1957 e a fase Experiencial até 1970.

A primeira fase da teoria de Rogers aponta para uma não-direção no processo terapêutico que erroneamente foi interpretada como uma característica passiva que o terapeuta dessa abordagem deveria adotar. Segundo Moreira (2010), essa fase poderia ser descrita como uma fase de neutralidade, na qual o mediador se despojava do papel de detentor do conhecimento e possibilitava um protagonismo do indivíduo na condução do processo. Nesse sentido, Rogers coloca que a não-direção significa ausência de atitude intervencionista, respeitando o outro em seu processo de compreensão e autodeterminação (ROGERS; KINGET, 1977).

Para Rogers, um ambiente em que as pessoas podem ser ouvidas sem preconceito permite que elas tenham uma maior consideração e compreensão de si mesmas, conduzindo seu comportamento em função de seu próprio crescimento (ROGERS, 1983). O encontro com a experiência, singularidade e individualidade são proporcionados principalmente por meio do relacionamento verdadeiro com o outro (RAMON, 2010). É devido a essas condições que Rogers (1983) aponta a aplicabilidade dessa abordagem a qualquer contexto relacional, seja entre terapeuta-cliente, pai-filho, administrador-equipe, professor-aluno, ou seja, independente do papel social, considera-se que é pelo diálogo que o desenvolvimento ocorre.



Foi diante da crença no potencial humano que Rogers expandiu sua teoria para outros campos de relações, além da clínica. Foi na sua última década de vida (final de 1970 até 1987) que Rogers e seus colaboradores propuseram mediar conflitos sociais com grupos de 50 a 2000 participantes, como, negociações de Camp David entre Egípcios e Israelenses; na Irlanda, esteve mediando conflitos entre protestantes e católicos; na África do Sul, trabalhou na mediação de conflitos raciais entre negros e brancos; assim como em conflitos entre clientes e prestadores de serviços de saúde nos Estados Unidos; em conciliações na Bósnia, no Oriente Médio, etc. (TASSINARI, 2008 apud BATTAGLIA, 2009), tendo sido indicado ao Prêmio Nobel da Paz em 1987, ano do seu falecimento (BATTAGLIA, 2009).

Partindo desse pressuposto de aplicação da ACP em diversas áreas das relações humanas, a Juíza do Trabalho Nayara Queiroz Mota de Sousa lançou um projeto de conciliação humanista intitulado “Conciliação Humanista: um Caminho para o aperfeiçoamento da Relação Interpessoal através da Tentativa Conciliatória” que conduziu a aprovação em dezembro de 2011 do Núcleo Permanente de Métodos Consensuais de Solução de Conflitos – NUCON pelo Tribunal Regional do Trabalho da 13ª Região. Para a juíza, a Justiça do trabalho enfrenta hoje uma falta de habilitação em proporcionar um ambiente favorável para o diálogo entre as partes de um litígio, apontando, dessa forma, a necessidade de aperfeiçoar a atuação do magistrado tendo como recurso conhecimentos da psicologia, mais especificamente da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), de Carl Rogers (SOUSA, 2010).

Uma proposta no Processo de Conciliação alinhada aos Pressupostos da ACP

A Conciliação Humanista tem como objetivo disponibilizar uma escuta ativa, na qual as partes possam sentir-se acolhidas e



aceitas, potencializando a comunicação entre elas (SOUSA, 2012). Desse modo, utiliza como base teórica os pressupostos humanistas da Abordagem Centrada na Pessoa.

Das definições a respeito da Conciliação, Wagner D. Giglio descreve uma proposta especial que se aproxima da intervenção humanista. Esta foi descrita no estudo de Campos (2006) sobre a temática. Segundo esse autor, a Conciliação não se trata apenas da realização de um acordo financeiro, mas diz respeito também à restauração das relações que foram rompidas. Conciliar significa que as partes necessariamente precisam se desarmar, se entender e se harmonizar para que o acordo em si valorize o interesse de ambos. Dessa forma, pode-se apontar que os conhecimentos decorridos da psicologia humanista podem contribuir para a realização dessa definição.

O enfoque fundamental das abordagens humanistas está na existência humana que se concretiza através da relação interpessoal onde os valores e a individualidade do outro são respeitados (ERTHAL, 2004). O homem, como ser único no mundo, para existir, necessariamente precisa se relacionar com outro (RAMON, 2010). Esses pressupostos foram fundamentais para que Rogers estruturasse sua teoria.

Para tanto, é necessário o mediador se comportar essencialmente como humano, abdicando do excessivo poder conferido ao papel social desempenhado, de forma que o outro se sinta aceito em sua experiência. Essa aceitação ocorre por meio de uma relação dialógica, na qual ambos potencializam-se. É só por meio de uma relação autêntica que é que possível resgatar a individualidade do indivíduo, tornando-o pessoa (RAMON, 2010).

Segundo Santos, Rogers e Bower (2004), uma atitude genuína implica em o indivíduo ser honesto, real consigo mesmo e que priorize sempre a autenticidade. Não se precisa falar a todo o momento, nem precisa de opiniões. Necessita, antes de tudo,



silenciar para poder ouvir as vozes interiores. Com isso, não precisa mentir ou se recobrir de máscaras, podendo expressar livremente seus sentimentos no aqui-e-agora. Desse modo, a autenticidade ou congruência do facilitador permite ao indivíduo ser ele mesmo no contexto relacional, proporcionando assim o diálogo. Nesse sentido, é importante que na sua atuação, o facilitador remova as barreiras que dificultam o contato, evitando, assim, exercer o poder unilateralmente.

No ambiente judiciário, é o juiz que funciona como facilitador no processo de conciliação. É aplicado a essa figura o papel de aproximar as partes, conduzindo-as à possibilidade de um acordo (ANDRIGHI, 2003). Nesse percurso, o conciliador não pode afastar-se do conhecimento de si mesmo, de seu mundo interior e de suas emoções, pois é por meio da autoconscientização que é capaz de sintonizar-se emocionalmente com as partes (ANDRADE, 1999).

Em uma relação, para que o outro se sinta compreendido e, portanto, ouvido no seu sofrimento, é necessário perceber-se aceito. A aceitação incondicional é outra condição para que o indivíduo possa entrar em contato com sua experiência. Ao proporcionar uma escuta positiva, independente do que seja dito pelo outro, o indivíduo se sente aceito na sua vivência e tende a ser inteiro e verdadeiro na sua fala, movendo-se em direção a um crescimento (ROGERS, 1986).

O juiz no cenário da justiça tradicional se apoderou de uma postura distante da sociedade. Esse modo de ser impossibilita que as partes se coloquem verdadeiramente em sua experiência, dificultando o acordo de ser realizado (SOUSA, s.d). O processo conciliatório exige, entretanto, uma mudança na postura dos magistrados. Estes devem optar por uma atitude humana de aceitação do outro, de forma que o outro seja considerado positivamente. Para tanto, é necessário haver um respeito profundo em relação à alteridade, acolhendo-a sem impor condição alguma (SANTOS et al., 2004).



No processo de conciliação, as partes também necessitam de uma aceitação para sentirem-se preparadas na exposição diante do juiz, cuja conduta deve estar envolvida na compreensão da fala das partes, mesmo que não concorde com estas, pois é fundamental que os membros do litígio sintam-se aceitos e possam falar livremente o que estão pensando. Uma conduta facilitadora do conciliador pode ser a de esclarecer à outra parte algo pronunciado pelo oponente que, por ventura, não tenha sido compreendido. Esta postura ajuda as partes compreenderem o sentimento do outro que anteriormente não foi considerado por falta de diálogo (SOUSA, 2010).

A última condição para o estabelecimento facilitador proposto na ACP é a empatia que se refere a uma compreensão precisa do que está sendo comunicado, incluindo os sentimentos e significados contidos em uma fala. Rogers define empatia como:

Significa penetrar no mundo perceptual do outro e sentir-se totalmente à vontade dentro dele. Requer sensibilidade constante para com as mudanças que se verifiquem nessa pessoa em relação aos significados que ela percebe, ao medo, à raiva, à ternura, à confusão ou ao que quer que ele/ela esteja vivenciando (ROGERS; ROSENBERG, 2005, p. 73).

Uma escuta atenta estimula o outro a falar dos conflitos que estão sendo vivenciados. Com isso, uma atitude empática do juiz permite que as parte possam verbalizar o desacordo a fim de que a reestruturação da fala seja alcançada e conseqüentemente compreendida (ANDRADE, 1999). Para tanto, é necessário a disponibilidade do mediador em ouvir, pois como aponta Amatuzzi (1996), é por meio do ouvir que o indivíduo se abre para o outro e não pela fala. Apenas quando se ouve verdadeiramente é que se entra em contato com o outro e conhece seu interior.



Além das três condições facilitadoras, Rogers discorre mais uma que chamou de momentos de movimento. Neles, a proximidade entre o facilitador e o facilitado é máxima a ponto de possibilitar uma mudança permanente para ambos. Esses momentos ocorrem quando as vivências anteriores e crenças são postas de lado em função de um encontro na atualidade. O importante nesses momentos é que os obstáculos não atrapalham a relação e ambos estão existindo em função da experiência organizacional (SANTOS et al., 2004).

Em torno do ano 2000, os tribunais de justiça têm buscado disseminar a Mediação de Conflitos, tornando este tema como algo central entre os juízes. Foi, contudo, em 2009 que a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) iniciou cursos de formação para os advogados, visando uma cultura de paz a partir do estudo da Mediação de Conflitos (BATTAGLIA, 2009).

Na cidade de João Pessoa/PB, o Tribunal Regional da 13ª Região se disponibilizou em resolver os litígios por meio da Conciliação Humanista com a criação do NUCON pela Resolução 125/2010 sendo decidido na Resolução Administrativa 112/2011 sua atuação em toda a jurisdição do Tribunal.

Os principais objetivos do NUCON foram descritos em uma cartilha, impressa em 2012, intitulada “Com o Diálogo, a Conciliação Acontece”. Para uma melhor compreensão desse Núcleo segue uma breve descrição de suas propostas.

Busca qualificar a resolução dos litígios por meio de proposta humanizada:

- Evitar linguagem rebuscada;
- Acolher humanamente as partes;
- Aproximar as partes no processo conciliatório;
- Evitar o desgaste das partes;
- Reestabelecer o relacionamento entre as partes;



- Potencializar a vontade dos jurisdicionados de maneira que se responsabilize por suas escolhas;
- Evitar estereótipos de vencedores e vencidos;
- Promover soluções rápidas e efetivas;
- Diminuir os gastos com o processo;
- Desafogar o Poder Judiciário;
- Aproximar o Judiciário da sociedade.

Diante do exposto, a presente pesquisa teve como objetivo identificar o sentido para os advogados do processo de conciliação humanista após audiências no TRT/13ª Região.

Percurso metodológico

Tipo de pesquisa

Trata-se de uma abordagem descritiva exploratória que utiliza métodos de análise qualitativos de caráter fenomenológico (HOLANDA, 2006). A pesquisa qualitativa de caráter fenomenológico-existencial tem por objetivo descrever as vivências subjetivas de maneira a compreender os significados de uma experiência humana. Essa forma de acessar uma experiência permite ao pesquisador se aproximar mais profundamente do conhecimento do ser humano (AMATUZZI, 2009).

Participantes

A amostra foi distribuída de forma casual, ou seja, indivíduos que se disponibilizaram voluntariamente a participar da pesquisa e de fácil acesso. Participaram dez (10) advogado(a)



s atuantes no Núcleo Permanente de Métodos Consensuais de Solução de Conflitos (NUCON) do Tribunal Regional do Trabalho da 16ª Região.

Os advogados têm em média 35,6 anos; 90% do gênero masculino; houve uma distribuição equitativa quanto ao estado civil: 50% casados. No que se refere à religião, 80% são católicos, seguido de 20% que não se associam a nenhuma religião. Quanto à escolaridade, 40% são pós-graduados. Apenas um advogado (estagiário) ainda não concluiu o curso universitário. Em relação à renda¹, 50% recebe acima de seis salários mínimos.

Instrumento

O vivido dos participantes foi acessado por meio da Versão de Sentido (VS), método desenvolvido pelo psicólogo Mauro Amatzuzi (1996). A escolha desse método incidiu sobre sua eficácia em captar o vivido dos participantes após a experiência de Conciliação. A proximidade da coleta dos relatos com o vivido em dado momento possibilita uma maior clareza da percepção real do ocorrido e não apenas de recordação da experiência. Dessa forma, justifica-se a escolha desse instrumento de pesquisa, pois condiz com o objetivo do estudo em captar a percepção e a experiência durante uma Conciliação Humanista.

A VS consiste em uma pergunta que serve como estímulo para o(a)s participantes entrarem em contato com o significado da conciliação: “O que o senhor (a) está sentindo agora em relação a audiência?”. A fala de cada participante foi gravada através de um aparelho mp4.

1 Salário Mínimo no valor de R\$ 678,00 em 2013.



Procedimento para acessar a experiência

Foram treinados quatro alunos de psicologia da Universidade Federal da Paraíba e a gravação do relato dos participantes ocorreu necessariamente após a audiência de conciliação. Para tanto, a juíza comunicava, após a sessão, sobre a realização da pesquisa aos advogados, ressaltando a liberdade de participar ou não da mesma. Para aqueles que aceitaram participar da pesquisa, ao saírem da sala de audiência, foram dirigidos pelos pesquisadores treinados a ambientes isolados no qual foram expostos à pergunta estímulo.

Após a coleta das VS foi solicitado que respondessem ao questionário sociodemográfico, contendo informações como sexo, estado civil, tempo de profissão, renda, turnos de trabalho, condições de trabalho, e que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi garantido o sigilo e anonimato dos participantes conforme exigência do Comitê de Ética.

Resultados e discussões

Da fala dos advogados foi possível extrair quatro eixos de significados como apresenta a Tabela 1.

No que se refere ao eixo “Satisfação com a conciliação”, temos as seguintes falas: “O meu dia a dia é sempre a mesma coisa. Não me sinto... Todo dia é um caso diferente, mas a satisfação de ver um cliente satisfeito, né, com o acordo que foi realizado” (ADVOGADO 04).



TABELA 01: Eixo de Sentido dos advogados.

| Eixo de Sentido | Descrição |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Satisfação com a conciliação | Expressa a satisfação, tranquilidade e alívio com a resolução obtida no processo conciliatório, mesmo diante de problemas inerentes ao caso. |
| Sentimentos de indiferença | Referente à indiferença em relação ao processo conciliatório. |
| Insatisfação-Frustração | Trata das expectativas frustradas no processo conciliatório ou da Justiça do Trabalho. |
| Eficiência no processo de conciliação humanista | Diz respeito à eficiência do processo de conciliação humanista, como, praticidade, clima favorável e tranquilo; bom relacionamento durante o processo entre as partes/advogados e juiz; rapidez, comparando a uma audiência comum. |

Outro advogado expressa de modo semelhante: “Estou satisfeito porque conseguimos a conciliação. Apesar de alguns problemas na reclamação, mas a gente conseguiu chegar a um denominador comum” (ADVOGADO 05).

Os discursos dos advogados apontam a vivência de sentimentos positivos quando as audiências são concluídas em comum acordo. Isso revela um avanço e amadurecimento dos representantes do Direito e da própria justiça do trabalho, pois têm se mostrado mais abertos às novas formas de resolução de conflitos, afastando-se do perfil rígido e tradicional comuns na origem do Direito no Brasil. A esse respeito, Andriighi (2003) lembra a importância da colaboração dos membros do Poder



Judiciário para que as alternativas de resolução de litígios possam ser firmadas.

Em especial, a satisfação também se estende à atuação do órgão de Conciliação Humanista, o NUCON, como pode ser observado: “Satisfeito, bem satisfeito. Me sinto bem, tranquilo, satisfeito com o trabalho do NUCON” (ADVOGADO 01).

A satisfação dos advogados está relacionada também ao cumprimento da Lei, bem como aos benefícios que suas atuações representam no enfrentamento das dificuldades da justiça brasileira, como podemos ver no seguinte relato: “Muito satisfeito. Muito bem. Houve um acordo proveitoso para o cliente e cumprimos nosso objetivo de satisfazer o cliente” (ADVOGADO 07).

O judiciário é criticado principalmente no que se refere à morosidade dos litígios, a qual está ligada à quantidade de conflitos a resolver, a administração dos Tribunais e a formalidade dos trâmites envolvidos no processo (FREITAS, 2007). Desse modo, os advogados percebem suas atividades positivamente, pois a resolução do conflito contribui para desafogar os tribunais, minimizar as dificuldades dos órgãos judiciais, que prestam contas ao Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e solucionar os conflitos sociais, evitando uma resolução por vias ilegais. Isso pode ser percebido no seguinte recorte: “E eu acho que vai ser mais fácil ele tocar a vida dele mais pra frente agora, sem essa pendência, razoavelmente satisfeita” (ADVOGADO 10).

Outro eixo presente na fala dos advogados é “Sentimentos de indiferença”, os quais podem ser detectados no seguinte relato:

Pra mim é uma situação que é corriqueira que eu vivencio todos os dias. Então pra mim é mais um processo. É indiferente. Mas, considerando que o acordo teve êxito, eu me sinto satisfeito com a resolução do processo (ADVOGADO 01).



Tais sentimentos de indiferença podem estar ligados à frequência com que esses profissionais lidam com situação de conflito. Isso pode contribuir para uma posição fria e indiferente em relação aos processos. Além disso, Sousa (2010) lembra que a atividade dos representantes do Direito esteve, em seu início, atrelada a uma posição de destaque, em relação ao contexto social. O poder Judiciário era representado por magistrados que estavam em um patamar distante da sociedade, não se “misturavam” ao povo. Segundo a autora, essa natureza da justiça pode ter contribuído com a construção de condutas mais rígidas do Direito no país.

Além dos eixos positivos observados nas vivências dos advogados, foi possível detectar um elemento com conotação negativa, como, “Insatisfação-Frustração”, o qual pode ser percebido no relato: “É, não é tanto o que eu acho que o cliente merecia, mas pelo menos colocou um fim na demanda, né” (ADVOGADO 10). Nota-se que ao alimentar uma expectativa em relação ao desfecho do conflito, o advogado tende a se frustrar. Na perspectiva da ACP, se o facilitador se apega ao desejo de um determinado resultado previamente estabelecido, esse modo de espera poderá dificultar o andamento do processo do indivíduo, visto que tal processo caminha na direção de um vir-a-ser do cliente, libertando o facilitador de qualquer possibilidade de controle, domínio sobre o cliente.

O último eixo representante desse grupo foi nomeado como “Eficiência no processo de conciliação humanista”. Esta se refere à eficiência da conciliação humanista e a um clima facilitador que possibilita um bom relacionamento. O discurso dos advogados revela uma percepção de que as audiências do NUCON têm sido realizadas de maneira célere, quando comparadas à justiça tradicional. Observa-se nas falas: “Muito boa, rápida e resolveu uma audiência que seria demorada bem umas três horas. Nós resolvemos aí dentro de dez minutos” (ADVOGADO 03).



Bom, o processo de conciliação é um processo muito prático, assim para as duas partes, tanto para o promovente como para o promovido. O conciliatório é uma simples audiência de conciliação. Isso é o que eu estou sentindo agora: uma justiça mais célere e rápida (ADVOGADO 06).

Os depoimentos apontam uma percepção de eficácia na resolução de litígios. Isso demonstra o cumprimento na proposta de conciliação, especialmente nas audiências do NUCON. A esse respeito, verifica-se a conquista na realização dos objetivos proposto por esse órgão que foram expostos na cartilha organizada no ano de 2012 pelo núcleo, a qual discorre sobre soluções rápidas e efetivas dos litígios, bem como a redução no número de processos do Poder Judiciário. Nesse mesmo sentido, Andrighi (2003) também discute sobre a importância das conciliações. Seu estudo aponta que no ano de 2003 cerca de 1,5 milhão de acordos eram concretizados num período de sete dias. Esse mesmo número de conflitos levaria cerca de sete anos para serem resolvidos na justiça comum, apontando, como afirma um dos advogados: “uma justiça mais célere e rápida”.

Entretanto, o foco na proposta de conciliação humanista no TRT/13ª Região é principalmente na qualidade das audiências, priorizando-se muito mais o diálogo e o reparo da relação entre as partes (SOUSA, s.d). Nesse sentido, Rogers (1986) aponta que a postura de um mediador deve ser de aceitação incondicional, pois essa possibilita que o indivíduo sinta-se livre e confortável para falar. Esse ambiente, percebido por meio dos relatos, tem sido proporcionado nas audiências, diferenciando-se das posturas tradicionais. Aqui, sentimentos de ansiedade não fazem parte do contexto de conciliação como pode ser observado nos recortes a seguir.



Como eu sabia que essa audiência ela não... ela seria apenas uma audiência de conciliação, sem nenhuma, que não haveria nenhuma decisão, então é bem tranquila essas audiências e não acontece nenhum estresse pelo menos da minha parte assim, de ter alguma decisão que seja desfavorável ou favorável. Enfim é uma tentativa apenas conciliatória e que não gera nenhum tipo de ansiedade ou estresse (ADVOGADO 08).

Foi observada ainda a conciliação como uma forma de garantia dos direitos. Segundo Ressel (2009), os processos resolvidos por meio do acordo tendem a ser cumpridos voluntariamente sem a intervenção da justiça. Sartre defende a ideia de que o homem é um ser condenado à liberdade, portanto cabe a cada indivíduo escolher a todo o momento o que será em seguida. Suas opções implicam necessariamente em responsabilidade (ERTHAL, 2004). Dessa forma, em climas facilitadores, é possível que o ser humano faça escolhas conscientes e lide mais facilmente com as consequências da mesma. Esse ambiente parece ter sido facilitado pelo NUCON como pode ser demonstrado a seguir.

Bom, para a parte que recebe logo o seu crédito, que na verdade ela teve que baixar, abrir um pouco mão da sua prerrogativa, de todo seu direito, mas conseguiu ter sucesso e é uma garantia da Justiça do Trabalho que vai receber em dia. É bom para o advogado que vai ter essa mesma garantia e bom para sociedade que vai desafogar o Poder Judiciário e uma eficiência maior; vai dar uma eficiência maior aqui para solução dos processos (ADVOGADO 09).



Considerações finais

A presente pesquisa teve como objetivo identificar o sentido para os advogados do processo de conciliação humanista após audiências no TRT/13ª Região. Verificou-se, no geral, que embora o processo de conciliação seja uma constante na atividade profissional do advogado, os pressupostos do NUCON alinhados aos princípios da ACP parecem estar sendo experienciados positivamente pelos advogados, por meio da constatação de eficiência e rapidez no andamento dos processos. Ademais, faz-se importante destacar a aplicabilidade da psicologia humanista, especificamente da ACP nos mais variados contextos, transpondo os muros da clínica tradicional até intervir no mundo social.

O ambiente facilitador se dá por meio de uma relação dialógica favorável a uma escuta sensível e atenta. A temática da relação dialógica se tornou um ponto crucial ao desenvolvimento de relações facilitadoras ao crescimento, podendo fomentar pesquisas de caráter interdisciplinar. Estimulam-se ainda outros estudos focando na experiência dos jurisdicionados e dos juízes que fazem parte de um processo de conciliação humanista com o objetivo de verificar o todo da experiência dialógica em tela.

Referências

AMATUZZI, M. M. O uso da versão de sentido na formação e pesquisa em Psicologia. In: CARVALHO, R. M. L. L. (Org.). **Repensando a formação do psicólogo: da informação à descoberta**. Coletâneas da ANPEPP, 1 (9), 1996, p. 11-24.

AMATUZZI, M. M. Psicologia Fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. **Revista Estudos de Psicologia**, v. 26, n. 1, p. 93-100, 2009.



ANDRADE, A. M. R.; MACEDO JÚNIOR, F. L.
Manual de Conciliação. Curitiba: Juruá Editora, 1999.

ANDRIGHI, F. N. O papel do poder judiciário em uma democracia representativa. In: **Palestra proferida na Escola de Comando e Estado Maior do Exército - Ministério do Exército** - Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://bdjur.stj.gov.br/dspace/handle/2011/11473>>. Acesso em: 5 mai. 2012.

BATTAGLIA, M. C. L. (2009). Carl Rogers e a mediação de conflitos. In: A. Bacellar. (Cord.). **A Psicologia Humanista na Prática: Reflexões sobre a Abordagem Centrada na Pessoa.** Palhoça: Ed. Unisul, 2009. p. 128-136.

CAMPOS, A. C. **A Composição dos Conflitos Individuais Trabalhistas: Uma Perspectiva Tutelar.** 2006. Dissertação de Mestrado (Faculdade de Direito de Campos) - Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, 2006.

COPPE, A. A. F. A Pesquisa Qualitativa na Clínica. In: **Trabalho apresentado no XI Encontro Latino-Americano da ACP,** 2002, Socorro, 2002.

ERTHAL, T. C. S. **Psicoterapia vivencial: uma abordagem existencial em psicoterapia.** Campinas: Editora Livro Pleno, 2004.

FREITAS, V. P. A Eficiência na Administração da Justiça. **Revista AJUFERGS,** v. 3, p. 75-89, 2007.

HOLANDA, A. F. **Diálogo e psicoterapia: correlações entre Carl Rogers e Martin Buber.** São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

HOLANDA, A. F. Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. **Análise psicológica,** v. 3, n. 24, p. 363-372, 2006.



- MOREIRA, V. Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 27, n. 4, p. 537-544, 2010.
- RAMON, S. P. A psicoterapia dialógica de Martin Buber. **Psico - PUCRS**, Porto Alegre, v. 41, n. 4, p. 534-541, 2010.
- RESSEL, V. Conciliação Judicial. **Revista Jurídica Cesumar - Mestrado**, v. 9, n. 2, p. 637-639, 2009.
- ROGERS, C. R. **Um jeito de ser**. São Paulo: EUP, 1983.
- ROGERS, C. R. **Sobre o Poder Pessoa**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1986.
- ROGERS, C. R.; KINGET, M. **Psicoterapia e Relações Humanas**. Belo Horizonte: Interlivros, 1977. 2 v.
- ROGERS, C. R.; ROSENBERG, R. **A Pessoa Como o Centro**. 11. ed. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda, 2005.
- SANTOS, A. M.; ROGERS, C.; BOWER, M. C. V. B. **Quando Fala o Coração: a essência da Psicoterapia Centrada na Pessoa**. 2. ed. São Paulo: Vetor, 2004.
- SOUSA, N. Q. M. [s.d]. **Conciliação Humanista: Um Caminho para o Aperfeiçoamento da Relação Interpessoal Através da Tentativa Conciliatória**. Manuscrito Inédito. Tribunal Regional do Trabalho, João Pessoa, PB.
- SOUSA, N. Q. M. **Pesquisa Fenomenológica na justiça do trabalho: proposta de uma conciliação humanista**. Dissertação de mestrado (Universidade Católica de Pernambuco), Recife, 2010.
- SOUSA, N. Q. M. **Cartilha Com o Diálogo a Conciliação Acontece**. Tribunal do Trabalho da Paraíba – 13ª Região. ACS – Assessoria de Comunicação Social, 2012.



CAPÍTULO VII

NATURALIZAÇÃO DA EXCLUSÃO SOCIAL? REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO LOUCO\DOENTE MENTAL¹

*Tamiris Molina Ramalho Hirschle
Silvana Carneiro Maciel
Giselli Lucy Souza Vieira
Lara Fechine Piquet da Cruz
Roselane Priscila Ferreira do Nascimento.*

Introdução

Pode-se dizer que a concepção sobre a loucura e sobre a doença mental foi sendo cunhada ao longo de transformações históricas. A partir da análise dessa construção e transformações é possível compreender o que há atualmente no imaginário social em relação a esses objetos sociais. Na verdade, observa-se que ainda há uma concepção estereotipada, presa a moldes asilares semelhantes aos do século XVII, onde o doente mental era visto como alguém perigoso, que podia trazer danos ao social e que por isto precisava ser excluído da sociedade dita normal (MACIEL, 2007).

Analisando esta questão, Foucault (2012) afirma que a loucura substituiu outras formas de exclusão, como a lepra e

1 Pesquisa PIBIC\CNPQ- Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química (GPSMDQ)



as doenças sexualmente transmissíveis (sífilis), e que tudo isso estava subjacente ao jogo de interesses de classes, que instalou na sociedade uma atitude higienista, “lavando” das ruas aqueles indivíduos considerados indesejados e diferentes da norma social, excluindo-os e colocando-os em hospícios para contê-los. De forma que o saber psiquiátrico isolou o doente mental da família e da sociedade, alocando-o em uma instituição especializada, argumentando que o isolamento era necessário para a proteção dele próprio e da sociedade.

Delgado (2011) ressalta que as estratégias farmacológicas e hospitalocêntricas, com seus procedimentos e dosagens desumanas e inadequadas, são geradoras de estigma, e que o mau tratamento se mostra equivocado ao buscar trazer paz à sociedade reprimindo a personalidade e os ritmos de pessoas diferentes.

A percepção de que os asilos eram ineficazes, que geravam exclusão e feriam a autonomia e os direitos humanos, gerou um movimento de transformação desta realidade que foi nomeado de Reforma Psiquiátrica. Esta teve início nos anos 70, na Europa e nos Estados Unidos que se converteu, segundo Desviat (1999), em um amplo movimento social em defesa dos Direitos Humanos dos “loucos” e dos excluídos da razão. A Reforma Psiquiátrica surgiu no sentido de questionar a instituição asilar e a prática médica, além de humanizar a assistência, fazendo com que houvesse ênfase na reabilitação ativa em detrimento da custódia e da segregação.

Mas é exatamente, neste contexto atual da Reforma Psiquiátrica, da desospitalização e dos serviços substitutivos que este estudo se volta para analisarmos as representações sociais acerca do doente mental e do louco na atual sociedade, por concebermos que ainda impera na nossa sociedade representações preconceituosas e a exclusão do louco/doente mental.



Naturalização da Exclusão Social? Representações Sociais do louco/doente mental

O processo de exclusão deve ser entendido como uma impossibilidade de poder partilhar, o que leva à vivência da privação, da recusa, do abandono e da expulsão, inclusive com violência, de um conjunto significativo da população. O processo de exclusão, embora atingindo o sujeito e sua subjetividade, não pode ser visto como um processo individual, de culpabilização do sujeito. A exclusão deve ser vista de uma perspectiva mais ampla, envolvendo as várias formas de relações econômicas, sociais, culturais e políticas da sociedade. Para Wanderley (2002), a exclusão inclui pobreza, discriminação, subalternidade, não equidade, não acessibilidade, não-representatividade pública. O fenômeno da exclusão é amplo e multifacetado, de modo que os excluídos não são apenas os rejeitados física, geográfica ou materialmente do mercado de trabalho e de suas trocas, mas inclui, também, os excluídos das riquezas espirituais, em que seus valores não são reconhecidos, ou seja, há também a exclusão cultural.

Daí a importância de, ao se estudarem as representações e o processo de exclusão, estudar também o contexto sócio-histórico-cultural, o grupo de excluídos e os agentes sociais, de modo a reconstruir com eles o sentido subjetivo e os processos de significação da exclusão social. Camino, Silva, Machado e Pereira (2004) afirmam que as pessoas ou grupos utilizam diferentes perspectivas ou pontos de partida para analisar fatos sociais e que a análise dessas visões justificatórias permitirá entender melhor os aspectos subjetivos dos processos de inclusão/exclusão social. Os autores lembram, ainda, que as condições objetivas desses processos desenvolvem-se a partir de interesses econômicos e/ou culturais dos grupos dominantes.

Para Maciel, Barros, Camino e Melo (2011), os estereótipos de periculosidade, agressividade e incompreensibilidade impedem



que a situação de sofrimento seja superada, isto acaba resultando na marginalização afetiva e social de um grande número de pessoas que necessitam de atenção, ou seja, resulta no processo de exclusão social que tem se tornado não só frequente, mas também naturalizado na atual sociedade.

O processo de naturalização da exclusão social, representado pela sua aceitação tanto por parte do próprio excluído quanto pela sociedade, gera uma atmosfera social de conformismo, que compreende a condição de exclusão como se fosse uma fatalidade (SAWAIA, 2002).

Para compreender a naturalização da exclusão social e as representações presentes no imaginário social vinculados ao doente mental/ louco, este trabalho teve como aporte teórico a Teoria das Representações Sociais (TRS), que proporciona um modo particular de observação de um fato, fenômeno, pessoas ou assuntos. Esta teoria permite compreender a inter-relação entre conteúdo, objeto e sujeito; favorecendo reflexões críticas sobre o espaço dos sujeitos, sua inserção e prática social, conferindo valor ao saber do senso comum e da ciência (MIRANDA; FUREGATO, 2007).

As representações sociais podem ser conceituadas como modalidades de conhecimento que têm por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos. Como sistema sociopolítico e econômico a sociedade produz efeitos estabelecendo formas de pensamento e de interpretação dos fatos, através da comunicação (MOSCOVICI, 2012).

Alves-Mazzotti (2008) esclarece que as representações sociais podem ser abordadas e concebidas de muitas formas, relacionadas ou não ao imaginário social. Quando se relacionam ao imaginário social, a ênfase recai no caráter simbólico da atividade representativa de sujeitos que partilham uma mesma condição ou experiência social.

Nessa perspectiva, esse trabalho tem como objetivo conhecer como os estudantes de ensino médio de João Pessoa representam a



loucura e a doença mental, com o intuito de apreender como tais estudantes estão representando estas questões.

Método

Participantes

A amostra de 100 estudantes foi escolhida por conveniência, em duas escolas públicas da cidade de João Pessoa-PB, com estudantes do Ensino Médio, de ambos os sexos, com faixa etária de 14 a 20 anos de idade.

Instrumento

Foi utilizado o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), com os estímulos indutores “louco” e “doente mental”. O TALP permite trazer à tona aquilo que está submerso no imaginário social de cada uma das pessoas, contribuindo para o esclarecimento acerca das representações de um determinado objeto social.

Procedimentos

Inicialmente, foi estabelecido contato com as escolas, com o intuito de fornecer informações sobre os objetivos da pesquisa e obter a autorização para a sua realização. Em seguida, foi feita uma aplicação prévia do Teste de Associação Livre de Palavras em ambas as escolas afim de explicar como o teste funcionava. Durante a aplicação propriamente dita, os estudantes se defrontavam com a apresentação de uma palavra-estímulo e deviam colocar no questionário fornecido as cinco palavras que lhes vinham imediatamente ao pensamento. Posteriormente, deviam colocar as palavras relatadas em uma ordem de representatividade, expressa



em números de 1 a 5. Os estímulos fornecidos foram “louco” e “doente mental”, sendo que o tempo médio dado aos alunos, para cada palavra-estímulo, foi de 1 minuto. Na análise de dados foram considerados apenas os testes que possuíam, no mínimo, 4 palavras associadas com a palavra-estímulo.

Para a análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo temática proposta por Bardin (1977), buscando estabelecer categorias de representação com as palavras evocadas pelos participantes. A escolha desta técnica se deu devido a análise de conteúdo utilizar procedimentos sistemáticos para descrever os conteúdos das mensagens e extrair deles indicadores que permitem inferir conhecimentos relativos às condições de produção dessas mensagens.

Para a execução deste estudo, foram obedecidas as determinações éticas contempladas nas Resoluções 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata da ética em pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados e Discussão

No processo de categorização, referente aos estímulos “Louco” e “Doente Mental”, foram construídas 09 (nove) categorias, a partir das palavras evocadas pelos estudantes. Estas categorias são apresentadas na Tabela 1, que mostra o número de evocações para cada palavra-estímulo. Para facilitar a visualização dos resultados, as categorias são descritas através de exemplos.



TABELA 01: Categorias e evocações referentes aos estímulos indutores “Doente mental” e “Louco”. F=frequência

| Categorias | Doente Mental | Louco |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------|
| CATEGORIAS | Frequência Doente Mental | Frequência Louco |
| Repres. Médico/Psiquiátricas Ex: remédio, doença, hospício | F=128 | F=182 |
| Repres. Negativas/Pejorativas Ex: louco, doido, maluco, mongol | F=71- | F=111 |
| Repres. Ajuda/Cuidado Ex: tratamento, cuidado, psicologia | F=100 | F=27 |
| Repres. Alterações Ex: Comportamentais/ Cognitivas cabeça, sem noção, cérebro | F=65 | F=44 |
| Repres. de Agressividade/ Violência Ex: psicopata, descontrole, agressivo, assassino | F=36 | F=43 |
| Repres. Exclusão social Ex: preconceito, excluído, desrepeitado, rejeitado | F=32 | F=16 |
| Repres. Positivas Ex: pessoa, feliz, gente, opção | F=11 | F=24 |
| Repres. Alterações psicológicas/ Sofrimento Ex: triste, sofrimento, deprimido | F=19 | F=14 |
| Outros ex: internet, jogos, dinheiro, rock, Van Gogh | F=12- | F=18 |



Como pode ser observado na Tabela 1, em uma mesma categoria existem diferenças e semelhanças entre um estímulo indutor e outro. Isto vem demonstrar que, para a amostra estudada, essas palavras que muitas vezes designam um mesmo objeto social podem ter sentidos que se aproximam ou se afastam em seu significado.

De acordo com Rosa (2003) todos os termos utilizados para designar os portadores de transtornos mentais, como loucos, doentes mentais, alienados, pacientes psiquiátricos, psicóticos, portadores de sofrimento psíquico, entre outros, implicam uma determinada concepção a respeito de quem são eles. No entanto, o que esses termos têm em comum é que

(...) todos estão impregnados de preconceitos existentes no imaginário social, indicando um desvio em relação ao padrão de normalidade e aceitabilidade social, indicando que estão aquém da constituição humana (p. 211).

O problema, segundo este autor, não reside em encontrar uma terminologia adequada, pois o preconceito não está na palavra utilizada, mas naquilo que carrega em termos de concepções, entendimentos e convicções, que orientam as formas de intervir, de se relacionar e de estar com as pessoas.

Na categoria de *representações médico/psiquiátricas* observa-se, em ambos os estímulos, um número de evocações muito superior ao das outras categorias, para o estímulo “doente mental” (128 evocações) e para o estímulo “louco” (182 evocações). Isto se deve ao fato desta categoria ter um forte significado no imaginário social, em relação às práticas médico-psiquiátricas. Tais práticas médico-psiquiátricas decorrem de uma concepção hegemônica, estereotipada e ultrapassada de tratamento via medicamentos, como pode ser observado nas palavras evocadas “remédio”, “hospício” e “camisa de força”. A palavra “remédio” foi a mais



representativa desta categoria, em ambos os estímulos, recebendo 59 evocações de um total de 310. Isto demonstra que o tratamento medicamentoso, à base de remédios controlados, ainda é muito presente no imaginário das pessoas.

Segundo Foucault (2012), esta vinculação ao remédio está ancorada em uma concepção de loucura que teve início no século XVIII e que permanece até os dias de hoje. Este autor afirma que a forma de tratar a loucura pela medicina, através de contenções, remédios controlados e choques, era uma maneira de estabelecer o biopoder e retirar os indesejados do convívio com a sociedade.

Em virtude do processo de exclusão que sofreram os loucos/doentes mentais, estes foram postos à margem da sociedade, sendo mantidos em uma instituição psiquiátrica asilar, onde, até hoje, o tratamento é feito pela rotulação e à base de medicamentos. Esse fato histórico contribuiu para que as representações médico-psiquiátricas estejam ainda tão presentes no imaginário social.

Na categoria representações negativas/pejorativas pode-se averiguar, através da análise de conteúdo, que o estímulo “louco” (111 evocações) apresenta um cunho mais pejorativo e negativo do que “doente mental” (71 evocações). As palavras de maior destaque nesta categoria foram: “doido”, “maluco”, “loucura”, “sujo”, “parasita”, “estranho”, “abestalhado”, entre outras.

As palavras evocadas nesta categoria mostram que os estudantes possuem uma visão estigmatizada e distorcida sobre a doença mental. Ao estigmatizarem os loucos e os doentes mentais, as representações negativas e pejorativas fazem com que eles sejam vistos pela sociedade como anormais, diferentes e inferiores. Como esclarece Freitas (2010), quando a loucura é considerada como uma conduta negativa, é iniciado socialmente um processo diferente de relação com o louco, que é a estigmatização. Na medida em que esta estigmatização se prolonga e se agrava crescem também as dificuldades nessa relação com o louco, que podem culminar até



mesmo no seu afastamento das pessoas ditas “normais”. Para Jorge, Ramirez, Lopes, Queiroz e Bastos (2008), o estigma de doente mental, carregado por um indivíduo, é um elemento que contribui para o sofrimento em sua vida e atrapalha as suas oportunidades de envolvimento social. Desse ponto de vista, a questão do estigma torna-se bastante preocupante, pois pode ser mais um fator que fortalece a exclusão do doente mental/louco da sociedade na qual ele necessita ser incluído.

Quanto à categoria de *representações de ajuda/cuidado*, podemos perceber novamente um número de evocações maior para o estímulo doente mental (100 evocações) do que para o estímulo louco (27 evocações). Isto demonstra que o termo “doente mental” recebe uma representação mais positiva que o “louco”, no que diz respeito ao comportamento de ajuda das pessoas em relação a eles, e às formas de cuidado e tratamento que lhes são dispensadas. As palavras que compõem esta categoria são: “psicologia”, “tratamento”, “ajuda”, “cuidado” e “família”. Observa-se nesta categoria a conotação que tem o doente mental enquanto pessoa que precisar ser cuidada e tratada; enquanto o louco tem uma conotação mais pejorativa e vinculada a alterações comportamentais como “rasgar dinheiro”, “atirar pedra”.

Um fator que exerceu influência nas representações desta categoria pode ser observado nas produções científicas a partir dos séculos XVII e XVIII. A partir daí, foi dado um enfoque médico à loucura, que passou a ser vista como doença mental e começou a haver um esforço para conceituá-la, preveni-la, diagnosticá-la e tratá-la com ênfase na psicopatologia. Assim, a terminologia do doente mental se tornou mais vinculada à patologia e aos problemas cerebrais precisando ser tratada (MACIEL, 2007).

Em relação à categoria de *representações de alterações comportamentais/cognitivas*, o estímulo “doente mental” (65 evocações) recebeu um número maior de evocações do que o



estímulo “louco” (44 evocações). Esta categoria demonstra uma visão do doente mental marcada pela incapacidade intelectual e pela lentidão no seu desenvolvimento, como pode ser visto nas palavras “cabeça”, “sem raciocínio”, “sem noção”, “neurônio ruim”. A deficiência mental não é em si própria uma doença. Ela compreende uma vasta gama de condições que, apesar de serem muitas vezes causadas por infecções biológicas e afecções orgânicas, podem também ser devidas a causas sociais e psicológicas complexas. Já a doença mental é um termo geral usado de modo a abranger várias perturbações que afetam o funcionamento e comportamento emocional, social e intelectual. A diferença básica esta na questão intelectual, a deficiência mental vem acompanhada por uma série de dificuldades ligadas a aprendizagem, já a doença mental não necessariamente terá essas complicações (COBB; MITTLER, 2005).

No que se refere à categoria de *representações de alterações comportamentais de agressividade/violência*, pode-se perceber que o estímulo “louco” (43 evocações) e o estímulo “doente mental” (36 evocações), com evocações do tipo: “sexo”, “masturbação”, “estuprador”, “assassino”, “coloca a vida em perigo” e “psicopata”. Estas respostas demonstram uma visão estereotipada do louco e do doente mental, vinculando-os à violência e a questões de alterações da sexualidade e de psicopatia. Essas representações pejorativas podem levar a comportamentos de exclusão e marginalização em relação aos doentes mentais, pois quando se acredita em determinados conceitos, pode-se desencadear atitudes que confirmem essas crenças.

A categoria de *representações de exclusão social* traz essas crenças quando percebemos para o estímulo “doente mental” (32 evocações) e para o estímulo “louco” (16 evocações). Evidenciando que, para os estudantes, o doente mental é vítima de exclusão social em maior grau que o louco. Pode-se inferir daí que o significado atribuído à palavra “doente mental” é mais positivo, quando



comparado ao termo “louco”. Nesta categoria, foram evocadas palavras como “excluído”, “desrespeitado” e “preconceito”, revelando uma visão onde o doente mental é discriminado, rejeitado, marginalizado, não convive em sociedade como uma pessoa normal, nem tem liberdade de acesso a todos os mecanismos necessários à vida social.

De acordo com Jorge e Bezerra (2004), a exclusão social do doente mental provoca uma sucessão de danos irreversíveis, no que diz respeito às relações fundamentais da pessoa com os outros. Tais danos incluem a perda dos vínculos sociais (como as representações sociais próprias a uma determinada sociedade), das ligações comunitárias (laços e relações de afeto e parentesco) e dos nexos individuais (capacidade de comunicação com o exterior). Para quem se encontra fragilizado emocionalmente, em decorrência de uma doença mental, estas perdas são de suma importância. Além disso a exclusão social, trata-se de uma situação que revela uma sociedade que não luta por mudanças e aceita a exclusão como algo natural, propiciando um terreno de sofrimento para aqueles que são excluídos.

Na categoria das *representações positivas*, por outro lado, percebe-se que em ambos os estímulos foram evocadas poucas palavras, dando um total de 35 evocações (“corajoso”, “pessoa”, “divertido”), na qual para o estímulo “doente mental” (11 evocações) e “louco” (24 evocações). Isso mostra o quanto o objeto social em questão não tem recebido representações que o enxergam como um sujeito, que apesar de diferente não deveria deixar de ser visto como humano.

Outra categoria foi a de *representações de alterações psicológicas/sofrimento*, na qual para o estímulo “doente mental” (19 evocações) e para o estímulo “louco” (14 evocações). Isso revela que para ambos os termos o sujeito social em questão, sofre alterações psicológicas que levam ao sofrimento.



Na categoria *Outros* surgem palavras associadas a loucura/doença mental e que fazem parte do imaginário social como representantes desse objeto representacional, como a questão do estilo musical “Rock” e do pintor neerlandês, “Van Gogh”.

Todos esses resultados nos levam a refletir que ainda estamos muito longe de uma verdadeira inclusão dos portadores de transtornos mentais na atual sociedade, tendo ainda representações que sustentam a visão destes como perigosos, imprevisíveis e incapazes.

Mesmo após o movimento da Reforma Psiquiátrica, com o intuito de combater a segregação e tratar os portadores de transtornos mentais de forma mais humanizada, não observamos na atual sociedade um abandono total da concepção de louco/doente mental provinda do século XVII. Tal como acontecia naquele período da História, o louco ou doente mental continua sendo vítima de estereótipos e preconceitos, sendo visto como um indivíduo que pode trazer perigo e deve ser excluído da sociedade.

Ainda há um longo caminho a ser percorrido, até que a sociedade esteja preparada para aceitar e acolher pessoas com doenças mentais. Este caminho se torna ainda mais longo quando se trata de chegar a um ponto em que a família e a própria comunidade saibam como cuidar dessas pessoas, sem precisar de hospitalização, aderindo ao modelo de inserção sócio-familiar.

Considerações finais

Os resultados encontrados demonstram que as representações sobre a loucura e a doença mental permanecem ainda ancoradas no modelo biomédico e calcadas em conceitos Pré-Reforma Psiquiátrica. Essas representações que atravessaram os tempos, desde a Antiguidade se revelam atualmente recheadas de exclusão e de preconceito. Embora estejamos na era da Reforma Psiquiátrica,



que busca além de um tratamento mais humanizado, a inclusão social do louco/doente mental, as representações que incorporam estas novas conquistas ainda não se encontram presentes na amostra estudada, constituída por estudantes.

Destaca-se a importância de se conscientizar, além das instituições de saúde, de que o tratamento dos portadores de transtornos mentais não se limita a internações hospitalares e a administração de medicamentos controlados. É preciso levar as escolas e a comunidade em geral maiores informações acerca do novo modelo de atenção a saúde mental, visando uma mudança de concepção e atitudes mais positivas em relação a esse objeto social.

É preciso novos estudos que se aprofundem nessa problemática para que possamos compreender não só como pensam os indivíduos, mas como esses pensamentos interferem e geram suas atitudes sobre os objetos sociais em questão.

Especificamente no que tange à inclusão social, o presente estudo chama a atenção para a necessidade de ampliação das preocupações e estratégias voltadas para este tema, para que ocorra uma real aceitação do louco/doente mental nos vários âmbitos sociais.

Nesse sentido, devemos buscar ações e discursos mais positivos e inclusivos, nos vários âmbitos da nossa atuação como profissionais e cidadãos, para que possamos transformar os pensamentos e as práticas segregacionistas que ainda estão tão enraizados em nossa sociedade. Devemos buscar representações mais inclusivas e menos pejorativas, atendendo as novas prerrogativas da atenção a saúde mental comunitária e aos direitos humanos.

Referências

ALVES-MAZZOTTI, A. J. Representações Sociais: Aspectos Teóricos e Aplicações à Educação. **Revista Múltiplas Leituras**, v. 1, n. 1, p.18-43. 2008.



BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Martins Fontes. 1977.

CAMINO, L.; DA SILVA, P.; MACHADO, A. O. As novas formas de expressão do preconceito racial no Brasil: Estudos exploratórios. In: M. E. O. LIMA & M. E. PEREIRA, M. E. (Eds.), **Estereótipos, preconceito e discriminação**. Salvador, BA: Editora da Universidade Federal da Bahia. 2004.

COBB, H. V.; MITTLER, P. **Diferenças significativas entre deficiência e doença mental**: Uma tomada de posição. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. Lisboa: Ed. Graforim Artes Gráficas. S. A. 2005.

DELGADO, P. G. G. Democracia e Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4701-4706. 2011.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editorial FIOCRUZ. 1999.

FREITAS, H. B. **Saúde e doença mental no meio rural**. 2010. 165f. Dissertação de mestrado – Programa de Pós-Graduação em Extensão Rural, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Minas Gerais, 2010.

FOUCAULT, M. **A História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva. 2012.

JORGE, M.; BEZERRA, M. (2004). Inclusão e Exclusão Social do Doente Mental no Trabalho: Representações Sociais. **Revista Texto Contexto Enferm**, v. 13, n. 4, p. 551-558.

JORGE, M. S. B.; RAMIREZ, A. R. A.; LOPES, C. H. A. F.; QUEIROZ, M. V. O.; BASTOS, V. B. Representações Sociais das Famílias e dos Usuários Sobre a Participação de Pessoas



com Transtorno Mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 1, p. 135-142. 2008.

MACIEL, S. C. **Exclusão/Inclusão social do doente mental/louco. Representações e práticas no contexto da Reforma Psiquiátrica**. 2007. 301f. Tese de Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba/Universidade Federal do Rio Grande do Norte, João Pessoa, Paraíba, 2007.

MACIEL, S. C.; BARROS, D.; CAMINO, L.; MELO, J. Representações sociais de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico. **Temas em Psicologia**, v. 19, n. 1, p. 193-204. 2011.

MIRANDA, F. A. N.; FUREGATO, A. R. F. Instrumento Projetivo para Estudos de Representações Sociais na Saúde Mental. **Revista Eletrônica Saúde mental álcool e drogas**, v. 2, n. 1, p. 293-302. 2007.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio De Janeiro: Zahar. 2012.

ROSA, E. Do adoecimento psíquico à subjetividade que sofre: a importância da leitura sócio-histórica. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.), **Loucura, ética e política: escritos militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo. p. 211-219. 2003.

SAWAIA, B. Inclusão: exclusão ou inclusão perversa?. In: SAWAIA, B. (Org.), **As Artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 4. ed, p. 12-23. Petrópolis: Vozes. 2002.

WANDERLEY, M. (2002). Refletindo sobre a noção de exclusão. In: SAWAIA, B. (Org.), **As Artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 4. ed. p. 16–26. Petrópolis: Vozes. 2002.



ORGANIZADORAS

Nilse Chiapetti

Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo. Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba. Supervisora de Estágio em Terapia Analítico-Comportamental.

Melyssa Kellyane Cavalcanti Galdino

Psicóloga. Doutora em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal de Pernambuco. Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba. Supervisora de Estágio em Terapia Cognitivo-Comportamental.

SOBRE OS AUTORES

Cleide Pereira Monteiro

Professora Doutora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba. Membro da Escola Brasileira de Psicanálise (EBP) e da Associação Mundial de Psicanálise (AMP); Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicanálise e Saúde Mental da Delegação Paraíba da EBP; Coordenadora Geral da Delegação Paraíba da EBP.

Elayne Esmeraldo Nogueira

Psicóloga e Mestre em Ciências do Comportamento. Psicóloga do Tribunal de Justiça da Paraíba - Juizado de Violência Doméstica



e Familiar. Psicóloga Clínica com formação em Análise do Comportamento.

Flaviane Michelly Tenório de Souza

Psicóloga Clínica com formação na Abordagem Centrada na Pessoa pela Universidade Federal da Paraíba.

Gabriella Machado Viana Gomes

Psicóloga. Graduada pela Universidade Federal da Paraíba. Especializanda em Saúde Mental pela Universidade Católica Dom Bosco.

Giselli Lucy Souza Vieira

Psicóloga. Especialista em Saúde mental - FIP; Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba. Doutoranda em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba.

Hélida Magalhães da Costa Lima

Psicanalista. Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba.

Jandilson Avelino da Silva

Professor do Curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Patos, Paraíba. Doutor em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba.

Jackeline Sibelle Freires Aires

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba (Habilitações Licenciatura em Psicologia e Formação de



Psicólogos); Especialista em Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional do Instituto de Psiquiatria, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ).

Lara Fchine Piquet da Cruz

Psicóloga. Graduada pela Universidade Federal da Paraíba; Mestranda em Neurociência Cognitiva e Comportamento pela Universidade Federal da Paraíba.

Leandro Roque da Silva

Psicólogo e Mestre em Política Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Especialista em Saúde Mental pelo Centro Integrado de Tecnologia e Pesquisa (CINTEP/PB) e em Gestão em Saúde pela EAD – UEPB. Ministra cursos de formação em Saúde Mental, Redução de Danos e Políticas Públicas de Saúde. Atualmente é Professor Universitário da Faculdade do Vale do Ipojuca - FAVIP/DEVRY Caruaru-PE.

Melyssa Kellyane Cavalcanti Galdino

Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba. Doutora em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal de Pernambuco.

Nilse Chiapetti

Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo. Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba. Supervisora de Estágio em Terapia Analítico-Comportamental.



Roselane Priscila Ferreira do Nascimento

Psicóloga. Graduada pela Universidade Federal da Paraíba.

Sandra Souza da Silva

Professora lotada no Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba.

Silvana Carneiro Maciel

Psicóloga. Doutora em Psicologia Social pela UFPB. Professora do Departamento de Psicologia e da Pós-graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Pós-Doutora pelo Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (ICS-Lisboa). Coordenadora do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química da UFPB. Autora de trabalhos na área das Representações Sociais, Saúde Mental e Dependência Química.

Tamiris Molina Ramalho Hirschle

Psicóloga. Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Zaeth Aguiar do Nascimento

Professora Doutora do Departamento de Psicologia; Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicanálise e Saúde Mental; Correspondente da Delegação Paraíba da Escola Brasileira de Psicanálise; Supervisora de Estágio em Clínica e Saúde Mental/UFPB. Tutora de Residência Multiprofissional em Saúde Mental CCS/NESC/UFPB. Membro do GT ANPEPP Psicanálise, Política e Clínica.



